



XXVII

Reunió Anual de la Societat Catalana de Nefrologia

Mollet del Vallès
1, 2 i 3 de juny de 2011



ÍNDEX

ÍNDEX

Presentació.....	4
Comitès.....	5
Programa Científic.....	7
Informació general.....	23
Ponències.....	27
Comunicacions orals.....	47
Pòsters.....	75
Empreses col·laboradores.....	133

PRESENTACIÓ

PRESENTACIÓ

Benvolguts/des,

Pel Servei de Nefrologia de la Fundació Sanitària de Mollet, referència nefrològica de tot el Vallès Oriental, és un plaer acollir la propera XXVII Reunió Anual de la Societat Catalana de Nefrologia.

La seu escollida per aquesta edició ha estat el propi Hospital de Mollet. Això ens fa una il·lusió especial, doncs l'any passat varem estrenar Hospital nou. Com comprovareu "in situ" el proper mes de juny, les noves instal·lacions són magnífiques i, sense dubte, contribuiran a l'èxit de la reunió.

S'ha intentat confeccionar un programa científic atractiu amb participació de nefròlegs de fora de Catalunya. Cal destacar que aquest any s'han introduït dues taules rodones monogràfiques sobre temes tant importants com la diàlisi peritoneal i el fracàs renal agut. A més, abans de l'inici de la reunió, es celebraran quatre simposis satèl·lits.

Donada la conjuntura existent, tenim que destacar el suport obtingut en tot moment per la indústria farmacèutica que ha estat indispensable per dur a terme la Reunió.

Que ho disfruteu. Benvinguts a Mollet!

Comitè organitzador

COMITÈS

COMITÈ D'HONOR

Il.lm. Sr. Josep Monràs i Galindo

Alcade de Mollet del Vallès

Dr. Joaquim Esperalba Iglesias

Director general de Regulació, Planificació i Recursos Sanitaris del Departament de Salut de la Generalitat

Sr. Martí Fabré Pocurull

President del Patronat de la Fundació Sanitària de Mollet

Dr. Jaume Duran i Navarro

Director general de l'Hospital de Mollet

Dr. Josep Maria Galceran i Gui

President de la Societat Catalana de Nefrologia

Dr. Jordi Viladoms i Guerra

Cap del Servei de Nefrologia de l'Hospital de Mollet

JUNTA DIRECTIVA DE LA SOCIETAT CATALANA DE NEFROLOGIA

President: Josep M. Galceran Gui

Vicepresident: Mercè Borràs Sans

Secretari: Anna Oliveras Serrano

Tresorer: Joan Llibre Bombardó

Vocals: Joan Manuel Díaz Gómez
Ramon Roca Tey

COMITÈ ORGANITZADOR

President: Jordi Viladoms Guerra

Secretari: Ramon Roca Tey

Vocals: Josep M. Galceran Gui
Juan Carlos González Oliva
Omar Ibrik Ibrik
Josep Mora Macia
Manel Ramírez de Arellano Serna
Amparo Roda Safont
Rosa Samon Guasch

COMITÈ CIENTÍFIC

President: Angel Rodriguez Jornet

Vocals: Mercè Borràs Sans
Frederic Cofan Pujol
José Ibeas López
Alberto Martínez Veá
Anna Oliveras Serrano
José Luis Tovar Méndez
Martí Vallès Prats

DIMECRES 01-06-2011

14:30 h

LLIURAMENT DE DOCUMENTACIÓ

SIMPOSI SATÈL·LITS

15:00 - 16:30 h

ERITROPOYETINES BIOSIMILARS: UNA NOVA OPCIÓ TERAPÈUTICA

Moderador: Juan Carlos González. *Hospital de Mollet*

- Desenvolupament de Biosimilars. Regulació de l'European Medicines Agency (EMA)
María Queral. *Corporació Sanitària Hospital Parc Taulí. Barcelona*
- Epoetina Zeta (Retacrit®): Desenvolupament clínic
Helen Phillips. *Directora Mèdica Hospira, Europa y Oriente Medio*
- Epoetina Zeta (Retacrit®): Pràctica clínica
Gerhard Lonnemann. *Especialista en Nefrologia Clínica a Langenhagen, Alemanya*
Patrocinat per HOSPIRA

16:30 - 18:00 h

ACTIVACIÓ DELS RECEPTORS DE LA VITAMINA D AL PACIENT RENAL

Moderador: Josep M^a Galcerán. *Fundació Althaia Manresa. President de la Societat Catalana de Nefrologia*

- Selectivitat de l'activació dels receptors de la Vitamina D: efecte sobre les complicacions de la malaltia renal crònica
María Luisa González. *Hospital General de la Defensa, Madrid*
- Repercussió clínica de l'activació selectiva dels receptors de la Vitamina D
Carlos Solozábal. *Hospital Virgen del Camino, Pamplona*
Patrocinat per ABBOTT

18:00 - 19:30 h

HEMODIAFILTRACIÓ ON-LINE

Moderador: Juan Carlos González. *Hospital de Mollet*

- Tipus d'hemodiafiltració OL. Resultats actuals de supervivència
Francisco Maduell. *Hospital Clínic de Barcelona*
- Millora de l'eficàcia de l'hemodiafiltració OL. Com evitar riscos
Rafael Pérez. *Hospital Infanta Leonor. Vallecas*
- Experiència recent en un centre de diàlisi
Josep Mora. *Institut Nefrològic Granollers*
Patrocinat per FRESENIUS

19:30 - 20:30 h **CALCIFICACIONS VASCULARS DEL PACIENT AMB MALALTIA RENAL CRÒNICA**

Moderador: Vicens Torregrosa. *Hospital Clínic de Barcelona*

Ponent: Elvira Fernández. *Hospital Arnau de Vilanova de Lleida*

Patrocinat per **AMGEN**

DIJOUS 02-06-2011

9:00 - 9:30 h **INAUGURACIÓ OFICIAL**

9:30 - 11:00 h **TAULA RODONA 1**

Accés vascular per a hemodiàlisi

Moderadors:

José Ibeas. *Consorci Sanitari Parc Taulí. Sabadell*

Ramon Roca. *Hospital de Mollet*

- Diagnòstic i tractament de la bacterièmia per infecció del catèter central
Manel Ramírez de Arellano. *Hospital de Terrassa*
- L'accés vascular en la fase pre-diàlisi
Salomé Muray. *Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia*
- Monitoratge de l'accés vascular
Nicola Tessitore. *Ospedale policlinico. Verona. Itàlia*

11:00 - 11:30 h *Pausa-Cafè*

11:30 - 13:00 h **COMUNICACIONS ORALS**

Diàlisi

Moderadors:

Omar Ibrik. *Hospital de Mollet*

Josep Mora. *Institut Nefrològic Granollers*

1. REGISTRE SE SEGURETAT I EFICÀCIA DE CARBONAT DE LANTÀ EN PACIENTS EN DIÀLISI AMB HIPERFOSFATEMIA. ESTUDI REPOS-CATALUNYA
Josep Mora-Macià¹, M^a Teresa González², Vicens Torregrosa³, Andreu Foraster⁴, Angels Juan¹, Francesc Barbosa⁵, Martí Vallés⁶, Oscar Reatiga⁷, Antonio Cabezas⁸, M^a Teresa Compte⁹, Massimo Barbetta¹⁰, Omar Ibrik¹¹, Ramón Roca¹¹, Jordi Viladoms¹¹
¹Fresenius MC Granollers, ²H.de Belvitge, ³H.Clinico de Barcelona, ⁴Centro de Diálisis Diaverum, ⁵H. del Mar, ⁶H Josep Trueta, ⁷Fresenius MC Reus, ⁸H. Dos de Maig, ⁹H. Santa Creu, ¹⁰H.San Antonio Abad, ¹¹H. de Mollet
2. SON ÚTILS ELS MÈTODES INDIRECTES DILUCIONALS DE SEGONA GENERACIÓ PER LA MEDICIÓ DEL FLUXE DE L'ACCÉS VASCULAR EN TÈCNiques DEPURATIVES D'ALTA EFICÀCIA (HF) I HEMODIAFILTRACIÓ (HDF) EN LÍNEA?
Néstor Fontseré; Miquel Blasco; Francesc Maduell; Manel Vera; Marta Arias; Gaspar Mestres; Maria Isabel Real; Josep M Campistol
Servei de Nefrologia, Unitat Funcional d'Accés Vascular. Hospital Clínic

3. DETERMINACIÓ DEL FLUX SANGUÍNI (QA) DE LA FÍSTULA ARTERIOVENOSA (FAVI) EN 30 PACIENTS MITJANÇANT LA TÈCNICA DE GRADIENT DE TEMPERATURA (TGT) I UTILITZANT EL DISPOSITIU TWISTER
R. Roca-Tey; R. Samon; O. Ibrki; E. Roda; JC González; J. Viladoms
Servei de Nefrologia. Hospital de Mollet. Barcelona
4. EVOLUCIÓ DE PARAMETRES DE QUALITAT Y MORTALITAT EN HEMODIÀLISI A CATALUNYA: REGISTRE DE MALALTS
Aleix Cases, Joan Fort, Francesc Maduell Jordi Comas, Emma Arcos, Roser Deulofeu
Comissió de Seguiment del RMRC
5. CONTRIBUCIÓ RELATIVA DE LA UREMIA I LES TERÀPIES SUBSTITUTIVES EN LA DISFUNCIÓ ENDOTELIAL A LA MALALTIA RENAL CRÒNICA AVANÇADA
Aleix Cases¹, Carolina Caballo², Marta Palomo², Patricia Molina², Manel Vera¹, Ginés Escolar G¹, Maribel Diaz-Ricart¹
Servei de Nefrologia¹ i Hemoterapia i Hemostàsia². Hospital Clínic. Barcelona
6. EXISTE RELACIÓ ENTRE PERITONITIS E INFECCIÓ DE ORIFICIO DE CATÈTER EN PACIENTES EN DIÀLISIS PERITONEAL?
V. Abujder, M. Troya, J. Teixidó, M. Del Rio, G. Pedreira, R. Romero
Servicio de Nefrología Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona. Barcelona
7. VALORACIÓN DE ATROMATOSIS SUBCLÍNICA MEDIANTE SCORE DE CALCIO CORONARIO (SCC) Y COMPARACIÓN CON MÉTODOS NO INVASIVOS
A Betriu; M. Martín; F. Sarró; M. Belart; A. Aldoma; E. Fernández
Servicio de Nefrologia. Hospital Arnau de Vilanova. Lleida
8. RELACIÓ ENTRE LA PRESIÓ INTRABDOMINAL EN DIÀLISIS PERITONEAL CON LAS HERNIAS Y FUGAS
S. Otero, L. Betancourt, C. Blasco, E. Ponz, D. Marquina, C. Grau, JC. Martínez Ocaña, J. Almirall
Sabadell, Barcelona. Institut Universitari Parc Taulí (UAB)
9. EFECTE DEL TRACTAMENT AMB CALCIFEDIOL ORAL SOBRE LA FORÇA MUSCULAR I LA CAPACITAT FUNCIONAL EN ELS PACIENTS AMB DEFICIÈNCIA DE VITAMINA D EN HEMODIÀLISI
V. Esteve, A. Junqué, M. Fulquet, V. Duarte, A. Saurina, M. Pou, K. Salas, J. Maciás, A. Ramos*, M. Ramírez de Arellano
Serveis de Nefrologia i Rehabilitació. Hospital de Terrassa. Consorci Sanitari Terrassa. Barcelona*

13:00 - 13:30 h DADES DEL REGISTRE DE MALALTS RENALS DE CATALUNYA
Roser Deulofeu. *Organització Catalana de Trasplantament. OCATT*
Higini Cao. *Hospital del Mar. Barcelona*

13:30 - 14:00 h NOVETATS EN NEFROLOGIA 2010
Martí Vallès. *Hospital Universitari Dr. Josep Trueta. Girona*

14:00 - 16:00 h DINAR DE TREBALL

16:00 - 17:30 h **TAULA RODONA 2**

Diàlisi peritoneal: evolució i millora dels resultats de la diàlisi peritoneal a l'última dècada

Moderadors:

Rosa Samon. *Hospital de Mollet*

Manel Vera. *Hospital Clínic de Barcelona*

- Membrana peritoneal: una visió sistèmica. Com preservar la membrana per al futur?
Rafael Selgas. *Hospital Universitario La Paz. Idipaz. Madrid*
- La maduresa de la diàlisi peritoneal. Què podem esperar?
Miguel Pérez-Fontán. *Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña*
- Passat, present i futur de la diàlisi peritoneal a Catalunya. Per què no canviem?
Mercè Borràs. *Hospital Arnau de Vilanova. Lleida*

17:30 - 18:30 h **COMUNICACIONS ORALS**

Nefrologia clínica

Moderadors:

Manel García. *Consorci Sanitari Parc Taulí. Sabadell*

Amparo Roda. *Hospital de Mollet*

1. DIMETIL ARGININA ASIMÉTRICA, HIPERTROFIA CARDÍACA Y LESIONES DE SUSTANCIA BLANCA CEREBRAL EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL PRIMARIA

Verónica Ruiz; Alfredo Bardají*; Carmen Cabré; Salvadó E**; Gutiérrez C***; Gallart L****; Alberto Martínez Vea

Servei Nefrologia, Servei Cardiologia, Servei Diagnòstic per la Imatge***, Unitat Recerca****, Hospital Universitari de Tarragona Joan XXIII, IISPV, Universitat Rovira i Virgili. Tarragona*

2. ATEROMATOSIS Y RESISTENCIA A LA ACCIÓN FOSFATÚRICA DEL FGF23 INFLUYEN EN LA CALCIFICACIÓN VASCULAR EN LA ERA

Lourdes Craver; Montserrat Martínez-Alonso*; Jose Manuel Valdivielso**;
Elvira Fernández

Servicio de Nefrología y Unitat de Detecció Precoç de Malalties Aterotrombòtiques (UDETMA) Hospital Universitari Arnau de Vilanova; Departamento de Estadística y Laboratorio Experimental Nefrologia IRBLLEIDA**. Lleida*

3. L'ÍNDEX DE RESISTIVITAT INTRARENAL COM A MARCADOR DE RISC CARDIOVASCULAR I DE DISFUNCIÓ RENAL

Jordi Calabia; Pere Torquet; Isabel Garcia; Nadia Martin; Bernat Guasch; Martí Vallés.
Servei de Nefrologia. Hospital Universitari Josep Trueta de Girona

4. CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN LA DIABETES MELLITUS TIPO 2: ESTUDIO DIABES

Aleix Cases¹, Josep Franch², Antonio Pérez³, Arantxa Matalí⁴, Eva Gimeno⁵

¹Hospital Clínic i Provincial de Barcelona, ²Centro de Atención Primaria Raval Sud, ³Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, ⁴Almirall, S.A., ⁵Biométrica Clínica S.L.

5. HIPOGAMMAGLOBULINÈMIA I INFECCIONS DESPRÉS DEL TRACTAMENT AMB RITUXIMAB EN VASCULITIS SISTÈMICA I LUPUS ERITEMATÓS SISTÈMIC
H. Marco¹, R.B Jones¹, R.M Smith¹, F. Catapano¹, A.N Chaudhry¹, D.R.W Jayne¹
¹*Vasculitis i Lupus-Nefrologia, Addenbrooke's Hospital, Cambridge, U.K*
6. VALIDACIÓN DE UN MODELO DE CLASIFICACIÓN HISTOLÓGICA EN PACIENTES CON VASCULITIS Y AFECTACIÓN RENAL ANCA POSITIVO
Adriana Marin, Irene Agraz, Alfons Segarra, Eugena Espinel, Josefa Vila, Roser Solans, Marc Ramentol, Joan Fort, Joaquim Camps
Servicio de Nefrologia. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona

18:30 - 19:00 h *Pausa-Cafè*

19:00 - 19:30 h **ESTUDIS SCN**

Moderadors:

Joan Llibre. *Mútua Terrassa*

Mercè Borràs. *Hospital Arnau de Vilanova. Lleida*

- Profilaxi i tractament de la malaltia per CMV en trasplantats renals (Estudi MANTRA)
Lluís Guirado. *Fundació Puigvert. Barcelona*
Joan Manuel Díaz. *Fundació Puigvert. Barcelona*
- Estudi Supervivència d'Hemodiafiltració On-line (ESHOL)
Francesc Maduell. *Hospital Clínic. Barcelona*
- Estudi de la Sd. Metabòlica en malalts en HD i llista d'espera de TR (SIMEDIT)
Josep Bonet. *Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona*
- Estudi MICENAS I
Aleix Cases. *Hospital Clínic. Barcelona*
Alberto Martínez-Castelao. *Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat*
- Estudi MICENAS II
Alberto Martínez-Castelao. *Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat*
Aleix Cases. *Hospital Clínic. Barcelona*

19:30 - 20:30 h **ASSEMBLEA SCN**

21:30 h **SOPAR OFICIAL DE LA REUNIÓN**

DIVENDRES 03-06-2011

8:30 - 10:00h **TAULA RODONA 3**

Immunitat i trasplantament

Moderadors:

Daniel Serón. *Hospital Vall d'Hebron. Barcelona*

Julio Pascual. *Hospital del Mar. Barcelona*

- Immunitat innata
Francesc Moreso. *Hospital Vall d'Hebron. Barcelona*
- Immunitat cel·lular
Oriol Bestard. *Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat*
- Immunitat humoral
Marta Crespo. *Hospital del Mar. Barcelona*

10:00 - 11:00 h **COMUNICACIONS ORALS**

Trasplantament renal

Moderadors:

Joan Manuel Díaz. *Fundació Puigvert*

Juan Carlos González. *Hospital de Mollet*

1. FACTORES PREDICTIVOS DE TEST DE SOBRECARGA ORAL DE GLUCOSA PATOLÓGICO AL AÑO DEL TRASPLANTE RENAL
JM. Díaz¹, I. Silva¹, E. Porrini², D. Serón³, I. Lampreabe⁴, A. Osuna⁵, B. Bayés⁶, C. Gómez-Alamillo⁷, A. Torres², J. Ballarín¹
¹Fundació Puigvert, Barcelona, ²Hospital Universitario Canarias, La Laguna, ³Hospital Vall d'Hebrón, Barcelona, ⁴Hospital Cruces, Bilbao, ⁵Hospital Virgen Nieves, Granada, ⁶Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona, ⁷Hospital Marqués Valdecilla, Santander
2. VALOR PRONÓSTICO DE LA MONITORIZACIÓN AMBULATORIA DE LA PRESIÓN ARTERIAL (MAPA) A LOS 3 MESES DEL TRASPLANTE RENAL
JM. Díaz¹, M. Ibernón², F. Moreso³, I. Silva¹, D. Serón³, B. Bayés², L. Guirado¹, J. Ballarín¹
Servei de Nefrologia de ¹Fundació Puigvert, ²Hospital Germans Trias i Pujol, ³Hospital Vall d'Hebrón
3. EVALUACIÓN DE LAS DIFERENTES FORMAS DE MEDICIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN LOS PACIENTES TRASPLANTADOS RENALES ESTABLES
JM. Díaz, I. Silva, L. Guirado, C. Facundo, N. Garra, C. Canal, C. Cabrera, P. Fernández-Llama, F. Calero, J. Ballarín
Servei de Nefrologia. Fundació Puigvert. Barcelona
4. ESTUDIO RETENAL. HIPERTENSIÓN ARTERIAL RESISTENTE EN TRASPLANTE RENAL: PREVALENCIA Y SIGNIFICADO
Joan Manuel Díaz¹, Marta Crespo², Frederic Cofan³, Beatriu Bayés⁴, Francesc Moreso⁵, Josep M^a Campistol⁵, Manuel Arias⁶, Rafael Marín⁷, y hospitales integrantes del Grupo Prometeo
¹Servicios de Nefrología, Fundación Puigvert, Barcelona; ²Hospital del Mar, Barcelona; ³Hospital Clínic, Barcelona, ⁴H. Germans Trias i Pujol, Badalona; ⁵H Vall d'Hebrón, Barcelona; ⁶Hospital Marqués de Valdecilla, Santander; ⁷Hospital Central de Asturias, Oviedo

5. ¿INFLUYE UNA PAUTA SIN ESTEROIDES EN EL DESCENSO DE LOS NIVELES VALLE DE TACROLIMUS TRAS LA CONVERSIÓN DE PROGRAF A ADVAGRAF?
M Crespo, M Mir, E Márquez, A Faura, E. Tellez, R Causadías, R. Moral, M Marín, JM Puig, J Pascual
Parc de Salut Mar, Barcelona
6. LA VACUNA DE LA GRIPE A H1N1 PANDÉMICA DE 2009 INDUCE SEROPROTECCIÓN INFRECUENTE EN ENFERMOS RENALES
Marta Crespo, Silvia Collado, Marisa Mir, Sara Hurtado, Higinio Cao, Francesc Barbosa, Carlota Hidalgo, Anna Faura, Josep M Puig, Julio Pascual
Parc de Salut Mar, Barcelona

11:00 - 11:30 h *Pausa-Cafè*

11:30 - 12:00 h **PRESENTACIÓ DEL DOCUMENT CATALÀ DE CONSENS DE LA MRC**

Moderadors:

Àngela Felip. *Presidenta de la Societat Catalana d'Hipertensió Arterial*
Josep M. Galceran. *President de la Societat Catalana de Nefrologia*

Ponent:

Francisco Javier Tovillas. *Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària*

12:00 - 13:00 h **SESSIÓ DE PÒSTERS**

Patrocinada per GENZYME

Pòsters Nefrologia clínica I

Moderadores:

Verónica Duarte. *Hospital de Terrassa*
Anna Saurina. *Hospital de Terrassa*

1. LA RIGIDESA ARTERIAL EN LA DIABETIS MELLITUS 2: UN FACTOR DE PROGRESSIÓ DE LA INSUFICIÈNCIA RENAL CRÒNICA
Pere Torguet, Jordi Calabia, Nadia Martin, Isabel Garcia, Gerard Maté, Bernat Guasch, Diana Faur, Yaima Barreiro, Carolina Molina, Martí Valles
Servei de Nefrologia, Hospital Universitari Dr J.Trueta, Girona
2. EVALUACIÓN DE LAS TÉCNICAS DE DESPITAJE EN EL DIAGNÓSTICO DE LA ESTENOSIS DE LA ARTERIA RENAL
V. Abujder¹, F. El Kanouni¹, N. Arroyo², JM. Michavila³, M. Ibernon¹, M. Navarro¹, M. Troya¹, J. Bonet¹, R. Romero¹
¹*Servicio de Nefrología y* ²*Servicio de Radiología Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona. Barcelona.* ³*Servicio de Medicina Interna Hospital de Mataró. Mataró. Barcelona*
3. VASCULITIS DE PETIT VAS AMB AFECTACIÓ RENAL EN PACIENTS MAJORS DE 75 ANYS: ESTUDI RETROSPECTIU DE 24 ANYS
H. Marco¹, M. Corica², M. Picazo¹, Y. Arce¹, J.M. Llobet², M. Diaz¹, J. Ballarín¹
¹*Nefrologia, Fundació Puigvert, Barcelona.* ²*Reumatologia, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona*

4. EFECTE DEL PARACALCITOL SOBRE EL METABOLISME CALCI-FÓSFOR I LA RIGIDESA ARTERIAL EN MALALTS RENALS CRÒNICS
Nàdia Martín Alemany; Pere Torguet Escuder; Jordi Calabia Martínez; Isabel García Méndez; Gerard Maté Benito; Bernat Guasch Aragay; Diana Faur; Yàima Barreiro; Carolina Molina; Martí Vallès Prats
Servei de Nefrologia Hospital Universitari Josep Trueta de Girona
5. ÉS ÚTIL EL QUOCIENT PROTEÏNÚRIA/CREATININA ORINA ESPORÀDICA EN DIFERENTS GRAUS DE PROTEÏNÚRIA?
Núria Montero; M^aJosé Soler; M^aJosé Pascual; Clara Barrios; Eva Rodríguez; M^aAntònia Orfila; Julio Pascual
Hospital del Mar, Servei de Nefrologia. Fundació IMIM
6. LA PRESSIÓ AÒRTICA CENTRAL I LA VELOCITAT DE L'ONA DEL POLS NO ES RELACIONEN AMB LA FUNCIÓ SISTÒLICA NI AMB LA LESIÓ SUBCLÍNICA CARDÍACA EN UNA POBLACIÓ DE PACIENTS DIABÈTICS I PREDIABÈTICS
Laia Sans Atxer, Susana Vázquez, Julio Pascual, Anna Oliveras
Unitat d'Hipertensió Arterial, Servei de Nefrologia, Hospital del Mar (Parc de Salut Mar). Barcelona
7. CARACTERÍSTIQUES CLÍNiques I EVOLUCIÓ DELS PACIENTS AMB HIPERTENSIÓ ARTERIAL REFRACTÀRIA
Sol Otero, Loreley Betancourt, Jaume Almirall, Manuel García García
Servei de Nefrologia, Corporació Parc Taulí, Institut Universitari Parc Taulí (UAB), Departament de Medicina. Sabadell, Barcelona
8. FGF 23 I LA SEVA RELACIÓ AMB ELS NIVELLS DE CALCI , FOSFAT , PTH INTACTA I VITAMINA D EN ELS DIFERENTS ESTADIS DE DISFUNCIÓ RENAL
Pere Torguet, Nadia Martin, Jordi Calabia, Isabel Garcia, Gerard Maté, Bernat Guasch, Diana Faur, Yàima Barreiro, Carolina Molina, Martí Vallès
Servei de Nefrologia, Hospital Universitari Dr. J. Trueta, Girona
9. ESTUDIO OBSERVACIONAL, PROSPECTIVO Y MULTICÉNTRICO PARA EVALUAR LA EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE MIRCERA® EN PACIENTES CON ANEMIA SECUNDARIA A INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA. ESTUDIO MINERVA
Aleix Cases¹; José María Portolés; Jordi Calls³; Alberto Martínez Castelao⁴; Domingo Sánchez-Guisande⁵; Eugenia Espinel⁶; y los investigadores del grupo MINERVA
¹Hospital Clínic, Barcelona; ²Hospital Universitario Fundación Alcorcón Madrid; ³Hospital de Manacor, Mallorca; ⁴Hospital de Bellvitge, Barcelona; ⁵Hospital de Barbanza, A Coruña; ⁶Hospital Vall d'Hebron, Barcelona

Pòsters Nefrologia clínica II

Moderadors:

Jordi Calls. *Hospital de Manacor*

Vicent Esteve. *Hospital de Terrassa*

10. VARIABLES CLINICAS PRECOCES Y TARDIAS ASOCIADAS A SUPERVIVENCIA RENAL Y DEL PACIENTE EN UNA SERIE DE PACIENTES CON VASCULITIS RENAL.
Adriana.Marin, Irene.Agraz, Alfons Segarra, Eugenia Espinel, Roser Solans, Marc Ramentol, Joan Fort, JosefaVila, Joaquim.Camps
Servicio de Nefrología Hospital Vall d'Hebron . Barcelona

11. ADIPONECTINA, FACTORES DE RIESGO Y ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR
Susana Aguerrevere¹, Marisa Granada², Maricruz Pastor², Ana Sancho², Jordi Bonal¹, Laura Cañas¹, Ricardo Lauzurica¹, Beatriu Bayés¹, Josep Teixidó¹, Maribel Troya¹, Ramón Romero¹
¹ Servicio de Nefrología, ² Servicio de Bioquímica. Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona
12. PREVALENCIA, EVOLUCIÓN Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A INSUFICIENCIA RENAL EN PACIENTES INFECTADOS POR VIH DE NUESTRO MEDIO
Javier Juega Mariño, E. Negrodo(1), B. Bayés, C. Tural(1), J. Bonet, M. Ibernón, L. Cañas, S. Aguerrevere, M. Troya, R. Romero
Servicio de Nefrología y (1) Unidad de VIH, Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona
13. APLICABILITAT DELS INDICADORS PRONÒSTICS DE MORTALITAT PRECOÇ EN PACIENTS ANYOSOS QUE INICIEN HEMODIÀLISI CRÒNICA
S Otero, JC Martínez Ocaña, L Betancourt, E Rodríguez, M García
Servei de Nefrologia. Corporació Sanitària i Universitària Parc Taulí. UAB. Sabadell
14. MENOR PESO ENTRE LOS RECIÉN NACIDOS DE MADRES ESPAÑOLAS CON HTA INDUCIDA POR EL EMBARAZO RESPECTO A OTRAS NACIONALIDADES
S. Vázquez; Laia Sans Atxer; Carlota Basil¹, Sergi Mojal², Julio Pascual, Anna Oliveras
Unidad de HTA, Servicio de Nefrología, Hospital del Mar (Parc de Salut Mar). Barcelona
¹ Servicio de Ginecología y Obstetricia Hospital del Mar (Parc de Salut Mar). Barcelona
² Assessorament Metodològic a l' Investigació Biomèdica- IMIM. Barcelona
15. DIAGNÒSTIC DE PSEUDOANEURISMA INTRA-RENAL AMB FÍSTULA ARTERIO-VENOSA CONGÈNITA O IDIOPÀTICA ARRAN D' ESTUDI DE MICROHEMATÚRIA. TRACTAMENT EXITÓS AMB EMBOLITZACIÓ SUPRA-SELECTIVA AMB MICROCOILS
Montserrat Picazo Sánchez; Marc Cuxart Pérez; Ramon Sans Lorman; Engracia Ciudad*; José Ramón Fortuño Andrés**
Unidad de HTA, Servicio de Nefrología, Hospital del Mar (Parc de Salut Mar). Barcelona
Serveis de Nefrologia i Radiodiagnòstic* de la Fundació Salut Empordà/Hospital de Figueres i UDIAT-CD** de la Corporació Sanitària Parc taulí de Sabadell
16. ACIDOSI LÀCTICA ASSOCIADA A L'ADMINISTRACIÓ DE METFORMINA.
Bernat Guasch¹, Anna Baró², Nàdia Martín¹, Yaima Barreiro¹, Jordi Calabia¹, Martí Vallès¹
Unidad de HTA, Servicio de Nefrología, Hospital del Mar (Parc de Salut Mar). Barcelona
Servei de Nefrologia¹. Servei de Medicina Intensiva². Hospital Universitari Josep Trueta de Girona
17. ANEURISMA D'ARTÈRIA RENAL (AR). A PROPÒSIT DE DOS CASOS
A. Roda Safont; R. Roca-Tey; O. Ibrik Ibrik; R. Samon Guasch; JC Gonzalez Oliva; R. Martínez-Cercós¹; J. Viladoms Guerra
Serveis de Nefrologia i ¹ Cirurgia vascular, Hospital de Mollet, Barcelona

Pòsters Trasplantament renal i diàlisi

Moderadores:

Clara Barrios. Hospital del Mar. Barcelona

Laura Cañas. Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona

18. ESTUDIO EVOLUTIVO DE LA MONITORIZACIÓN AMBULATORIA DE LA PRESIÓN ARTERIAL (MAPA) EN LOS DOS PRIMEROS AÑOS DE TRASPLANTE RENAL
JM. Díaz; I. Silva; L. Guirado, C. Facundo; P. Fernández-Llama: C. Canal; N. Garra; F. Calero; X. Belmonte; J. Ballarín
Servei de Nefrologia. Fundació Puigvert

19. USO DE CATÈTER URETERAL E INFECCIONES DE ORINA. ¿ES IGUAL PARA TODOS? OTRO CASO DE DIFERENCIA DE GÉNERO
Clara Barrios¹; Marisa Mir¹; Albert Frances²; Lluís Fumadó²; Marta Crespo¹; Josep Maria Puig¹; Juan Pablo Horcajada²; Octavio Arango²; Julio Pascual¹
¹Servicio Nefrología, ²Servicio Urología, 3-Servicio Medicina Interna-Infecciosas. Parc de Salut Mar. Barcelona
20. TRATAMIENTO CON ANGIOPLASTIA Y STENT DE LA ESTENOSIS ARTERIAL DEL INJERTO RENAL
JM. Díaz¹, M. del Pozo¹, L. Guirado¹, C. Facundo¹, C. Canal¹, N. Garra¹, C. Cabrera¹, J. Martí², P. de la Torre², J. Ballarín¹
¹Servicio de Nefrología y ²Radiología. Fundación Puigvert. Barcelona
44. DESCRIPCIÓ DE DOS CASOS DE RECUPERACIÓ PARCIAL DE LA FUNCIO RENAL PER INSUFICIÈNCIA RENAL OBSTRUCTIVA DESPRÉS DE 16 I 24 MESOS EN HEMODIÀLISI
Montserrat Picazo Sánchez; Marc Cuxart Pérez; Ramon Sans Lorman; Maria Victòria Huerta*; Maria Jesús Muntané*; Carles Sardà Borroy
*Anatomia Patològica**. Fundació Salut Empordà. Hospital de Figueres
46. Rellevància funcional de dos polimorfismes de RAGE
V.Duarte ; P. Alia ; A. Padró; P.Gruart ; E. Salillas; MT Gonzàlez
Consorci Sanitari de Terrassa.Hospital de Terrassa.Servei de nefrologia

Pòsters Diàlisi I

Moderadores:

Àngels Dejuan. *Institut Nefrològic Granollers. Fresenius Medical Care*
Gloria Martin. *Institut Hemodiàlisis Barcelona. Diaverum*

21. VALORACIÓ DE L'EFICÀCIA DEL SEGELLAT DELS CATÈTERS PER HEMODIÀLISI AMB UNA SOLUCIÓ DE GENTAMICINA
Antoni Pelegrí; Natalia Ramos; Mouhssen El Manouari; Joan Fort; Ramón Roca
Centre de Diàlisi Vergé de Montserrat. Diaverum
22. EFECTE DE L'HEMODIAFILTRACIÓ ON-LINE POST-DILUCIONAL SOBRE DIFERENTS INDICADORS CLÍNICS D'EFICÀCIA DE DIÀLISI. ESTUDI DE 6 MESOS DE SEGUIMENT
Angels Juan¹, Josep Mora-Macià¹, Jose Ignacio Merello², Francesc Moreso², Omar Ibriki³, Margarita Matas¹, Josep Sesé¹, Rodrigo Paz¹, Ramón Roca³, Rosa Samó³, Jordi Viladoms³
¹Fresenius Medical Care, Granollers. ²Fresenius Medical Care ³Hospital de Mollet
23. METOXIPOLIETILENGLICOL-EPOETINA BETA (CERA): UN TRACTAMENT EFICAC PER L'ANÈMIA EN PACIENTS EN DIÀLISI PERITONEAL. RESULTATS FINALS D'ESTUDI DE CAPRI
M.Vera*, Rosa Ramos, MT González, I. García, C. García, M. Cuxart, F. Barbosa, J. Teixidó, J.De la Cruz
Grup de Diàlisi Peritoneal de Catalunya i Balears
**Servei de Nefrologia i Trasplantament Renal. Hospital Clínic de Barcelona*

24. EFICÀCIA, TOLERÀNCIA, PERFIL DE SEGURETAT I GRAU DE SATISFACCIÓ DEL TRACTAMENT AMB ACETAT CÀLCIC I CARBONAT DE MAGNESI EN HEMODIÀLISI
V. Esteve, K. Salas, J.C. Gonzalez Oliva*, M. Fulquet, V. Duarte, M. Pou, A. Saurina, J. Macías, M. Ramírez de Arellano
Serveis Nefrologia. Hospital de Terrassa. Consorci Sanitari Terrassa (CST) i Hospital de Mollet (Barcelona)*
25. ANÀLISI DE LA POBLACIÓ QUE INICIÀ PROGRAMA DE TRACTAMENT RENAL SUBSTITUTIU EN LA NOSTRA ÀREA DE REFERÈNCIA (CIUTAT VELLA/SANT MARTÍ) EN ELS ÚLTIMS 15 ANYS
Núria Montero; M^aJosé Soler; M^aAntònia Orfila; M^oJosé Pascual; Francesc Barbosa; Sílvia Collado; Higini Cao; Emma Arcos; Jordi Comas; Julio Pascual
Hospital del Mar, Servei de Nefrologia. Fundació IMIM. Registre de Malalts Renals de Catalunya
26. PACIENTS MAJORS DE 80 ANYS AMB MALALTIA RENAL CRÒNICA ESTADI V DE MÉS D'UN ANY D'EVOLUCIÓ I FORA DE PROGRAMA DE DIÀLISI
Montserrat Picazo Sánchez; Ramon Sans Lorman; Marc Cuxart Pérez; Núria Boixader Dumanjó; Carles Sardà Borroy
Servei de Nefrologia. Fundació Salut Empordà. Hospital de Figueres
27. PROGRAMA DE PROMOCIÓ DE CATETER A FAV: ¿DÓNDE ESTÁ EL LÍMITE?
Sol Otero¹, Jose Ibeas¹, Angel Rodríguez-Jornet¹, Loreley Betancourt¹, Xavier Vinuesa¹, Elisabeth Uroz¹, Manel Solano¹, Carolina Rubiella¹, Raquel García¹, Ana Liesa¹, Susana García¹, Carmen Moya¹, Josefa Ramirez¹. Joaquim Vallespin², Jana Merino², Manuel García¹
Serveis de Nefrologia¹ y Cirurgia Vasculat². Corporació Sanitària i Universitària Parc Taulí. Hospital de Sabadell
28. BIOIMPEDANCIA COMO MÉTODO DE RUTINA EN LA VALORACIÓN DEL ESTADO DE HIDRATACIÓN Y NUTRICIONAL EN PACIENTES EN DIÁLISIS PERITONEAL
N.Pérez Romano, Alexis Sentis, M. Vera, N. Fontseré, M. Arias, F. Maduell A. Cases, JM Campistol
Servei de Nefrologia i Trasplantament Renal. Hospital Clínic de Barcelona
29. BACTERIÈMIA RELACIONADA AMB CATÈTERS TEMPORALS DE PACIENTS AGUTS EN UNA UNITAT HOSPITALÀRIA D'HEMODIÀLISI
Bernat Guasch Aragay¹, Nàdia Martín Alemany¹, Montse Motjé Casas², Ester Clapés Sánchez², Isabel García Méndez¹, Jordi Calabia Martínez¹, Pere Torguet Escuder¹, Gerard Maté Benito¹, Martí Vallès Prats¹
Servei de Nefrologia¹. Servei de Microbiologia². Hospital Universitari Doctor Josep Trueta de Girona

Pòsters Diàlisi II

Moderadors:

Carme García. *Hospital Joan XXIII de Tarragona*

Laureano Pérez. *Hospital General de Vic*

30. ACCÉS VASCULAR INTERN FUNCIONANT EN EL MOMENT D'INICIAR HEMODIÀLISI: ANÀLISI DE LA NOSTRA EXPERIÈNCIA

Javier D. Macías, Verónica Duarte, Miquel Fulquet, Vicent Esteve, Karla Salas, Ana Saurina, Mónica Pou, Manel Ramirez de Arellano

Consorci Sanitari de Terrassa. Hospital de Terrassa. Servei de Nefrologia

31. LÍQUIDO PERITONEAL TURBIO, NIVELES DE TRIGLICÉRIDOS PERITONEALES Y USO DE ANTAGONISTAS DEL CALCIO
S. Otero, E. Ponz, L. Betancourt, C. Blasco, D. Marquina, C. Grau, M. García
Servei de Nefrologia. Corporació Parc Taulí, Sabadell, Barcelona. Institut Universitari Parc Taulí (UAB)
32. INFECCIONS ORIFÍCIS SORTIDA (IOS) DELS CATETERS DE DIÀLISI PERITONEAL (DP), 5 ANYS DE SEGUIMENT
R.Samon, R. Roca-Tey, O.Ibrik, A. Roda, J.C. Gonzalez- Oliva, J.Viladoms
Servei de Nefrologia, Hospital de Mollet
33. VALORACIÓ DE LA CONDICIÓ FÍSICA I GRAU DE CAPACITAT FUNCIONAL DELS PACIENTS EN HEMODIÀLISI
V. Esteve, A. Junqué, M. Fulquet, V. Duarte, A. Saurina, M. Pou, K. Salas, J. Macías, A. Ramos*, M. Ramírez de Arellano
Serveis de Nefrologia i Rehabilitació. Hospital de Terrassa. Consorci Sanitari Terrassa. Barcelona*
34. TEMPERATURA AMBIENTAL I PRESSIÓ ARTERIAL EN PACIENTS EN HEMODIÀLISI
Angels Juan¹, Josep Mora-Maciá¹, Jose Ignacio Merello², Francesc Moreso², Omar Ibrik³, Margarita Matas¹, Josep Sesé¹, Rodrigo Paz¹, Ramón Roca³, Rosa Samó³, Jordi Viladoms³
¹ Fresenius Medical Care, Granollers. ² Fresenius Medical Care ³ Hospital de Mollet
35. VALORACIÓ DE LA SIMPTOMATOLOGIA CLÍNICA EN UNA UNITAT D'HEMODIÀLISI
K. Salas; M. Fulquet; V. Esteve; V. Duarte; J. Macías; M. Pou; A. Saurina; M. Ramirez de Arellano
Servei de Nefrologia. Hospital de Terrassa. Consorci Sanitari de Terrassa
36. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE METOXI-POLIETILENGLICOL EPOETINA BETA PARA EL TRATAMIENTO DE LA ANEMIA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN HEMODIÁLISIS (ESTUDIO EPOSEM)
Joan Fort^{1,3}; Fernando Marco²; Rafael Ramos²; Mouhssen El Manouari³; Bernat de la Torre⁴; Antoni Pelegrí⁵; Jorge Bartolomé⁵; Irene Agraz¹; Daniel Serón¹
¹ H. Vall d'Hebron, ² CD Diaverum Nephros, ³ CD Diaverum Verge de Montserrat, ⁴ Diaverum Clinica E. Rotellar, ⁵ Secretari Coloma
37. FACTORS INTRAOPERATORIS PRONÒSTICS DE LA PERMEABILITAT A 1 MES DELS ACCESSOS VASCULARS NATIUS
Gaspar Mestres; Nestor Fontseré; Cesar García-Madrid; Paula Campelos; Francisco Maduell; Vicente Riambau
Unitat d'Accés Vascular. Servei de Cirurgia Cardiovascular, Secció de Cirurgia Vascular, Institut Clínic del Tòrax. Hospital Clinic. Barcelona, Universitat de Barcelona
38. DIÀLISI INCREMENTAL; UNA OPCIÓ ACCEPTABLE A DIÀLISI PERITONEAL (DP)?
R.Samon, R. Roca-Tey, O.Ibrik, A. Roda, J.C. Gonzalez-Oliva, J.Viladoms
Servei de Nefrologia, Fundació Hospital de Mollet

Pòsters Diàlisi III

Moderadors:

Lucienme Fernández. *Hospital Santa Creu Jesús. Tortosa*

Pere Torguet. *Hospital Dr. Josep Trueta. Girona*

39. EFECTE DEL TRACTAMENT AMB ACETAT CÀLCIC I CARBONAT DE MAGNESI SOBRE EL PERFIL METABÒLIC DELS PACIENTS EN HEMODIÀLISI
V. Esteve, K. Salas, J.C. Gonzalez Oliva*, M. Fulquet, V. Duarte, M. Pou, A. Saurina, J. Macías, M. Ramírez de Arellano
Serveis Nefrologia. Hospital de Terrassa. Consorci Sanitari Terrassa (CST) i Hospital de Mollet (Barcelona)*
40. ENDOCARDITIS INFECCIOSA EN PACIENTS EN DIÀLISI
A. Roda Safont; R. Roca-Tey; R. Samón Guasch; O. Ibrik Ibrik; J.C. González Oliva; J. Viladoms Guerra
Servei de Nefrologia. Hospital de Mollet. Mollet del Vallès
41. RESULTATS DE LA PRIMERA INTERVENCIÓ DE FÍSTULA ARTERIOVENOSA A L'ÀREA SANITÀRIA DE TORTOSA
Lucienne Fernández; M. Teresa Compte; Cristina Gállego; Anton Collado; Pere Angelet
Unitat Nefrològica. Hospital Santa Creu. Jesús-Tortosa
42. INDIVIDUALITZACIÓ DEL CALCI DEL BANY DE DIÀLISI: UNA ASSIGNATURA PENDENT
F. Maduell; M. Arias; S. Jimenez; B. Alemany; M.N. Martina; N. Pérez; N. Fontseré; M. Vera; E. Massó; A. Sentis; N. Rodriguez; C. Arcal; M. Carrera; E. Bergada; A. Cases; JM. Campistol
Servei de Nefrologia i Trasplantament Renal, Hospital Clínic Barcelona
43. DIFERENCIAS ENTRE KT Y KT/V EN PACIENTES DE UNA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS EN RELACIÓN A OCM VERSUS DIASCAN
Yaima Barreiro; Jordi Calabia; Isabel García; Bernat Guasch; Nadia Martín; Diana Faur; Pere Torquet; Gerard Maté; Martí Vallès
Servicio de Nefrología del Hospital Universitario Josep Trueta de Girona
45. FÍSTULES RADIOCEFÀLICA DISTAL DORSAL O PROXIMAL: ALTERNATIVES A LA FÍSTULA RADIOCEFÀLICA DISTAL RADIAL
Gaspar Mestres; Nestor Fontseré; Cesar García-Madrid; Marta Burrel; Francisco Maduell; Vicente Rimbau
Unitat d'Accés Vascular. Servei de Cirurgia Cardiovascular, Secció de Cirurgia Vascular, Institut Clínic del Tòrax. Hospital Clínic. Barcelona, Universitat de Barcelona
47. EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL EN PACIENTES DE UNA UNIDAD DE DIÁLISIS PERITONEAL (DP)
Yaima Barreiro; Isabel García; Jordi Calabia; Bernat Guasch; Nadia Martín; Diana Faur; Pere Torquet; Gerard Maté; Martí Vallès
Servicio de Nefrología del Hospital Universitario Josep Trueta de Girona
48. ELIMINACIÓN DE CADENAS LIGERAS MEDIANTE TÉCNICA DE DIÁLISIS HFR EN MIELOMA MÚLTIPLE. A PROPÓSITO DE UN CASO
I Gil, E. Jatem, J Fort, I Agraz, R Ramos, D Serón
Hospital Vall Hebron
49. NEFROPATÍA POR CILINDROS TRATADA CON HEMODIÁLISIS CON DIALIZADOR DE GRAN PORO EN MIELOMA MULTIPLE
María Azancot¹, Rosa Ramos¹, Joan Fort¹, Iván Gil¹, Karla Flores¹, M.Teresa Salcedo², Daniel Serón¹.
¹ Servicio de Nefrología. Hospital Vall d'Hebrón
² Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Vall d'Hebrón

13:00 - 14:30 h **TAULA RODONA 4**

Fracàs renal agut

Moderadors:

Joan Fort. *Hospital Vall d'Hebron. Barcelona*

Esteban Poch. *Hospital Clínic de Barcelona*

- Marcadors de diagnòstic precoç
Irene Agraz. *Hospital Vall d'Hebron. Barcelona*
- Tractament del FRA secundari a sèpsia
Joan Sabater. *Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat*
- Noves tecnologies amb membranes d'alt tamany de por per tractar el ronyó del Mieloma
Ainhoa Inza. *Hospital de Cruces. Barakaldo*

14:30 - 14:45 h **CLOENDA DE LA REUNIÓ**

Josep M. Galceran

President de la Societat Catalana de Nefrologia

Jordi Viladoms

President del Comitè Organitzador

14:45 h **CÒCTEL DE CLOENDA**

INFORMACIÓ GENERAL

SEU DE LA REUNIÓ

Hospital de Mollet
Ronda dels Pinetons, 8 • 08100
MOLLET DEL VALLÈS

SECRETARIA TÈCNICA I CIENTÍFICA

ACTO SERVEIS
C/ Bonaire, 7 • 08301 Mataró (Barcelona)
Tel. 93 755 23 82 / Fax 93 755 23 83
nefrologia@actoserveis.com
www.socane.cat

QUOTES D'INSCRIPCIÓ

	abans del 21 d'abril	després del 21 d'abril
Soci de la Societat Catalana de Nefrologia	360 €	380 €
No Soci de la Societat Catalana de Nefrologia	390 €	420 €
Residents (veure observacions)	300 €	330 €

IVA 18% inclòs

La inscripció inclou:

- Accés a totes les sessions de la Reunió
- Documentació de la Reunió
- Cafès de matí i tarda
- Accés a l'exposició comercial
- Certificat d'assistència
- Dinar de treball 2 de juny
- Sopar de la reunió 2 de juny
- Còctel de cloenda 3 de juny

Observacions:

La quota de Residents inclou la quota anual de soci de la Societat Catalana de Nefrologia per a l'any 2011.

POLÍTICA DE CANCEL·LACIÓ D'INSCRIPCIONS I ALLOTJAMENT

Tota cancel·lació s'ha de notificar per escrit a ACTO SERVEIS.

- Abans del 21 d'abril de 2011, es retornarà el 75% de l'import total, un cop hagi finalitzat la Reunió.
- Abans del 6 de maig de 2011, es retornarà el 50% de l'import total, un cop hagi finalitzat la Reunió.
- Amb posterioritat al 6 de maig de 2011, no es durà a terme cap abonament.

FORMA DE PAGAMENT

El pagament es pot efectuar per transferència bancària a nom de ACTOSERVEIS a BANKINTER al número de compte següent, indicant el nom de la persona inscrita:

Núm. de compte: 0128-0524-23-0100028802

IBAN: ES 7501280524230100028802

SWIFT CODE: BKBKESMMXXX

REFERÈNCIA: Nefrologia

És imprescindible enviar el justificant de pagament a la Secretaria Tècnica amb el nom de la persona inscrita.

Rebreu la conformitat de la inscripció i del pagament per correu electrònic.

INFORMACIÓ PER A PONENTS I AUTORS DE COMUNICACIONS

Es recomana lliurar les presentacions com a mínim 2 hores abans de l'inici de la sessió, per a la comprovació per part del tècnic.

Prèvia autorització dels seus autors, totes les presentacions de ponents i comunicacions orals, es publicaran a la pàgina web de la societat www.socane.cat.

DIAGNÒSTIC I TRACTAMENT DE LA BACTERIÈMIA PER INFECCIÓ DEL CATÈTER CENTRAL

Manel Ramírez de Arellano

Hospital de Terrassa

El tractament amb hemodiàlisi (HD) requereix l'accés a la circulació sistèmica de forma segura i repetida. La FAVi és l'accés vascular d'elecció pel menor nombre de complicacions en relació a la utilització del catèter venós central (CVC), malgrat això i per diferents motius; l'ús del CVC s'ha incrementat progressivament en els darrers anys. La infecció i sèpsia relacionada amb el catèter s'associa a una alta morbiditat, mortalitat i cost econòmic, sent el risc de sèpsia fins a 5 vegades superior a la utilització d'una FAVi com accés vascular per HD.

La bacterièmia relacionada amb el catèter (BRC) és la complicació infecciosa de major importància per la seva freqüència, gravetat i pronòstic. La incidència de BRC en pacients en HD oscila entre 0,8 i 5,5 episodis per 1000 dies de catèter. A Catalunya uns 600 pacients a l'any utilitzen CVC per HD, per tant; si considerem una incidència de 3 episodis de BRC per 1000 dies d'ús de catèter, es produiran més de 600 episodis de BRC per any amb una mortalitat aproximada per episodi del 5%.

Els principals mecanismes patogènics per la infecció del CVC, en funció del quals s'han dissenyat en els darrers anys diferents metodologies diagnòstiques; son la via extraluminal i la intraluminal. La primera és la més freqüent i consisteix en la colonització del punt d'inserció del catèter en la pell, amb posterior migració per la superfície externa fins arribar a la punta. La intraluminal es produeix per la contaminació de les connexions del catèter amb posterior migració endoluminal. Aquesta última s'associa a la BRC en major freqüència i és deguda a la manipulació que representen les múltiples connexions i desconnexions entre les línies i el catèter durant les sessions d'HD. Una vegada s'ha produït l'accés dels microorganismes, la colonització del catèter depèn d'un procés d'adhesió bacteriana en el si d'una biopel·lícula o biofilm. La presència d'aquest biofilm en el catèter potencia la patogenicitat dels bacteris fent-los més resistents als antibiòtics i afavorint la seva multiplicació i posterior invasió del torrent sanguini.

Els bacteris més freqüentment aïllats en la BRC són els constituents de la flora cutània, la majoria microorganismes Gram positius (*Staphylococcus coagulasa* negatiu 19,4-62% i *Staphylococcus aureus* 2-68,6%) i en menor freqüència Gram negatiu (1-43,1%). La BRC per *Staphylococcus aureus* s'associa a un pitjor pronòstic amb més complicacions metastàsiques (osteomielitis, endocarditis, artritis sèptica o abscess epidural) i mortalitat entre el 33 i 44%.

Les dades clíniques que presenten els pacients amb infecció relacionada al CVC són poc útils pel diagnòstic per la seva baixa sensibilitat i especificitat. Davant la presència de signes i símptomes d'infecció sense un focus d'origen confirmat, és necessari obtenir hemocultius per punció de venes perifèriques i a través de les llums del catèter, per poder descartar el CVC com a origen de la mateixa. Les tècniques diagnòstiques de referència es basen en el cultiu de la punta del catèter després de la seva retirada, establint el diagnòstic amb la positivitat del cultiu i el aïllament del mateix germen en el hemocultiu.

La retirada rutinària del catèter implica sempre un diagnòstic retrospectiu i s'ha demostrat un nombre significatiu de cultius de la punta negatius i per tant, catèters retirats innecessàriament. Per aquesta raó s'han desenvolupat noves tècniques diagnòstiques que permeten evitar la retirada injustificada del catèter i el potencial risc associat a la col·locació d'un nou. També s'ha demostrat, que no sempre és necessari la retirada del CVC infectat pel seu correcte tractament. Així, el diagnòstic de la BRC variarà en funció de la metodologia utilitzada i de l'actitud prèvia a l'estudi microbiològic en vers la retirada o no del CVC.

Els principals mètodes diagnòstics conservadors (que no impliquen la retirada del catèter amb sospita d'infecció) són:

- Cultius superficials semi-quantitatius de l'orifici de sortida i de les llums de les connexions del catèter: és un mètode senzill amb un alt valor predictiu negatiu (97%).
- Hemocultius apariats quantitatius: Consisteix en l'obtenció simultània de mostres sanguínies a través de les llums del catèter i per punció d'una vena perifèrica. Quan el nombre de ufc/ml en la mostra del catèter es de 5-10 vegades superior que l'obtinguda per vena perifèrica, es considera indicativa de BRC amb una sensibilitat de 79-94% i especificitat de 94-100%. Aquest mètode és el millor pel diagnòstic de la BRC, no obstant això no és una tècnica rutinària en la majoria de laboratoris per la seva complexitat i cost econòmic.
- Hemocultius apariats amb mesurament de la diferència del temps en la positivitats: Mètode alternatiu a l'anterior que mesura la diferència en el temps des de l'incubació de les mostres fins la detecció automàtica de creixement bacterià en els hemocultius apariats. Quan la diferència en el temps de creixement s'identifica com a mínim 2 hores abans que la dels hemocultius perifèrics, es considera indicativa de BRC amb una sensibilitat del 94% i especificitat del 91%.

Les noves estratègies en el maneig de la infecció del CVC es basen en la lluita contra el biofilm. La prevenció de l'adhesió dels bacteris es pot realitzar mitjançant el segellat del catèter amb solucions endoluminals d'agents antitrombòtics o antisèptics com el citrat, o d'agents antibiòtics. L'inconvenient de les mesures de prevenció amb aquestes solucions, són els efectes a llarg termini derivats del pas cap al torrent sanguini, que pot produir el desenvolupament de resistències antibiòtiques. L'eradicació del biofilm es basa en l'administració d'antibioticoterapia sistèmica i la substitució immediata a través d'una guia del CVC infectat o l'intent d'esterilitzar el biofilm mitjançant el segellat endoluminal del catèter (mantenir la superfície endoluminal del catèter en contacte amb altes concentracions d'una solució antibiòtica durant el període de temps de no utilització, a fi d'eradicar l'organisme colonitzador). Diferents experiències amb aquesta tècnica han mostrat resultats esperançadors, en la curació de la BRC sense la retirada del catèter.

Resum: La infecció secundària al CVC continua sent una complicació greu. La seva reducció es basa en l'aplicació d'estrictes mesures d'higiene i en determinades situacions clíniques la utilització de mesures preventives addicionals com el segellat amb solucions antibiòtiques. Les noves estratègies en el seu maneig poden ser efectives en evitar la retirada del catèter.

EL ACCESO VASCULAR (AV) EN FASE PREDIÁLISIS

Salomé Muray

Hospital General Universitario Reina Sofia. Murcia

El abordaje del AV debe de ser multidisciplinar con un objetivo fundamental: conseguir un AV apto para diálisis con máximo ahorro de capital venoso y mínimas complicaciones. En la fase prediálisis el AV que cumple dichos requisitos en la Fístula arteriovenosa radiocefálica (FAV RC), y una vez en diálisis, es la FAV más distal posible. Para cumplir este objetivo se deberán superar diferentes obstáculos, siendo el más importante, el fallo primario del AV, que en caso de FAV RC puede llegar a ser del 25-58% de los casos. Se han identificado múltiples factores que influyen en el fallo primario, lo cual nos permite adoptar las medidas oportunas para intentar superarlo y conseguir el mayor número de FAV autólogas que funcionen al inicio de hemodiálisis. Sin embargo, todavía existen factores implicados en el proceso madurativo desconocidos o no identificados, suponiendo un campo abierto a la investigación. Actualmente, para conseguir el objetivo antes mencionado, es fundamental planificar adecuadamente la realización del AV (¿cuándo? ¿cómo?), seguir el proceso de maduración a las 4-6 semanas de la realización del AV y usar adecuadamente el AV (momento y forma de primera punción). De forma resumida, para conseguir un mayor número de FAV autólogas, deberemos preservar las venas en todos los pacientes con ERC, realizar un estudio preoperatorio vascular adecuado y disponer de una cirugía de alto nivel. Una vez conseguida la FAV, además, será indispensable el seguimiento del proceso de maduración, para diagnosticar y tratar precozmente el fallo de la misma, y así poder disponer de tiempo suficiente para que el paciente inicie hemodiálisis con un AV autólogo apto, evitando el catéter venoso central (CVC).

LA MEMBRANA PERITONEAL: UNA VISIÓN SISTÉMICA ¿COMO PRESERVAR LA MEMBRANA PARA EL FUTURO?

Rafael Selgas

Hospital Universitario La Paz. IdiPAZ. Madrid

Aunque el peritoneo no fue diseñado para ser utilizado para diálisis, la experiencia desarrollada en este campo durante los últimos treinta años permite afirmar que hemos penetrado en el conocimiento de sus reacciones, lo suficiente como para permitirnos pronosticar la modulación de su respuesta a la búsqueda de la tolerancia, esto es, de la estabilidad estructural. Esta visión optimista procede en buena parte de nuestras investigaciones sobre la reacción primaria de este tejido a su utilización por la diálisis bioincompatible, esta es, la del siglo XX. Entre ellas destaca la caracterización de la transición epitelio-mesenquimal de la célula mesothelial como uno de los hechos clave en la transformación, y desde luego uno de los primeros fenómenos de la misma.

1) La TEM (transición epitelio-mesenquimal) es un fenómeno ubicuo por el cual las células cambian de morfología. Se trata de una modificación programada de las células caracterizada por una pérdida de adhesión, supresión de la expresión de E-cadherina (por el factor de transcripción nuclear SNAIL), y una movilidad acentuada que les confiere capacidad invasiva. Es un fenómeno del estado embrionario pero también de la vida adulta. En consecuencia, las células epiteliales cambian su fenotipo siguiendo las agresiones sufridas por sus tejidos, y adquieren propiedades mesenquimatosas reparativas. El TGF- β presente en el medio ambiente es el principal mediador.

2) La TMM (transición mesotelio-mesenquimal) es la TEM de la membrana peritoneal y es la primera consecuencia anatómica de la diálisis peritoneal. También el TGF- β es su mediador principal, particularmente acompañado de actividad inflamatoria. Las células mesoteliales adquieren un aspecto fibroblástico y demuestran capacidades nuevas (producción de colágeno, fibronectina, VEGF), todas propiedades capaces de modificar profundamente el entorno peritoneal. En biopsias, el peritoneo aparece engrosado con células mesoteliales rodeadas por matriz extracelular. Mediante inmunohistoquímica, estas células están caracterizadas como mesoteliales (citoqueratina) y como fibroblastos (α -SMA): una doble naturaleza. También se identifican grandes cantidades de VEGF en ellas y en los tejidos vecinos.

3) La TMM tiene efectos funcionales sobre la membrana peritoneal (transportador rápido o alto), ligado a la producción de VEGF por las células transformadas. Las biopsias peritoneales obtenidas en el momento de un trasplante renal con situación normal peritoneal, en pacientes tratados durante un periodo corto o medio (menos de dos años), muestran que la TMM es el primer cambio observado. Pertenecer al cuartil más alto del transporte peritoneal de creatinina se asocia con una prevalencia 5 veces mayor de la presencia de este tipo de lesiones, comparativamente a los otros cuartiles, sin observarse un aumento del número de capilares. El fenómeno funcional es por tanto atribuible a una vasodilatación capilar consecuencia de las grandes cantidades de VEGF presentes en el tejido.

4) Lo que es más interesante es que esta lesión precoz, la TMM, puede ser regulada por fármacos y reducida usando líquidos de diálisis biocompatibles con reducción de productos de degradación de la glucosa (GDP).

Modelo animal (ratón o rata)

- El Celecoxib protege el peritoneo de los efectos del dializado, reduce su engrosamiento por ellos, los vasos y la infiltración por macrófagos. Este efecto es en parte debido a la inhibición de SNAIL et de otros marcadores de la TMM provocada por los líquidos de diálisis bio-incompatibles.
- La BMP-7 (un TGF- β natural) neutraliza, en el modelo animal de rata, los cambios de la membrana peritoneal, cualquiera que sea su causa, ligados a la TME inducida por TGF- β y la restaura.
- La Rosiglitazona, agonista de PPAR- γ , protege la membrana peritoneal de las lesiones inducidas por el líquido de diálisis. Reduce el espesor de la membrana, la angiogénesis y mejora la capacidad de ultrafiltración de la membrana. Sin embargo no afecta a la TMM. La Rosiglitazona reduce la acumulación de AGE inducido por líquidos de diálisis bioincompatibles y aumenta el reclutamiento de células Treg en la cavidad peritoneal.
- El paricalcitol (intraperitoneal) disminuye las lesiones del peritoneo inducidas por el líquido de diálisis bioincompatible. El grupo de ratones tratados con paricalcitol mostró un inferior número de vasos por debajo de la membrana basal y en las zonas inflamatorias. El paricalcitol disminuye de manera no significativa la producción de IL-1, TNF- α , IL-4 e IL-5. Lo que más llamó la atención fue la reducción de producción de IL-17 a efluente peritoneal con el uso de Paricalcitol. Este fenómeno se vio acompañado de un aumento de las poblaciones celulares en efluente inducido por los líquidos bioincompatibles, afectando especialmente a las de células T CD4+ y CD8+, muchas de ellas con características de células Treg. Este efecto sugiere una regulación por Paricalcitol de la respuesta inflamatoria peritoneal, cuya utilidad puede trascender hacia la protección peritoneal

Estudios en Pacientes

Uno de los hallazgos más interesantes de los últimos años es el efecto de los líquidos de DP biocompatibles (pobres en GDP, bicarbonato) en la membrana. Estudios realizados en pacientes en comparación con líquidos bioincompatibles (estándar) demuestran que la presencia de TMM (estimada por los marcadores de TME) en las células mesoteliales cultivadas a partir del efluente, está reducida significativamente después de 18-24 meses de DP. El fenómeno es sugestivo de una prevención de la TMM por estos líquidos biocompatibles. Deberá ser confirmado mediante biopsias peritoneales. Supondría la demostración de una traslación al paciente de todos los hallazgos positivos obtenidos in vitro o en animales y una razón para el optimismo a largo plazo con la DP.

Las aproximaciones terapéuticas al déficit de ultrafiltración peritoneal son escasas. Una experiencia de la literatura tuvo éxito de efectividad pero fracasó por una alta tasa de peritonitis causada por la inyección intraperitoneal diaria. Hemos realizado una experiencia multicéntrica con Bemiparina intraperitoneal añadida diariamente a Icodextrina (randomizado contra control, fase II,

abierto) (3500 UI/bolsa) en 76 pacientes con una baja capacidad de ultrafiltración o un rápido transporte de creatinina. Por análisis por intención de tratar, la ultrafiltración no fue diferente al cabo de 8-16 semanas. Sin embargo, los pacientes con mayor pérdida de ultrafiltración (<400 ml/4h) mostraron un significativo aumento de la misma mucho mas frecuente que aquellos sin bemiparina. Muy destacable la ausencia de efectos adversos importantes bajo este protocolo (no incremento de la tasa de peritonitis, no efectos hemorrágicos, a pesar de observarse su absorción en algunos pacientes, estimada con actividad anti-Factor Xa).

LA MADUREZ DE LA DIALISIS PERITONEAL. ¿QUÉ PODEMOS ESPERAR?

Miguel Pérez Fontán

Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

La Diálisis Peritoneal (DP) constituye una modalidad asentada de tratamiento de la enfermedad renal crónica terminal (ERCt). Su penetración en diferentes partes del Mundo es muy variable pero, en general, es muy inferior a la esperable en la mayoría de los países occidentales. En nuestro país se sitúa en torno al 10-12%, en términos de incidencia. Las razones para esta baja utilización son complejas, y parecen incluir, de manera prominente, una asignación de recursos sanitarios muy sesgada a la hemodiálisis y un déficit de formación, que afecta tanto a nefrólogos jóvenes como a los más experimentados.

Durante años, los profesionales opuestos a la expansión de esta técnica argumentaron que sus resultados clínicos eran inferiores a los de la hemodiálisis, y que ésta era la verdadera razón de su infrutilización. Este argumento no siempre ha estado desprovisto de base. No hay que olvidar que, aunque la DP es más antigua como tratamiento sustitutivo renal (TSR) que la hemodiálisis, el nacimiento de la DP ambulatoria se produjo a mediados de los 70, cuando la hemodiálisis era ya una técnica asentada. Superar esta desventaja requirió mucho tiempo y no poco esfuerzo. Los años 80 fueron particularmente duros, ya que presenciaron una lucha desesperante contra las peritonitis, con muy pocos avances sustanciales, mientras la hemodiálisis daba pasos de gigante hacia su modernización: monitores volumétricos, nuevas membranas, adecuación y, de manera prominente, la introducción de los factores eritropoyéticos, que benefició mucho más a la hemodiálisis que a la DP.

Los años 90 presenciaron un cambio positivo, pero todavía insuficiente. La extensión de las técnicas automáticas, gracias a la aparición de nuevas cicladoras, permitió mejoras en adecuación y calidad de vida. También supuso un avance crucial la introducción de las soluciones de poliglucosa, que permitieron mantener la ultrafiltración en permanencias largas, aportando una solución para los pacientes sin función renal residual y/o con déficit de ultrafiltración. La incidencia de peritonitis se situó en términos manejables. Por último, hubo algunos avances en la definición de la adecuación en DP. Sin embargo, el final de la década encontró a la técnica en un cierto estancamiento, cuando no recesión franca. Dos causas fundamentales subyacían a este fenómeno. En primer lugar, el fallo de membrana suponía un corsé para la viabilidad de la técnica a largo plazo, y nuestro nivel de comprensión de la fisiopatología y manejo del problema era extremadamente deficiente. En segundo lugar, los profesionales de la DP no supimos aprender de los errores de los especialistas en hemodiálisis, y caímos en la tentación de sacralizar marcadores de adecuación que luego se revelarían catastróficamente erróneos. El estudio CANUSA, empeinado en consagrar el Kt/V sin matices, hizo más daño a la DP que todos los “enemigos” de la técnica juntos.

El siglo XXI ha visto el paso a la madurez de la DP, basado tanto en avances en el conocimiento como, sobre todo, en una mejor interpretación y abordaje de los problemas de la técnica. En el primer capítulo caben destacar los progresos en el conocimiento de la fisiopatología de la res-

puesta peritoneal a la DP, que ha abierto las puertas a nuevas estrategias de prevención del fallo de membrana. La potenciación de las políticas de ahorro de glucosa, la expansión de las llamadas soluciones biocompatibles y la utilización de medidas destinadas a preservar la función renal residual o la integridad de la membrana son algunos frutos de este conocimiento. En el segundo capítulo, hemos comprendido de manera clara algo que, en la actualidad, nos parece imposible no haber visto hace más de diez años: el control de volumen no es un punto fuerte de la DP, sino una debilidad a largo plazo. La hipervolemia es una epidemia en los pacientes en DP a partir del 3º-4º año de tratamiento y genera estrategias maladaptativas, como la sobrecarga de glucosa para mejorar la ultrafiltración, lo que se traduce en trastornos metabólicos graves. Todo ello causa el conocido exceso de mortalidad cardiovascular tardía en estos pacientes, cuando se los compara con los tratados con hemodiálisis. En los últimos años, nuestros esfuerzos han estado dirigidos a prevenir este declive tardío en los resultados de la DP, con resultados esperanzadores: a lo largo de la última década, la supervivencia de técnica y pacientes ha ido mejorando de manera progresiva, frente a unos resultados estables para la hemodiálisis. Diferentes estudios de registro muestran, por primera vez de manera clara, que la DP es capaz de competir a medio plazo en marcadores duros de pronóstico con la hemodiálisis.

¿Ha llegado pues la hora de que la DP ocupe el lugar que le corresponde en las políticas de TSR?. Este es quizá el reto principal de la técnica en la segunda década del siglo. Para ello, será esencial definir las indicaciones relativas de ambas técnicas. La filosofía del llamado tratamiento integrado de la ERCt será esencial en esta cuestión: cada paciente debe recibir la modalidad de TSR (hemodiálisis, DP o trasplante) que mejor se adapte a cada momento de su evolución clínica. Será esencial incorporar a la rutina clínica estrategias ordenadas de utilización de estos tratamientos, ya que la experiencia indica que las técnicas no son siempre intercambiables, y que su orden de utilización no es indiferente. La transferencia electiva y programada de modalidades deberá ser una rutina, evitando consecuencias indeseables de la prolongación de técnicas que pudieron ser adecuadas en su momento, pero que, por las razones que sean, ya no se adaptan a las necesidades del paciente. Para poder llevar a cabo estas estrategias será necesaria una reordenación de recursos sanitarios más adaptada a la realidad del TSR en cada área, y una correcta formación de los profesionales. Por último, no podemos considerar que los avances puramente médicos están ya agotados: será necesario progresar en ellos, haciendo hincapié en los objetivos de una victoria definitiva sobre el riesgo de peritonitis, mejoras ulteriores en biocompatibilidad que garanticen la pervivencia de la membrana a largo plazo y, sobre todo, avances en la prevención del riesgo cardiovascular a largo plazo de nuestros pacientes.

PASSAT, PRESENT I FUTUR DE LA DIÀLISI PERITONEAL A CATALUNYA. PER QUÈ NO CANVIEM?

Mercè Borràs

Servei de Nefrologia. Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida

Per contestar a la pregunta per què no canviem? Es farà una revisió de les dades disponibles dels darrers deu anys de diàlisi peritoneal a Catalunya. Evolució de la incidència, prevalença, anàlisi per àrees sanitàries i causes de canvi de modalitat. Comparació amb altres comunitats properes.

Més enllà d'aquestes dades, quina és la situació respecte al coneixement de la diàlisi peritoneal dins la comunitat nefrològica? Quant de temps dediquen els nostres residents al seu aprenentatge? I, per acabar, revisió de les iniciatives docents presents i futures.

Com són les nostres unitats de diàlisi peritoneal? Mida, organització, dotació i comparació amb el què recomanen les guies de pràctica clínica.

Quins són els punts claus per desenvolupar els programes de diàlisi peritoneal en general? Algunes d'aquestes mesures s'aplica o és aplicable a Catalunya?

Paper de l'administració en el present i futur de la diàlisi peritoneal a Catalunya.

Amb la revisió de tots aquests aspectes intentarem contestar a la pregunta per què no canviem? o potser caldrà reformular la pregunta.

IMMUNITAT INNATA I TRASPLANTAMENT RENAL

Francesc Moreso

Unitat Trasplantament Renal. Servei Nefrologia. Hospital Universitari Vall d'Hebron

Introducció

La immunitat innata constitueix la primera barrera de defensa de l'organisme contra les infeccions i té un paper central en la reparació de teixits (1). Aquest tipus de resposta es caracteritza, a diferència de la resposta immune adaptativa, per no ser específica, no deixar memòria i ser de resposta immediata. Algunes estructures dels microorganismes conegudes com patrons moleculars associats als patògens (pathogen-associated molecular patterns, PAMPs) són reconegudes pels seus receptors (PRR, pattern recognition receptors) que s'expressen en les cèl·lules efectores del sistema de la immunitat innata com els macròfags o les cèl·lules dendrítiques. Entre els PAMPs més descrits hi ha el lipopolisacàrid bacterià, els peptidoglicans, els àcids lipoteicoics, les manoses i glucans, el DNA bacterià i el RNA de doble cadena. Els PRR es divideixen en 3 tipus: endocítics, de senyalització i secretats. Una de les molècules de secreció més ben caracteritzades és la lectina lligada a manosa (mannose-binding lectin, MBL) que pot activar el sistema del complement a través de la via de les lectines tot afavorint la inflamació i la fagocitosi al lloc de la infecció. Els PRR de senyalització més descrits són els toll-like receptors que s'han relacionat amb la patogènesi de diverses glomerulonefritis, en la lesió d'isquèmia-reperfusió i en el rebuig agut del òrgans trasplantats (2).

La necrosi i/o apoptosi cel·lular que segueix a la lesió tissular es caracteritza per la secreció de diversos mediadors de lesió coneguts com alarmines que són detectats pel sistema immune innat. El reconeixement de les alarmines dispara la inflamació i afavoreix la fagocitosi de les cèl·lules necròtiques i/o apoptòtiques. Un cop el teixit necròtic i/o apoptòtic ha estat eliminat, la inflamació cedeix i s'inicia el procés de regeneració tissular que condueix a la cicatrització de la lesió. Donat que la resposta a la infecció i a la lesió tissular és semblant, PAMPs i alarmines s'han agrupat com patrons moleculars associats a lesió (danger associated molecular pattern, DAMPs). Les alteracions de la resposta immune innata s'associen a una inadequada cicatrització tissular, a inflamació crònica i a malalties autoimmunes degut a l'exposició d'antígens intracel·lulars i a una ineficient fagocitosi del teixit necròtic i/o apoptòtic. Així doncs, les alteracions de la immunitat innata poden contribuir tant en el risc d'infeccions després del trasplantament com en la progressió de la lesió renal induïda per la lesió d'isquèmia-reperfusió o per la resposta immune específica.

MBL i patologia en la població general

Les alteracions de la immunitat innata s'han associat tant amb la prevalença com amb el pronòstic de diverses malalties. Els polimorfismes genètics del MBL s'han relacionat tant amb els nivells plasmàtics com amb la funció del MBL (3, 4). De totes maneres, la relació entre el MBL i la patologia és força complexa. Així, mentre que els nivells baixos de MBL han estat relacionats amb una major prevalença d'infecció, malalties autoimmunes, diabetis i malaltia cardiovascular; els nivells elevats de MBL s'han relacionat amb un pitjor pronòstic en algunes malalties autoimmunes (5). Un exemple que reforça la complexitat de la relació entre MBL i patologia és la diabetis, ja que els nivells baixos de MBL s'han as-

sociat amb una major prevalença de diabetis (6), però els nivells elevats s'han associat amb una major lesió renal (7). A més, després de la lesió d'isquèmia-reperfusió els nivells elevats de MBL s'han associat amb un deteriorament funcional més sever (8).

MBL i evolució post-trasplantament

En trasplantament renal s'ha descrit una associació entre els nivells baixos de MBL (i els polimorfes associats) i una major susceptibilitat a la infecció per bacteris, fongs i virus com el citomegalovirus (9-11), malgrat que altres estudis no han pogut confirmar aquesta associació (12, 13). En un estudi recent (10) vam determinar els nivells plasmàtics de MBL en una sèrie de 125 pacients trasplantats. En aquest estudi es va poder demostrar una associació entre els nivells baixos de MBL i els marcadors d'inflamació crònica pre-trasplantament (receptor soluble de TNF, sTNFR2) i la prevalença d'infeccions. A més, en el grup de pacients amb nivells de MBL baixos es va mostrar una prevalença de diabetes mellitus post-trasplantament dues vegades superior que en la resta de pacients.

De totes maneres, malgrat la major incidència d'infeccions en els pacients amb nivells de MBL baixos, no s'ha demostrat una associació amb mortalitat (14, 15). Ans al contrari, s'ha descrit una associació entre els nivells baixos de MBL i una disminució del fracàs de l'empelt. La incidència de rebuig agut no sembla que es vegi afectada pels nivells de MBL, però en els pacients amb MBL elevat es produeix més sovint la pèrdua de l'empelt renal per rebuig agut (14), tot suggerint que els nivells de MBL es poden associar amb una major severitat del rebuig. De la mateixa manera, en receptors d'un trasplantament reno-pancreàtic s'ha mostrat una associació entre els nivells elevats de MBL i la supervivència de l'empelt (16). En canvi, en trasplantament cardíac s'ha demostrat una associació entre els nivells baixos de MBL i una major prevalença de rebuig agut i malaltia vascular crònica (17). Òbviament, la interpretació d'aquests resultats contradictoris entre trasplantament renal i cardíac són difícils d'interpretar.

En la sèrie abans descrita (10), es van realitzar biòpsies de seguiment als 3 mesos en els pacients amb funció renal estable (creatinina < 200 mmol/L i proteïnúria < 1g/dia). L'estudi histològic dels 60 pacients amb teixit suficient va mostrar una associació entre els nivells baixos de MBL i la presència de rebuig subclínic a la biòpsia (39% vs. 7%, $p=0.005$). Aquests resultats suggereixen que el déficit de MBL es pot associar amb una menor capacitat per reparar el teixit lesionat mantenint un major grau d'inflamació.

Conclusions

Les alteracions de la immunitat innata participen en el trasplantament renal d'òrgans sòlids. A dia d'avui, es disposa d'alguns estudis que mostren una relació entre els nivells o polimorfismes de MBL que contribueixen tant en la infecció post-trasplantament com en el rebuig agut. De totes maneres, donat que alguns resultats són contradictoris, caldrà disposar de nous estudis per entendre millor com actua aquesta espasa de doble bisell.

Referències

- 1.) Medzhitov R, Janeway C. Innate immunity. *N Engl J Med* 2000; 343: 338-344.
- 2.) Gluba A, Banach M, Hannam S, Mikhailidis DP, Sakowicz A, Rysz J. The role of Toll-like receptors in renal diseases. *Nat Rev Nephrol* 2010; 6:224-235.
- 3.) Garred P, Larsen F, Seyfarth J, Fujita R, Madsen MO. Mannose binding lectin and its genetic variants. *Genes and Immunity* 2006; 7: 85-94.
- 4.) Bohlsón SS, Fraser DD, Tenner AJ. Complement proteins C1q and MBL are pattern recognition molecules that signal immediate and long protective immune functions. *Mol Immunol* 2007; 44: 33-43.
- 5.) Bouwman LH, Roep BO, Roos A. Mannose-binding lectin: clinical implications for infection, transplantation and autoimmunity. *Hum Immunol* 2006; 67: 247-256.
- 6.) Megia A, Gallart L, Fernandez-Real JM et al. Mannose binding lectin gene polymorphisms are associated with gestational diabetes mellitus. *J Clin Endocrinol Metab* 2004; 89: 5081-5087.
- 7.) Hovind P, Hansen TK, Tarnow L et al. Mannose-binding lectin as a predictor of microalbuminuria in type 1 diabetes: an inception cohort study. *Diabetes* 2005; 54: 1523-1537.
- 8.) De Vries B, Walter SJ, Peutz-Koostra CJ et al. The mannose binding lectin pathway is involved in complement activation in the course of renal ischemia reperfusion injury. *Am J Pathol* 2004; 165: 1677-1688.
- 9.) Manuel O, Pascual M, Trendelenburg M, Meylan RR. Association between mannose binding lectin deficiency and cytomegalovirus infection after kidney transplantation. *Transplantation* 2007; 82: 359-362.
- 10.) Verschuren JJ, Roos A, Schaapherder AF et al. Infectious complications after simultaneous kidney transplantation: a role for the lectin pathway of complement activation. *Transplantation* 2008; 85: 75-80.
- 11.) Ibernón M, Moreso F, Moreno JM et al. Low mannose-binding lectin as a risk factor for new onset diabetes mellitus after renal transplantation. *Transplantation* 2009; 88: 272-278.
- 12.) Cervera C, Lozano F, Saval N et al. The influence of innate immunity gene receptors polymorphisms in renal transplant infections. *Transplantation* 2007; 83: 1493-1500.
- 13.) Sagedal S, Thiel S, Hansen TK, Mollnes TE, Rollag H, Hartmann A. Impact of the complement lectin pathway on cytomegalovirus disease after kidney transplantation. *Nephrol Dial Transplant* 2008; 4054-4060.
- 14.) Berger SP, Roos A, Mallat MJ, Fujita T, de Fijter JW, Daha MR. Association between mannose binding lectin levels and graft survival in kidney transplantation. *Am J Transplant* 2005; 5: 1361-1366.
- 15.) Hjelmæsæth J, Ueland T, Flyvbjerg A et al. Early posttransplant osteoprotegerin levels predict long term (8 years) patient survival and cardiovascular death in renal transplant patients. *J Am Soc Nephrol* 2006; 17: 1746-1754.
- 16.) Berger SP, Roos A, Mallat MJ et al. Low pretransplantation mannose-binding lectin levels predict superior patient and graft survival after simultaneous pancreas-kidney transplantation. *J Am Soc Nephrol* 2007; 18: 2416-2422.
- 17.) Fiane AE, Ueland T, Simonsen S et al. Low mannose-binding and increased complement activation correlate to allograft vasculopathy, ischemia and rejection after human heart transplantation. *Eur Heart J* 2005; 26: 1660-1665.

CELLULAR ALLOIMMUNE RESPONSE IN KIDNEY TRANSPLANTATION

Oriol Bestard, MD

Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat

Pathophysiology of the T-cell alloimmune response

The adaptive alloimmune response occurring after allotransplantation, is initiated by the recognition of donor antigens by CD4+ T cells on antigen presenting cells (APC) through 2 different allorecognition pathways; on the one hand, by the direct pathway, donor APCs carry intact allo-antigens and directly present them to recipient T cells via human leukocyte antigen (HLA) molecules. On the other hand, through the indirect pathway, donor antigens are processed and presented as peptides by recipient APCs through HLA class II molecules to recipient T cells. After T-cell activation, T cells will release an important amount of cytokines, which will define their subsequent predominant effector mechanism of the alloimmune response. Among the most well recognized effector mechanisms are the Th1 and Th2 alloimmune response. The Th1 response, directly mediated by CD4+ T cells that will proliferate under IL-2 and IL-12 among other cytokines, leading to their activation as well as CD8+ T cells which will develop their effector function releasing proinflammatory molecules such as IFN-gamma or perforines, in order to damage the renal allograft. Alternatively, activated CD4+ T cell may release other cytokines such as IL-4, IL-10 or transforming growth factor beta (TGF-B) that may activate B cells and thus, the activation of the humoral alloimmune response through the production of alloantibodies. Besides, 2 other different alloimmune responses named Th17 and T-regulatory, an effector and regulatory, respectively, are being under profound evaluation.

The direct and indirect pathway of allorecognition have been classically associated to acute and chronic immune-mediated graft injury, respectively, as the former leads to a fast and robust T-cell activation and is dependent on donor APC and conversely the later, seems to take place in a more progressive manner, thus yielding to a continuous T-cell activation over time.

Immunemonitoring the alloimmune response after kidney transplantation

Currently, immune-monitoring of patients who undergo renal transplantation is mainly based on clinical aspects and drug through levels. Nevertheless, in the last years, searching for the presence of antibodies against HLA or non-HLA antigens (donor or non-donor specific) before and even late after transplantation is increasingly being evaluated, as it has been clearly associated with both early and late kidney graft loss. Thus, pre- and post-transplant immune monitoring is mainly focused on the detection of the humoral alloimmune response.

Although through levels of immunosuppressants may help us to avoid toxic-related side effects, it does not show the donor-specific alloimmune state of transplant recipients. Therefore, for a suitable monitoring of the alloimmune response, functional assays focusing on both humoral and cellular alloimmune response (which is currently not being evaluated) should probably be included in the daily clinical practise.

In fact novel assays, both evaluating antigen and non antigen-specific alloimmune response are cu-

Currently in the pipeline, especially for quantifying the T-cell alloimmune response.

Antigen-specific immune-monitoring assays are the most informative tools for measuring alloimmune responses directed to donor-antigens. Among them, the IFN γ ELISPOT assay is a more recent tool, and allows the quantification of memory/effector T-cell alloresponses in peripheral blood.

Impact of donor-reactive memory/effector T cells Pre-Transplantation

Presence of donor-reactive memory/effector T cells has been evaluated both pre- and early post-transplantation, investigating its impact on post-transplant outcome. Two groups, evidenced the association between the presence of circulating memory/effector T cells against donor antigens and a poorer graft outcome after transplantation. On the one hand, presence of highly alloreactive donor-specific memory/effector T cells was significantly correlated with worse serum creatinine both at 6 and 12 months after transplantation. Similarly, serial determinations of donor-specific IFN γ ELISPOT before transplantation and during the first 6 months after transplantation was significantly associated to an increased risk of post-transplant acute cellular rejection and worse graft function after transplantation. Thus, this data suggest that the presence of highly alloreactive donor-specific memory/effector T cells during the early post-transplant period may help to identify patients at risk for immune-mediated graft rejection.

Since the pre-transplant panel reactive antibody (PRA) assesses risk of humoral allosensitization among renal transplant patients, it has been recently shown that screening for alloreactive memory/effector T cells by a panel of reactive T cells (PRT) also provides relevant information of the T-cell allosensitization degree against HLA antigens from the respective community of renal transplant candidates.

Donor-reactive memory/effector T cells in the Post-Transplant setting

Similarly to the pre- and early post-transplant T-cell alloimmune response assessment, the presence of circulating donor-reactive memory/effector T cells, primed by both direct and indirect pathways, are also detectable long time after transplantation. Interestingly, patients with the activated direct pathway have been associated to more episodes of late acute rejection episodes, suggesting a persistence activation of T-cell alloreactivity. Moreover, presence of highly alloreactive T cells activated by the indirect pathway has been also significantly associated to increased levels of proteinuria. Finally, patients with chronic allograft dysfunction have been also associated to show T-cell alloreactivity by both allorecognition pathways.

Conclusions

In conclusion, humoral and cellular effector mechanisms seem to play a different role with the aim of rejecting the allograft. Besides humoral factors, cellular alloreactivity is also associated with short and long-term worse graft outcome. In the pre-transplant setting, high pre-transplant cellular alloreactivity is associated with a higher risk of post-transplant cellular acute rejection episodes. However, anti-donor cellular alloreactivity may also persist long-term after transplantation activated by both direct and indirect allorecognition pathways and are associated with poorer graft function suggesting an on-going T-cell mediated chronic graft damage. Therefore, monitoring of both humoral and cellular alloreactivity in renal transplant patients may be important in order to properly individualize immunosuppression.

MACADORS DE DIAGNÒSTIC PRECOÇ

Irene Agraz

Hospital Vall d'Hebron

El diagnòstic de dany renal agut (DRA), representa un greu problema a les unitats d'hospitalització i UCI. Suposa entre un 5-30% segons les diferents sèries no havent disminuït la seva incidència en els últims anys. El diagnòstic actual es continua basant en l'elevació de la creatinina o la presència d' oligúria suposant petites elevacions de creatinina un gran increment en la morbi-mortalitat del pacient. No obstant això, l'augment de creatinina és un marcador d'escàs valor perquè està influenciat per diversos factors extrarenals, es necessita un dany tissular renal avançat per a manifestar-se i és d'aparició tardana ja que es presenta després de les 48 hores de la lesió inicial . Així doncs, resulta d'alguna manera prioritari, com ja ho han manifestat diferents societats científiques, trobar aquell o aquells biomarcadors fàcils de mesurar, poc afectats per altres variables biològiques i capaç d'estratificar el risc de la patologia que hem de mesurar. Les nous biomarcadors haurien de permetre a més, monitoritzar la resposta al tractament i determinar concretament el lloc del dany.

L'aplicació de la tecnologia genòmica i proteòmica funcional a models humans i animals de DRA ha revelat diversos gens i productes genòmics que han sorgit com biomarcadors possibles d'aplicació en humans. Alguns d'aquests biomarcadores com NGAL, KIM 1, L-FAB, IL-18, han pogut ser comprovats en estudis amb pacients en diferents situacions de DRA amb resultats esperançadors per a la seva utilització clínica.

Les poblacions més estudiades han estat aquelles en les que el pacient s'ha exposat a medis de contrast, bypass cardiopulmonar, ventilació mecànica, sèpsis i trasplantament renal. Però els nous biomarcadors poden ser també molt útils en el camp de la investigació de nous fàrmacs i drogues per tal de trobar aquells més eficaços però menys nefrotòxics analitzant millor el seu comportament tant en el ronyó sa com danyat.

- NGAL: ha estat una de les molècules més estudiades. Es presenta com un dels biomarcadors que apareix de forma més precoç després d'un episodi d'isquèmia renal i es detecta ràpidament a l'orina .
- Kidney injury molecule-1 (KIM-1) és un marcador de dany tubular renal tant d'origen tòxic com isquèmic. KIM-1 està guanyant interès pel seu paper modulador en la reparació de la lesió renal.
- IL-18: Citokina proinflamàtoria induïda i secretada pel túbul proximal. És un biomarcador d'inflamació tubular renal. Es detecta a l'orina de forma precoç en situacions de fracàs renal agut.
- L-FABP: Proteïna de 14 *kDa que s'expressa en els túbuls proximals i també rectes del ronyó. Pertany a un grup de proteïnes transportadores d'àcids grassos les isoformes existen en pràcticament tots els òrgans. Podria considerar-se un bon biomarcador ja que avalua el dany tubulointersticial, prediu l'evolució de la malaltia renal i pot determinar estratègies terapèutiques.

Aquests biomarcadors que semblen ésser eficaços necessiten, ser validats en futurs estudis amb poblacions d'ampli espectre (cirurgia cardíaca, pacients crítics, postrasplantats i amb malaltia renal crònica subjacent). S'han d'establir amb precisió els temps entre el moment de la determinació i l'aparició de les manifestacions clíniques, així com els avantatges de determinades combinacions de biomarcadors el denominat "panel de biomarcadors". Si aquests estudis arribessin a mostrar resultats sòlids, en un futur no molt llunyà es tindria una oportunitat per portar a terme investigacions clíniques sobre tractaments precoços del DRA millorant l'evolució d'aquests pacients.

TRATAMIENTO DEL FRACASO RENAL AGUDO SECUNDARIO A LA SEPSIS

Joan Sabater, Xose Luis Pérez Fernández

Servei de Medicina Intensiva, Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat

Introducción

El shock séptico es la principal causa de mortalidad en el paciente crítico. En este contexto el riñón juega un papel crucial como causa de sepsis y órgano disfuncionante dentro de la constelación del fracaso multiorgánico (FMO).

Además, la sepsis es la principal causa de disfunción renal en el paciente crítico. La disfunción renal séptica (FRA-séptico) presenta mayor incidencia de FMO, requerimiento de técnicas continuas de reemplazo renal (TCRR) y una mayor mortalidad que el FRA-no séptico. Paradójicamente si el paciente sobrevive presenta una mejor tasa de recuperación de la función renal, por tanto estamos ante una condición fisiopatológica diferente al FRA convencional.

Tenemos un escaso conocimiento fisiopatológico del FRA-séptico y además confluyen otras causas de FRA. Tradicionalmente hemos realizado una aproximación hemodinámica por caída del flujo sanguíneo renal y fenómenos de isquemia muy simplista, pero podrían jugar un papel muy importante los fenómenos de disregulación intrarrenal, mecanismos no hemodinámicos (mediadores de la sepsis) o fenómenos apoptoicos. Estos fenómenos podrían explicar el FRA en fases precoces de la sepsis y su pobre respuesta a las terapias de reanimación.

Tratamiento

El tratamiento del FRA-séptico es muy complejo; tratamos un paciente séptico, en el que además inciden otras causas que pueden provocar FRA.

Ante todo estamos ante un paciente con sepsis, por tanto el primer escalón del tratamiento es el de la sepsis. Es crucial el diagnóstico y el inicio precoz de las medidas de reanimación guiadas por objetivos dentro de las guías de la Surviving Sepsis Campaign (SSC) para conseguir una presión venosa central 8-12 mmHg, tensión arterial media > 65 mmHg, diuresis > 0.5 ml/kg/h, saturación venosa central \geq 70% y saturación venosa mixta \geq 65 % en un intento de mejorar la oxigenación tisular.

En la reanimación inicial, el fluido de reposición de elección ideal todavía es tema de debate. La noradrenalina es el vasopresor de elección al presentar mejor perfil de seguridad que la dopamina. Otras medidas de soporte/tratamiento médico no han dado el resultado esperado: diuréticos, dopamina a bajas dosis, péptido natriurético, fármacos calcio antagonistas, estatinas, antioxidantes, hipotermia etc. El fenolopam parece atenuar el grado de disfunción renal y las necesidades de TRR, pero requiere estudios dirigidos a pacientes con FRA-séptico para su uso sistemático.

Técnicas de reemplazo renal (TRR) con presencia de AKI

A pesar de todas las estrategias de reanimación, un porcentaje significativo de pacientes sépticos desarrollan FRA-séptico y requieren TRR. Tradicionalmente siempre asociamos FRA-séptico con TCRR pero no existen estudios que apoyen de forma contundente esta afirmación y los diferentes

metaanálisis no encuentran evidencia suficiente para poder decantarse hacia las TCRR. Estos estudios siempre han sido criticados por presentar sesgos de inclusión (no incluyen los pacientes más graves). Resulta difícil de imaginar tratar con técnicas intermitentes a pacientes enormemente inestables, inflamados y catabólicos como son los FRA-sépticos, por tanto y aunque solamente podamos apoyarnos con recomendaciones de expertos; las TCRR parecen ser la mejor estrategia.

Otro interrogante es cuando iniciar la TRR, sabemos que en general las estrategias precoces han resultado favorables. El inicio precoz de las TRR podría minimizar el daño renal y la disfunción orgánica, al normalizar la temperatura, la acidosis, la uremia, la sobrecarga de líquidos, etc, pero en ausencia de acidosis extrema o gran sobrecarga hídrica no ha sido totalmente demostrado. Los metaanálisis que estudian esta cuestión, se basan en un número limitado y heterogéneos de estudios, y encuentran una tendencia favorable del inicio "precoz". Pero el gran problema que nos encontramos en el FRA-séptico es que desconocemos el mejor marcador para iniciar las TRR (creatinina, urea, otros marcadores, tiempo respecto ingreso UCI o hospital etc.).

¿Cuál es la dosis óptima de depuración en el FRA-séptico? En el inicio de la década pasada y a raíz de estudios posteriormente cuestionados pensábamos que cuanto más dosis de depuración mejor para tratar el FRA-séptico. Para contestar definitivamente esta interrogante se diseñaron dos potentes estudios (ATN y el RENAL) comparando estrategias mas o menos intensivas. Ambos estudios mostraron que el incremento de la intensidad de la depuración no mejoraba la supervivencia (ni en el grupo sépticos). Como conclusión; una dosis garantizada de 20-25 ml/kg/h es suficiente a los pacientes críticos.

Técnicas de Depuración Sanguínea (TDS) en la sepsis sin FRA

El papel de las TDS en pacientes sépticos sin FRA sigue siendo cuestionado. Eliminar un solo mediador ha fracasado de forma sistemática, la eliminación masiva e inespecífica para restaurar la inmunohomeostasis podría ser una buena estrategia. Pero la capacidad de las TDS como eliminadoras netas de mediadores es poco clara, por tanto se han formulado diferentes teorías para explicar su potencial efecto en el paciente séptico:

-“Hipótesis de eliminación de picos” (Ronco et al): la eliminación de los picos de las citoquinas en las concentraciones sanguíneas durante la fase inicial de la sepsis podría detener la cascada inflamatoria, el daño orgánico y la evolución al fracaso multiorgánico.

-“Hipótesis del umbral de inmunomodulación” (Honore y Matson): la supresión de las citoquinas del compartimiento sanguíneo conduce a la supresión de las citoquinas de los tejidos debido a un equilibrio de sus concentración entre estos compartimientos. Así se explicaría por qué se observa mejoría clínica sin una modificación de las concentraciones de citoquinas en sangre.

-“Hipótesis de entrega de mediadores” (Di Carlo y Alexander): el líquido de reposición provoca un aumento del flujo linfático por las altas tasas de intercambio durante las HVHF. Esto conduce a un arrastre significativo y el desplazamiento de mediadores inflamatorios hacia el compartimento sanguíneo y potencialmente poder ser eliminadas.

-TDS actúan en el proceso inflamatorio a nivel celular para restaurar la función inmune a través de la regulación de los monocitos, neutrófilos, linfocitos (Peng et al).

Gracias al desarrollo tecnológico disponemos de un amplio abanico de posibilidades:

High-volumen hemofiltration (HVHF)

Altas tasas de intercambio ($UF > 50 \text{ ml/Kg/h}$) podrían ser una buena estrategia para eliminar mediadores inflamatorios. Estas moléculas suelen ser hidrosolubles, de tamaño medio (5-60 KD) por tanto potencialmente eliminables mediante convección sin olvidar la capacidad de adsorción de algunas membranas.

La mayoría de estudios demuestran mejoría hemodinámica pero no queda claro su impacto sobre la supervivencia, además la mayoría de estos estudios son de escasa calidad. Otro inconveniente es que es una técnica compleja, cara y potencialmente peligrosa en manos poco expertas.

Técnicas basadas en la adsorción han experimentado importantes avances en los últimos años en especial las basadas en la adsorción de endotoxinas, lipopolisacárido de superficie de los gérmenes gram negativos responsables de la génesis de la sepsis. Actualmente existen distintos dispositivos que por diferentes principios físicoquímicos tienen la capacidad de adsorber endotoxina abortando, potencialmente la cascada inflamatoria provocada por la sepsis en fases precoces. Los estudios iniciales (algunos muy cuestionados) parecen mostrar unos resultados prometedores pero son técnicas caras, complejas y todavía existe una experiencia clínica muy escasa.

Otra estrategia es aumentar el tamaño del poro de la membrana (membranas de poro ancho) para facilitar el paso de mediadores (y otras sustancias no siempre malas), desgraciadamente los resultados clínicos son poco esperanzadores.

Las membranas de adsorción incrementadas, son dispositivos con buena capacidad depurativa y con una capacidad de adsorción significativa con un futuro bastante prometedor.

Por último enumerar un listado casi interminable de dispositivos como CPFA (Coupled plasma filtration-adsorption), hemofiltración en cascada, RAD, etc... que no han acabado de asentarse y el futuro nos dará su auténtica valía.

COMUNICACIONS ORALS

DIJOUS 02-06-2011

11:30 - 13:00 h

Diàlisi

Moderadors:

Omar Ibrik. *Hospital de Mollet*

Josep Mora. *Institut Nefrològic Granollers*



1. REGISTRE SE SEGURETAT I EFICACIA DE CARBONAT DE LANTÀ EN PACIENTES EN DIÀLISI AMB HIPERFOSFATEMIA. ESTUDI REFOS-CATALUNYA

Josep Mora-Macià¹, M^a Teresa González², Viçens Torregrosa³, Andreu Foraster⁴, Angels Juan¹, Francesc Barbosa⁵, Martí Vallés⁶, Oscar Reatiga⁷, Antonio Cabezas⁸, M^a Teresa Compte⁹, Massimo Barbetta¹⁰, Omar Ibrik¹¹, Ramón Roca¹¹, Jordi Viladoms¹¹

¹Fresenius MC Granollers, ²H.de Belvitge, ³H.Clinico de Barcelona, ⁴Centro de Diàlisis Diaverum, ⁵H. del Mar, ⁶H Josep Trueta, ⁷Fresenius MC Reus, ⁸H. Dos de Maig, ⁹H. Santa Creu, ¹⁰H.San Antonio Abad, ¹¹H. de Mollet

Objectius: Estudi retrospectiu amb el captor del fòsfor carbonat de lantà (CL) de recollida de dades de seguretat i eficàcia en la pràctica clínica habitual a Catalunya (REFOS-Catalunya).

MATERIAL I MÈTODES: Pacients que comencen tractament amb CL evaluats durant 12 mesos. Es van determinar els nivells de fòsfor (P), calci (Ca) en mg/dl i PTH (pg/ml). Es van recollir els Aconteixements Adversos (AA). La variable principal de l' estudi es el percentatge de reducció dels nivells de fòsfor als 12 mesos respecte l' inici.

RESULTATS: Van ser inclosos 152 pacients (11 Centres); de 59,7±16,2 anys, 47,7±58,3 mesos en HD, 71,7% hipertensos i 20,4 % diabètics. Els nivells a la visita basal, i als mesos 1,3,6,9,i,12 de P van ser: 5.98, 5.72*, 5.28*, 4.93*, 5.13* i 4.92* (*p<0.01 versus basal), de Ca: 8.58, 9.10, 8.80, 8.61, 8.96 i 9.09; i PTH: 441, 360, 381, 466, 337 i 297. La dosi final de CL va ser 2158 mg/dia. Els AA més habituals van ser estrenyement (24), flatulència (20) i dolor abdominal (7). A l'inici de l'estudi el 53.2% rebien tractament combinat i al final el 36.6%, essent el quelant combinat a CL més freqüent, el sevelamer (67%).

CONCLUSIONS: L'eficàcia de CL queda demostrada desde el primer mes de tractament amb una reducció significativa dels nivells de fòsfor, un perfil de seguretat adequat i una reducció del tractament quelant combinat

2. SON ÚTILS ELS MÈTODES INDIRECTES DILUCIONALS DE SEGONA GENERACIÓ PER LA MEDICIÓ DEL FLUXE DE L'ACCÉS VASCULAR EN TÈCNiques DEPURATIVES D'ALTA EFICÀCIA (HF) I HEMODIAFILTRACIÓ (HDF) EN LÍNEA?

Néstor Fontseré; Miquel Blasco; Francesc Maduell; Manel Vera; Marta Arias; Gaspar Mestres;
Maria Isabel Real; Josep M Campistol

Servei de Nefrologia, Unitat Funcional d'Accés Vascular. Hospital Clínic

OBJECTIUS: Analitzar l'aplicació pràctica dels mètodes indirectes automatitzats en la medició del fluxe (Qa) mitjançant termodilució (TD) respecte a la ultrasonografia (UD) segons condicions de validació intramètode (Qb 300 i Qd 500 ml/min), HF i HDF segons prescripció habitual.

MATERIAL I MÈTODES: 31 pacients HD (17H); 60 ± 12.7 anys, 27 FAV i 4 PTFE. Qa obtingut durant la primera hora en 3 sessions consecutives (HD1: HF Qb 300-Qd 500 ml/min; HD2: HF Qb 420-Qd 730 ml/min i HD3: HDF Qb 420-Qd 730 i Qi 100 ml/min) realitzades amb monitors 5008-S FMC. Bland-Altman i coeficient de concordança (Rc) per l'anàlisi del biaix-precisió i ANOVA per l'anàlisi de diferències respecte UD ($P < 0.05$).

RESULTATS: En HD1 Qa obtingut UD^a 1109.6 ± 541.5 ml/min (270-2250 ml/min) i TD 1213.4 ± 639.1 ml/min ($312.9-2837.5$ ml/min; $p=0.993^a$). El biaix obtingut 103.7 ml/min (Rc 0.78) i IC (biaix ± 1.96 DT) entre 845.5 a -638.1 ml/min. En HD2 UD 1071.4 ± 578.6 ml/min (240-2240 ml/min; $p=1.000^b$) i TD 1216.3 ± 667.9 ml/min ($279.1-2674.3$ ml/min; $p=0.992^b$). Biaix i Rc respecte a la situació de validació -38.2 ml/min (Rc 0.96) UD i 127.3 ml/min (Rc 0.70) TD. Els IC entre 241.2 a -317.6 ml/min UD i 924.8 a -670.2 ml/min TD. En HD3 UD 1071.9 ± 510.7 ml/min (260-2150 ml/min; $p=1.000^b$) i TD 1219.6 ± 580.9 ml/min ($290.6-2321.4$; $p=0.977^b$). Biaix i Rc -48.4 ml/min (Rc 0.96) UD i 99.2 ml/min (Rc 0.75) TD. Els IC entre 225 a -321 ml/min UD i 809.7 a -611.3 ml/min TD.

CONCLUSIONS: 1.- L'aplicació de la TD va resultar un mètode útil en la mesura del Qa en situació de validació intramètode (Qb 300 i Qd 500 ml/min). 2.- Ambdós mètodes dilucionals poden aplicar-se en HF i HDF sense modificar els paràmetres de prescripció habituals, malgrat això la UD va demostrar una major concordança i precisió.

3. DETERMINACIÓ DEL FLUX SANGUÍNI (QA) DE LA FÍSTULA ARTERIOVENOSA (FAVI) EN 30 PACIENTS MITJANÇANT LA TÉCNICA DE GRADIENT DE TEMPERATURA (TGT) I UTILITZANT EL DISPOSITIU TWISTER

R. Roca-Tey; R. Samon; O. Ibrík; E. Roda; JC González; J. Viladoms
Servei de Nefrologia. Hospital de Mollet. Barcelona

OBJECTIUS. Determinar el QA per TGT i comparar els resultats funcionals amb el mètode Delta-H.

PACIENTS I MÈTODE. S'ha calculat el Q_A de 30 FAVI durant 2 sessions consecutives d'hemodiàlisi (HD) en 30 pacients per TGT (Wijnen i col·l, 2007). Dispositiu Twister: utilitzat per invertir les línies d'HD sense necessitat de desconectar-les de les agulles ni d'aturar la bomba sanguínia. Pressió arterial mitjana (PAM): determinada simultàniament amb el Q_A . Mètode Delta-H: aplicat durant la mateixa setmana per calcular el flux sanguini (inversió manual de línies).

RESULTATS. QA obtingut per TGT i mètode Delta-H: $1.132,5 \pm 515,4$ i $1.138,4 \pm 502,3$ ml/min, respectivament ($p = 0,83$). Coeficient de variació per mesures duplicades de Q_A : $6,8 \pm 4,7$ %; la PAM no va influir en la reproductibilitat de TGT ($96,1 \pm 13,7$ versus $96,6 \pm 12,8$ mmHg, $p = 0,72$). Temps emprat per mesurar el Q_A per TGT (min): $5,8 \pm 1,4$ i va ser inferior en relació amb el mètode Delta-H ($26,8 \pm 1,9$) o amb TGT ($n=35$, $8,9 \pm 3,5$, inversió manual de línies) aplicada per Wijnen i col·l (per ambdues comparacions, $p < 0,001$). Valors de flux sanguini obtinguts per TGT: es van correlacionar amb els determinats pel mètode Delta-H ($r = 0,963$, $p < 0,001$).

CONCLUSIONS. 1) TGT és un mètode vàlid i reproducible per calcular el Q_A durant l'HD. 2) El dispositiu Twister és útil per reduir el temps de mesura de Q_A . 3) Els valors de flux sanguini de la FAVI obtinguts per TGT i mètode Delta-H es van correlacionar significativament.

4. EVOLUCIO DE PARAMETRES DE QUALITAT Y MORTALITAT EN HEMODIÀLISI A CATALUNYA: REGISTRE DE MALALTS

Aleix Cases, Joan Fort, Francesc Maduell Jordi Comas, Emma Arcos, Roser Deulofeu

Comissió de Seguiment del RMRC

OBJECTIUS: Estudiar l'evolució dels indicadors de qualitat de l'hemodiàlisi (HD) en malalts incidents en HD (període 2002-2007). Comparar la supervivència dels malalts que tornen a HD després d'un trasplantament (TR) amb la supervivència dels malalts que comencen HD.

MATERIAL I MÈTODES: Es van incloure malalts incidents en HD entre 2002 i 2007 del RMRC i que no van morir durant els primers 90 dies (n= 4494). Es realitza una anàlisi descriptiva univariada i bivariada any a any des de l'entrada a HD fins a la fi d'observació. Es calculà un model de supervivència paramètrica, triant la distribució exponencial, i ajustant per variables amb mesures repetides i dependents del temps.

RESULTATS: Des de l'any 2002 el Kt/V va augmentar progressivament, el percentatge de malalts amb un Kt/V > 1,3, i el temps de HD. Es va observar un augment progressiu dels cateters tunelitzats. La hemoglobina va augmentar des de l'any 2002 fins al 2005 i va tornar a disminuir, però es va observar un augment del nombre de malalts amb nivells de hemoglobina entre 11-13 g/dl. Després de controlar pels factors de risc, s'observa una reducció de la mortalitat a partir del 2004. S'observa un major risc a morir en pacients amb una Hb < 11 g/dl, els pacients amb Kt/V < 1,3, els pacients amb < 12 hores d'HD i els pacients que iniciaren HD amb un catèter. El risc relatiu de mortalitat no era significativament diferent en aquells malalts que tornaven a HD després d'un TR

CONCLUSIONS: Diversos paràmetres de qualitat mostren una millora en el període estudiat. S'observa una reducció de la mortalitat des de l'any 2004. l'evolució de la qualitat de la HD i la supervivència dels malalts que inicien HD després d'un TR és similar.

5. CONTRIBUCIO RELATIVA DE LA UREMIA I LES TERAPIES SUBSTITUTIVES EN LA DISFUNCIO ENDOTELIAL A LA MALALTIA RENAL CRÒNICA AVANÇADA

Aleix Cases¹, Carolina Caballo², Marta Palomo², Patricia Molina², Manel Vera¹, Ginés Escolar G¹, Maribel Diaz-Ricart¹
Servei de Nefrologia¹ i Hemoterapia i Hemostàsia². Hospital Clínic. Barcelona

INTRODUCCIÓ: La contribució relativa de l'estat urèmic i l'impacte de la terapia substitutiva renal sobre la disfunció endotelial no s'ha estudiat de forma global.

MATERIAL I MÈTODES: S'han analitzat marcadors plasmàtics de disfunció endotelial (sVCAM-1, sICAM-1, sPECAM-1, sICAM-3, sE-Selectina, i sP-Selectina, factor von Willebrand, ADAMTS-13, cèl.lules endotelials circulants [CEC]) en 3 grups de malalts amb IRC avançada: en tractament conservador (estadi 4-5 prediàlisi), malalts en programa de hemodiàlisi (HD) i en diàlisi peritoneal (DP). L'activació de la p38 MAPK i el factor de transcripció NF- κ B es va analitzar en cultius de cèl.lules endotelials (CE) exposades a un pool de serum de cada grup de malalts.

RESULTATS: La majoria de marcadors evaluats (VCAM-1, ICAM-1, FvW, CEC) eren significativament superiors en malalts que en controls, i eren significativament superiors en el grup de DP. Aquests resultats es relacionaven amb l'activació de p38 MAPK (al minut 1: $77 \pm 14\%$ en DP vs. $45 \pm 7\%$ en el grup control, $p < 0.05$, $n=6$, sense diferències amb prediàlisi o HD) i NF κ B (al minut 1, DP $48 \pm 7\%$ vs. $29 \pm 1\%$ en el grup control $p < 0.05$, $n=6$; HD i preD $p=NS$ vs control) en CE en cultiu exposades als diferents pools de serum.

CONCLUSIONS: En el nostre treball la hemodiàlisi no va augmentar el dany endotelial induït per l'estat urèmic observat en malalts prediàlisi, probablement degut a la millores tècniques introduïdes recentment. Per contra, la DP sembla induir un efecte proinflamatori significatiu sobre l'endoteli que pot estar relacionat amb les altes concentracions de glucosa i PDG en el líquid peritoneal.

6. EXISTE RELACIÓN ENTRE PERITONITIS E INFECCIÓN DE ORIFICIO DE CATÉTER EN PACIENTES EN DIÁLISIS PERITONEAL?

V. Abujder, M. Troya, J. Teixidó, M. Del Rio, G. Pedreira, R. Romero
Servicio de Nefrología Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona. Barcelona

OBJETIVOS: Analizar las peritonitis de DP si existe coincidencia con infección del orificio o túnel del catéter (IOC) y microorganismos asociados.

Analizar las características clínicas de los pacientes con peritonitis con infección o colonización del orificio por el mismo germen.

MÉTODOS: Estudio retrospectivo, descriptivo de los pacientes DP (2000–2010), estructurados por año de tratamiento. Variables: sexo, edad, antecedentes de riesgo cardiovascular(RCV), diabetes mellitus(DM); modalidad, fabricante, peritonitis, IOC y colonización. Se aplicó 2 y el modelo de Regresión de Poisson.

RESULTADOS: Estudiados 157 pacientes en DP (438pacientes-año). Hombres 67.51%, edad media 58.51a. Antecedentes: HTA 91%, DM 32%, dislipemia 47%, RCV 61.11%.

181 peritonitis y 126 Infecciones de catéter(16 tunelitis).

Coincidencia entre peritonitis e IOC en 13 episodios (7.1%), gérmenes: SCN 50%, *S. aureus* 7.14%, *Corynebacterium* 7.14%, *Pseudomonas* 7.14% y otros 28.57%. El germen colonizante del orificio coincidió con peritonitis en 24 episodios (13%,22 pacientes/año), gérmenes: SCN 73.07%, *Corynebacterium*11.53%, *S. aureus* 7.69% y otros 3.84%. Total coincidentes 20%.

Los pacientes/año con peritonitis presentaron relación con (χ^2): ERP ($p=0.030$), técnica colocación catéter (manual 53.8%, $p=0.001$), modalidad (DPCA 35.8%, $p=0.015$) y fabricante ($p=0.001$). No hubo relación con: género, edad de inicio, DM y RCV.

Predictores de peritonitis(regresión): género (♀ , $p=0.011$), sistema-modalidad ($p=0.013$), técnica colocación catéter ($p=0.034$), RCV ($p=0.006$), fabricante ($p=0.003$) y coincidencia con IOC/Colonización orificio ($p<0.001$). No fueron significativos: año de tratamiento, ERP, DM, modalidad e IOC.

Los pacientes con peritonitis coincidente con IOC o colonización no presentaron características diferenciadas de los no coincidentes.

CONCLUSIONES: La coincidencia de Peritonitis con infección de catéter es poco frecuente (7%), pero sumada a la coincidencia con germen colonizante alcanza un 20% de peritonitis.

Los principales factores relacionados con peritonitis son el género, RCV, sistema-modalidad, técnica colocación catéter, fabricante y coincidencia infección o colonización orificio.

No hubo relación entre peritonitis e infección de catéter (excepto las coincidentes).

7. VALORACIÓN DE ATEROMATOSIS SUBCLÍNICA MEDIANTE SCORE DE CALCIO CORONARIO (SCC) Y COMPARACIÓN CON MÉTODOS NO INVASIVOS

A Betriu; M. Martín; F. Sarró; M. Belart; A. Aldoma; E. Fernández

Servicio de Nefrología. Hospital Arnau de Vilanova. Lleida

OBJETIVOS: 1. Determinar los parámetros clínico-analíticos implicados en la presencia de calcificación a nivel de arterias coronarias
2. Validar técnicas de detección precoz de ateromatosis no invasivas y sin riesgo de radiación, comparadas con el goal standard del SCC

MATERIAL Y MÉTODOS: Se trata de un estudio observacional transversal en el cual se incluyeron 38 pacientes en hemodiálisis sin eventos cardiovasculares previos y en lista de espera de trasplante renal. La edad media de los pacientes era $62,5 \pm 15$ años. 63,2% varones y 34% diabéticos. El tiempo medio en tratamiento sustitutivo $46,3 \pm 60$ meses.

Se recogieron datos analíticos y se valoró el grado de calcificación vascular mediante diferentes métodos: Índice de kauppila, Índice de Adragao, Tomografía axial computerizada con multidetector para valorar el SCC, Índice tobillo-brazo y finalmente ecografía carotídea y femoral donde se valoró el grosor íntima media, la presencia de placas de ateroma y el grado de calcificación de las mismas

Para el análisis estadístico se utilizó el SPSS 11.0. Dos variables requirieron transformación logarítmica (tiempo en diálisis y score de calcio coronario)

RESULTADOS: El score de calcio coronario correlació de forma positiva con la edad ($p=0,024$); la diabetes mellitus ($p=0,011$); el antecedente de tabaquismo ($p=0,037$). No se encontró en el estudio univariante correlación con las variables analíticas analizadas. En el análisis de regresión logística sólo el tiempo en diálisis y el antecedente tabáquico mostraron asociación con el score de calcio coronario. El SCC mostró una buena correlación con otros métodos de valoración de la calcificación vascular como el kaupila $p=0,000$; Adragao $p=0,0112$, el grosor íntima-media ($p=0,007$); la presencia de placas y el grado de calcificación de las mismas fundamentalmente a nivel carotídeo ($p=0,010$)

CONCLUSIONES: El SCC muestra relación con factores de riesgo cardiovascular clásicos y el tiempo en diálisis. En nuestro estudio no se pudo implicar al metabolismo calcio-fósforo en su desarrollo. La ecografía carotídea representa una alternativa válida e inocua en la valoración de la ateromatosis subclínica

8. RELACIÓN ENTRE LA PRESIÓN INTRABDOMINAL EN DIÁLISIS PERITONEAL CON LAS HERNIAS Y FUGAS

S. Otero, L. Betancourt, C. Blasco, E. Ponz, D. Marquina, C. Grau, J.C. Martínez Ocaña, J. Almirall
Servei de Nefrologia. Corporació Parc Taulí, Sabadell, Barcelona. Institut Universitari Parc Taulí (UAB)

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO: La presión intrabdominal (PIA) normal es igual a la atmosférica. En Diálisis Peritoneal (DP) aumenta y se considera patológica por encima de 16-20 cm H₂O. El factor más determinante es el volumen intraperitoneal. Objetivo: Valorar los factores que influyen en la PIA. Estudiar retrospectivamente su relación con hernias y fugas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Medición de la PIA en los enfermos con más de 3 meses en DP según el método de Durand con el volumen peritoneal diario. Recogida de datos demográficos, antropométricos, clínicos y relacionados con la DP.

RESULTADOS: Se estudiaron 34 pacientes, 66 % varones, edad media 61.2±14 años, 3 con PQRA, IMC medio 27.4±4.2, con un tiempo medio en DP de 21±12 meses. La media de PIA fue de 17.5±4.1 (9.5-24.3) cm de H₂O. Un 23.5 % tenían una PIA > 20 cm de H₂O. En este grupo había más mujeres (50 % vs 26 %), mayor IMC (31.16±4.9 vs 26.27±3.4) y mayor SC (1.92±0.2 vs 1.78±0.2). No se encontraron diferencias con la edad y el volumen intraperitoneal al medir la PIA (2138±483 vs 2023±369). Durante el seguimiento se han registrado 7 hernias (20.5 %) y 6 (17 %) fugas pericatóter. Dos de los tres enfermos con PQRA sufrieron fuga pericatóter. Los enfermos con PIA > 20 cm H₂O presentaron más porcentaje de hernias (50 % vs 11 %) y fugas (37 % vs 11 %) en DP.

CONCLUSIONES: Nuestros niveles de PIA son más elevados que en otras series. A mayor IMC con similar volumen intraperitoneal se observa mayor PIA. Los enfermos con PIA elevada presentan más fenómenos de hernias y fugas. Deberíamos ajustar mejor los volúmenes intraperitoneales en estos pacientes.

9. EFECTE DEL TRACTAMENT AMB CALCIFEDIOL ORAL SOBRE LA FORÇA MUSCULAR I LA CAPACITAT FUNCIONAL EN ELS PACIENTS AMB DEFICIÈNCIA DE VITAMINA D EN HEMODIÀLISI

V. Esteve, A. Junqué, M. Fulquet, V. Duarte, A. Saurina, M. Pou, K. Salas, J. Macías, A. Ramos*,
M. Ramírez de Arellano

Serveis de Nefrologia i Rehabilitació. Hospital de Terrassa. Consorci Sanitari Terrassa. Barcelona*

INTRODUCCIÓ: El nombre i expressió de receptors de vitD en el teixit muscular decreixen amb l'edat, produint manifestacions clíniques. Estudis no controlats suggereixen que la suplementació de vitD en pacients deficitaris milloraria la funció muscular.

OBJECTIUS: Analitzar la prevalença de hipovitaminosis D i l'efecte del calcifediol oral sobre la força muscular i capacitat funcional en pacients amb dèficit de 25-OH vitD en HD.

MATERIAL I MÈTODES: Estudi unicèntric, prospectiu de 6 mesos durada. Els pacients en HD amb deficiència de 25OHvitD van rebre calcifediol oral (16.000UI/sem). Variables analitzades: 1.-Dades bioquímiques MOM. 2.-To muscular bíceps i quadriceps (centimetria). Percentatge grassa corporal (DEXA). Força extensió màxima quadriceps (FEMQ) i "hand-grip" (HG) braç dominant (dinamometria estàtica). 3.-Capacitat funcional: "Timed up and go" (TUG), "Sit to stand to sit" (STS5), Test Tinetti i escala percepció esforç (EPE) Borg.

RESULTATS: 62 pacients en HD. Un 98% hipovitaminosis D (75% dèficit). 57 seleccionats. 17 no inclosos. 40 van rebre vitD. 26 (47% homes) van completar l'estudi. L'edat mitja va ser de 72.1 anys i 40.5 mesos en HD. Observem una diferència significativa (inici vs final, *p<0.05). dels valors de PTH-i* (155.8±86.8 vs 109.9±64.5 pg/ml), 25OH vitD* (15.9±6.5 vs 69.8±25.5 ng/mL) y PCR* (13.3±2.7 vs 5.3±1.1 mg/L). La força muscular millorà significativament (FEMQ* 15.5±8.8 vs 20.3±13.3 Nw; HG 23.7±10.4 vs 24.8±10.3 Nw, p<0.07). Així mateix, observem una millora en tots els tests funcionals (STS5* 17.1±6.5 vs 14.2±4.6 seg). No va haver-hi modificacions rellevants en els medicaments per al control MOM, encara que es va incrementar l'ús de concentracions amb bany càlcic baix (Ca 2.5 meq/l: 11% vs 45%, *p<0.05).

CONCLUSIONS: 1.-Pràcticament la totalitat dels nostres pacients en HD presenten valors reduïts de vitamina D. 2.-Observem una millora de la força muscular i la capacitat funcional després del tractament amb calcifediol oral en aquests pacients. 3.-Malgrat els resultats, seria necessari realitzar estudis ben dissenyats per avaluar l'efecte beneficiós de la vitamina D sobre la força muscular.

COMUNICACIONS ORALS

DIJOUS 02-06-2011

17:30 - 18:30 h

Nefrologia clínica

Moderadors:

*Manel García. Consorci Sanitari Parc Taulí, Sabadell
Amparo Roda. Hospital de Mollet*



1. DIMETIL ARGININA ASIMÉTRICA, HIPERTROFIA CARDÍACA Y LESIONES DE SUSTANCIA BLANCA CEREBRAL EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL PRIMARIA

Verónica Ruiz; Alfredo Bardají*; Carmen Cabré; Salvadó E**; Gutiérrez C***; Gallart L***; Alberto Martínez Veá

Servei Nefrologia, Servei Cardiologia, Servei Diagnòstic per la Imatge***, Unitat Recerca***,
Hospital Universitari de Tarragona Joan XXIII, IISPV, Universitat Rovira i Virgili. Tarragona*

INTRODUCCIÓN. La disfunción endotelial (DE) es un marcador de aterosclerosis preclínica que se ha relacionado con la hipertrofia ventricular izquierda (HVI) y con la presencia de lesiones de sustancia blanca cerebral (LSBC). La dimetilarginina asimétrica (ADMA), un inhibidor de la sintasa del óxido nítrico, está elevada en pacientes con DE y podría contribuir al desarrollo de HVI y LSBC en los pacientes hipertensos.

MÉTODOS. Se estudian 49 pacientes no diabéticos, con función renal normal e hipertensión arterial primaria tratada. En todos ellos se determinó los niveles plasmáticos de ADMA, marcadores de inflamación (PCR, IL6), excreción urinaria de albúmina en orina de 24 h (EUA), y se realizó un ecocardiograma para evaluar la masa ventricular izquierda (MVI) y una RNM cerebral para determinar la presencia de LSBC.

RESULTADOS. Treinta y seis pacientes (73.5%) tenían HVI y catorce (28.6%) LSBC. El 49% de los pacientes tenía su tensión arterial controlada y el 18% presentaban microalbuminuria. Los niveles de ADMA se relacionaron con la MVI ($r=0,20$, $p=0,03$), LgIL6 ($r=0,29$, $p=0,04$), EUA ($r=0,29$, $p=0,03$) y filtrado glomerular estimado ($r=-0,35$, $p=0,01$).

La MVI se relacionó con los niveles de ADMA, índice de masa corporal, LgIL6 y la EUA. En un análisis multivariante, sólo la EUA se correlacionó de forma independiente con la MVI ($\beta=0,29$, $p=0,04$). Los pacientes con LSBC presentaban mayores niveles de tensión arterial sistólica y diastólica y mayor duración de la hipertensión arterial, pero valores similares de ADMA, que los pacientes sin LSBC. En un análisis de regresión logística, sólo la duración de la hipertensión arterial tuvo valor predictivo para la presencia de LSBC: OR 10.813(1.82-64.1), $p=0,009$.

CONCLUSIONES. En pacientes con hipertensión arterial primaria, ADMA está relacionada con la MVI pero no con la presencia de LSBC. La EUA y la duración de la hipertensión fueron los factores independientes relacionados con la MVI y la LSBC, respectivamente.

2. ATEROMATOSIS Y RESISTENCIA A LA ACCIÓN FOSFATÚRICA DEL FGF23 INFLUYEN EN LA CALCIFICACIÓN VASCULAR EN LA ERC

"Lourdes Craver"; "Montserrat Martínez-Alonso"; "Jose Manuel Valdivielso"; "Elvira Fernández"

Servicio de Nefrología y Unitat de Detecció Precoç de Malalties Aterotrombòtiques (UDETMA) Hospital Universitari Arnau de Vilanova; Departament de Estadística* y Laboratorio Experimental Nefrologia IRBLLEIDA**. Lleida

La calcificación vascular (CV), causa elevada morbimortalidad en la ERC, y se ha relacionado principalmente con el fósforo plasmático (Pp). La excreción Pp (EFF), en respuesta a hormonas fosfatúricas (PTH-FGF23), aumenta conforme avanza la ERC para mantenerlo en rango. FGF23 se postula como factor/marcador de riesgo emergente en la ERC relacionándose con aterosclerosis y CV.

OBJETIVO: Analizar la influencia de la ateromatosis, la EFF y FGF23 en la CV de pacientes con ERC-sin diálisis

MÉTODOS: 186 pacientes con FG_{MDRD4} : $26,5 \pm 9,9$ ml/min, ERC_{4-5} : 67,7%. Edad: $69,2 \pm 12,7$ años. Hombres: 62,4%. Enfermedad cardiovascular (ECV): 38,7%. Diabéticos: 35,5%. Tratamiento calcio (TxCC): 16,1%. Medimos FGF-23 (C-Term) plasma, realizamos ecodoppler carotídeo y Rx lumbar lateral-Índice Kauppila (IK). Agrupamos térciles IK (IK=0-no CV; IK=1-5-moderada CV; IK>5-severa CV)

RESULTADOS: CV: 65,6%. El IK se asocia significativa e independientemente con: Edad (b:0.095; p=0.000); Sexo (b:-1.431; p=0.015); TxCC (b:-1.822; p=0.019); estadio-ERC (b:2.039; p=0.004); PC (b:1.704; p=0.017); EFF (b:-0.079; p=0.004) y logFGF23 (b:1.319; p=0.010), R^2 : 28,9%. La presencia de CV se asoció significativamente: Edad (b:0.066; p=0.002); Sexo (b:-1.349; p=0.003); TxCC (b:-1.499; p=0.011); estadio-ERC (b:1.854; p=0.001); grupo GIM (b:1.339; p=0.002); PC (b:1.185; p=0.011); PTH(i) (b:-0.031; p=0.187) y EFF (b:-0.045; p=0.040) con un 87,8% de predicción calcificación pero no con logFGF23. En el análisis bivalente entre FGF23-EFF, para los tres grupos IK, observamos que en los no calcificados o moderada-CV la línea de regresión fue significativa y prácticamente idéntica ($r=0.488$; $p<0.001$; $r=0.426$; $p<0.001$), pero en aquellos con calcificación severa se pierde significación estadística y la línea se aplanan ($r=0.168$; $p=0.226$). El gráfico boxplot-2D permitió identificar un 20,3% de pacientes con CV-severa donde la relación FGF23-EFF influye en el grado CV. La presencia y el tipo de PC se correlaciona positiva y significativamente con IK (p:0.000).

CONCLUSIONES: La CV está fuertemente influenciada por factores como edad, sexo, grado ERC, enfermedad ateromatosa y no por alteraciones del metabolismo mineral exceptuando la EFF. La presencia y tipo de placa carotídea determinada por ecodoppler podría ser una herramienta diagnóstica de CV por su buena correlación con el IK. Estos resultados sugieren, que el FGF23 solo se relaciona con severidad de CV cuando existe una deficiente respuesta fosfatúrica

3. L'ÍNDEX DE RESISTIVITAT INTRARENAL COM A MARCADOR DE RISC CARDIOVASCULAR I DE DISFUNCIÓ RENAL

Jordi Calabia; Pere Torquet; Isabel Garcia; Nadia Martin; Bernat Guasch; Martí Vallés

Servei de Nefrologia. Hospital Universitari Josep Trueta de Girona

INTRODUCCIÓ I OBJECTIUS: L'avaluació dels canvis en la ona espectral de les artèries intrarenals accessibles al doppler ha demostrat ser d'utilitat per valorar l'estat funcional dels petits vasos renals, la presència o no de patologia, la severitat i temps d'evolució de malalties més generalitzades i com a marcador pronòstic renal. Dins de les mesures en la ona doppler intrarenal, l'índex de resistivitat (IR) o de Pourcelot és el més conegut i estudiat com relacionat amb la valoració de la disfunció renal i el seu pronòstic. Decidim estudiar-lo en pacients hipertensos amb afectació renal diversa i relacionar-los amb altres marcadors de rigidesa de grans artèries.

MATERIAL I MÈTODES: Estudi epidemiològic transversal, observacional, en pacients hipertensos. Es van recollir dades clíniques i analítiques, estudi de MAPA, morfologia d'ona de pols (mitjançant Sphigmocor®) i estudi de rigidesa (velocitat d'ona de pols mitjançant Complior®). En tots els pacients es va realitzar estudi de l'índex de resistivitat intrarenal (IRI) en ambdós ronyons a nivell de les artèries interlobar i arquata.

RESULTATS: Es van analitzar un total de 85 pacients. 27 % diabètics i 54 % amb insuficiència renal (FG <60 ml/min). No es van trobar diferències significatives en les mesures de IRI a les diferents zones de mesura. Els valors van ser entre 0.35 i 0.86, amb un promig de 0.69 ± 0.097 . Diabètics i dislipèmics presentaven un índex de Pourcelot superior. Així mateix, es va trobar correlació significativa positiva entre IRI, pèrdua de funció renal i paràmetres del metabolisme fosfo-càlcic: PTH, fósfor, 1,25OHD3 i FGF23. També es va trobar correlació amb la VOP, PA diastòlica, la pressió de pols i l'estat dipper. En l'anàlisi multivariant, ajustat a edat i funció renal, es manté la relació amb la VOP.

CONCLUSIÓ: La valoració funcional de la circulació distal renal mitjançant l'IRI, pot resultar d'un particular interès vistes les significatives correlacions amb coneguts paràmetres de risc cardiovascular general, de rigidesa arterial i de risc renal específic.

4. CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN LA DIABETES MELLITUS TIPO 2: ESTUDIO DIABES

Aleix Cases¹, Josep Franch², Antonio Pérez³, Arantxa Matali⁴, Eva Gimeno⁵

¹Hospital Clínic i Provincial de Barcelona, ²Centro de Atención Primaria Raval Sud, ³Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, ⁴Almirall, S.A., ⁵Biométrica Clínica S.L.

OBJETIVO: Conocer los factores de riesgo cardiovascular asociados a la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) y su control.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio epidemiológico transversal y multicéntrico con muestreo consecutivo.

RESULTADOS: Se valoraron los datos de 6801 pacientes de 1699 investigadores de todo el territorio nacional (734 médicos especialistas y 965 de atención primaria), incluyendo un cuestionario para conocer su estilo de vida (IMEVID). La media de edad de los pacientes fue de $64,1 \pm 10,7$ años de los cuales un 54,8% fueron hombres. La media de evolución de la enfermedad se situó en $8,9 \pm 6,8$ años. El 40,4% de los pacientes tenía la hemoglobina glucosilada controlada ($HbA_{1c} < 7\%$), el 21,5% la presión arterial ($PA < 130/80$ mmHg), el 24,8% el LDL-c (< 100 mg/dl) y el 15,8% el Índice de Masa Corporal ($IMC < 25$ kg/m²). El 97,8 % recibían tratamiento farmacológico para la diabetes, el 76,5 % tratamiento antihipertensivo y el 74,0% tratamiento hipolipemiente. El control de la HbA_{1c} ($p < 0,0001$) disminuyó a medida que aumentaron los años de evolución de la DM2, sin embargo el control del LDL-c ($p < 0,0001$) aumentó, así como el número de pacientes no fumadores ($p < 0,0001$). Los pacientes que tenían controladas la HbA_{1c} , PA, LDL-c e IMC presentaron puntuaciones significativamente superiores en el cuestionario IMEVID, indicativas de mejor estilo de vida, comparados con los pacientes sin control de estos parámetros.

CONCLUSIONES: A pesar de la combinación de distintos tratamientos farmacológicos, el control de los factores de riesgo cardiovasculares es bajo, observándose un mayor control en los pacientes con un mejor o más saludable estilo de vida.

5. HIPOGAMMAGLOBULINÈMIA I INFECCIONS DESPRÉS DEL TRACTAMENT AMB RITUXIMAB EN VASCULITIS SISTÈMICA I LUPUS ERITEMATÓS SISTÈMIC

H.Marco¹, R.B Jones¹, R.M Smith¹, F.Catapano¹, A.N Chaudhry¹, D.R.W Jayne¹

¹Vasculitis i lupus-Nefrologia, Addenbrooke's Hospital, Cambridge, U.K.

INTRODUCCIÓ I OBJECTIUS: El rituximab (RTX) és un anticòs monoclonal anti CD-20 que provoca la deplecció de les cèl·lules B. El CD-20, al no expressar-se en les cèl·lules plasmàtiques, no provoca un efecte immediat en els nivells d'IgG. No obstant, després del RTX alguns pacients presenten hipogammaglobulinèmia. La prevalència i les complicacions d'aquesta no han sigut determinades en els pacients amb vasculitis associada a ANCA (VAA) i lupus eritematós sistèmic (LES).

MÈTODES: Realitzem un estudi retrospectiu de 179 pacients que reberen múltiples dosis de RTX (2002-2009). S'estudia la incidència, la severitat, la duració de la hipogammaglobulinèmia i la relació entre hipogammaglobulinèmia i infecció. S'utilitzen dades clíniques, de laboratori i entrevistes.

RESULTATS: Els diagnòstics foren VAA (n=98), LES (n=44), altres malalties autoimmunes (n=37). El 96% presentaven malaltia recidivant/refractària amb exposició prèvia a immunosupressors i una mitja de durada de la malaltia de 79.8(3-396) mesos. La mitja de cicles de RTX fou 4(1-14) i el seguiment fou de 42(1-98) mesos. En el moment de la primera dosi de RTX, els nivells de IgG<7g/l foren presents en 29/116(25%). D'aquests amb IgG>7g/l al moment de la primera dosi de RTX, 41/87(47%) desenvolupen IgG<7g/l almenys en una ocasió durant el seguiment i 3/87(3.4%) desenvolupen IgG<3g/l. 70 infeccions severes succeeixen en 33/116(28%). D'aquestes, 21 infeccions severes succeeixen en 9/46(19.6%) amb IgG≥7g/l envers 49 en 24/70(34%) amb IgG<7g/l (p=0.09). Infeccions lleus/moderades succeeixen en 37/51(72.5%); d'aquests, 13/17(76%) amb IgG≥7g/l envers 24/34(70.5%) amb IgG<7g/l (p=0.7).

CONCLUSIONS: La hipogammaglobulinèmia fou freqüent en pacients amb VAA i LES tractats amb RTX i mostra una tendència a l'associació amb infeccions severes. La immunosupressió prèvia possiblement contribueix al desenvolupament d'hipogammaglobulinèmia.

6. VALIDACIÓN DE UN MODELO DE CLASIFICACIÓN HISTOLÓGICA EN PACIENTES CON VASCULITIS Y AFECTACIÓN RENAL ANCA POSITIVO

Adriana Marin, Irene Agraz, Alfons Segarra, Eugena Espinel, Josefa Vila, Roser Solans, Marc Ramentol, Joan Fort, Joaquim Camps

Servicio de Nefrología. Hospital Vall D'Hebron. Barcelona

OBJETIVOS: Analizar el valor predictivo de las lesiones histológicas en pacientes con glomerulonefritis rápidamente progresiva ANCA positivo según una nueva propuesta de clasificación que define 4 categorías según la lesión histológica glomerular predominante sea: focal, aguda, lesiones mixtas o escleróticas y a la que añadimos el grado de afectación intersticial.

MATERIAL Y MÉTODOS: 56 Pacientes glomerulonefritis ANCA positivo y biopsia renal entre 1981-2009. 17,89 glomérulos por biopsia (DS 8,85) tiempo seguimiento 116 meses (DS 93,3). 26 hombres y 30 mujeres edad media 67 años DS 13,17 (28 y 77 años). Se analiza la histología. Se define la afectación glomerular: categoría 1 > del 50% glomérulos sanos, 2 > 50% con semilunas, 3 lesiones mixtas no predominantes y 4 > 50% de esclerosis glomerular global. Respecto al infiltrado intersticial y la fibrosis se clasifican en grado I <25%, grado II entre 25 y <50% y grado III >50% de afectación. Se analiza la evolución de la función renal a corto y largo plazo.

RESULTADOS: 7 (12,5%) biopsias fueron incluidas en la categoría 1 de afectación glomerular, 30 (53,5%) en la 2, 9 (16%) en la 3 y 10 (17,8%) en la 4. Existe evolución favorable en las biopsias de la categoría 1 sin haber encontrado diferencias significativas ni a corto ni a largo plazo con la supervivencia renal en el resto. El grado III de fibrosis intersticial se asocia a una peor evolución de la función renal a corto y a largo plazo.

CONCLUSIONES: La presencia de lesiones focales (categoría 1) en la biopsia de estos pacientes se asocia a una mejor evolución de la función renal pero en nuestro caso es la fibrosis intersticial la que mejor predice de forma independiente la evolución renal tanto a corto como a largo plazo.

COMUNICACIONS ORALS

DIVENDRES 03-06-2011

10:00 - 11:00 h

Trasplantament renal

Moderadors:

Joan Manuel Díaz. *Fundació Puigvert*
Juan Carlos González. *Hospital de Mollet*



1. FACTORES PREDICTIVOS DE TEST DE SOBRECARGA ORAL DE GLUCOSA PATOLÓGICO AL AÑO DEL TRASPLANTE RENAL

JM. Díaz¹, I. Silva¹, E. Porrini², D. Serón³, I. Lampreabe⁴, A. Osuna⁵, B. Bayés⁶, C. Gómez-Alamillo⁷,
A. Torres², J. Ballarín¹

¹Fundació Puigvert, Barcelona, ²Hospital Universitario Canarias, La Laguna, ³Hospital Vall d'Hebrón, Barcelona, ⁴Hospital Cruces, Bilbao, ⁵Hospital Virgen Nieves, Granada, ⁶Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona, ⁷Hospital Marqués Valdecilla, Santander

OBJETIVOS: La realización de un test de sobrecarga oral de glucosa (TSOG) al año del trasplante puede descubrir pacientes con intolerancia a la glucosa o con diabetes no diagnosticadas. El objetivo del estudio fue determinar las variables predictoras de un TSOG patológico al año del trasplante.

SUJETOS Y MÉTODOS: Estudio multicéntrico (8 centros), observacional y prospectivo. 172 pacientes no diabéticos en el momento del trasplante y glucosa basal < 126 mg/dL al año, a los que se les realizó un TSOG estándar al año del trasplante. Los resultados se interpretaron siguiendo los criterios de la ADA-2010. Se recogieron diferentes variables clínicas (edad, IMC, índice cintura-cadera, inmunosupresión, etc.) y analíticas (función renal, glucosa basal, HbA1c, perfil lipídico, etc.).

RESULTADOS: 57 pacientes (33.1%) tuvieron un TSOG patológico (46 intolerancia y 11 diabetes). Los pacientes con un TSOG patológico tenían mayor edad (57 vs. 45, $p < 0.001$), mayor IMC (25.9 vs. 23.8, $p < 0.001$), glucosa basal (99 vs. 89, $p < 0.001$) y HbA1c (5.8 vs. 5.4, $p = 0.001$) superiores a los pacientes con un TSOG normal.

El área bajo la curva de la glucosa basal fue de 0.74, de la HbA1c de 0.67 y de las dos juntas de 0.76. El mejor cut-off para seleccionar los pacientes a los que realizar un TSOG fueron una glucosa basal de 88 mg/dL (sensibilidad 81%, especificidad 51%) y una HbA1c de 5.2% (sensibilidad 81%, especificidad 37%).

CONCLUSIONES: El 33% de los pacientes no diabéticos tienen un test de sobrecarga oral de glucosa patológico al año de trasplante. Los pacientes con glucosa basal mayor de 88 mg/dL y HbA1c superior a 5.2% pueden beneficiarse de la práctica de un test de sobrecarga oral de glucosa.

2. VALOR PRONÓSTICO DE LA MONITORIZACIÓN AMBULATORIA DE LA PRESIÓN ARTERIAL (MAPA) A LOS 3 MESES DEL TRASPLANTE RENAL

JM. Díaz¹, M. Ibernón², F. Moreso³, I. Silva¹, D. Serón³, B. Bayés², L. Guirado¹, J. Ballarín¹
Serveis de Nefrologia de ¹Fundació Puigvert, ²Hospital Germans Trias i Pujol, ³Hospital Vall d'Hebrón

OBJETIVO: La MAPA permite conocer el grado de control de presión arterial (PA) y su ritmo circadiano. El objetivo del estudio es analizar el valor pronóstico del resultado de la MAPA sobre las complicaciones a largo plazo del paciente trasplantado renal.

PACIENTES Y MÉTODOS: Estudio multicéntrico de 256 receptores no diabéticos de trasplante renal. Se realiza MAPA a los 3 meses y se valora el promedio diurno y nocturno de la presión arterial sistólica (PAS) y diastólica (PAD). Se define patrón dipper, non dipper y reverse dipper. Se define buen control de la PA al promedio diurno < 130/80. Se valora la PAS y PAD clínica. Se realizó test de sobrecarga oral de glucosa a los 3 meses.

RESULTADOS: Patrón de la MAPA: dipper (29%), non dipper (53%) y reverse dipper (18%). El 29% presentaba buen control de PA. La PA clínica mostraba buen control en 42% de los casos. No se detectó relación entre buen control de PA (MAPA o clínica) y ritmo circadiano de la PA.

El patrón reverse dipper se asoció a peor función renal y a más alteraciones del metabolismo hidrocarbonado a los 3 meses (área bajo la curva ROC de 0.653, $p=0.001$).

Durante un seguimiento de 38 ± 16 meses se han producido 11 eventos cardiovasculares y 25 pérdidas de injerto, incluyendo 11 fallecimientos.

La falta de control de PA según la MAPA se asoció con la aparición de eventos cardiovasculares ($p=0.032$, log-rank test). El patrón reverse dipper se asoció a muerte del paciente ($p=0.031$) y a fracaso del injerto por cualquier causa ($p=0.063$). La PA clínica no se asoció con la aparición de eventos cardiovasculares, la muerte del paciente o el fracaso del injerto.

CONCLUSIONES: La MAPA a los 3 meses ofrece un valor predictivo sobre las complicaciones post-trasplante superior al de la PA clínica.

3. EVALUACIÓN DE LAS DIFERENTES FORMAS DE MEDICIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN LOS PACIENTES TRASPLANTADOS RENALES ESTABLES

JM. Díaz, I. Silva, L. Guirado, C. Facundo, N. Garra, C. Canal, C. Cabrera, P. Fernández-Llama, F. Calero, J. Ballarín
Servei de Nefrologia. Fundació Puigvert. Barcelona

OBJETIVO: El control de la presión arterial (PA) es fundamental en la supervivencia del injerto y del paciente trasplantado renal. El objetivo del estudio fue evaluar dos formas de medir la PA (automedición PA – PA clínica) y su relación con la monitorización ambulatoria de presión arterial de 24 horas (MAPA) en trasplantados renales.

SUJETOS Y MÉTODOS: Estudio observacional y prospectivo. 67 pacientes con un seguimiento medio de 59 meses. Se les realizó cuatro tipos de medida de PA: MAPA, automedición PA (AMPA), PA clínica (PAC) enfermería y PAC facultativo. Se recogieron diferentes variables clínicas y analíticas. El control de PA se definió como $< 130/80$ y se recogieron los cambios de tratamiento realizados después de la MAPA.

RESULTADOS: La PA fue más baja (128/79, 128/76, 139/81, 144/85 mmHg) y existió un mejor control (39, 37, 23, 19%) en la medición realizada con MAPA o AMPA, respecto a las realizadas con PAC (enfermería/facultativo). 98.5% de pacientes tomaban antihipertensivos (media de 1.7 por paciente): 69% IECA, 33% calcioantagonista, 24% ARAll, 18% alfabloqueante, 15% betabloqueante y 9% diurético. Existe una buena correlación entre valores de MAPA y AMPA ($p = 0.001$), no así entre MAPA y PAC. De los pacientes mal controlados según AMPA, PAC enfermería y PAC facultativo, 24, 35 y 37% respectivamente estaban bien controlados según la MAPA. En 67.2% de los pacientes no se modificó la pauta antihipertensiva después de recibir el resultado de la MAPA, en 22.4% se aumentó, en 1.5% se disminuyó y en 9% se realizó cronoterapia.

CONCLUSIONES: El 39% de los pacientes trasplantados renales estables tienen un buen control de PA según la MAPA. LA AMPA tiene una buena correlación con la MAPA. La presión arterial clínica infraestima el control de la PA. En un tercio de los pacientes se modificó la pauta antihipertensiva.

4. ESTUDIO RETENAL. HIPERTENSIÓN ARTERIAL RESISTENTE EN TRASPLANTE RENAL: PREVALENCIA Y SIGNIFICADO

Joan Manuel Díaz¹, Marta Crespo², Frederic Cofan³, Beatriu Bayés⁴, Francesc Moreso⁵, Josep Maria Campistol³, Manuel Arias⁶, Rafael Marín⁷, y hospitales integrantes del Grupo Prometeo

¹Servicios de Nefrología, Fundación Puigvert, Barcelona; ²Hospital del Mar, Barcelona; ³Hospital Clínic, Barcelona, ⁴H. Germans Trias i Pujol, Badalona; ⁵H Vall d'Hebrón, Barcelona; ⁶Hospital Marqués de Valdecilla, Santander; ⁷Hospital Central de Asturias, Oviedo

OBJETIVOS: La hipertensión arterial (HTA) es uno de los principales factores de riesgo cardiovascular en el trasplantado renal, siendo de intensidad moderada, de difícil control y requiriendo varios fármacos antihipertensivos.

El objetivo es evaluar la prevalencia y el significado clínico de la HTA resistente (PA>140/90 mmHg con 3 o más fármacos antihipertensivos).

SUJETOS Y MÉTODOS: Estudio observacional, epidemiológico, transversal con 1276 pacientes trasplantados renales de 30 unidades de trasplante españolas con múltiples variables clínico-analíticas, entre ellas la presión arterial (PA) casual. A 779 se les practicó una MAPA.

RESULTADOS: Características poblacionales: 52±11 años, tiempo post-trasplante 5,6±2,8 años, IMC 27,8 ± 4.9 y FG (MDRD) 54,7±22,3 mL/min. Inmunosupresión: TAC 77.5%, CsA 11.6%, MMF 71.2% y esteroides 59,7%.

PAS casual: 138,7±17,8 – PAD casual: 79,9±10,2 – PAS MAPA: 131,3±13,9 – PAD MAPA: 77,4±8,7. El 20.4% de los pacientes presentaron HTA resistente. En el grupo de pacientes con HTA resistente hubo más diabéticos (38.7% vs 25.3%, p<0.001), más tiempo post-trasplante (6.2±2.7 vs 5.4±2.9 años, p<0.001), niveles de creatinina más elevados (1.6±0.4 vs 1.4± 0.4 mg/dL, p<0.001), mayor proteinuria (562±873 vs 274±514 mg/24h, p<0.001), mayor IMC (29±6 vs 28±5 kg/m², p<0.001) y Hb más baja (13.2±1.5 vs 13.5±1.6 g/dL, p<0.001).

CONCLUSIONES: Un 20% de los pacientes trasplantados renales presentan HTA resistente, siendo más frecuente en los pacientes diabéticos, con peor función renal y mayor proteinuria.

5. ¿INFLUYE UNA PAUTA SIN ESTEROIDES EN EL DESCENSO DE LOS NIVELES VALLE DE TACROLIMUS TRAS LA CONVERSIÓN DE PROGRAF A ADVAGRAF?

M Crespo, M Mir, E Márquez, A Faura, E. Tellez, R Causadías, R. Moral, M Marín, JM Puig, J Pascual
Parc de Salut Mar, Barcelona

La conversión de la formulación clásica de tacrolimus (Prograf) a la de liberación prolongada (Advagraf) conduce a un descenso de los niveles valle del fármaco. La retirada de corticoides en trasplantados renales se asocia con un descenso en la exposición a tacrolimus. No se ha explorado el efecto de la ausencia de corticoides sobre la conversión de Prograf a Advagraf.

OBJETIVO: Evaluar la seguridad de la conversión de Prograf 2 dosis/día a Advagraf 1 dosis/día equivalente en trasplante renal sin corticoides y comparar niveles valle de tacrolimus en pacientes con y sin corticoides.

MÉTODOS: Hemos seleccionado 133 pacientes convertidos entre I/ 2008-XI/2009 con creatinina <2.8 mg/dl y/o MDRD-4 >20 ml/min. 111 recibían ácido micofenólico.

RESULTADOS: 37/133 pacientes convertidos recibían corticoides (36 prednisona \geq 2.5 mg/día estable) y 96 no. No encontramos diferencias estadísticamente significativas en variables demográficas entre los 36 pacientes con prednisona estable y los 96 sin prednisona, aunque el grupo con corticoides tenía mayor porcentaje de re-trasplantes (27.8 vs 11.4%) y peor función renal (creatinina =1,92 mg/dl (0,50), MDRD-4=39,69 ml/min (20,06) y proteinuria =460 mg/día (603,6) vs 1,58 (0,36), 48,03 (13,31) y 258,05 (409,07)).

Tras la conversión no observamos cambios significativos en función renal, ni en dosis/peso de tacrolimus, aunque sí una reducción global clínicamente significativa del nivel valle de tacrolimus (11.5% a 6 meses, 13% a 12 meses), más marcada en los pacientes con corticoides (17 y 19%) frente a aquellos sin corticoides (8 y 9%).

CONCLUSIÓN: La conversión de Prograf a Advagraf se acompaña de un descenso en los niveles valle de tacrolimus más marcado, de hasta un 20%, en los pacientes que reciben corticoides. Es preciso tener en cuenta estos hallazgos al realizar un cambio entre las dos formulaciones de tacrolimus en el tratamiento inmunosupresor de estos pacientes.

6. LA VACUNA DE LA GRIPE A H1N1 PANDÉMICA DE 2009 INDUCE SEROPROTECCIÓN INFRECIENTE EN ENFERMOS RENALES

Marta Crespo, Silvia Collado, Marisa Mir, Sara Hurtado, Higini Cao, Francesc Barbosa, Carlota Hidalgo, Anna Faura, Josep M Puig, Julio Pascual
Parc de Salut Mar, Barcelona

Evaluamos la eficacia y seguridad de la vacuna frente a la gripe A (H1N1) pandémica en pacientes renales.

MÉTODOS: Analizamos prospectivamente la tasa de seroconversión, los factores predictores de respuesta y la seguridad de la vacuna frente a la gripe A pandémica 2009 en receptores de trasplante renal y pacientes en hemodiálisis. La detección de anticuerpos frente al nuevo virus de la gripe A (H1N1) se realizó mediante tests de hemaglutinación-inhibición en muestras de trasplantados renales (n=79), pacientes en hemodiálisis (n=48) y personal sanitario (n=15) obtenidas antes y 1 mes después de la vacunación. Todos los controles y 88/127 pacientes fueron vacunados. Se consideró seroconversión un incremento del título ≥ 2 diluciones entre las muestras pre y post-vacuna.

RESULTADOS: Excluimos 19 individuos basalmente seroprotectidos ($>1/40$). La tasa de eficacia en los 96 vacunados fue 43.7% (42/96 seroconvirtieron vs 4/27 no vacunados, $p=0.007$). Por subgrupos, la tasa de eficacia fue 41.8% en trasplantados renales ($p=0.039$ vs 2/16 no vacunados), 33.3% en hemodiálisis ($p=0.450$ vs 2/11 no vacunados) y 81.8% en los controles sanos. Los controles mostraron una respuesta mejor que los trasplantados ($p=0.021$) y los pacientes en diálisis ($p=0.012$).

En el grupo trasplantado, el tiempo postrasplante (92 ± 87 vs 45 ± 51 meses, $p=0.028$) y mayor proteinuria ($p < 0.05$) se asociaron con seroconversión. Edad, sexo, función renal, albúmina, hemoglobina, leucocitos, ferritina, PTH, vitamina D, tratamiento inmunosupresor o sus niveles no se asociaron a respuesta. En hemodiálisis, únicamente la edad se asoció a respuesta (55.7 ± 20.8 vs 71.6 ± 10.1 years, $p=0.042$), pero no otras variables, incluidas KT/V o tiempo en diálisis. No se detectaron efectos adversos graves y la función renal se mantuvo estable en los trasplantados.

CONCLUSIÓN: La vacuna frente a la gripe A pandémica de 2009 resultó segura en los pacientes renales, aunque la administración de una única dosis de vacuna con adyuvantes indujo una respuesta pobre en este tipo de pacientes.

PÒSTERS

DIVENDRES 03-06-2011

12:00 - 13:00 h

Nefrologia clínica I

Moderadores:

Verónica Duarte. Hospital de Terrassa

Anna Saurina. Hospital de Terrassa



1. LA RIGIDESA ARTERIAL EN LA DIABETIS MELLITUS 2: UN FACTOR DE PROGRESSIÓ DE LA INSUFICIÈNCIA RENAL CRÒNICA

Pere Torquet, Jordi Calabia, Nadia Martin, Isabel García, Gerard Maté, Bernat Guasch, Diana Faur, Yaima Barreiro, Carolina Molina, Martí Valles

Servei de Nefrologia, Hospital Universitari Dr J.Trueta, Girona

INTRODUCCIÓ I OBJECTIUS: Les xifres de tensió arterial (TA), la proteïnúria, les alteracions del metabolisme fosfo–calci, incloent-hi FGF 23 i la rigidesa arterial son alguns dels reconeguts factors implicats en la progressió de l'insuficiència renal crònica (IRC).

Fem un estudi de la prevalença de factors de risc de progressió d'IRC, en especial de la rigidesa vascular, en una població hipertensa amb graus diversos d'insuficiència renal, segons la seva condició o no de diabètics.

MATERIAL I MÈTODES: Estudi transversal, observacional, d'una població de pacients hipertensos, amb malaltia renal: FG <60 ml/min i/o proteïnúria (Qalb/creat >30 mg/gr) estudiats de manera consecutiva al nostre gabinet d'HTA.

Mesures analítiques: creatinina, calci (Ca), fòsfat (P), PTH intacta (PTHi), vitamina D (vit D3), Q alb/creat segons procediments estàndards i FGF 23 molècula intacta per ELISA. Mesures de TA per MAPA. Valora-ció de rigidesa arterial com Velocitat d'Ona de Pols (VOP) (Complior®).

RESULTATS: 297 pacients, 115 d'ells diabètics. Edat global: 64.4 ± 11 anys, 67 % homes. No hi ha diferències d'edat ni sexe entre diabètics i no diabètics. La creatinina és més baixa en els diabètics (1.57 ± 0.85 vs 2.02 ± 1.49 mg/dl) i paral·lelament el FG és més elevat (70.72 ± 40.60 vs 57.80 ± 39.94 cc/min/1.73 m²). Els diabètics tenen també una PTHi més baixa (85.56 ± 78.72 vs 118.19 ± 84.71 pg/ml). No hi ha diferències en el Ca, P, 25 vitD3, 1,25 vitD3 ni FGF 23. Els pacients diabètics tenen un Qalb/creat més elevat sense arribar a tenir significació.

Les TA sistòliques i diastòliques, tan de dia com de nit no mostren diferències.

La VOP és significativament més alta en els pacients diabètics (11.92 ± 2.64 vs 10.47 ± 2.50 m/seg). En l'anàlisi multivariant la VOP mostra un condicionament independent per l'edat (la VOP augmenta 0.10 metres/segon per cada any), per la TA sistòlica (la VOP augmenta 0.04 metres/segon per cada mmHg d'increment de TAS) i per la condició de diabètic (la VOP augmenta en 0.9 metres/segon si està present).

CONCLUSIONS: Més enllà de l'edat i del nivell de TA (determinats principals de rigidesa arterial) els insuficients renals diabètics tenen una elevada rigidesa arterial, sense necessitat d'associació amb elevats nivells de proteïnúria, ni particulars alteracions del metabolisme fosfo–càlcic.

2. EVALUACIÓN DE LAS TÉCNICAS DE DESPISTAJE EN EL DIAGNÓSTICO DE LA ESTENOSIS DE LA ARTERIA RENAL

V. Abujder¹, F. El Kanouni¹, N. Arroyo², JM. Michavila³, M. Ibernón¹, M. Navarro¹, M. Troya¹, J. Bonet¹, R. Romero¹

¹Servicio de Nefrología y ²Servicio de Radiología Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona. Barcelona. ³Servicio de Medicina Interna Hospital de Mataró. Mataró. Barcelona

INTRODUCCIÓN: La estenosis de la arteria renal (EAR) es la disminución del calibre de una o ambas arterias renales o sus ramas. La causa más frecuente es la aterosclerosis. La prueba diagnóstica "Gold Standard" es la arteriografía: técnica invasiva no exenta de complicaciones; por lo que conocer la sensibilidad y especificidad de otras exploraciones menos cruentas, podrían ser una opción diagnóstica en dicha patología.

OBJETIVOS: Evaluar las características clínicas de los pacientes con EAR. Comparar la sensibilidad/especificidad de las pruebas diagnósticas (Eco-doppler, AngioTAC, AngioRMN, Renograma con Captopril) vs la arteriografía. Calcular el valor predictivo positivo (VPP) y negativo (VPN) de presentar la enfermedad de cada una de las pruebas diagnósticas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo de 85 pacientes sometidos a arteriografía renal por sospecha de EAR, durante el 2005-2009 en nuestro centro. Variables incluídas: edad, sexo, tabaquismo, dislipemia (DLP), diabetes mellitus (DM), enfermedad cardiovascular y forma de presentación clínica; edema agudo de pulmón (EAP), HTA refractaria, fracaso renal secundario a tratamiento con IECAS-ARAI (FRA-IECAS/ARAI). Se clasificaron los pacientes según el resultado de la arteriografía (positiva para EAR/negativa para EAR) y se analizaron factores de riesgo y principales manifestaciones clínicas en ambos grupos.

CONCLUSIONES: La EAR se observa en pacientes de mayor edad, varones, fumadores, hipertensos y con ECV. La manifestación clínica más frecuente es la HTA refractaria. La prueba de despistaje con mayor sensibilidad y especificidad es el angioTAC. La AngioRMN y el angioTAC son técnicas con mejor VPP y VPN. Aconsejamos realizar angioTAC como técnica de despistaje.

3. VASCULITIS DE PETIT VAS AMB AFECTACIÓ RENAL EN PACIENTS MAJORS DE 75 ANYS: ESTUDI RETROSPECTIU DE 24 ANYS

H.Marco¹, M.Corica², M.Picazo¹, Y.Arce¹, J.M Llobet², M.Diaz¹, J.Ballarín¹

¹ Nefrologia, Fundació Puigvert, Barcelona. ² Reumatologia, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona

INTRODUCCIÓ I OBJECTIUS: Estudis recents han demostrat un inici tardà de les vasculitis de petit vas (VPV), però segueix havent-hi controvèrsia entre les diferències dels pacients ancians i les dels més joves. El nostre estudi compara un grup de pacients amb VPV amb afectació renal d'edat molt avançada (≥ 75 anys) amb un grup més jove.

MÈTODES: Realitzem un estudi retrospectiu de 111 pacients (1985-2009). S'avaluen variables clíniques/laboratori, presència d'ANCA, biòpsia renal, teràpia immunosupressora i la supervivència renal i del pacient.

RESULTATS: Els diagnòstics foren Granulomatosi de Wegener (9%), Poliangeítis Microscòpica (84.7%) i Síndrome de Goodpasture (5.4%). 20% (22/111) dels pacients eren ≥ 75 anys en el moment del diagnòstic. La mitja d'edat fou 63 anys (N=111), amb 80(+/-3.5)anys en els ≥ 75 i amb 60(+/-14)anys en els < 75 . La creatinina al diagnòstic fou 449(+/-211) $\mu\text{mol/L}$ pels ≥ 75 i 453(+/-267) $\mu\text{mol/L}$ pels més joves. Hi hagué una diferència en la presència de PR3; 11% en els ≥ 75 i 21% en els < 75 anys ($p=0,01$). Com a complicacions s'observà: leucopènia pel 22% dels ≥ 75 , 37% pels < 75 anys i un nombre d'infeccions similar en ambdós grups (45-50% respectivament).

93.6% del total reberen tractament, 90% del primer grup i 95,5% del segon. La dependència a diàlisi crònica fou similar (45-50% respectivament). La mitja de seguiment fou de 52.4 mesos, durant aquest temps la mitja de supervivència del pacient fou 18(4.1-33.3)mesos en el primer grup i 43(22-63)mesos en el segon.

CONCLUSIONS: La proporció de pacients ≥ 75 anys amb VPV és alta. No hi hagué diferències estadísticament significatives en termes de complicacions, supervivència renal i supervivència del pacient.

4. EFECTE DEL PARACALCITOL SOBRE EL METABOLISME CALCI-FÒSFOR I LA RIGIDESA ARTERIAL EN MALALTS RENALS CRÒNICS

Nàdia Martín Alemany; Pere Torguet Escuder; Jordi Calabia Martínez; Isabel García Méndez; Gerard Maté Benito; Bernat Guasch Aragay; Diana Faur; Yaima Barreiro; Carolina Molina; Martí Vallès Prats

Servei de Nefrologia Hospital Universitari Josep Trueta de Girona

OBJECTIUS: Valorar els efectes del tractament precoç de l'hiperparatiroidisme secundari (HPT2) amb paricalcitol sobre el metabolisme calci-fòsfor, l'augment de la rigidesa arterial i les xifres de tensió arterial en una mostra de pacients amb insuficiència renal crònica (estadi III a V).

MATERIAL I MÈTODES: Anàlisi de 17/30 pacients que han completat l'estudi prospectiu de tractament amb paricalcitol segons guies clíniques. S'han escollit pacients amb PTH >150pg/ml en dues mostres consecutives. S'ha realitzat l'estudi de rigidesa arterial [VOP amb Complior®, Morfologia d'ona del Pols (MOP) i Augmentation Index (AI) amb SphygmoCor® i MAPA de 24h) a l'inici i als 6 mesos. S'ha iniciat tractament amb 7mcg/setmana de paricalcitol i s'han ajustat les dosis segons valors de PTH, calci i fòsfor mensualment.

RESULTATS: 17 pacients (62,5% ♂ i 37,5% ♀) d'edat mitja 67,1±11,4 anys. Creatinina inicial 2,8mg/dL±0,67 amb FG MDRD 21,5ml/min/1.72m³.

En l'anàlisi pre/post tractament s'ha produït una disminució significativa de la PTH (206,1pg/mL±68,5 vs 169,17pg/mL±84,38) amb un increment significatiu del calci (9,01±0,52 vs 9,5±0,55), amb tendència a l'elevació del fòsfor (3,6±0,84 vs 3,8±0,77) sense arribar a la significació (p=0,058). No s'han produït canvis significatius en la 25 i 1,25 Vitamina D. No s'han produït canvis significatius en els valors de MAPA 24h, PP, VOP ni AI, però s'ha produït una tendència a la reducció de la dosi d'hipotensors (p=0,088). Les dosis requerides per al control de la PTH han disminuït al llarg de l'estudi en un 56% (7mcg/setmana a 3,12mcg/setmana).

CONCLUSIÓ: El tractament amb paricalcitol produeix una disminució de la PTH amb dosis decreixents (>50%) del fàrmac. Hi ha un increment significatiu del calci, i una tendència d'augment del fòsfor. No s'han produït canvis significatius en la rigidesa arterial, però s'observa una tendència a la disminució del nombre d'hipotensors utilitzats pels pacients.

5. ÉS ÚTIL EL QUÒCIENT PROTEÍNÚRIA/CREATININA ORINA ESPORÀDICA EN DIFERENTS GRAUS DE PROTEÍNÚRIA?

Núria Montero; M^aJosé Soler; M^aJosé Pascual; Clara Barrios; Eva Rodríguez; M^aAntònia Orfila; Julio Pascual
Hospital del Mar, Servei de Nefrologia. Fundació IMIM

INTRODUCCIÓ I OBJECTIUS: Les proteïnes presenten una eliminació variable, així, s'ha considerat clàssicament la proteïnúria de 24 hores com el mètode de referència per quantificació. Donada la dificultat de la recollida de la mostra, apareix el quòcient proteïna/creatinina esporàdica (PCOR) en orina com nova eina diagnòstica. L'objectiu d'aquest estudi és quantificar la correlació entre la mesura de proteïnúria de 24 hores i el PCOR, comparant mostres recollides simultàniament en pacients de l'Hospital del Mar durant l'últim any.

MATERIAL I MÈTODES: Estudi observacional transversal en una població de 77 pacients del Servei de Nefrologia. Valoració de les correlacions entre proteïnúria de 24 hores i PCOR segons diferents graus de proteïnúria.

RESULTATS: Tal i com es detalla en la taula, s'observa una correlació directa estadísticament significativa entre proteïnúria/24 hores i PCOR entre valors de 300 i 2000 mg/24 hores. No apareix correlació en valors de proteïnúria ≥ 2000 mg/24 hores o <300 mg/24h. No obstant, en els pacients amb proteïnúria 24 hores < 300 mg el quòcient microalbuminúria/creatinina en orina esporàdica, presenta una correlació directa estadísticament significativa amb PCOR (r 0.8, $p < 0.001$),

Taula: Correlació entre valors de Proteïnúria de 24 hores i el quòcient prot/creat orina esporàdica.

Proteïnúria 24h (mg)	< 300	< 1000	< 2000	< 3500
r/p	0,28/0,14	0,69/<0,001	0,84/<0,001	0,86/<0,001
n	29	47	61	67
Proteïnúria 24h (mg)	≥ 300	≥ 1000	≥ 2000	≥ 3500
r/p	0,83/<0,001	0,56/<0,001	0,42/0,11	-0,17/0,63
n	48	30	16	10
n TOTAL	77			
r/p	0,9/<0,001			

n=número individus, r=coeficient de correlació, p= nivell de significació bilateral.

CONCLUSIONS: El PCOR presenta una bona correlació en valors proteïnúria/24 hores entre 300 mg i 2000 mg. En el nostre grup estudiat, el quòcient proteïnúria/creatinina orina esporàdica no es correlaciona amb la proteïnúria/24 hores en la proteïnúria en rang nefròtic ni quan és < 300 mg, però en aquest últim cas, el quòcient proteïna/creatinina i albúmina/creatinina sí es correlacionen de forma directa.

6. LA PRESSIÓ AÒRTICA CENTRAL I LA VELOCITAT DE L'ONA DEL POLS NO ES RELACIONEN AMB LA FUNCIÓ SISTÒLICA NI AMB LA LESIÓ SUBCLÍNICA CARDÍACA EN UNA POBLACIÓ DE PACIENTS DIABÈTICS I PREDIABÈTICS

Laia Sans Atxer, Susana Vázquez, Julio Pascual, Anna Oliveras

Unitat d'Hipertensió Arterial, Servei de Nefrologia, Hospital del Mar (Parc de Salut Mar). Barcelona

INTRODUCCIÓ: La pressió arterial (PA) aòrtica central (PAC) sembla millor predictor de morbimortalitat cardiovascular que la PA perifèrica, i la velocitat de l'ona del pols (VOP) (considerat paràmetre de lesió subclínica –LOD-) s'associa amb major risc cardiovascular. La relació entre PAC i VOP i paràmetres ecocardiogràfics de LOD cardíaca i de funció sistòlica no s'han estudiat profundament en diabètics.

OBJECTIU: estudiar la relació entre funció sistòlica i LOD cardíaca i els valors obtinguts mitjançant PAC i VOP.

MÈTODES: Estudi observacional transversal de pacients diabètics i prediabètics amb ecocardiografia dels últims 5 anys. Mitjançant Shygmocor® es van determinar PAC (tonometria d'aplanament radial) i VOP caròtida-femoral. Es van estudiar associacions entre índex de massa ventricular esquerra –IMVE- i fracció d'ejecció del ventricle esquerra –FEVE- i pressió sistòlica central (PASc), pressió del pols central (PPc), índex d'augment (IAx) i pressió d'augment (PA en mmHg) i VOP ajustats per edat i sexe. Es van estudiar possibles diferències en paràmetres ecocardiogràfics en funció de si la VOP era > o < a 12m/s.

RESULTATS: N= 33 (66,6% homes, edat 66 ± 8 anys). Les correlacions entre IMVE amb PASc ($r=0,501$; $p=0,042$), PPc ($r=0,502$; $p=0,041$), IAx ($r=0,522$; $p=0,029$), PA ($r=0,509$; $p=0,036$) i VOP ($r=0,501$; $p=0,042$) van desaparèixer a l'ajustar per sexe. Les correlacions amb la FEVE van ser: amb PASc $r=0,179$ ($p=0,810$); amb PPc $r=0,229$ ($p=0,663$); amb IAx $r=0,039$ ($p=0,832$), amb PA $r=-0,058$ ($p=0,750$); la VOP no va mostrar correlació amb la FEVE ($r=-0,202$, $p=0,261$). Tampoc es van trobar diferències significatives en els paràmetres ecocardiogràfics en funció de VOP > o < a 12m/s (IMVE $p=0,842$; FEVE $p=0,927$).

CONCLUSIÓ: en aquesta població de diabètics i prediabètics no s'han objectivat correlacions estadísticament significatives entre paràmetres de PAC i LOD cardíaca o funció sistòlica per ecocardiografia.

7. CARACTERÍSTIQUES CLÍNiques I EVOLUCIÓ DELS PACIENTS AMB HIPERTENSIÓ ARTERIAL REFRACTÀRIA

Sol Otero, Loreley Betancourt, Jaume Almirall, Manuel García García
*Servei de Nefrologia, Corporació Parc Taulí, Institut Universitari Parc Taulí (UAB),
Departament de Medicina. Sabadell, Barcelona*

OBJECTIU: Analitzar les característiques clíniques i l'evolució dels pacients amb HTA refractària (HTAR) als qui se'ls hi ha realitzat una MAPA.

MATERIAL I MÈTODES: Es tracta d'un estudi descriptiu observacional i retrospectiu dels pacients remesos a consultes externes del nostre servei per estudi d'HTA.

Entre Juny 1995 i Desembre de 2001 es van realitzar 711 exploracions amb MAPA, en 345 casos la indicació era per estudi d'HTA refractària. Hem seleccionat els casos amb HTA refractària vertadera que van presentar una TA sistòlica de 24 hores per MAPA > 140 mmHg.

RESULTATS: S'han analitzat 101 casos (59% dones). El seguiment posterior ha estat de 8.9 ± 3.5 anys; edat, 60 ± 13 anys; TA casual, 191/104 mmHg; TA MAPA: 24h, 164 ± 89 mmHg; dia, 166 ± 91 mmHg; nit, 157 ± 83 mmHg; amb tractament amb 3.6 ± 0.75 antihipertensius. Patró dipper, 23%; no dipper, 51.5%. Presentaven antecedent d'algun event CV un 27%; aclariment de creatinina, 70 ± 34 ml/minut. Com a altres factors de risc CV: dislipèmics, 67%; diabètics, 38%, fumadors, 16%, IMC, 32 ± 5 . Hipertrofia ventricular esquerra (HVE), 73%. Es va realitzar estudi vascular en el 51% i hormonal en el 48%.

El 32% era HTA secundària (IRC, 19%; vascular 7%; nefropatia diabètica, 4%; síndrome de Conn, 1%); el 68% es tractava d'HTAR essencial.

El 54% van presentar algun nou event CV; van ser èxits un 34% (edat a l'èxit 72 ± 12 anys). Les variables relacionades amb la mortalitat han estat l'edat i l'insuficiència renal. L'HVI en té amb la mortalitat CV. Causes d'èxitus: 17% CV, 7% neoplàsies, 4% infeccions i 6% altres.

CONCLUSIONS: L'hipertensió arterial refractària s'acompanya d'una elevada morbimortalitat CV, sent l'hipertrofia ventricular esquerra un important factor predictor de mort CV. El 75% dels pacients presenten un patró nictemeral alterat. La principal causa d'hipertensió arterial refractària és l'essencial, sent la malaltia renal crònica la causa més prevalent d'HTA secundària.

8. FGF 23 I LA SEVA RELACIÓ AMB ELS NIVELLS DE CALCI, FOSFAT, PTH INTACTA I VITAMINA D EN ELS DIFERENTS ESTADIS DE DISFUNCIÓ RENAL

Pere Torguet, Nadia Martín, Jordi Calabia, Isabel García, Gerard Maté, Bernat Guasch, Diana Faur, Yaïma Barreiro, Carolina Molina, Martí Vallès

Servei de Nefrologia, Hospital Universitari Dr J. Trueta, Girona

INTRODUCCIÓ I OBJECTIUS: Tot i que disposem d'una informació limitada, el coneixement dels nivells relatius de FGF 23, fòsfat (P), calci (Ca), PTH intacta (PTHi) i vitamina D (vit D) en cada moment evolutiu de l'insuficiència renal, ha aportat dades per substituir o al menys modificar antics paradigmes, que suggereixen noves intervencions terapèutiques i tenen àmplies implicacions pronòstiques.

Decidim estudiar tots aquests paràmetres en una àmplia mostra de malalts distribuïts en tot l'espectre de la disfunció renal prediàlisi

MATERIAL I MÈTODES: Estudi transversal d'una població amb malaltia renal triada consecutivament a les nostres consultes externes. L'estadiatge de la IRC segons fórmula de Cockcroft–Gault ajustada a superfície corporal. Es mesuren els nivells de Ca, P, PTHi, 25 vit D₃, 1,25 vit D₃ pels estàndards habituals en cadascun dels diversos estadis de IRC. El FGF 23, molècula intacta, es mesura amb un ELISA de 2^a generació (Kainos, Tokyo)

RESULTATS: 223 malalts, 146 homes, edat: 62.5 ± 11.5 anys, 96 diabètics (43%).

Segons estadi d'IRC: 53 malalts al 1er, 78 al 2on, 57 al 3er, 31 al 4art i 4 al 5è estadi. Els nivells de Ca i de 25 vit D₃ no canvien entre els diversos estadis. El FGF 23 augmenta progressivament a partir de l'estadi 3, (estadi 1: 34.18 vs estadi 3: 63.84 ng/l). La PTHi mostra un comportament similar (estadi 1: 49.15 vs estadi 3: 81.44 pg/ml). Els nivells de P no es modifiquen, fins arribar a l'estadi 4 (3.31 vs 3.69 mg/dl). La 1,25 vit D₃ baixa progressivament, assolint significació a l'estadi 4 (30.42 vs 12.62 pg/ml). En l'anàlisi multivariant els nivells de FGF 23 es correlacionen negativament amb el filtrat glomerular (FG) i la 1,25 vit D₃ i positivament amb la PTHi i el P.

CONCLUSIONS: En el moment evolutiu de l'IRC els increments de FGF 23 i PTHi són els més precoços (estadi 3), seguits del decrement de 1,25 vit D₃ i l'increment del fòsfat (estadi 4). El Ca i la 25 vit D₃ no canvien. Els nivells de FGF23 mostren una ferma relació amb el FG, PTHi, 1,25 vit D₃ i P.

9. ESTUDIO OBSERVACIONAL, PROSPECTIVO Y MULTICÉNTRICO PARA EVALUAR LA EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE MIRCERA® EN PACIENTES CON ANEMIA SECUNDARIA A INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA. ESTUDIO MINERVA

Aleix Cases¹; José María Portolés; Jordi Calls²; Alberto Martínez Castela⁴; Domingo Sánchez-Guisande⁵; Eugenia Espinel⁶; y los investigadores del grupo MINERVA

¹Hospital Clínic, Barcelona; ²Hospital Universitario Fundación Alcorcón Madrid; ³Hospital de Manacor, Mallorca; ⁴Hospital de Bellvitge, Barcelona; ⁵Hospital de Barbanza, A Coruña; ⁶Hospital Vall d'Hebron, Barcelona

OBJETIVOS: Evaluar la efectividad y seguridad de MIRCERA® cuando se administra en pacientes con anemia secundaria a insuficiencia renal crónica (IRC) en la práctica clínica habitual.

MÉTODOS: Estudio observacional, prospectivo y multicéntrico. La información se recogió de pacientes que recibieron MIRCERA® en corrección o en conversión de otros agentes estimuladores de la eritropoyesis. Se presentan los resultados del análisis intermedio a 6 meses de seguimiento.

RESULTADOS: Se evaluaron 243 pacientes (hombres: 54,7%; edad media: 71±14,7 años). La etiología de IRC más frecuente fue nefropatía diabética (26,9%). La proporción de pacientes naïve y en conversión fue de 50,6% y 49,4%, respectivamente. Ochenta y siete pacientes (35,8%) con hemodiálisis y 156 (64,2%) sin diálisis (FGc: 24.2±10.6ml/min, MDRD-4). Treinta y tres sujetos de los pacientes en conversión (27,5%) habían recibido previamente darbepoetina alfa; y 87 (72,5%), epoetina beta. Las dosis semanales medias fueron 38,8±32,4 mcg/ml y 6.762,1±6.259,7 UI, respectivamente. Los pacientes naïve mostraron niveles medios de Hb 10±1,1g/dl al comienzo del tratamiento con MIRCERA® y 11,6±1,1 g/dl a los 6 meses. Los pacientes convertidos tuvieron una Hb media al comienzo del tratamiento con MIRCERA® de 12,1±0,8 g/dl y 11,4±1,2 g/dl, a los 6 meses, sin diferencias significativas entre grupos. La dosis media de MIRCERA® a nivel basal fue 75 (50-120) mcg/mes y 100 (66,7-200) mcg/mes a los 6 meses, en pacientes naïve; mientras que en los pacientes convertidos fue 100 (75-150) mcg/mes y 100 (75-200) mcg/mes, respectivamente; sin diferencias significativas entre grupos. No se registraron acontecimientos adversos durante el estudio.

CONCLUSIÓN: Los resultados de este estudio indican que el tratamiento con MIRCERA® mensual es efectivo y seguro para pacientes en corrección y en el mantenimiento de niveles de hemoglobina estables en pacientes con IRC en hemodiálisis o no, en práctica clínica habitual. Estos resultados apoyan los datos obtenidos en previos ensayos clínicos de fase III/IV.

PÒSTERS

DIVENDRES 03-06-2011

12:00 - 13:00 h

Nefrologia clínica II

Moderadors:

Jordi Calls. *Hospital de Manacor*
Vicent Esteve. *Hospital de Terrassa*



10. VARIABLES CLÍNICAS PRECOCES Y TARDÍAS ASOCIADAS A SUPERVIVENCIA RENAL Y DEL PACIENTE EN UNA SERIE DE PACIENTES CON VASCULITIS RENAL

Adriana.Marin, Irene.Agraz, Alfons Segarra, Eugenia Espinel, Roser Solans, Marc Ramentol, Joan Fort, Josefa Vila, Joaquim Camps

Servicio de Nefrología Hospital Vall d'Hebron . Barcelona

OBJETIVO: Revisar y analizar las variables asociadas precoces y tardías a supervivencia renal y del paciente en una serie de pacientes con vasculitis renal durante los años 1981-2009.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se estudiaron 68 pacientes entre 1981-2009. Se determina edad, sexo, presentación clínica, creatinina al ingreso, requerimientos de diálisis al inicio y final, tiempo de seguimiento, evolución función renal, brotes, títulos ANCA éxitus y causa éxitus. El tratamiento se basó en bolus de corticoides inicialmente y ciclofosfamida. Se analizaron la supervivencia renal y del paciente.

RESULTADOS: Se registraron 68 pacientes, 34 hombres y 34 mujeres, con edad media de 61,72 años. El tiempo de seguimiento fue de 116 meses DS 93,3, el 51 % presentó insuficiencia renal rápidamente progresiva y el 47% progresión más lenta de la insuficiencia renal. El 87% fue ANCA positivo. La creatinina media inicial fue 6,1 mgr/dl DS 1,27. El 37 % requirió hemodiálisis al momento del diagnóstico y el 53% de forma definitiva. El 22% presentó varias recidivas. El 36% fueron éxitus, siendo las causas más frecuentes infecciones y hemorragia alveolar.

Los factores asociados a peor supervivencia renal a corto y largo plazo fueron la creatinina inicial > 5 mgr/dl y los requerimientos de HD en el momento del diagnóstico. Para el paciente a largo plazo han sido: edad, creatinina inicial >5 mg/dl y sigue una tendencia las necesidades de HD al diagnóstico, a corto plazo la edad es significativa y no llegan a ser significativos los requerimientos de HD ni la creatinina inicial .

CONCLUSIONES: La creatinina inicial y los requerimientos de HD al diagnóstico, se correlacionan con la supervivencia renal y del paciente a largo plazo y sólo lo es a corto plazo para la supervivencia renal siendo la edad la que se relaciona mejor con el pronóstico del paciente .

11. ADIPONECTINA, FACTORES DE RIESGO Y ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

Susana Aguerrevere¹, Marisa Granada², Maricruz Pastor², Ana Sancho², Jordi Bonal¹, Laura Cañas¹, Ricardo Lauzurica¹, Beatriu Bayés¹, Josep Teixidó¹, Maribel Troya¹, Ramón Romero¹

¹ Servicio de Nefrología, ² Servicio de Bioquímica. Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona

Se ha descrito la adiponectina (ADP) como molécula antiinflamatoria y su papel en la prevención de eventos cardiovasculares (ECV). Los pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) presentan cifras más elevadas de ADP que la población general, sin embargo se desconoce si este incremento refleja una disminución en la depuración renal o un mecanismo compensador de los ECV.

OBJETIVO: Describir la relación entre las adipocitocinas y otros marcadores de inflamación y la presencia de factores de riesgo cardiovascular (FRCV) ó ECV en los pacientes con ERC.

PACIENTES- METODOLOGÍA: 97 pacientes con IRC sin terapia renal sustitutiva (19% Estadio I-II, 52% Estadio III, 19% Estadio IV, 10% Estadio V) , 58 hombres, con IMC de $28,18 \pm 5,44$, edad media $67,31 \pm 12,41$. Se determinó la presencia de FRCV y ECV.

RESULTADOS: Existe una correlación negativa entre el filtrado glomerular (FG) y adiponectina ($r=-0.39$; $p<0.001$) y los marcadores de inflamación, presentando mayor adiponectina e inflamación en los estadios más avanzados ($p<0,001$). No existen diferencias en cuanto al IMC ni a la presencia de ECV.

El 90% de los pacientes presentaban al menos un FRCV además de la IRC. El 33% habían tenido uno o más ECV.

Los pacientes que habían presentado ECV presentaban cifras más bajas de ADP ($p=0,04$) y mayor PCR, representando la ADP un factor de riesgo independiente de presentar ECV ($\beta=-0.86$, $p=0.033$, $\text{Exp}(\beta)=0.918$, $\text{IC}=0.84-0.99$).

En el análisis de regresión lineal podemos observar que la ADP se correlaciona de forma independiente con el IMC, FG y ECV.

CONCLUSIONES: Existe un incremento de las cifras de ADP al deteriorarse la función renal y a pesar que la ADP constituye un factor protector de la ECV, no se objetivaron diferencias en cuanto a la presencia de ECV en los últimos estadios de la IRC.

12. PREVALENCIA, EVOLUCIÓN Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A INSUFICIENCIA RENAL EN PACIENTES INFECTADOS POR VIH DE NUESTRO MEDIO

Javier Juega Mariño, E. Negrodo(1), B. Bayés, C. Tural(1), J. Bonet, M. Ibernón, L. Cañas, S. Aguerrevere, M. Troya, R. Romero

Servicio de Nefrología y (1) Unidad de VIH, Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona

OBJETIVOS: Establecer la prevalencia de insuficiencia renal en pacientes infectados por el VIH de nuestro medio, estudiar los factores de riesgo asociados a su desarrollo, y valorar la evolución de la función renal de esta subpoblación en el tiempo.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo prospectivo de 1596 pacientes VIH + controlados en nuestro centro. 2 cortes transversales de la muestra: Nov'08-Feb'09 y Jul-Sept'10. Datos en cada corte: Edad, sexo, tiempo de infección por VIH, co-infección VHB y VHC, serología luética. Creatinina, Urea, FG (MDRD-4 IDMS). Hemoglobina, Fibrinógeno, glucosa, Albúmina, HDL, LDL, TG, Ca y P. Carga viral, linfocitos totales, CD4, CD8. Tratamiento previo o actual con Tenofovir (TDF) e Indinavir (IDV). GRUPO 1: FG \leq 60 ml/min/1,73 m² y GRUPO 2: FG > 60 ml/min/1,73 m². Test de Student, Prueba de Mann-withney, W de Wilcoxon y análisis multivariante. Datos: N 1596, 76,4% Hombres, edad media 45 \pm 9a, tiempo VIH 14 \pm 7a, CV indetectable 2008:76,5%, 2010:80,2%, VHC + 36,1%, VHB+ 4,6%, lúes 6%, tratamiento con TDF 47,2%, IDV 39,1%. En 2008: FG Medio 49,09 \pm 12,08 ml/min/1.73 m², FG \leq 60: 4,9% (n=79):91,1% en estadio 3 de IRC. Diferencias significativas (p<0,05) entre grupos 1y2 en edad media (52 \pm 11 vs 45 \pm 9a), fibrinógeno medio (376 \pm 122 vs 341 \pm 84mg/dl), tratamiento con TDF (73,4% vs 45,9%), IDV (59,5% vs 38,1%). En 2009: FG Medio 45,4 \pm 14,2 ml/min/1.73 m², FG \leq 60:3,9% (n=62):87,1% estadio 3 de IRC. Diferencias significativas (p<0,05) entre grupos 1y2 en edad media, albúmina (41,7 \pm 6 vs 46,4 \pm 3g/L), Hb (15,3 \pm 13 vs 14,9 \pm 6g/dl), CD4a (504 \pm 319 vs 615 \pm 297 cels/ml), TG (2,4 \pm 1,4 vs 1,7 \pm 1,4 mmol/L). Análisis multivariante de factores marcadores de función renal en 2008 que influyen en 2010 (sig < 0,0001): Edad y fibrinógeno. Durante observación, el 95% de la muestra estabilidad de la función renal, el 2,4% mejoría y el 1,3%. El 47% del grupo 1 en 2008 mejoría de función renal con FG > 60 ml/min/1,73 m² en 20 meses de seguimiento. Conclusiones: Baja prevalencia de IR en pacientes VIH+. La mayoría presentan deterioro de función renal moderado. IR asociada a edad, tratamiento y marcadores de inflamación. Casi 50% de los pacientes con IR en 2008 normalizan función renal durante el seguimiento.

13. APLICABILITAT DELS INDICADORS PRONÒSTICS DE MORTALITAT PRECOÇ EN PACIENTS ANYOSOS QUE INICIEN HEMODIÀLISI CRÒNICA

S Otero, JC Martínez Ocaña, L Betancourt, E Rodríguez, M García

Servei de Nefrologia. Corporació Sanitària i Universitària Parc Taulí. UAB. Sabadell

INTRODUCCIÓ: Recentment s'han publicat índexs pronòstics de mortalitat precoç en pacients que inicien hemodiàlisi crònica (HD) per part del Registre francès REIN (índex REIN) [NDT 2009; 24:1553-61] i del Registre de Malalts Renals de Catalunya (índex RMRC) [NDT 2008; 23:1690-6].

OBJECTIU: Avaluar l'aplicabilitat clínica dels índexs REIN i RMRC en pacients anyosos incidents en HD.

MATERIAL I MÈTODES: S'han estudiat els pacients de 75 anys o majors de 75 anys que van iniciar HD al nostre servei entre 2004-2009. S'han recollit: dades demogràfiques, clíniques, comorbiditat, supervivència, si l'inici d'HD va ser planificat i índexs REIN i RMRC. S'ha realitzat anàlisi estadístic univariat, corbes de supervivència de Kaplan-Meier i corbes ROC per contrastar l'aplicabilitat dels índexs pronòstics.

RESULTATS: S'han analitzat 63 pacients: edat, 80,4±3,9 anys; nombre de comorbiditats, 3,4±1,8; diabètics, 27%; autonomia funcional molt limitada, 21%; inici d'HD amb catèter, 59%; HD no planificada, 47,6%. Supervivència als 6 mesos, 79,4%; a l'any, 73%. Els pacients amb menys autonomia funcional tenien una major mortalitat en els 6 primers mesos d'HD (46% vs 14%, $p=0,035$). L'anàlisi de les corbes ROC va mostrar escassa concordança entre els índexs pronòstics i la mortalitat observada: índex RMRC, àrea 0,594, $p=0,255$; índex REIN, àrea 0,681, $p=0,046$.

CONCLUSIÓ: L'índex de probabilitat de mort a l'any del RMRC és poc útil a la pràctica clínica pel pronòstic individual. L'índex de REIN és només lleugerament concordant amb la mortalitat observada en els primers 6 mesos d'HD. La variable més relacionada amb la mortalitat precoç en HD va ser una pobre autonomia funcional a l'inici.

14. MENOR PESO ENTRE LOS RECIÉN NACIDOS DE MADRES ESPAÑOLAS CON HTA INDUCIDA POR EL EMBARAZO RESPECTO A OTRAS NACIONALIDADES

S. Vázquez; Laia Sans Atxer; Carlota Basil¹, Sergi Mojal², Julio Pascual, Anna Oliveras

Unidad de HTA, Servicio de Nefrología, Hospital del Mar (Parc de Salut Mar). Barcelona

¹Servicio de Ginecología y Obstetricia Hospital del Mar (Parc de Salut Mar). Barcelona

²Assessorament Metodològic a l'Investigació Biomèdica- IMIM.Barcelona

La HTA es la complicación médica más frecuente durante el embarazo. Su detección supone la prevención de alteraciones fetales como bajo peso al nacer y el conocimiento de un marcador precoz de HTA esencial y enfermedad cardiovascular futura.

OBJETIVO: Análisis de las características clínico-biológicas de 29 pacientes puérperas con HTA inducida por el embarazo

MATERIAL Y MÉTODOS: Análisis transversal de 29 pacientes en el puerperio inmediato con HTA en el 3^{er} trimestre. Se realizó anamnesis(antecedentes personalesAP y familiaresAF) analítica, proteinuria-24h, número de fármacos antihipertensivos, peso y sexo de los recién-nacidos (r.n)

RESULTADOS: Edad(media±DE):31.9 ± 6.3 años. Nacionalidad: española: 48%. Sin AP de HTA: 83%; con AF de HTA: 48%. Tratamiento antihipertensivos:79% (45%≥2-antihipertensivos).Primíparas: 34.5% Tipo de HTA: 13(45%) HTA gestacional y 16(55%) Preeclampsia.

Comparación entre HTA gestacional versus preeclampsia: edad(31.7±6.6 vs 32.1±6.2 años;p:0.88); edad gestacional(36.8±1.9 vs 36.3±3.7semanas; P:0.68); primíparas (54% vs 19%;p:0.06); Españolas (54% vs 44%; p:0.58); AP de HTA (15.4% vs 19%; p:0.81); AF de HTA (46% vs 50%;p:0.83) creatinina (0.87±0.2mg/dl vs 0.84±0.2mg/dl;p:0.55); proteinuria-24h (log) (5.36±0.87 vs 6.99±0.67; p:<0.001);peso r.n (2648g±724 vs 2769±714; p:0.71) sexo de los r.n: varones (46% vs 50%; p:0.83) hembras (54% vs 50%;p:0.83); tratamiento farmacológico (69,2% vs 87.6%; p:0.61).

El peso de los r.n de madres españolas respecto a los de las madres de otras nacionalidades era inferior: (2437±621 Kg versus 2973±705 kg;p:0.039) tras ajustar por edad gestacional y sexo.

CONCLUSIONES:

- 1) Entre las pacientes diagnosticadas de HTA gestacional y preeclampsia, no observamos diferencias significativas entre edad materna, edad gestacional, AF y AP de HTA, necesidad de tratamiento y número de fármacos antihipertensivos, ni en el peso de los recién nacidos.
- 2) En las pacientes con HTA gestacional existe mayor prevalencia de primíparas que en aquellas con preeclampsia, de forma marginalmente significativa.
- 3) Los recién nacidos hijos de madres de nacionalidad española presentaron menor peso, independientemente del tipo de HTA, edad gestacional y sexo del rn.

15. DIAGNÒSTIC DE PSEUDOANEURISMA INTRA-RENAL AMB FÍSTULA ARTERIO-VENOSA CONGÈNITA O IDIOPÀTICA ARRAN D'ESTUDI DE MICROHEMATÚRIA. TRACTAMENT EXITÓS AMB EMBOLITZACIÓ SUPRA-SELECTIVA AMB MICROCOILS

Montserrat Picazo Sánchez; Marc Cuxart Pérez; Ramon Sans Lorman; Engracia Ciudad*;
José Ramón Fortuño Andrés**

Serveis de Nefrologia i Radiodiagnòstic de la Fundació Salut Empordà/Hospital de Figueres i UDIAT-CD**
de la Corporació Sanitària Parc taulí de Sabadell*

INTRODUCCIÓ: Les malformacions arteriovenoses (MAV) renals són lesions poc freqüents. Les fistules arteriovenoses (FAV) poden ser d'origen congènit (22-25%), idiopàtiques (3-5%) o adquirides (70-75%). Clínicament es poden manifestar en un 50% dels casos amb signes d'ICC i hipertensió diastòlica. En un 33% el motiu de presentació és una hematuria macroscòpica, freqüentment recidivant i severa. En ocasions pot haver molèsties lumbars, dolor abdominal o fracàs renal. Existeixen 4 casos publicats de ruptures espontànies en el retroperitoni.

CAS CLÍNIC: Dona de 59 anys amb els antecedents d'hipercolesterolemia i artrosi, remesa per a estudi de microhematuria persistent asimptomàtica sense altres troballes en el sediment urinari. No MAU, no HTA i funció renal normal. En l'ecografia renal destaca en el si renal de RD una imatge hipocogènica de 17 mm que en l'estudi doppler es farceix completament de fluxe, sospitant-se la presència d'una MAV. En la TAC les artèries renals són de morfologia i calibre conservats, observant-se imatge hipercaptant de 17 x 22 mm de diàmetres en el si de RD amb arribada de vasos arterials i opacificació precoç de la vena renal, suggerint shunt arteriovenós. Es realitza arteriografia renal dreta. S'identifica una imatge pseudoaneurismàtica de 2 cm intrarenal en pol inferior amb important FAV associada. S'embolitza selectivament amb microcoils amb oclusió del pseudoaneurisma i desaparició de la FAV.

CONCLUSIONS: 1) Donada la potencial morbiditat en els casos simptomàtics de FAV renals, és aconsellable el tractament dels casos diagnosticats incidentalment; 2) Tot i que l'eco-Doppler renal permet avaluar el caràcter vascular de les formacions anecoiques ecogràfiques, resulta difícil diferenciar les FAV dels aneurismes. Per això cal de la realització de l'angiografia, angioTAC o angioRMN davant el dubte diagnòstic; 3) L'angiografia permet confirmar-ne el diagnòstic i al mateix temps plantejar una embolització de la FAV, la majoria de vegades exitosa. En cas de fracassar aquest procediment i davant de pacients amb marcada simptomatologia, es planteja la cirurgia el màxim de conservadora possible

16. ACIDOSI LÀCTICA ASSOCIADA A L'ADMINISTRACIÓ DE METFORMINA

Bernat Guasch¹, Anna Baró², Nàdia Martín¹, Yaima Barreiro¹, Jordi Calabia¹, Martí Vallès¹
Servei de Nefrologia¹. Servei de Medicina Intensiva². Hospital Universitari Josep Trueta de Girona

INTRODUCCIÓ I OBJECTIUS: L'acidosi làctica presenta una incidència d'1-5 casos/100.000 pacients a l'any tractats amb metformina. Habitualment existeix un factor precipitant o bé apareix després d'iniciar clínica gastrointestinal amb deshidratació. La relació entre acidosi làctica i la metformina ha estat motiu de controvèrsia. La metformina s'ha descrit com un dels factors precipitants de l'acidosi làctica en els pacients diabètics que habitualment es presenten amb fracàs renal agut. Descrivim quatre casos de pacients diabètics amb acidosi làctica associada a l'administració de metformina que van arribar als serveis de Nefrologia i Medicina intensiva. Tres d'ells van ser tractats amb èxit i un quart cas va ser èxitus en les primeres 24 hores d'ingrés.

MÈTODES: Descrivim l'evolució de quatre pacients diabètics tipus 2 en tractament amb metformina. Dos d'ells amb insuficiència renal crònica estadi III i els altres dos amb funció renal normal.

RESULTATS: Els quatre pacients van presentar clínica gastrointestinal prèvia per a la qual van consultar al seu centre de referència. En les anàlitiqes s'evidenciava un empitjorament de la funció renal, hiperpotassèmia i acidosi metabòlica severa amb lactat i anió GAP augmentats. Van ser traslladats al nostre centre en les primeres 24h d'evolució davant la gravetat de l'episodi.

Tres dels pacients van ingressar a la unitat de medicina intensiva requerint HDFVC degut a la inestabilitat hemodinàmica. El quart, ingressat directament a la planta convencional de nefrologia, va precisar una única sessió d'hemodiàlisi convencional. En tres d'ells es va realitzar tractament precoç de les alteracions abans de ser derivats al nostre centre. Aquests tres, van presentar una bona evolució pel que van ser donats d'alta del centre hospitalari sense necessitat de tractament renal substitutiu. En canvi, el quart cas va ser èxitus en les primeres 24 hores per fracàs multiorgànic.

CONCLUSIONS: 1) L'acidosi làctica per metformina té mal pronòstic. És necessari un diagnòstic i un tractament precoç de cara a la bona evolució del pacient.

2) Considerem contraindicada l'administració de metformina en pacients diabètics en situacions com els casos descrits: insuficiència renal amb FG menor de 30ml/min; situacions d'hipotensió arterial; situacions de deshidratació.

17. ANEURISMA D'ARTÈRIA RENAL (AR). A PROPÒSIT DE DOS CASOS

A. Roda Safont; R. Roca-Tey; O. Ibrik Ibrik; R. Samon Guasch; JC Gonzalez Oliva; R. Martínez-Cercós¹;
J. Viladoms Guerra

Serveis de Nefrologia i ¹Cirurgia vascular, Hospital de Mollet, Barcelona

INTRODUCCIÓ: Els aneurismes de l'artèria renal (AAR) són poc freqüents (< 2 %). Encara que es poden localitzar a qualsevol lloc de l'arbre vascular, la majoria es troben a la bifurcació de l'AR o en les branques de primer ordre. Solen ser assintomàtics, diagnosticant-se en el decurs d'una avaluació d'hipertensió arterial (HTA) davant la hospital d'hipertensió renovascular.

OBJECTIUS: Descriure 2 casos clínics que es varen diagnosticar al nostre Servei d'AAR.

OBSERVACIÓ CLÍNICA: CAS 1. Dona de 36 anys d'edat diagnosticada de HTA durant un ingrés hospitalari per patologia intercurrent. En l'estudi de l'HTA, la TAC mostrà duplictat d'AR dreta i AAR esquerra i, posteriorment, es va evidenciar aneurisma calcificat i trombosat a nivell de l'hili renal. La funció renal era normal. L'HTA es va controlar amb 3 fàrmacs. **CAS 2.** Dona de 64 anys que durant l'estudi i avaluació de l'HTA es practicà DIVAS que mostrà 2 AAR dreta. Es va intervenir practicant-se resecció de l'aneurisme i empelt de safena amb ilíaca primitiva. La funció renal és normal i la pressió arterial controlada amb 4 fàrmacs.

CONCLUSIONS: 1. La majoria d'AAR són assintomàtics i es descobreixen durant l'estudi de l'HTA. 2. Es recomana la resecció i reconstrucció quirúrgica en pacients d'alt risc.

PÒSTERS

DIVENDRES 03-06-2011

12:00 - 13:00 h

Trasplantament renal i diàlisi

Moderadores:

Clara Barrios. *Hospital del Mar, Barcelona*

Laura Cañas. *Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona*



18. ESTUDIO EVOLUTIVO DE LA MONITORIZACIÓN AMBULATORIA DE LA PRESIÓN ARTERIAL (MAPA) EN LOS DOS PRIMEROS AÑOS DE TRASPLANTE RENAL

JM. Díaz; I. Silva; L. Guirado, C. Facundo; P. Fernández-Llama; C. Canal; N. Garra; F. Calero; X. Belmonte; J. Ballarín
Servei de Nefrologia. Fundació Puigvert

OBJETIVO: El control de la presión arterial (PA) es fundamental en la supervivencia del injerto y del paciente trasplantado renal. El objetivo del estudio fue evaluar la evolución de la PA mediante la monitorización ambulatoria de la presión arterial de 24 horas (MAPA) y su relación con cualquier otro tipo de medición ambulatoria (AMPA).

SUJETOS Y MÉTODOS: Estudio observacional y prospectivo. 40 pacientes no diabéticos en el momento del trasplante, a los que se les realizó una MAPA a los 3 meses, 1 y 2 años post-trasplante. Se recogieron diferentes variables clínicas (edad, IMC, AMPA, tratamiento antihipertensivo, inmunosupresión, etc.) y analíticas (función renal, alteraciones del metabolismo hidrocarbonado, perfil lipídico, etc.). El control de la PA se definió como $< 130/80$ y también se recogieron los cambios de tratamiento realizados después de recibir el resultado de la MAPA.

RESULTADOS: Durante el seguimiento, tal como puede observarse en la tabla adjunta, se objetivó un aumento progresivo del porcentaje de pacientes dippers y con buen control de PA. Asimismo también se observó un aumento progresivo del tratamiento antihipertensivo. La AMPA sobreestima el control de la PA.

La MAPA realizada a los 3 meses del trasplante es la que refleja un peor control de la PA y del patrón circadiano de la misma, pero a la vez es la que permite realizar más cambios en el tratamiento antihipertensivo.

CONCLUSIONES: La MAPA realizada a los 3 meses del trasplante renal ofrece ventajas en el manejo del paciente ya que nos permite detectar más pacientes sin control de la PA, más pacientes con ritmo circadiano non-dipper y más posibilidades de cambiar la estrategia terapéutica.

	3 meses	1 año	2 años
Dippers (%)	37.5	47.5	57.5
Control PA por AMPA (%)	51.4	65	71.8
Control PA por MAPA (%)	17.5	42.5	37.5
No anti-hipertensivos (%)	32.5	20	10.7
Antihipertensivos /día	1.1	1.4	1.4
Cambio tto. post-MAPA	50	22.5	21.4

19. USO DE CATÉTER URETERAL E INFECCIONES DE ORINA. ¿ES IGUAL PARA TODOS? OTRO CASO DE DIFERENCIA DE GÉNERO

Clara Barrios¹; Marisa Mir¹; Albert Frances²; Lluís Fumadó²; Marta Crespo¹; Josep María Puig¹;
Juan Pablo Horcajada³; Octavio Arango²; Julio Pascual¹

1-Servicio Nefrología, 2-Servicio Urología, 3-Servicio Medicina Interna-Infeciosas. Parc de Salut Mar. Barcelona

INTRODUCCIÓN: La cateterización de la reimplantación ureterovesical con catéter doble J (DJ) es una práctica cada vez más extendida en el trasplante renal (TR). Si bien parece evidente su beneficio en la mejoría de las complicaciones urológicas, algunos autores han planteado una mayor incidencia de infección del tracto urinario (ITU) asociada a su uso.

OBJETIVOS: Valorar la evolución en la incidencia con el uso o no del DJ sobre las complicaciones quirúrgicas urológicas y las ITUs en el post-TR inmediato (hasta 10 días del TR) y analizar el riesgo de recidiva frecuente (≥ 2 ITUs) en el seguimiento a 3 meses.

MÉTODOS: Análisis retrospectivo de los TR realizados de manera consecutiva en nuestro centro entre Agosto/2007 y Agosto/2010.

RESULTADOS: Se analizaron 114 TR (70 hombres: 44 mujeres), con una edad media de 54.9 ± 12.9 años. En el 56% de los TR se dejó DJ, retirado tras 4 semanas. En el post-TR inmediato encontramos una importante disminución de las complicaciones urológicas en el grupo DJ (16% vs 4.5%). En este periodo, en el grupo de los hombres el uso o no del DJ no supuso un aumento de las ITUs. Sin embargo, en el grupo de las mujeres con DJ aumentó de manera significativa el riesgo de padecer una ITU (RR 1.6 [1.02-2.30], $p < 0.05$). En el seguimiento a 3 meses, no encontramos mayor riesgo de recidiva frecuente de las ITUs en el grupo de hombres con el uso del DJ. En el grupo de mujeres con DJ este riesgo estuvo aumentado (RR 2.06 [0.73-5.88], $p = 0.08$). El 9.6% de los pacientes presentaron hemocultivos positivos. El espectro de gérmenes urinarios aislados más frecuentemente fue: E.coli 41.7% (de los cuales 39.4% productores de BLEE), Enterococcus 17.4%, y Klebsiella 16.4%.

CONCLUSIONES: En nuestra experiencia, el uso del DJ disminuye las complicaciones urológicas y aumenta tanto el riesgo de ITU como de su recidiva en las mujeres, pero no en los hombres. Es posible que en ellas deba realizarse profilaxis antibiótica eficaz.

20. TRATAMIENTO CON ANGIOPLASTIA Y STENT DE LA ESTENOSIS ARTERIAL DEL INJERTO RENAL

JM. Díaz¹, M. del Pozo¹, L. Guirado¹, C. Facundo¹, C. Canal¹, N. Garra¹, C. Cabrera¹, J. Martí², P. de la Torre², J. Ballarín¹

¹Servicio de Nefrología y ²Radiología. Fundación Puigvert. Barcelona

OBJETIVOS: La estenosis arterial del injerto renal es una importante complicación que requiere un abordaje terapéutico con cirugía o angioplastia. El objetivo del estudio es analizar la evolución de los pacientes trasplantados renales con estenosis arterial del injerto tratados mediante angioplastia y colocación de Stent.

SUJETOS Y MÉTODOS: 13 pacientes con estenosis de arteria del injerto renal con una edad media de 54 años, múltiples factores de riesgo cardiovascular (2 tabaquismo, 12 hipertensión arterial, 6 dislipemia, 4 diabetes, 4 eventos cardiovasculares) y un seguimiento post-trasplante medio de 6 meses. La sospecha clínica se fundamentó en un deterioro de función renal \pm HTA con ecodoppler compatible. Se realizó una arteriografía que confirmó el diagnóstico y se practicó una angioplastia con colocación de Stent (longitud 18 mm – diámetro 5 mm).

RESULTADOS: La localización de la lesión fue 8 en el ostium y 5 en tercio proximal. La estenosis se resolvió en los 13 casos, presentando 2 complicaciones (un hematoma y una reestenosis). Se objetivó una mejoría progresiva de la función renal a los 3 meses (creatinina basal 357 μ mol/L a 176) que permaneció estable al año (167) y a los dos años (156). La PA también mejoró, de 158/85 pre-procedimiento a 130/74 a los 3 meses, 132/72 al año y 129/75 a los 2 años, con el mismo número de fármacos antihipertensivos.

CONCLUSIONES: La angioplastia con colocación de Stent es un procedimiento efectivo y seguro en el tratamiento de la estenosis de la arteria del injerto renal.

44. DESCRIPCIÓ DE DOS CASOS DE RECUPERACIÓ PARCIAL DE LA FUNCIÓ RENAL PER INSUFICIÈNCIA RENAL OBSTRUCTIVA DESPRÉS DE 16 I 24 MESOS EN HEMODIÀLISI

Montserrat Picazo Sánchez; Marc Cuxart Pérez; Ramon Sans Lorman; Maria Victòria Huerta*;
Maria Jesús Muntané*; Carles Sardà Borroy

Serveis de Nefrologia i Anatomia Patològica. Fundació Salut Empordà. Hospital de Figueres*

INTRODUCCIÓ: La nefropatia obstructiva (NO) és una causa freqüent d'IRC. Generalment la recuperació de la FR s'observa entre els 7-10 dies posteriors a la lliberació de la via urinària tot i que s'han descrit perllongats períodes.

OBJECTIU: Existint pocs treballs publicats sobre el pronòstic de la NO que precisen de TSR, aportem la nostra experiència.

CASOS CLÍNICS:

Cas 1) Home de 50 anys amb sd. prostàtica i deteriorament de l'estat general. Anàlítica: Hb 5,9 g/dl i creatinina 19 mg/dl. Ecografia: Hidronefrosi bilateral, severa hipertròfia de pròstata, globus vesical i bufeta "de lluita". Es col.loca sonda vesical i transfusió sense milloria de la FR. Inicia HD. Als 2 mesos, BR: 17 glomèruls normals amb lleugeres acumulacions inflamatòries intersticials. Es practica adnectomia retropúbica (HBP). Als 16 mesos s'observen aclaraments residuals de creatinina de 18 ml/min, aturant-se el TSR. 15 mesos després es manté amb FG 25 ml/min/m³.

Cas 2) Home de 56 anys amb sd. prostàtica i incontinència urinària que consulta per dispnea. Anàlítica: Hb 8,5 mg/dl i creatinina 9,1 mg/dl. RX tòrax: Patró hili fugal. Ecografia: Hidronefrosi bilateral, hipertròfia de pròstata i bufeta "de lluita". Es col.loca sonda vesical sense milloria de la FR. Inicia HD. 2 mesos després, RTU de pròstata. Als 8 mesos, en estudi de banda monoclonal/mieloma quiescent, es realitza BR: 28 glomèruls normals i marcat component inflamatori crònic intersticial limfoplasmocitari. Als 24 mesos s'objectiven aclaraments residuals de 22 ml/min, aturant-se el TSR.

CONCLUSIONS: 1) Tot i que la NO, en aquests casos deguda a HBP, pot comportar una IRC aparentment terminal, una milloria parcial de la FR pot ser evident després de llargs períodes, inclús trobant-se el pacient en diàlisi durant molt de temps. 2) En les BR realitzades destaca l'aspecte normal dels glomèruls i la presència de component inflamatori crònic intersticial.

46. RELLEVÀNCIA FUNCIONAL DE DOS POLIMORFISMES DE RAGE

V.Duarte ; P. Alia ; A. Padró; P.Gruart ; E. Salillas; MT González.
Consorci Sanitari de Terrassa.Hospital de Terrassa.Servei de nefrologia

INTRODUCCIÓ: Productes de degradació de glucosa intervenen en la cascada oxidativa, promouen estat proinflamatori. En pacients susceptibles els polimorfismes del receptor RAGE actüen com amplificadors de inflamació.

Pacients en diàlisi peritoneal altament susceptibles al dany per acumulació de AGES (glucosil·lació irreversible de proteïnes) per efecte directe i indirecte: receptors RAGE. L'elevada susceptibilitat és per l'alt dipòsit d'AGES davant menor aclariment, aportació externa per solucions de diàlisi amb glucosa i PDG derivats del procés d'esterilització. S'afegeix perill de pèrdua de la tècnica per alteració de la membrana peritoneal alt transport de soluts per inflamació, neoangiogènesi i fibrosi.

OBJECTIU: Relacionar polimorfismes de RAGE amb tipus transport de soluts a través de la membrana peritoneal en pacients en programa de diàlisi peritoneal.

MÈTODES: S'estudien dos polimorfismes del receptor RAGE: -374T/A i -429T/C en un grup de 32 pacients en programa de diàlisi peritoneal. Dades retrospectives transport de soluts als 3 primers mesos d'iniciada la tècnica.

RESULTATS: 32 pacients majoritàriament homes (65,6%). El 93,8% dels malalts presentaven hipertensió a l'inici de la tècnica i dislipèmia un 56,3%. Malgrat només el 31,8% era diabètic, la nefropatia diabètica era majoritària. El transport de soluts qualitativament com: Alt (15,6%) Promig-alt (71,8%) Promig-baix (12,5 %) i Baix (0%). No es troba relació entre polimorfisme -374T/A i la categoria de transport i no es troba relació amb polimorfisme -429T/C i el tipus de transport.

CONCLUSIÓ: La susceptibilitat a AGES podria no ser igual per a tots els pacients en diàlisi peritoneal.El polimorfisme -374T/A facilita la transcripció gènica de RAGE i s'ha relacionat amb efecte protector davant AGES. En el present estudi no s'han establert aquestes diferències, en part, pel grup de pacients amb una incidència molt elevada de alts i promig-alts transportadors.

PÒSTERS

DIVENDRES 03-06-2011

12:00 - 13:00 h

Diàlisi I

Moderadores:

*Angels Dejuan. Institut Nefrològic Granollers. Fresenius Medical Care
Gloria Martin. Institut Hemodiàlisi Barcelona. Diaverum*



21. VALORACIÓ DE L'EFICÀCIA DEL SEGELLAT DELS CATÈTERS PER HEMODIÀLISI AMB UNA SOLUCIÓ DE GENTAMICINA

Antoni Pelegrí; Natalia Ramos; Mouhssen El Manouari; Joan Fort; Ramón Roca

Centre de Diàlisi Verge de Montserrat. Diaverum

OBJECTIU: Valorar l'eficàcia del segellat del catèter per hemodiàlisi amb una solució d'heparina sòdica i gentamicina en la prevenció d'infeccions d'aquest origen.

MATERIAL I MÈTODE: S'han recollit les dades de tots els episodis de bacterièmia o infecció local d'origen en el catèter per hemodiàlisi, durant l'any anterior (període A) i posterior (període B) a la instauració del protocol de segellat. En el període A, 39 pacients, 17 homes i 23% de diabètics, amb una edat mitjana de 67 a., van ser portadors de catèter per un temps total de 8351 dies (un mitjana de 218 dies per pacient) i durant el període B els pacients portadors de catèter van ser 42, 23 homes i 40% de diabètics, amb una edat mitjana de 68 a., per un temps total de 8513 dies (mitjana de 198 dies). El protocol consistia en el segellat del catèter al final d'hemodiàlisi amb 2 ml d'una solució d'heparina sòdica al 5% i gentamicina en una concentració de 5 mg/ml.

RESULTATS: Durant el període A es varen registrar 17 episodis d'infecció, una taxa de 2,03 episodis per cada 1000 dies-catèter. En dos casos es tractà de tunelitis i en la resta de bacterièmia. En quatre s'aïllà un estafilococ, en 2 enterococ i en els demés bacteris gram negatius. En el període B tan sols es registrà un episodi de bacterièmia (taxa de 0,11 episodis per 1000 dies-catèter) causat per estafilococ. S'han reduït les estades hospitalàries per aquest motiu de 177 dies a 6 dies.

CONCLUSIONS: En la nostra experiència, el segellat del catèter d'hemodiàlisi amb una solució anti-biòtica de gentamicina, s'ha demostrat altament eficaç en la prevenció d'infeccions d'aquest origen, sense que fins al moment haguem enregistrat efectes adversos per aquesta pràctica.

22. EFECTE DE L'HEMODIAFILTRACIÓ ON-LINE POST-DILUCIONAL SOBRE DIFERENTS INDICADORS CLÍNICS D'EFICÀCIA DE DIÀLISI. ESTUDI DE 6 MESOS DE SEGUIMENT

Angels Juan¹, Josep Mora-Macià¹, Jose Ignacio Merello², Francesc Moreso², Omar Ibrik³, Margarita Matas¹, Josep Sesé¹, Rodrigo Paz¹, Ramón Roca³, Rosa Samó³, Jordi Viladoms³

¹ Fresenius Medical Care, Granollers. ² Fresenius Medical Care ³ Hospital de Mollet

OBJECTIU: Avaluar l'HDF-On line post-dilucional (OL) en front l'HD- Alt Fluxe (AF) després de 6 mesos de seguiment.

MÈTODE: S'inclouen 50 pacients (29 homes i 21 dones) prevalents en HD (48,6±39,1 mesos), 69,1±13,6 anys, en diàlisi convencional de AF (helixona FX-60) i es canvien a ON amb el mateix dialitzador. S'avaluen durant 6 mesos amb cada tècnica la PA sistòlica (PAS), diastòlica (PAD), Presió de pols (Pp) pre y post HD ; dosi mitja diària d'antihipertensius, captors de fòsfor (corregit/unitats/día) i estimulants de AEE (UI/Kg/setmana) Calci (Ca) i fòsfor (P) mg/dl; PTH -pg/ml- ; hemoglobina -g/dL- (Hb), leucòcits-mm³-, proteïna C reactiva - mg/L- (PCR), Kt/V (2^a generació) mitja de 3 valors en cada modalitat d'HD.

RESULTATS: AF vs ON: PAS pre-HD 137,5±20,0 vs 136,9±19,1 (ns). PAD pre-HD 69,1±11,4 vs 65,9±12,7 (p<0,0001). PAS post-HD 137,4±23,0 vs 137,8±22,7 (ns). PAD-post-HD 68,8±12,1 vs 68,0±18,3 (ns).). Antihipertensius 1,16±1,30 vs 1,40±1,39 (p=0,057). Captors de P 0,49 vs 0,46 (ns). Kt/v 1,44±0,25 vs 1,62±0,29 (p<0,0001). Ca 8,95±0,51 vs 8,90±0,53 (ns), P 4,64±1,22 vs P 4,30±1,07 (p=0,023). PTH 265,7±180,8 vs 198,4±146,1 (p=0,003). Hb 12,1±1,36 vs 11,9±1,55 (ns). Leucòcits 6878±1920 vs 6615±1945 (p=0,039). PCR 16,1±13,7 vs 16,6±13,8 (ns). AEE 744±508 vs 546±504 (p=0,016).

CONCLUSIONS: Amb la tècnica HDF-OL respecte a HD-AF millora el Kt/v. Disminueix el fòsfor, sense augment de la quantitat de quelants. Disminueixen els requeriments d'AEE. Milloren els marcadors d'inflamació. Disminueix la PAD pre-diàlisi.

23. METOXIPOLIETILENGLICOL-EPOETINA BETA (CERA): UN TRACTAMENT EFICÀÇ PER L'ANÈMIA EN PACIENTS EN DIÀLISI PERITONEAL. RESULTATS FINALS D'ESTUDI DE CAPRI

M.Vera*, Rosa Ramos, MT González, I. García, C. García, M. Cuxart, F. Barbosa, J. Teixidó, J.De la Cruz

Grup de Diàlisi Peritoneal de Catalunya i Balears

**Servei de Nefrologia i Trasplantament Renal. Hospital Clínic de Barcelona*

INTRODUCCIÓ I OBJECTIUS: Seguir l'evolució de pacients en DP que reben la Epoetina beta Methoxy-poliètilenglicol (CERA). És un estudi multicèntric.

MÈTODES: 113 pacients en DP que van iniciar MIRCERA com el primer tractament o com un canvi de tractament previ d'altres AEE.

RESULTATS: 83 pacients tenen un complet seguiment de 12 mesos. L'edat mitjana $57,8 \pm 16$ anys. 59% homes i 41% dones. Causa d'IRC: glomerulonefritis 24,1%, desconeguda 22,9%, nefropatia diabètica 14,5% i nefropatia vascular 14,5%. 59 pacients (71%) van iniciar DP com a primer tractament de la IRC, 12 (14,5%) van ser transferits de HD i 12 (14,5%) tornen després fracàs del trasplantament renal. Un 93,9% són hipertensos, el 28,5% prenen IECA, 8,2% ARA II, diürètics 40,8% i 22,5% altres. Del total 10 (12%) van ser naives, 52 (62%) prèviament tractats amb darbepoetina, 19 (22,9%) amb beta Epo i 2 (2,4%) amb EPO alfa. Dosi mitjana al principi de MIRCERA va ser $115,4 \pm 56,2$ mg / mes, $117,2 \pm 58,5$ mg / mes als 6 mesos i $126 \pm 65,9$ mg / mes als 12 mesos, $p = 0,127$. L'hemoglobina es van mantenir estables ($11,9 \pm 1,4$ g / dl, $11,8 \pm 1,4$ g / dl, $11,8 \pm 1,5$ g / dl, $p = 0,780$), independentment de l'ús de IECAS o ARA II. A l'inici de l'estudi, el 36,7% dels pacients va mostrar un bon control de la pressió arterial (PAS / PAD $< 140/90$ mmHg). Després de 6 mesos aquesta xifra va augmentar a 51,0%, sent les diferències estadísticament significatives ($p < 0,05$). Durant el seguiment es van registrar només 7 esdeveniments adversos que no estan directament relacionats amb MIRCERA.

CONCLUSIÓ: Mircera® un cop al mes és segur i efectiu per a la correcció i el manteniment dels nivells d'hemoglobina

24. EFICÀCIA, TOLERÀNCIA, PERFIL DE SEGURETAT I GRAU DE SATISFACCIÓ DEL TRACTAMENT AMB ACETAT CÀLCIC I CARBONAT DE MAGNESI EN HEMODIÀLISI

V. Esteve, K. Salas, J.C. Gonzalez Oliva*, M. Fulquet, V. Duarte, M. Pou, A. Saurina, J. Macías, M. Ramírez de Arellano
Serveis Nefrologia. Hospital de Terrassa. Consorci Sanitari Terrassa (CST) i Hospital de Mollet (Barcelona)*

INTRODUCCIÓ: El control adequat del fòsfor és fonamental en els pacients en hemodiàlisis (HD). La recent aparició d'un nou captor del fòsfor basat en la combinació d'acetat càlcic i carbonat de magnesi, aporta una menor quantitat de calci i un potencial efecte beneficiós, mitjançant el Mg, en la regulació de l'hormona paratiroidea.

OBJECTIUS: Analitzar l'eficàcia, tolerància gastrointestinal, perfil de seguretat i grau de satisfacció de l'acetat càlcic/carbonat de magnesi en el control de la hiperfosforemia en HD.

MATERIAL I MÈTODES: Estudi prospectiu observacional de 3 mesos de durada en dos centres hospitalaris en pacients que inicien tractament amb acetat càlcic/carbonat de magnesi. Es van analitzar: 1.- Dades bioquímiques metabolisme ossi mineral (MOM). 2.- Tests tolerància digestiva: "Gastrointestinal Symptoms Rating Scale" (GSRS) i "Gastro Intestinal Quality of Life Index" (GIQLI). 3.- Perfil de seguretat: Registre ECG. 4.- Grau de satisfacció: escala visual analògica.

RESULTATS: 134 pacients en HD. Es van incloure 26 pacients (20%); 13 homes. 4 van ser exclosos (2 exitus, 1 trasplantament renal, 1 intolerància digestiva). Edat mitjana de 67.9 anys i 45.8 mesos de temps mitjà en HD. Principals etiologies IRCT: NAE (32%) i DM (18%). Dades bioquímiques MOM (inici vs final): Ca 8.9 ± 0.5 vs 8.8 ± 0.6 mg/dl, P 4.5 ± 1.4 vs 4.1 ± 0.8 mg/dl ($p < 0.1$), PTHi 157.5 ± 106.1 vs 143.5 ± 94.1 pg/ml, Mg 2.1 ± 0.7 vs 2.4 ± 0.5 mg/dl ($p < 0.1$), 25OHvitD 32.7 ± 20.8 vs 37.1 ± 22.5 ng/ml. No observarem alteracions ECG ni hipermagnesemias. Grau mitjà de satisfacció: 8.5 ± 1.1 . Trobarem una millor tolerància digestiva al final de l'estudi (GSRS* 7.6 ± 5.7 vs 5.7 ± 3.6 símptomes, * $p < 0.05$; GIQLI 133.3 ± 10.9 vs 137.2 ± 10.9 punts). No va haver-hi modificacions rellevants en relació al nombre (4.9 vs 4.3 quelants/pacient) i classe dels captors del fòsfor, fàrmacs MOM, gastrointestinals (IBP) ni en les característiques de les sessions d'HD.

CONCLUSIONS: La nova combinació d'acetat càlcic i carbonat de magnesi resulta eficaç, és ben tolerada a nivell gastrointestinal, pot ser utilitzada amb seguretat i és ben acceptada pels pacients en el maneig de la hiperfosforemia mantinguda en HD.

25. ANÀLISI DE LA POBLACIÓ QUE INICIÀ PROGRAMA DE TRACTAMENT RENAL SUBSTITUTIU EN LA NOSTRA ÀREA DE REFERÈNCIA (CIUTAT VELLA/SANT MARTÍ) EN ELS ÚLTIMS 15 ANYS

Núria Montero; M^oJosé Soler; M^oAntònia Orfila; M^oJosé Pascual; Francesc Barbosa; Sílvia Collado; Higiní Cao; Emma Arcos; Jordi Comas; Julio Pascual

Hospital del Mar, Servei de Nefrologia. Fundació IMIM. Registre de Malalts Renals de Catalunya

INTRODUCCIÓ I OBJECTIUS: En els últims anys s'ha observat un augment de la prevalença de malaltia renal crònica i de les malalties cardiovasculars associades. L'objectiu d'aquest estudi és comparar els malalts que inicien programa de diàlisi en la nostra àrea de referència en els últims 15 anys distingint 3 períodes. Estudiarem les diferències entre: el debut de la malaltia renal crònica, sexe, edat d'aparició, malalties cardiovasculars associades i mortalitat segons edat.

MÈTODES: S'han utilitzat les dades del Registre de Malalts Renals de Catalunya de la nostra àrea de referència que correspon als districtes de Barcelona de Ciutat Vella i Sant Martí (353.248 habitants), 74.868 dels quals són estrangers (21% del total). Els resultats s'han dividit en 3 períodes: 1) 1995-1999, 2) 2000-2004 i 3) 2005-2009.

RESULTATS: Un total de 447 pacients van començar programa de teràpia renal substitutiva (TRS) en la nostra àrea que, dividits segons períodes, són 1) 153 pacients, 2) 121 pacients i 3) 173 pacients. L'edat mitja d'inici de TRS no va presentar diferències entre els tres períodes d'estudi essent de 64 ± 14 anys. Tanmateix, el sexe va ser majoritàriament homes amb un 60%. Tampoc s'observaren diferències respecte la forma de presentació: 11% aguda, 39% aguditzada i 51% crònica o respecte el tipus d'accès a l'inici de la TRS. La mortalitat en els primers 12 mesos i als 24 mesos post inici TRS va ser major ($p=0,05$ i < 0.05 respectivament) en el període 2-3 en comparació amb el primer. Un 38-39% dels pacients en el 2 i 3 períodes presentaven diabetis en comparació amb un 21% en el primer període ($p<0.05$). A mencionar, que en el primer període s'observa major antecedent de cardiopatia isquèmica. No s'observen diferències en quant als antecedents de malaltia cerebrovascular.

CONCLUSIONS: Durant els últims 15 anys, l'edat i el sexe dels pacients que inicien TRS en la nostra àrea de referència no ha canviat. S'observa un augment significatiu de la mortalitat als 24 mesos post-inici TRS en els últims 10 anys en comparació amb el primer període que podria estar associat amb l'augment de diabetis mellitus en la població incident.

26. PACIENTS MAJORS DE 80 ANYS AMB MALALTIA RENAL CRÒNICA ESTADI V DE MÉS D'UN ANY D'EVOLUCIÓ I FORA DE PROGRAMA DE DIÀLISI

Montserrat Picazo Sánchez; Ramon Sans Lorman; Marc Cuxart Pérez; Núria Boixader Dumanjó;
Carles Sardà Borroy

Servei de Nefrologia. Fundació Salut Empordà. Hospital de Figueres

INTRODUCCIÓ: La nostra esperança mitjana de vida actual és de 81,2 anys (78,2 H i 84,3 D), comportant que la majoria de pacients amb MRC siguin gent gran. En aquests la progressió de MRC és lenta i les guies KDOQI han d'emprar-se amb cautela.

OBJECTIU: Superada l'edat de l'esperança de vida, conèixer millor quins criteris podem establir per a indicar l'inici del TSR.

MATERIAL I MÈTODES: Revisió clínica dels pacients majors de 80 anys i amb $FG < 15 \text{ ml/min/1,73m}^3$ de més d'un any d'evolució controlats al nostre centre durant l'any 2010 i que no es troben en TSR

RESULTATS: 9 pacients (5 H i 4 D), mitjana d'edat de 86 anys (81-93), la majoria amb grau de dependència lleu, etiologia de MRC no filiada i visitats per l'educadora nefrològica. 8 precisen darbepoetina s.c, 4 tractament per hiperparatiroidisme secundari (3 calcitriol; 1 calcitriol i cinacalcet), tots amb bon control de la calcièmia i sense clínica urèmica. 6 tenen FAVi. 2 DMII, 5 DLP, 8 HTA, 1 AC x FA, 1 cardiopatia isquèmica estable, cap té malaltia vascular perifèrica ni AVC previs ni insuficiència cardíaca (IC). 1 pacient ha calgut d'IQ de fractura de fèmur, realitzant-se esporàdicament HD a través de FAVi. Temps mig amb $FG < 15 \text{ ml/min/1,73m}^3$: 45,11 mesos (13-184).

CONCLUSIONS: 1) Donada la lentitud de la progressió de la MRC en la població d'edat avançada, aconsellem el tractament conservador en front de la TSR si no existeix sd. urèmica manifesta ni IC. 2) La realització d'una FAVi quan sigui possible i no impliqui isquèmia del membre, pot garantir la disposició d'un accés vascular quan calgui. 3) El bon control de la TA, perfil lipídic, glucèmic, metabolisme fosfo-càlcic i el tractament de l'anèmia, ajuden a enraonar l'evolució de la MRC. 4) Destaquem la importància de potenciar el paper de l'educadora nefrològica.

27. PROGRAMA DE PROMOCIÓ DE CATETER A FAV: ¿DÓNDE ESTÁ EL LÍMITE?

Sol Otero¹, Jose Ibeas¹, Angel Rodríguez-Jornet¹, Loreley Betancourt¹, Xavier Vinuesa¹, Elisabeth Uroz¹, Manel Solano¹, Carolina Rubiella¹, Raquel García¹, Ana Liesa¹, Susana García¹, Carmen Moya¹, Josefa Ramirez¹, Joaquim Vallespin², Jana Merino², Manuel García¹

Serveis de Nefrologia¹ y Cirurgia Vascular². Corporació Sanitària i Universitària Parc Taulí. Hospital de Sabadell

ANTECEDENTS: Las Guías SEN consideran como indicadores de calidad $\geq 80\%$ incidentes y prevalentes con FAV y $< 10\%$ prevalentes con catéter. El AV en Cataluña ha pasado del 85,8 % FAV y 1,56% catéteres en 1997 a 75,4% y 20% en 2007. No queda claro si el cambio de la población lo justifica y si se puede forzar la FAV y a que precio.

En nuestro centro, a pesar de cumplir los estandares de incidencia , detectamos un deterioro progresivo de la prevalencia, alcanzado una tasa de catéteres tunelizados (CT) del 30 %.

OBJETIVOS: 1.Puesta en marcha de un Programa de Conversión de CP a FAV, identificando la tasa mínima de CP conseguible en una Unidad de Hemodiálisis Hospitalaria con alta comorbilidad.
2.Evaluar coste/beneficio del CP que pasa a FAVs el que no

MATERIAL Y MÉTODOS: Diseño: Estudio de cohortes, prospectivo.
Ambito: Unidad de hemodiálisis hospitalaria. 145 pacientes.
Método: Resultados de la aplicación del Programa. (Tasa FAV/CP, complicaciones y costos).
Variables: Demográficas, comorbilidad, tratamiento sustitutivo y AV
Seguimiento: cada 4 meses, hasta 2 años.
Estadística: T-student, ANOVA, x2 y Kaplan-Meier.

RESULTADOS: Se presenta un análisis intermedio, 2º corte, a los 8 meses. Tras exitus e incorporación, la Distribución AV: CP: 30 %, FAVI: 67%. Prótesis: 3%,
Del 30% con CP: 10% en estudio y 3% pendientes de cirugía. El otro 17% presentaba contraindicación para FAV. De este 17% un 9% lo era por comorbilidad (expectativa de vida < 6 meses: 2%; ICC: 2%; agotamiento del lecho vascular: 2%; otras comorbilidades: 3%) y un 8% por negativa del paciente.

CONCLUSIONES: En un Analisis Intermedio, aunque hay un margen de mejora, éste se ve limitado no solo por la comorbilidad si no por la negativa del paciente. El análisis del resultado final dependerá del riesgo/coste/beneficio de la conversión.

28. BIOIMPEDANCIA COMO MÉTODO DE RUTINA EN LA VALORACIÓN DEL ESTADO DE HIDRATACIÓN Y NUTRICIONAL EN PACIENTES EN DIÁLISIS PERITONEAL

N. Pérez Romano, Alexis Sentis, M. Vera, N. Fontseré, M. Arias, F. Maduell A. Cases, JM Campistol
Servei de Nefrologia i Trasplantament Renal. Hospital Clínic de Barcelona

INTRODUCCIÓN: La sobrehidratación así como la malnutrición incrementan riesgo de mortalidad en los pacientes en diálisis, su detección precoz es fundamental en la práctica médica diaria. La bioimpedancia realiza un análisis mediante impedancia eléctrica de los tejidos biológicos los cuales actúan como conductores según su composición, de esta manera mide la hidratación, volumen distribución de la urea y realiza una estimación nutricional del paciente.

OBJETIVO: Determinar el uso de esta técnica en los paciente de diálisis peritoneal (DP) como método de valoración habitual y complementaria en las visitas de seguimiento.

MATERIAL Y MÉTODO ESTUDIO: estudio observacional yprospectivo

Se incluyeron 27 pacientes, sin contraindicaciones específicas para el uso de Body Compositor Monitor (BCM Fresenius), ambos sexos (18 mujeres y 9 hombres) edad media de 60 años (+/- 25,3) ,23 (85,18%) son hipertensos. Kt/V semanal 2.4 (1.67-4.2) Todos los pacientes se dializan con concentración baja-media glucosa y bajos PDG .Icodextrina:4 pacientes. Función residual (diuresis >200ml/día):62%. Ciclodora 16 pacientes. Las mediciones se realizaron con abdomen lleno. Se midió tensión arterial en decúbito supino.

Realizadas entre 3 y 6 determinaciones durante periodo 1 año, mismo operador y según protocolo bioimpedanciometría.

RESULTADOS: Sobrehidratación (OH >1,8 l): 8(29,63% del total)

De estos 3 (11,1% del total) cumplían criterios OH/EWC:>15%. EL 88%de los pacientes hipervolémicos eran hipertensos.

Nutrición: BMI 24,5(+/-5,8). LTI (índice tejido magro): por debajo nivel referencia: 11pacientes (40,74%).

4 pacientes combinaban 2 factores de riesgo: sobrehidratación y malnutrición.

CONCLUSIONES: La bioimpedancia es una técnica sencilla y no invasiva que puede aportar datos sobre el estado hídrico y nutricional de los pacientes en DP con los cuales junto a la valoración estándar podemos optimizar el tratamiento médico.

29. BACTERIÈMIA RELACIONADA AMB CATÈTERS TEMPORALS DE PACIENTS AGUTS EN UNA UNITAT HOSPITALÀRIA D'HEMODIÀLISI

Bernat Guasch Aragay¹, Nàdia Martín Alemany¹, Montse Motjé Casas², Ester Clapés Sánchez², Isabel García Méndez¹, Jordi Calabia Martínez¹, Pere Torguet Escuder¹, Gerard Maté Benito¹, Martí Vallès Prats¹

Servei de Nefrologia¹. Servei de Microbiologia². Hospital Universitari Doctor Josep Trueta de Girona.

INTRODUCCIÓ: La via central per a hemodiàlisi està associada a un gran nombre de complicacions en comparació amb altres vies d'accés vascular, essent la bacterièmia relacionada amb el catèter (BRC) un determinant important de la supervivència de l'accés.

OBJECTIUS: Estudiar la taxa de bacterièmia (hemocultius positius) dels catèters temporals dels pacients aguts en la nostra unitat d'hemodiàlisi durant 2 anys (2009/2010). Definir els gèrmens més prevalents en el nostre medi i identificar els factors epidemiològics i relacionats amb la diàlisi que podrien associar-se amb les BRC.

MÈTODES: S'han recollit retrospectivament els catèters temporals (CT) col·locats durant 2 anys (2009 i 2010). S'han descrit les variables epidemiològiques i relacionades amb la diàlisi i s'han recollit els episodis de BRC.

RESULTATS: S'han col·locat 136 CT (54,8% 2009 - 45,2% 2010) en 99 pacients: 98 CT (72,1%) en homes i 38 CT (27,9%) en dones, d'edat mitjana 68 anys (rang 18,5-91,5). El temps total de seguiment ha estat de 1647,11 dies en els que s'han produït 20 episodis de BRC, el que suposa 12,14 events/1000 dies catèter: 9 (45%) en CT jugulars i 11 (55%) femorals, no existint diferències significatives entre ells ($p=0,16$).

No s'han trobat diferències significatives entre l'aparició de BRC i les variables de: edat, sexe, flux arterial, pressió venosa, nombre de sessions, hores d'hemodiàlisi, complicacions en la punció, manipulació del catèter ($p=0,098$) o infecció de l'orifici.

El gèrmens més prevalents al nostre medi han estat els gram positiu (75%).

CONCLUSIONS: La taxa de BRC en la nostra unitat d'hemodiàlisi durant el període 2009-2010 ha estat de 12,14 BRC/1000 dies catèter. No s'ha pogut relacionar de manera significativa les BRC amb les variables estudiades, fet que dificulta les mesures de correcció que podríem establir.

PÒSTERS

DIVENDRES 03-06-2011

12:00 - 13:00 h

Diàlisi II

Moderadors:

*Carme García. Hospital Joan XXIII de Tarragona
Laureano Pérez. Hospital General de Vic*



30. ACCÉS VASCULAR INTERN FUNCIONANT EN EL MOMENT D'INICIAR HEMODIÀLISI: ANÀLISI DE LA NOSTRA EXPERIÈNCIA

Javier D. Macias, Verónica Duarte, Miquel Fulquet, Vicent Esteve, Karla Salas, Ana Saurina, Mónica Pou, Manel Ramirez de Arellano

Consorci Sanitari de Terrassa. Hospital de Terrassa. Servei de Nefrologia

INTRODUCCIÓ: La remissió al nefròleg de pacients amb ERC estadi 4, es recomana per realitzar un accés vascular intern (AVI) precoçment. La SEN aconsella la creació de l'accés amb Filtrat glomerular (FG) menor a 20ml/min/1.73m² i abans en casos seleccionats com en diabètics. Se suggereix realitzar l'accés de 4 a 6 mesos abans de l'inici d'Hemodialisi per a les Fístules natives (FAVI) i de 4 a 6 setmanes per les protèsiques.

OBJECTIU: Descriure la nostra pràctica habitual i comparar-la amb les recomanacions de la SEN, respecte al moment de realització del primer AVI i el seu primer ús.

MÈTODES: Estudi retrospectiu del primer accés vascular intern realitzat al nostre centre entre 2006 i 2010. Dades recollides del programa Nefrosoft 5.0.

RESULTATS: 75 AVI a 59 pacients: 69 natives i 6 protèsiques. 71% homes amb mitjana d'edat 67 anys. Nefropatia diabètica (42,4%) i Nefroangioesclerosi (16,9%). La mitjana del FG en el moment de crear l'AVI va ser de 13ml/min/1.72m². Sense diferències significatives entre diabètics, hipertensos ni altres factors com l'edat. La mitjana de temps des de la creació de l'AVI fins al seu primer ús va ser de 75 dies. Es van reparar 11 accessos (4 FAVIS i 7 protèsis) en 9 pacients. Èxit en un 75% de FAVIS i en un 28,5% protèsi. No obstant això, el 20% del total de pacients, va iniciar TSR mitjançant catèter. En aquest grup es va observar que el nombre de reparacions va ser major (50%) respecte al grup FAVI / Pròtesis (10%) amb una diferència significativa ($p < 0.05$).

CONCLUSIÓ: Malgrat que un 80% de pacients amb seguiment prediàlisi inicien TSR amb AVI funcionant, un 20% requereix implant de catèter, probablement perquè el FG en el moment de creació de l'accés és relativament baix respecte a recomanacions de les guies.

31. LÍQUIDO PERITONEAL TURBIO, NIVELES DE TRIGLICÉRIDOS PERITONEALES Y USO DE ANTAGONISTAS DEL CALCIO

S. Otero, E. Ponz, L. Betancourt, C. Blasco, D. Marquina, C. Grau, M. García

Servei de Nefrologia. Corporació Parc Taulí, Sabadell, Barcelona. Institut Universitari Parc Taulí (UAB)

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO: Recientemente hemos diagnosticado 4 casos de Líquido Peritoneal (LP) turbio acelular por Antagonistas del Calcio (AC). Es característico un aumento de Triglicéridos (TG) en el LP. Se han publicado casos en Asia, en general por Manidipino o Lecarnidipino. Objetivo: valorar la relación entre los AC y los niveles de TG en el LP en Diálisis Peritoneal (DP).

MATERIAL Y MÉTODOS: En 2010 se realizó a los enfermos en DP una determinación de TG en el LP de 24 horas. Se registró el tratamiento con AC.

RESULTADOS: En 2010 realizaron DP 42 enfermos, 69 % varones, con edad media 66 años y 69 % en técnica manual. Disponemos de TG en LP en 36 enfermos. Media de TG en LP de 39.76 mg/dL con gran variabilidad (1 a 745). Los enfermos sin AC (20) tenían niveles de TG de 8.36 mg/dL (1-35) y los enfermos con AC (20) de 69.15 mg/dL (1-745). Niveles de TG por familias de AC: Nifedipino (8 enfermos), 8.5 mg/dL, Amlodipino (5 enfermos), 6 mg/dL, Diltiacem (1 enfermo) 3 mg/dL, Verapamilo (1 enfermo), 9 mg/dL y Manidipino (5 enfermos), 254 mg/dL (10-745 mg/dL). Tres de los 5 enfermos que llevaban Manidipino tuvieron LP turbio. En los otros dos, los niveles de TG fueron de 10 y 14 mg/dL. Excluyendo los 4 enfermos con LP turbio acelular, los niveles medios de TG con AC eran de 7.81 mg/dL y sin AC de 8.36 mg/dL.

CONCLUSIONES: Si no hay LP turbio acelular los TG en LP son iguales si el enfermo está o no tratado con AC. Se observa una clara relación entre el Manidipino, la aparición de LP turbio acelular y el aumento de TG en LP.

32. INFECCIONS ORIFICIS SORTIDA (IOS) DELS CATETERS DE DIÀLISI PERITONEAL(DP), 5 ANYS DE SEGUIMENT

R.Samon , R. Roca-Tey, O.Ibrík , A. Roda , J.C. Gonzalez- Oliva, J.Viladoms

Servei de Nefrologia, Hospital de Mollet

OBJECTIU: Analitzar les IOS dels catèters peritoneals de la nostra Unitat durant un període de 5 anys.

PACIENTS I MÈTODE: Estudi retrospectiu de 45 pacients en DP. Variables analitzades: edat, sexe, nefropatia primària (NP), IMC , albuminèmia, KT/V, PCR, Hb, PTH , tècnica DP, realització cures, incidència, gèrmens implicats, relació amb peritonitis, ingrés hospitalari i tractament.

RESULTATS: S'han diagnosticat 19 episodis de infecció en 16 pacients: 11 homes i 5 dones edat: 54,5 ± 19,4 anys., IMC: 2,8 ± 2 .Taxa IOS : 0,36 episodis/pacient/any. Període seguiment: : 520 ± 465 dies. Albuminèmia: 3,7 ± 0,57, KT/V : 2,57± 0,44 , PCR: 8,75± 10,82, Hb: 11,94± 1,19, PTH: 279,82 ± 226,42pg/ml.Tècnica: DPCA 12 pts (75%) i DPA 4 pts (25%) . Cures: propi pacient : 12 episodis (63%) i cuidador 7 (37%). Gèrmens: Pseudomona: 31% (6), Proteus: 10% (2) , Estafilococ Aureus: 31% (6), Corynebacterium:15% (3),Citrobacter: 5% (1) ,Achromobacter:5% (1). Tractaments: cures + rentat clorhexidina + antibiòtic oral (ciprofloxacino : 17 episodis (90%), levofloxacino :1 episodi (5%), cloxacilina + mupirocina : 1 episodi (5%). Pèrdua de catèter: 1 episodi (IOS per pseudomona). Ingrés hospitalari: 1 episodi. Mateix període: 23 episodis de peritonitis (Estafilococ Aureus : 4% (1) , E. Coli: 4% (1) , Estreptoc Viridans: 4% (1) , Estafilococ epidermidis : 61% (14) , Cultiu negatiu: 26% (6)

CONCLUSIONS: 1) La incidència de IOS a la nostra Unitat es baixa i implica escassa morbiditat 2) No existeix relació causa-efecte entre IOS i peritonitis. 3) IOS i peritonitis presenten un perfil microbiològic diferent .

33. VALORACIÓ DE LA CONDICIÓ FÍSICA I GRAU DE CAPACITAT FUNCIONAL DELS PACIENTS EN HEMODIÀLISIS

V. Esteve, A. Junqué, M. Fulquet, V. Duarte, A. Saurina, M. Pou, K. Salas, J. Macías, A. Ramos*,
M. Ramírez de Arellano

Serveis de Nefrologia i Rehabilitació. Hospital de Terrassa. Consorci Sanitari Terrassa. Barcelona*

INTRODUCCIÓ: Un aspecte d'extraordinària importància és la disminució de la capacitat física conforme avança l'edat. Resulta necessari efectuar una avaluació tant de l'activitat com de la condició física del malalt renal, a fi d'evitar la deterioració de la qualitat de vida i la dependència d'aquests.

OBJECTIU: Conèixer la condició física i capacitat funcional de la nostra població en hemodiàlisi (HD).

MATERIAL I MÈTODES: Estudi descriptiu de la nostra unitat d'HD. Variables analitzades: 1.-Paràmetres bioquímics. 2.-Condicció física: Percentatge grassa corporal (DEXA). To muscular bíceps i quadríceps (centimetria). Força extensió màxima quadríceps (FEMQ) i "hand-grip" (HG) braç dominant (dinamometria estàtica). 3.-Tests Capacitat funcional: "Timed up and go" (TUG), "Sit to stand to sit" (STS), Test de Tinetti i escala percepció esforç (EPE) Borg.

RESULTATS: 54 pacients. 51.5%. Homes. Edat mitja de 69.7 anys i 72.8 mesos de temps en HD. Principals etiologies IRCT: NAE (34%) i DM (26%). Un 98% dels pacients presentava hipovitaminosis D (75% dèficit), un 25% hipoalbuminèmia (<3.5g/dl) i un 56% elevació PCR (>5 mg/L). Així mateix, un 75% va presentar dèficit de força muscular ajustat per edat i sexe, un 73% risc de caigudes (45% Tinetti elevat) i un 37% EPE Borg moderat (>3). Va existir una relació lineal directa significativa ($p < 0.05$) de la força del pacient (HG i FEMQ) amb la pre-albúmina, el to muscular i el test de Tinetti; mentre que existia una relació inversa significativa amb el percentatge de greix corporal i la resta de tests funcionals. En funció del sexe, no trobem diferències significatives en els paràmetres analítics i test funcionals realitzats.

CONCLUSIONS: 1.-Els pacients de la nostra unitat d'HD presenten una baixa condició física i una capacitat funcional reduïda. 2.-Malnutrició i inflamació crònica juntament amb la hipovitaminosis D i altres factors demogràfics podrien explicar en part la deficitària condició física i capacitat funcional d'aquests pacients. 3.-Amb les dades obtingudes en la nostra unitat; considerarem iniciar la reposició amb vitD als nostres pacients i iniciar programes educatius basats en la rehabilitació física.

34. TEMPERATURA AMBIENTAL I PRESSIÓ ARTERIAL EN PACIENTS EN HEMODIÀLISI

Angels Juan¹, Josep Mora-Macià¹, Jose Ignacio Merello², Francesc Moreso², Omar Ibrik³, Margarita Matas¹, Josep Sesé¹, Rodrigo Paz¹, Ramón Roca³, Rosa Samón³, Jordi Viladoms³

¹ Fresenius Medical Care, Granollers. ² Fresenius Medical Care ³ Hospital de Mollet

OBJECTIUS: Avaluar els canvis de pressió arterial (PA) i l'estabilitat hemodinàmica a l'estiu i a l'hivern al norest de Catalunya .

METODE: S'ha avaluat el promig mensual (Juliol i Gener) de PA, sistòlica i diastòlica pre-HD (PAS-pre, PAD-pre), post-HD (PAS-post, PAD-post), pès pre y post-HD (P-pre, P-post), guany pès inter-HD (Kg) (G-Pe), ultrafiltració programada en ml/HD (UF), necessitat de fisiològic al 0,9% en ml/hora (SF), necessitat d'ampolles de 10 ml de clorur sòdic al 20% (ClNa), nombre d'hipotensions (Hip). La PA determinada a HD va ser la mitja de dues lectures abans i després de la connexió.

RESULTATS: S'inclouen 61 pacients (42h y 19d) de 66,1±14,4 anys, prevalents en HD (48,6±48,8 mesos), 21% diabètics, kt/v 1,43±0,30 i hemoglobina 12,1±1,5 g/dl. No s'han trobat diferències significatives al Juliol vs al Gener respecte a PAS-pre 128,6±25,0 vs 129,2±24,7 PAD-pre 68,8±12,5 vs 70,1±14,1; PAS-post 129,29±19,0 vs 125,6±24,43; PAD-post 68,9±9,9 vs 70,6±16,7; P-pre 67,3±13,3 vs 67,6±13,3; P-post 65,4±13,0 vs 65,6±13,1; SF 34,2±66,3 vs 48,6±109,4 Hip 1,21±1,8 vs 1,9±2,4. S'han observat diferències significatives en l'UF 1836±877 vs 2058±872 (p=0,003), G-Pe 1,76±0,89 vs 2,02±1,0 (p=0,022) i la dosi de ClNa 1,28±2,4 vs 2,15±4,5 (p=0,069).

CONCLUSIONS: No s'han trobat diferències de PA entre els mesos de l'estiu i de l'hivern, malgrat que el guany de pès i la quantitat d'UF programada va ser menor a l'estiu ; el nombre d'hipotensions no es va modificar entre les dues estacions i inclús, es va observar major consum de ClNa a l'hivern.

35. VALORACIÓ DE LA SIMPTOMATOLOGIA CLÍNICA EN UNA UNITAT D' HEMODIÀLISI

K. Salas; M. Fulquet; V. Esteve; V. Duarte; J. Macías;
M. Pou; A. Saurina; M. Ramirez de Arellano

Servei de Nefrologia. Hospital de Terrassa. Consorci Sanitari de Terrassa

INTRODUCCIÓ: El control simptomàtic és essencial en el maneig integral de malalties cròniques, amb gran impacte en la qualitat de vida. Està descrit que la càrrega simptomàtica de pacients en hemodiàlisi(HD) és elevada, similar a pacients amb patologia oncològica. El reconeixement i tractament d'aquesta simptomatologia, moltes vegades no és l'adequat.

OBJECTIUS: Descriure la prevalença i severitat dels principals símptomes físics i emocionals en la nostra unitat d'HD.

MATERIAL I MÈTODES: Estudi descriptiu de tall transversal. Criteris d'inclusió: temps mínim de 3 mesos en HD i situació d'estabilitat clínica. La valoració dels símptomes es va realitzar mitjançant el qüestionari "Dialysis Sympton Index".

RESULTATS: 51 pacients, 42% dones. Edat mitjana 66 anys i 79.3 mesos de mitjana de temps en HD. Principals etiologies malaltia renal crònica: DM (29.4%) i NAE(15.6%). Índex Charlson, Barthel i Yesavage mitjans: 8.9, 85.7 i 4.6, respectivament. La totalitat dels nostres pacients tenien simptomatologia (11±6.4 símptomes/pacient). Símptomes més freqüents: boca seca(70%), dolor ossi/articular(60%) i hipersòmnia(60%). Existia relació lineal directa significativa ($p<0.05^*$) entre el nombre símptomes i l'índex de Yesavage ($r=0.4$) i indirecta significativa entre hemoglobina ($r=-0.9$), calci ($r=-0.3$), colesterol total ($r=-0.9$) i triglicèrids ($r=-0.4$). En relació al sexe, les dones van presentar més símptomes (13.5 ± 6.4 vs. 9.5 ± 6 ; $p<0.01$) y més càrrega associada (1.4 ± 0.7 vs. 0.9 ± 0.6 ; $p<0.01$), que els homes. Les principals simptomatologies van ser boca seca (73%) i dolor ossi/muscular (50%) en homes; en dones pell seca i hipersòmnia (76%). Les principals càrregues van ser dolor ossi/articular en dones i boca seca en homes respectivament.

CONCLUSIONS: 1. Tots els nostres pacients van presentar simptomatologia. En general, les dones van presentar major simptomatologia i càrrega associada. 2. El grau de depressió, l'anèmia crònica i l'estat nutricional deficitari, podrien explicar en part l'elevada simptomatologia dels nostres pacients. 3. Es podria millorar la identificació i quantificació de símptomes en HD per part del nefròleg.

36. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE METOXI-POLIETILENGLICOL EPOETINA BETA PARA EL TRATAMIENTO DE LA ANEMIA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN HEMODIÁLISIS (ESTUDIO EPOSEM)

Joan Fort^{1,3}; Fernando Marco²; Rafael Ramos²; Mouhssen El Manouari³; Bernat de la Torre⁴; Antoni Pelegrí³; Jorge Bartolomé⁵; Irene Agraz¹; Daniel Serón¹

¹ H. Vall d'Hebron, ² CD Diaverum Nephros, ³ CD Diaverum Verge de Montserrat, ⁴ Diaverum Clínica E. Rotellar, ⁵ Secretari Coloma

OBJETIVO: Evaluar la efectividad de metoxi-polietilenglicol epoetina beta (Mircera®) en jeringas precargadas en el tratamiento de la anemia en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) en hemodiálisis.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio multicéntrico, observacional, retrospectivo. Incluyó pacientes de edad ≥ 18 años con anemia asociada a ERC en hemodiálisis (HD), que hubieran iniciado tratamiento con Mircera® como mínimo 6 meses antes y estuvieran en hemodiálisis 6 meses antes del inicio de Mircera®.

RESULTADOS: Se incluyeron en el análisis un total de 57 pacientes (61,4% de varones y 38,6% de mujeres). Tiempo medio en HD de 4,4 años (81,8 % HD convencional, 18,2 % HD diálisis on-line). Todos los pacientes recibían tratamiento previo con un Agente Estimulante de la Eritropoyesis (AEE) antes del inicio del tratamiento con Mircera® (70,2 % Epoetina beta, 10,5% epoetina alfa, 24,6% darbepoetina). Las dosis medias de conversión a Mircera® fueron: 123,7 ug/mes (DA 40-80 o Epoetinas de 8.000-16.000 semanales); 102,8ug/mes para dosis inferiores y 200ug/mes para pacientes con dosis mayores, siendo inferiores a las recomendadas en ficha técnica. La hemoglobina (Hb) mediana al inicio del estudio fue 11,2 g/dL, 11,6 g/dL al inicio del tratamiento de Mircera® y 11,0 g/dL al final del seguimiento. Un 19,3 % y un 15,8% de los pacientes se mantuvieron dentro del rango de Hb de 10 – 12 g/dL ($p > 0,05$), sin diferencias entre los dos periodos en el tiempo que mantuvieron estos valores. No diferencias ni entre el porcentaje de pacientes con Hb < 10 o Hb > 12 g/dl, ni entre el porcentaje de pacientes que mantuvieron Hb entre 10-13 g/dl ni en la presentación de complicaciones ($p > 0,05$) durante los dos periodos de tratamiento.

CONCLUSIONES: En pacientes en HD la conversión a Mircera® mensual desde otros AEEs es segura y eficaz, manteniendo los niveles de Hb dentro de los targets deseados.

37. FACTORS INTRAOPERATORIS PRONÒSTICS DE LA PERMEABILITAT A 1 MES DELS ACCESSOS VASCULARS NATIUS

Gaspar Mestres; Nestor Fontseré; Cesar García-Madrid; Paula Campelos; Francisco Maduell; Vicente Riambau
Unitat d'Accés Vascular. Servei de Cirurgia Cardiovascular, Secció de Cirurgia Vascular, Institut Clínic del Tòrax. Hospital Clínic. Barcelona, Universitat de Barcelona

OBJECTIUS: L'objectiu d'aquest estudi és determinar els factors clínics i ecogràfics intraoperatoris pronòstics de la permeabilitat a un mes de les fistules arteriovenoses autòloges (FAV).

MATERIAL: Es realitza un estudi longitudinal prospectiu, incloent aquelles FAV realitzades entre octubre 2009 i maig 2010. Es recullen les característiques de la mostra i les mesures intraoperatories clíniques (thrill palpable, buf audible) i ecogràfiques arterial i venosa (diàmetres, velocitats pic sistòliques, final diastòliques, mitges, fluxos i índex de resistència). Un mes després de la intervenció, es recull la permeabilitat de l'accés vascular.

MÈTODE: S'analitzen estadístics descriptius i de freqüència, i es realitzen comparacions entre grups (permeabilitat o trombosi de la FAV a un mes). Es realitza una regressió logística amb inclusió per passos, analitzant la prova diagnòstica final amb corbes ROC.

RESULTATS: S'han realitzat 111 FAV (44 radiocefàliques, 45 humerocefàliques, 22 humerobasiliques) en 101 pacients. La permeabilitat a un mes de seguiment és del 84.7%. L'absència de buf audible al finalitzar la intervenció prediu la trombosi de la FAV amb una sensibilitat del 70.6% i especificitat del 80.9%. Però la regressió logística identifica la velocitat final diastòlica a l'artèria proximal (VFD) després de la creació de la FAV com el millor factor predictor independent de trombosi a un mes (OR = 1.072, 95%CI 1.036-1.109; sensibilitat: 76.5% i especificitat: 84.0%, per a VFD < 24.5cm/s). Millora de forma lleugera les troballes clíniques (buf), però continua aconseguint un valor predictiu positiu baix (46.4%).

CONCLUSIONS: La trombosi d'una FAV es pot predir amb mesures intraoperatories clíniques (absència de buf audible), però la sensibilitat i especificitat es poden millorar lleugerament amb l'ús de l'eco-dòppler intraoperatori (VFD arterial < 24.5cm/s), tot i un baix valor predictiu positiu. Identificar intraoperatoriament aquells accessos d'alt risc de trombosi immediata pot ajudar a establir un criteri per a revisar o abandonar una FAV, millorant l'eficàcia quirúrgica.

38. DIÀLISI INCREMENTAL; UNA OPCIO ACCEPTABLE A DIÀLISI PERITONEAL?

R.Samon , R. Roca-Tey, O.Ibrik , A. Roda , J.C. Gonzalez-Oliva, J.Viladoms

Servei de Nefrologia, Fundació Hospital de Mollet

OBJECTIU: Valorar perfil evolutiu i les complicacions dels pacients que han iniciat DP amb una pauta incremental durant el període 2009-2010.

MATERIAL I METODE: S'han revisat 7 pacients (pts) que han iniciat DP amb 2 recanvis de glucosa al 1,5% i s'ha seguit l'evolució 1 any. Edat: 65,28 anys ,4 pts amb MRC de causa glomerular i Índex comorbiditat Charlson : 4 . S'han analitzat al inici DP i als 3,6 i 12 mesos: edat, funció renal residual (FRR) , KT/V, aclariment creatinina. setmanal (CI creat) , Hb, PCR, P, Ca, PTH, albúmina, pressió arterial (PA) . S'han enregistrat les complicacions i ingressos hospitalaris

RESULTATS: Quatre pts han mantingut la mateixa pauta de dos recanvis 1 any, 3 pts han augmentat la dosi a 3 recanvis als 6 mesos . La FRR, KT/V i CI creat no han variat al llarg del temps al 57% (4/7) dels pts (p=NS). S'ha objectivat un descens temporal de la PA i de la PTH i un increment de la Hb (per totes les comparacions, p < 0.05). Complicacions: 3 pts (43%) han presentat infecció orifici sortida , 2 pts peritonitis (28%) i 2 pts (28%) van precisar ingrés hospitalari per patologia intercurrent . L'índex comorbiditat Charlson al final de l'any seguiment es mantenia en 4.

CONCLUSIONS: 1) La FRR i els paràmetres de adequació de la DP s'han mantingut estables en quasi el 60% dels pts. 2) En tots els casos s'ha aconseguit milloria en el control de la PA, anèmia i PTH 3) Cap pacient ha presentat complicacions greus i la comorbiditat no ha variat durant l'any de seguiment

PÒSTERS

DIVENDRES 03-06-2011

12:00 - 13:00 h

Diàlisi III

Moderadors:

*Lucienme Fernández. Hospital Santa Creu Jesús. Tortosa
Pere Torguet. Hospital Dr. Josep Trueta. Girona*



39. EFECTE DEL TRACTAMENT AMB ACETAT CÀLCIC I CARBONAT DE MAGNESI SOBRE EL PERFIL METABÒLIC DELS PACIENTS EN HEMODIÀLISIS

V. Esteve, K. Salas, J.C. Gonzalez Oliva*, M. Fulquet, V. Duarte, M. Pou, A. Saurina, J. Macías, M. Ramírez de Arellano
Serveis Nefrologia. Hospital de Terrassa. Consorci Sanitari Terrassa (CST) i Hospital de Mollet (Barcelona)*

INTRODUCCIÓ: La malaltia cardiovascular és la primera causa de mortalitat en els pacients en HD. Diversos estudis, han establert una associació entre valors baixos de magnesi (Mg) séric i l'increment tant de la calcificació arterial com de la progressió d'arterosclerosi en HD. El Mg, com a catalitzador enzimàtic del metabolisme lipídic, podria tenir un efecte beneficiós sobre la malaltia cardiovascular, en millorar el perfil aterogènic.

OBJECTIUS: Analitzar l'efecte de la combinació d'acetat càlcic i carbonat de magnesi sobre el perfil metabòlic dels pacients en HD.

MATERIAL I MÈTODES: Estudi prospectiu observacional de 3 mesos de durada en dos centres hospitalaris en pacients en programa d'HD periòdica que inicien tractament amb acetat càlcic/carbonat Mg. Es van analitzar dades bioquímiques metabolisme ossi mineral (MOM) i el perfil metabòlic.

RESULTATS: 134 pacients en HD. 26 pacients inclosos (20%); 13 homes. 4 exclosos (2 exitus, 1 trasplantament renal, 1 intolerància digestiva). Edat mitja 67.9 anys y 45.8 mesos de permanència en HD. Principals etiologies IRCT: NAE (32%) y DM (18%). Dades MOM (inicio vs final): Ca 8.9 ± 0.5 vs 8.8 ± 0.6 mg/dl, P 4.5 ± 1.4 vs 4.1 ± 0.8 mg/dl ($p < 0.1$), PTHi 157.5 ± 106.1 vs 143.5 ± 94.1 pg/ml, Mg 2.1 ± 0.7 vs 2.4 ± 0.5 mg/dl ($p < 0.1$), 25OHvitD 32.7 ± 20.8 vs 37.1 ± 22.5 ng/ml. Dades perfil metabòlic (pns): Albumina 3.85 ± 0.3 vs 3.80 ± 0.26 g/dl, Colest 143 ± 28.5 vs 133 ± 47.8 mg/dl, HDL-col 41.2 ± 9.3 vs 44.1 ± 10.8 mg / dl, LDL-col 71 ± 30.2 vs 63 ± 37.1 mg/dl, TG 135 ± 47.8 vs 129 ± 65.5 mg/dl. No trovarem modificacions rellevants en relació al nombre y clase dels captors del fòsfor, fàrmacs MOM, hipolipemians, gastrointestinals (IBP) ni en les característiques de les sessions de HD.

CONCLUSIONS: 1.- En el nostre estudi, observem certa tendència a la milloria del perfil metabòlic dels pacients en HD amb l'ús d'acetat càlcic i carbonat de magnesi. 2.- Seria necessari realitzar estudis ben dissenyats per avaluar el potencial efecte beneficiós del magnesi sobre el perfil aterogènic d'aquests pacients.

40. ENDOCARDITIS INFECCIOSA EN PACIENTS EN DIÀLISI

A. Roda Safont; R. Roca-Tey; R. Samón Guasch; O. Ibrik Ibrik; JC. González Oliva; J. Viladoms Guerra

Servei de Nefrologia. Hospital de Mollet. Mollet del Vallès

INTRODUCCIÓ: Les infeccions són la principal causa de morbiditat i la segona causa de mortalitat en els pacients (pts) en diàlisis, després dels events cardiovasculars. La incidència de l'endocarditis infecciosa (EI) en aquest pts és entre 10 i 18 vegades superior que en la població general. La mortalitat de l'EI és del 30% durant l'ingrés hospitalari i la mortalitat global és de quasi el 50 % a l'any.

OBJECTIU: Descriure la nostra experiència de pts en programa d'HD que han presentat EI.

MATERIAL I MÈTODE: Estudi retrospectiu de pacients amb malaltia renal crònica (MRC) en HD diagnosticats d'EI segons els criteris de Duke al nostre Servei desde gener'2000 a desembre'2008. Es recullen: dades demogràfiques, antecedents patològics, tipus d'accès vascular, dades microbiològiques, informació ecocardiogràfica i evolució.

RESULTATS: Es van identificar 13 episodis d'EI durant aquest període. Edat mitjana: 65.7 \pm 9.6 anys (rang 50-78 anys). Cinc pts eren dones (35.8 %). La nefropatia diabètica era la causa més prevalent de MRC (38.5 %). Van manifestar-se en forma de febre, afectació de l'estat general i esgarrifances. El 38.5% d'EI va ser per E. aureus, i el 15.4% per E. epidermidis. En el 23 % dels casos els cultius van ser negatius. La majoria dels casos eran portador de catèter central. La vàlvula mitral va ser la més afectada. La mortalitat va ser < 50% durant l'ingrés hospitalari.

CONCLUSIONS: 1. La bacterièmia en aquests pacients constitueix un dels principals factors determinants d'EI. 2. L'accès vascular és el principal factor relacionat amb l'EI. 3. La vàlvula més afectada és la mitral. 4. La mortalitat continuà éssent elevada.

41. RESULTATS DE LA PRIMERA INTERVENCIÓ DE FÍSTULA ARTERIOVENOSA A L'ÀREA SANITÀRIA DE TORTOSA

Luciemne Fernández; M. Teresa Compte; Cristina Gállego; Anton Collado; Pere Angelet

Unitat Nefrològica. Hospital Santa Creu. Jesús-Tortosa

OBJECTIUS: Valorar els resultats de la primera intervenció de fístula arteriovenosa fets a la nostra àrea sanitària, funcionament a les 24 hores i als 3 mesos; avaluació de factors de risc. Comparar el nombre de FAVIs radials funcionants vs colze.

MATERIAL I MÈTODES: Estudi observacional, analític i transversal, de la primera intervenció de FAVI realitzada per un mateix cirurgià i centre a Tortosa de 1999-2010. El cirurgià vascular elegia la zona òptima on fer la fístula. S'han realitzat 260 primeres intervencions de FAVI, 207 radials i 53 de colze. S'ha fet estadística descriptiva, anàlisi bivariant i anàlisi multivariant. SPSS v. 17.

RESULTATS: L'edat mitjana dels pacients és $66,67 \pm 13,98$. Homes 69,2%; dones 30,8%. Diabètics 32,7%; HTA 93,1%; Dislipèmia 48,5% i Fumadors 21,5%.

El funcionament global de les FAVIs a les 24 h és del 64,2%. FAVIs radials esquerres funcionants 59,7%, radials dretes 69,5%, colze esquerre 78,3%, colze dret 75%. El nombre de fistules, de colze funcionants és major que el de les radials, essent estadísticament significatiu. Comparant malaltia renal primària, sexe, edat, fumador, HTA, no trobem diferències significatives.

Als 3 mesos el funcionament global de les FAVIs és del 53,5%. FAVIs radials 50,7%, colze 64,1%. Les variables estudiades no influencien sobre els resultats. De les fistules funcionants a les 24 hores, un 80% són funcionants als 3 mesos.

CONCLUSIONS: De cada 3 primeres FAVIs realitzades a Tortosa, a les 24 hores, en falla 1. Als 3 mesos, de les fistules radials funcionen el 50,7% i de colze el 64,1%. L'edat, sexe, malaltia renal primària, fumador, HTA no influencien en el resultats. El nombre de fistules de colze funcionants és major que les radials, essent estadísticament significatiu. Les fistules funcionants a les 24 hores tenen un 80% de probabilitats de funcionament als 3 mesos.

42. INDIVIDUALITZACIÓ DEL CALCI DEL BANY DE DIÀLISI: UNA ASSIGNATURA PENDENT

F. Maduell; M. Arias; S. Jimenez; B. Alemany; M.N. Martina; N. Pérez; N. Fontseré; M. Vera; E. Massó; A. Sentis; N. Rodríguez; C. Arcal; M. Carrera; E. Bergada; A. Cases; JM. Campistol
Servei de Nefrologia i Trasplantament Renal, Hospital Clínic Barcelona

La relació de la calcèmia amb el risc cardiovascular, la introducció de captors del fòsfor (P) no càlcics i del calcimimètics han fet variar l'escenari de calcèmia prediàlisi en els últims anys de 9.5-10.5 a 8.5-9.5 mg/dl. Per valorar d'una forma més precisa les variacions del calci (Ca) durant l'hemodiàlisi (HD) i individualitzar la prescripció, l'objectiu del estudi va ser valorar el balanç intradiàlisi comparant diferents concentracions de Ca del concentrat.

MATERIALS I MÈTODES: Estudi prospectiu en què es van incloure 98 pacients, 68 homes i 30 dones en HD. Cada pacient va ser sotmès a dos HD: concentració de Ca del bany 2.5 (Ca25) o 3.0 (Ca30) mEq/L. Els paràmetres de diàlisi restants no variaren. Determinarem pre i post-diàlisi Ca, P i PTH i es va enregistrar medicació.

RESULTATS: No s'observaren diferències prediàlisi de Ca, 8.82 ± 0.6 (Ca25) i 8.89 ± 0.6 (Ca30); P, 4.00 ± 1.4 (Ca25) i 4.19 ± 1.1 (Ca30); i PTH, 393 ± 350 (Ca25) i 387 ± 389 (Ca30). Amb el bany Ca25 el Ca i la PTH post-diàlisi no es van modificar significativament mentre que amb el Ca30 es va veure un increment del Ca a 10.17 ± 0.6 acompanyat d'un descens de la PTH (209 ± 280 , $p < 0.05$). Analitzant el bany Ca25 per subgrups de Ca prediàlisi (<8.5 (25%), 8.5-9.0 (37%), 9.1-9.5 (25%) i >9,5 (13%)) s'aprecià un balanç positiu en els subgrups <8.5 i 8.5-9.0, neutre amb 9.1-9.5 i negatiu amb Ca >9,5 mg/dL. Amb Ca30 s'aprecia un balanç positiu de Ca en tots els subgrups. Els malalts rebien calcimimètics (49%), paricalcitol (49%) i captors de fòsfor amb Ca (27%) sense relacionar-se amb el comportament del Ca pre i postdiàlisi.

CONCLUSIONS: la prescripció del Ca del bany de diàlisi necessita una individualització basada en els valors pre i postdiàlisi de Ca i la necessitat d'obtenir un balanç positiu, neutre o negatiu en relació amb la situació clínica del malalt.

43. DIFERENCIAS ENTRE KT Y KT/V EN PACIENTES DE UNA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS EN RELACIÓN A OCM VERSUS DIASCAN

Yaima Barreiro; Jordi Calabia; Isabel García; Bernat Guasch; Nadia Martín; Diana Faur; Pere Torguet; Gerard Maté; Martí Vallès

Servicio de Nefrología del Hospital Universitario Josep Trueta de Girona

INTRODUCCIÓN: El Kt/V es el indicador más utilizado, como medida de dosis de diálisis adecuada. El Kt como ventaja sobre los valores de Kt/V es su determinación diaria en tiempo real.

OBJETIVOS:

- 1- Valorar diferencias valores de Kt en relación a la utilización de diferentes biosensores en un mismo paciente.
- 2- Conocer correlación entre valores de Kt y Kt/V de nuestros pacientes.

MATERIAL Y MÉTODO: Valoramos los valores de Kt, en relación a la dialisancia iónica observada con la utilización de diferentes biosensores en 12 pacientes en hemodiálisis, durante 6 meses con monitores Fresenius Medical Care 4008 (técnica OCM) y Gambro AK 200 Ultra S (técnica Diascan).

En cada paciente, se mantuvieron las mismas condiciones a la hora de realización de las sesiones de diálisis como: Qd, Qb, horas de diálisis, tipo de anticoagulación, posición de conectores, tipo de aguja. Realizando 619 mediciones.

En 30 pacientes comparamos los resultados de Kt y Kt/V realizados en una misma sesión para estudiar la correlación entre ambas medidas. Realizando 48 mediciones.

RESULTADOS: La dosis media de KT fue 44.56 L. Observamos diferencias significativas, con tendencia a valores superiores de Kt, con OCM respecto a Diascan.

Las mediciones de Kt y Kt/V muestran una buena correlación entre las dos medidas ($p > 0,005$).

CONCLUSIÓN: El Kt medido por dialisancia iónica, puede tener variaciones según el biosensor utilizado. En nuestro caso, el uso de Diascan sobrevalora los datos de Kt.

La medición del KT es un método sencillo, según nuestros resultados, se correlaciona con el KtV.

45. FÍSTULES RADIOCEFÀLICA DISTAL DORSAL O PROXIMAL: ALTERNATIVES A LA FÍSTULA RADIOCEFÀLICA DISTAL RADIAL

Gaspar Mestre; Nestor Fontseré; Cesar García-Madrid; Marta Burrel; Francisco Maduell; Vicente Riambau
Unitat d'Accés Vascular. Servei de Cirurgia Cardiovascular, Secció de Cirurgia Vascular, Institut Clínic del Torax. Hospital Clínic. Barcelona, Universitat de Barcelona

OBJECTIUS: Determinar les diferències entre els diferents tipus de fístules radiocefàliques primàries segons el nivell de l'anastomosi arteriovenosa: distal radial, distal dorsal, o proximal (branca radial o dorsal de la vena cefàlica distal al canell, o vena cefàlica proximal a l'avantbraç).

MATERIAL: Es realitza un estudi longitudinal prospectiu, incloent aquelles fístules radiocefàliques primàries realitzades entre agost de 2009 i gener de 2011, excloent les reparacions/reanastomosis de fístules prèvies. La indicació primària ha estat la fístula radiocefàlica radial, utilitzant la branca dorsal en casos de branca radial no apte, i la cefàlica proximal en casos de branques distals no aptes. Es recullen les característiques de la mostra, les mesures preoperatories clíniques i ecogràfiques (diàmetre arterial i venós, i mesures arterials: velocitats pic-sistòliques, final-diafòliques i mitges, fluxos, índex de resistència), i intraoperatories clíniques (thrill, buf) i ecogràfiques (velocitats i fluxos arterials i venosos). Un mes després de la intervenció, es recull la permeabilitat de l'accés.

MÈTODE: S'analitzen estadístics descriptius i de freqüència, i es realitzen comparacions entre grups (tipus de fístula) amb el test ANOVA.

RESULTATS: S'han realitzat 103 fístules radiocefàliques (42 radials, 30 dorsals, 31 proximals) en 99 pacients. No s'han observat diferències significatives en edat, sexe o comorbilitats. Els diàmetres venosos preoperatoris han estat significativament més grans per a aquelles fístules radials que les dorsals o proximals (3.1, 3.0, 2.8mm, $P=0.007$), però sense altres diferències clíniques ni ecogràfiques. No s'han observat diferències en les mesures intraoperatories. La permeabilitat a un mes de seguiment ha estat semblant en els tres grups (81.0%, 83.3% i 87.1% respectivament, $P=0.788$).

CONCLUSIONS: Tot i que la primera indicació d'accés vascular és la fístula radiocefàlica distal amb branca cefàlica radial, la branca dorsal o la vena cefàlica proximal són opcions vàlides per a construir un accés vascular distal, amb resultats semblants a un mes de seguiment.

47. EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL EN PACIENTES DE UNA UNIDAD DE DIÁLISIS PERITONEAL (DP)

Yaima Barreiro; Isabel García; Jordi Calabia; Bernat Guasch; Nadia Martín; Diana Faur; Pere Torquet; Gerard Maté; Martí Vallès

Servicio de Nefrología del Hospital Universitario Josep Trueta de Girona

INTRODUCCIÓN: La malnutrición es un problema frecuente en los pacientes en diálisis, específicamente en DP puede afectar al 30-70% de los casos y supone uno de los principales factores pronósticos de morbimortalidad y supervivencia.

OBJETIVOS: 1-Conocer el estado nutricional evolutivo de los pacientes en DP de nuestra unidad.
2-Identificar probables causas reversibles de malnutrición prevalente en nuestros pacientes.

MATERIAL Y MÉTODO: Valoramos el estado nutricional de 39 pacientes en programa de DP (71.8% hombres, 28.2% mujeres) en un período de 12 meses. Controlando algunos parámetros analíticos como: leucocitos, linfocitos, albúmina, ferritina, urea, creatinina, fósforo y calcio sérico. Además tiempo de estancia en DP, IMC y comorbilidad asociada. Realizamos un subgrupo de pacientes con valores iniciales de Albúmina <3.5mg/dl. Recogiendo datos de mortalidad.

RESULTADOS: No se objetivan diferencias significativas en cuanto número total de leucocitos, % de linfocitos, aunque existe tendencia a disminuir al transcurso del tiempo. Tampoco observamos disminución significativa en los valores de Albúmina, creatinina, Colesterol total.

En pacientes con Albúmina <3.5 mg/dl (n=5) pautamos suplementos: Nepro[®]) y Nutrineal (pauta DP de Baxter[®]). En todos ellos, los valores a los 12 meses habían aumentado.

En la mayoría de los que siguen pauta con Baxter[®] con Nutrineal (n=17). Vemos que no modifica, al alza, significativamente los parámetros nutricionales.

El número de pacientes que han sido éxitos supone 0.78% (n=2). Ambos casos por causa cardiovascular.

CONCLUSIÓN: La malnutrición es un problema frecuente en los pacientes de DP. Es ampliamente conocida su relación con un estado inflamatorio importante, lo que dificulta su manejo y curación.

48. ELIMINACIÓN DE CADENAS LIGERAS MEDIANTE TÉCNICA DE DIÁLISIS HFR EN MIELOMA MÚLTIPLE. A PROPÓSITO DE UN CASO

I Gil, E Jatem, J Fort, I Agraz, R Ramos, D Serón

Hospital Vall Hebron

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La forma más frecuente de afectación renal por el mieloma es la nefropatía por depósito de cadenas ligeras. Una disminución en la excreción de cadenas ligeras disminuiría el riesgo de insuficiencia renal irreversible. Estudios usando membranas de alto poro (Gambró HCO 1100) demostraron lograr dicho objetivo en pacientes que precisaban hemodiálisis, con mejoría de función renal. Sin embargo, sus beneficios son dudosos dada la escasa evidencia disponible. Una alternativa es la adsorción mediante resina sintética en la técnica HFR. Apreciándose en un ensayo clínico disminución de cadenas ligeras (sobre todo κ) en pacientes tratados con la técnica.

OBJETIVO: Determinar la disminución de cadenas ligeras en el mieloma múltiple usando la técnica HFR, en su modalidad Supra® (de prestaciones superiores a la convencional).

MÉTODO: Paciente de 68 años, con sospecha de mieloma múltiple, y creatinina al ingreso de 4.16 mg/dl., lesiones líticas y aspirado de médula ósea compatibles, iniciando quimioterapia y hemodiálisis HFR utilizando la modalidad Supra® si era posible, por insuficiencia renal. Se determinaron cadenas ligeras al inicio y final de la sesión, junto cifras de creatinina interdiálisis.

RESULTADOS: Se realizaron 8 sesiones 2 HFR convencional, 1 hemodiálisis estándar y 5 sesiones de HFR Supra®, todas de 4h. Se apreció un descenso en las cadenas ligeras κ (de 1750 mg/L a 22 mg/L en última sesión), acompañándose de mejoría de la función renal, sin nuevas hemodilisis (al alta 0.9 mg/dl).

CONCLUSIONES: La diálisis HFR, sobre todo HFR Supra®, parece una buena alternativa a las membranas de gran poro, permitiendo un descenso de cadenas ligeras con menor coste. No es posible extraer conclusiones por haberse usado en un solo caso.

49. NEFROPATÍA POR CILINDROS TRATADA CON HEMODIÁLISIS CON DIALIZADOR DE GRAN PORO EN MIELOMA MÚLTIPLE

María Azancot¹, Rosa Ramos¹, Joan Fort¹, Iván Gil¹, Karla Flores¹, M.Teresa Salcedo², Daniel Serón¹

¹ Servicio de Nefrología. Hospital Vall d'Hebrón. ² Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Vall d'Hebrón

INTRODUCCIÓN: La insuficiencia renal es una complicación habitual en mieloma múltiple. Se presenta entre un 20-50% y hasta un 10% requiere tratamiento sustitutivo renal. La nefropatía por cilindros es la presentación más común. Se ha descrito que la hemodiálisis intensiva con membranas de gran poro con tratamiento quimioterápico, reduce significativamente la concentración de cadenas ligeras plasmática, con recuperación de la función renal.

Describimos un caso de mieloma múltiple con IRA que tratamos con quimioterapia y hemodiálisis con dializadores de gran poro.

CASO CLÍNICO: Paciente de 49 años con dolor lumbar de 1 año de evolución y lesiones líticas que ingresó para estudio. La analítica mostró anemia, creatinina 6mg/dl y proteinuria 10g/día Bence Jones positivo. Componente homogéneo en plasma: IgA lambda, cadenas ligeras Lambda 16200mg/L y cadenas ligeras Kappa 22,8mg/L. El aspirado de médula ósea confirmó el diagnóstico de mieloma múltiple. La biopsia renal mostró cambios compatibles con riñón de mieloma.

Se inició tratamiento con Bortezomib, Doxorrubicina, Dexametasona, y por fracaso renal agudo se inició hemodiálisis con dializadores de gran poro. Inicialmente, sesiones diarias (8 horas) con filtros Theralite® durante 4 días, continuando a días alternos hasta completar 12 sesiones. Se determinaron la concentración de las cadenas ligeras pre y posthemodiálisis en plasma.

RESULTADOS: Las sesiones fueron bien toleradas, por hipoalbuminemia requirió suplementos de albúmina. Se obtuvo una disminución de cadenas ligeras lambda en plasma al final de las sesiones así como una reducción sostenida y progresiva a lo largo del tratamiento alcanzando una creatinina de 3mg/dl, permitiendo la suspensión del tratamiento sustitutivo renal.

CONCLUSIONES: La utilización de dializadores de gran poro asociada a quimioterapia en pacientes con mieloma múltiple e IRA, permite reducción de cadenas ligeras del suero logrando mejoría de la función renal. Los beneficios a largo plazo de la utilización de estos dializadores aún están por determinarse.

EMPRESAS COL·LABORADORES

ABBOTT LABORATORIES, S.A.

ALMIRALL, S.A.

AMGEN

B. BRAUN

BAXTER

BELLCO

CHIESI, S.A.

COVIDIEN

DAIICHI - SANKYO

FRESENIUS MEDICAL CARE

GAMBRO

GENZYME, S.L.U

HOSPAL

HOSPIRA, PRODUCTOS FARMACÉUTICOS Y HOPSITALARIOS

IZASA HOSPITAL, S.L.U

LABORATORIOS MENARINI

NIPRO

NOVARTIS

PFIZER

ROCHE FARMA

RUBIÓ

SHIRE

AMPLIACIÓN
DE INDICACIÓN!



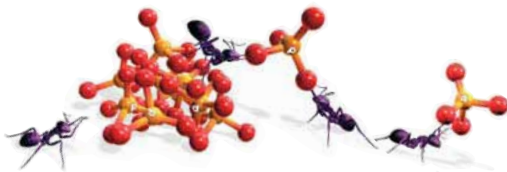
Luz verde a pacientes con ERC no dializados*

* Fosrenol® también está indicado en pacientes adultos con enfermedad renal crónica no sometidos a diálisis, con niveles de fósforo sérico $\geq 1,78$ mmol/l, en los cuales una dieta baja en fósforo por sí sola es insuficiente para controlar dichas concentraciones séricas de fósforo.

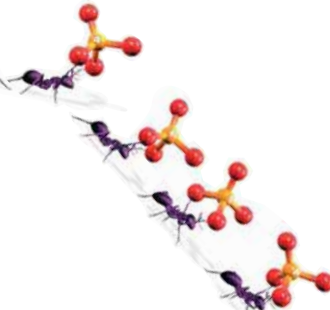


FOSRENOL® (carbonato de lantano)

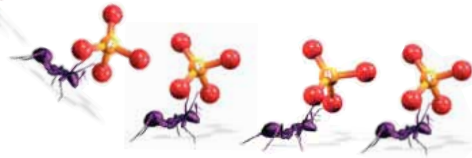
CONTROL SOSTENIDO DEL FÓSFORO^{2,3}



comida tras comida...



...día tras día...



...semana tras semana.



FOSRENOL® capta fósforo, capta fósforo, capta fósforo, capta fósforo

Shire
En Nefrología,
juntos hacemos futuro

www.socane.cat

Secretaria Tècnica i Científica

ACTOServeis

C/ Bonaire, 7 • 08301 Mataró (Barcelona)

Tel. 93 755 23 82 / Fax 93 755 23 83

nefrologia@actoserveis.com

www.socane.cat



Activitat acreditada amb 1,4 crèdits pel "Consell Català de Formació Continuada de les Professions Sanitàries. Comissió de Formació Continuada del Sistema Nacional de Salut"



Reconegut d'interès Sanitari per l'Institut d'Estudis de la Salut del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya