

XXIX

REUNIÓ ANUAL DE LA SOCIETAT CATALANA DE NEFROLOGIA

Barcelona, 6 i 7 de juny de 2013
Casa Convalescència



Índex

Presentació	2
Comitès	3
Programa científic	5
Informació general	23
Casos clínics	27
Comunicacions orals	35
Pòsters	65
Empreses col·laboradores	119

Presentació



Estimats amics i companys,

L'any 1996 la Fundació Puigvert i l'Hospital de la Creu Roja van organitzar la XIII Reunió de la Societat Catalana de Nefrologia. Des d'aleshores, la Nefrologia Catalana ha crescut i s'ha consolidat, i s'ha produït un important canvi generacional.

Hem rebut el repte d'organitzar aquesta Reunió amb molt d'entusiasme i esperem que el programa elaborat estigui a l'alçada de les últimes edicions. Hem tractat d'abordar els aspectes més rellevants dels canvis que es van produint en la nostra especialitat i comptarem amb la participació dels nostres companys, nefròlegs pediàtres, amb qui és tan important col·laborar.

Tanmateix, donarem cabuda en la nostra institució a la I Trobada de Residents de Nefrologia de Catalunya, en una jornada preliminar organitzada per la Societat Catalana de Nefrologia.

La seu triada, la Casa de Convalecència, és un marc privilegiat. Pertany al conjunt de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, construït amb elements propis d'un modernisme amb inspiració neogòtica. Estem segurs que aquesta joia del modernisme català, amb la seva profusió de ceràmiques i escultures, ajudarà a fer que aquesta reunió sigui punt de trobada de companys i amics i contribueixi a l'intercanvi de coneixements i al cultiu de l'amistat.

José Ballarín Castán
President del Comitè Organitzador





Comitè d'Honor

Il·lm. Sr. Xavier Trias i Vidal de Llobatera
Alcalde de Barcelona

Hble. Sr. Boi Ruiz i Garcia
Conseller de Salut i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya

Sra. Esperança Martí
Presidenta del Patronat de la Fundació Puigvert

Dr. Joan Manuel Díaz Gómez
President de la Societat Catalana de Nefrologia

Dr. José Ballarín Castán
Cap del Servei de Nefrologia de la Fundació Puigvert

Junta Directiva

Junta Directiva Societat Catalana de Nefrologia

President: Joan Manuel Díaz Gómez

Vicepresidenta: Isabel Garcia Méndez

Secretària: Anna Oliveras Serrano

Tresorer: Joan Llibre Bombardó

Vocals: Xavier Fulladosa Oliveras
Ramon Roca Tey



Comitè Organitzador

President: José Ballarín Castán

Secretari: Lluís Guirado Perich

Vocals: Elisabet Ars Criach
Jordi Bover Sanjuán
Francesca Calero González-Nicolás
Cristina Canal Girol
Elisabet Coll Piera
Joan Manuel Díaz Gómez
Montserrat Díaz Encarnación
Teresa Doñate Cubells
Carme Facundo Molas
Patricia Fernández-Llama
María Alba Herreros García
M. Jesús Lloret Cora
Esther Martínez Camps
Joaquín Martínez García
Núria Serra Cabañas
Roser Torra Balcells

Comitè Científic

President: Martí Vallès Prats

Vocals: Albert Martínez Vea
Jaume Almirall Daly
Francesc Moreso Mateos
Meritxell Ibernón Vilaró
Ramón Sans Lorman
Rosa Nogués Monclús



PROGRAMA CIENTÍFIC



I Trobada de Residents de Nefrologia de Catalunya

Sala d'actes (Fundació Puigvert)

Programa Dimecres, 5 de juny de 2013

17.00 a 18.15 h **Presentació de 3 casos clínics**

Moderadors:

José Ballarín. Fundació Puigvert (Barcelona)

Joan Manuel Díaz. Fundació Puigvert (Barcelona)

1. EVALUACIÓN DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN ADULTO JOVEN: UNA ASIGNATURA PENDIENTE

*Yaima Barreiro, Nàdia Martín, Carolina Molina, Cristina Noboa, Cristian Córdoba, Jordi Calabia, Pere Torguet, Isabel Garcia, Martí Vallès
Hospital Universitari de Girona Doctor Josep Trueta*

2. UN CASO DE SÍNDROME NEFRÓTICO POR NEFROPATÍA IgA ASOCIADO A LINFOMA T CUTÁNEO TIPO SÍNDROME DE SÉZARY

*Andrea Chacón, Mercè Borràs, M. Paz Marco, Marta Gracia, Lourdes Craver, Tomás García, Josep Manel Casanova, M. José Panadés, Elvira Fernández
Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Lleida*

3. RECHAZO HUMORAL AGUDO TRAS CONVERSIÓN A m-TOR

*Israel D. Rivas Salazar, Oriol Bestard, Edoardo Melilli, Xavier Fulladosa Oliveras, Omar Taco, Josep M. Grinyó, J. M. Cruzado Garrit
Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat*

18.15 a 18.45 h **Pausa-cafè**

18.45 a 20.00 h **Presentació de 3 casos clínics**

Moderadors:

Isabel Garcia. Hospital Universitari de Girona Doctor Josep Trueta (Girona)

Xavier Fulladosa. Hospital Universitari de Bellvitge (L'Hospitalet de Llobregat)

4. GLOMERULONEFRITIS SEGMENTARIA NECROTIZANTE CON REACCIÓN EPITELIAL EN UN PACIENTE VIH CON LEISHMANIOSIS VISCERAL
Ángela García Bello, Domingo Orlando Martins, Montserrat Vallvé, Antoni Raventós, Alberto Martínez Vea
Servei de Nefrologia. Hospital Universitari Joan XXIII. Tarragona

5. CRIOGLOBULINEMIA MIXTA SECUNDARIA A INFECCIÓN POR VHC EN CONTEXTO DE SÍNDROME DE PRES. A PROPÓSITO DE UN CASO.
Ana Patricia González, Fredzzia Graterol, Maru Navarro, Dolores López, Josep Bonet
Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona

6. INTOXICACIÓN GRAVE POR TALIO: MANEJO COMPARATIVO CON HEMODIÁLISIS CONVENCIONAL LARGA Y HEMODIÁLISIS DE ALTO FLUJO
Alejandra Prada, Silvia Collado, Mónica Marín, Francesc Barbosa, Higini Cao, Clara Barrios, Julio Pascual
Servei de Nefrologia. Hospital del Mar. Barcelona

XXIX Reunió Anual de la Societat Catalana de Nefrologia

Casa de Convalescència (Hospital de Sant Pau)

Programa Dijous, 6 de juny de 2013

08.30 a 09.00 h **Lliurament de la documentació**

09.00 a 10.30 h **Comunicacions orals: Diàlisi**

Moderadors:

Rosa M. García Osuna. Hospital de Palamós (Girona)

Elisabet Coll. Fundació Puigvert (Barcelona)

1. **ÉS LA FETUÏNA A UN BIOMARCADOR DE LA FUNCIÓ DE L'ACCÉS VASCULAR EN PACIENTS EN HEMODIÀLISI CRÒNICA?**
R. Roca-Tey¹, M. Ramírez de Arellano², J. C. González-Oliva^{1,2}, R. Samon¹, O. Ibrík¹, A. Roda¹, J. Viladoms¹
Serveis de Nefrologia. Hospitals de ¹Mollet i ²Terrassa
2. **TWEAK, INSUFICIENCIA RENAL CRÒNICA Y NEOPLASIAS**
Susana Aguerrevere, Maricruz Pastor, Marisa Granada, Fernando Moreno, Marta Aldea, Loreto Fernández, Jordi Bonal, Josep Bonet, Ramon Romero
Servei de Nefrologia. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona
3. **ENZIM CONVERSOR DE L'ANGIOTENSINA 2 CIRCULANT EN PACIENTS AMB MALALTIA RENAL CRÒNICA SENSE ANTECEDENTS DE PATOLOGIA CARDIOVASCULAR**
Lidia Anguiano, Marta Riera, Julio Pascual, Clara Barrios, Àngels Betriu, José M. Valdivielso, Elvira Fernández, María José Soler
Departament de Nefrologia. Hospital del Mar-IMIM. Barcelona
4. **EXPERIENCIA DE 30 AÑOS EN UNA UNIDAD DE DIÁLISIS PERITONEAL: SUPERVIVENCIA A LARGO PLAZO**
Erika de Sousa, M. Auxiliadora Bajo, Gloria del Peso, Olga Celadilla, M. José Castro, Isabel Muñoz, Victoria Martínez, Rafael Selgas
Servicio de Nefrología. Hospital Universitario La Paz. IdiPAZ. Madrid.
5. **VALORACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL DURANTE SU INGRESO HOSPITALARIO**
Ali Berrada, Sílvia Collado, Carlota Hidalgo, Núria Pujolar, Ernestina Junyent, Anna Bach, Glòria Garcia, M. Teresa Baz, Julio Pascual
Servei de Nefrologia. Hospital del Mar. Barcelona

-
6. EJERCICIO FÍSICO, PARÁMETROS NUTRICIONALES, COMPOSICIÓN CORPORAL Y HORMONAS ANABÓLICAS EN PACIENTES EN HEMODIÁLISIS
V. Esteve, V. Duarte, M. Fulquet, M. Pou, A. Saurina, J. Macías, F. Moreno, J. Carneiro, M. Ramírez de Arellano
Servei de Nefrologia. Hospital de Terrassa. Consorci Sanitari de Terrassa.
 7. BENEFICIOS DE UN PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO FÍSICO EN LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA Y CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES EN HEMODIÁLISIS
V. Esteve, F. Moreno, J. Macías, M. Fulquet, M. Pou, V. Duarte, A. Saurina, J. Carneiro, M. Ramírez de Arellano
Servei de Nefrologia. Hospital de Terrassa. Consorci Sanitari de Terrassa.
 8. ESTUDIO LONGITUDINAL DE DIÁLISIS PERITONEAL INCREMENTAL
Andrea Chacón, Mercè Borràs, Ana Uson, Elvira Fernández
Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Lleida
 9. EVALUACIÓN DE LA INCIDENCIA DE ENFERMEDAD VENOOCLUSIVA POR VAINA DE FIBRINA, DESPUÉS DEL TRATAMIENTO ENDOVASCULAR, DEL CATÉTER PERMANENTE DE HEMODIÁLISIS
Diego A. Sandoval, Miguel Hueso Val, Ángela I. Casas Parra, Inés Rama, Elena Escalante, Joan Domínguez, Alberto Martínez-Castelao
Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat

10.30 a 11.00 h **Inauguració oficial**

11.00 a 11.30 h **Pausa-cafè**

11.30 a 13.00 h **Taula rodona I**

Actualització en diàlisi: del pacient amb fracàs renal agut al pacient amb malaltia renal crònica terminal

Moderadors:

Manuel García. Hospital de Sabadell. Corporació Sanitària Parc Taulí (Sabadell)

Joan Manuel Díaz. Fundació Puigvert (Barcelona)

- Resultats de l'estudi català ESHOL: estudi de supervivència d'hemodiafiltració *on-line*
Francesc Maduell. Hospital Clínic (Barcelona)
- Tractament substituït en el malalt crític: indicacions i dosis
Antoni Roglan. Hospital de Sant Pau (Barcelona)
- Inici de diàlisi peritoneal: a qui, quan i com?
Miguel Pérez. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña (A Coruña)

13.00 a 13.30 h **Conferència: «Glomerulonefritis mesangial C3»**

Fadi Fakhouri. CHU de Nantes. França

13.30 a 15.00 h **Dinar de treball**

15.00 a 16.45 h **Taula rodona II**
Actualitzacions en nefrologia pediàtrica

Moderadors:

Juan Antonio Camacho. Hospital Maternoinfantil Sant Joan de Déu (Esplugues de Llobregat)

Roser Torra. Fundació Puigvert (Barcelona)

- Actualització del reflux vesicoureteral
Glòria Fraga. Hospital de Sant Pau (Barcelona)
- Síndrome hemolíticourèmica
Gema Ariceta. Hospital Universitari Vall d'Hebron (Barcelona)
- Estudi molecular de la síndrome nefròtica corticoresistent
Elisabet Ars. Fundació Puigvert (Barcelona)

16.45 a 17.15 h **Pausa-cafè**

17.15 a 18.45 h **Comunicacions orals: Nefrologia clínica**

Moderadors:

Jordi Viladoms. Hospital de Mollet (Mollet del Vallès)

Montserrat Díaz. Fundació Puigvert (Barcelona)

1. PREVALENCIA D'ATEROMATOSI EN LA MALALTIA RENAL CRÒNICA, ESTADIS 3 A 5D. ESTUDI NEFRONA
Àngels Betriu, Montserrat Martínez-Alonso, Mercè Borràs, Vittoria Arcidiacono, José M. Valdivielso, Elvira Fernández-Giráldez.
Investigadors de l'estudi NEFRONA UDETMA. Servei de Nefrologia. Hospital Universitari Arnau de Vilanova. IRB Lleida
2. EFECTE DEL GÈNERE MASCULÍ I LA DIABETIS EN L'ACTIVITAT CIRCULANT DE L'ENZIM CONVERSOR D'ANGIOTENSINA 2 EN RATOLINS INDUÏTS AMB ESTREPTOZOTOCINA
Sergi Clotet, María José Soler, Marta Rebull, Julio Pascual, Marta Riera
Servei de Nefrologia. Hospital del Mar-IMIM. Barcelona
3. NIVELES BAJOS DE IGF-I EN LA NEFROPATÍA DE LA OBESIDAD, ¿NUEVO FACTOR DE RIESGO?
M. Navarro, I. Bancu, A. Serra, M. L. Granada, D. López, J. Bonet
Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona

-
4. PARICALCITOL MODULA L'ACTIVITAT CIRCULANT DE L'ENZIM CONVERSOR D'ANGIOTENSINA 2 (ECA2) EN UN MODEL DE RATOLÍ DE DIABETIS TIPUS 1
Marta Riera, Sergi Clotet, Julio Pascual, María José Soler
Departament de Nefrologia. Hospital del Mar-IMIM. Barcelona
 5. L'ACTIVITAT DE L'ECA2 ES TROBA AUGMENTADA EN DIFERENTS ÒRGANS (RONYÓ, COR I FETGE) I EN EL SÈRUM EN RATOLINS NO OBESOS DIABÈTICS (NOD)
Helena Roca Ho, Marta Riera, Eva Márquez, Julio Pascual, María José Soler
Servei de Nefrologia. Parc de Salut Mar-IMIM. Barcelona
 6. NEFROPATIA PER CONTRAST IODAT ENDOVENÓS (NIC) EN PACIENTS D'ALT RISC: ESTEM EXAGERANT EL PROBLEMA?
Jaume Almirall, Xavier Gallardo, M. Rosa Safont, Marta Andreu, Elena González
Servei de Nefrologia. Corporació Parc Taulí. Departament de Medicina de la UAB, Servei de Radiologia. UDIAT, Servei de Cirurgia Vasculat
 7. VASCULITIS DE PEQUEÑO VASO (VPV) CON AFECTACIÓN RENAL ANCA NEGATIVA: ESTUDIO RETROSPECTIVO DE 24 AÑOS
H. Marco¹, N. Sala¹, Y. Arce², S. Gracia², M. Picazo², M. Corica³, J. M. Llobet³, M. Diaz², J. Ballarin²
¹Servei de Nefrologia, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. ²Serveis de Nefrologia, Anatomia Patològica i Hematologia. Fundació Puigvert. ³Servei de Reumatologia, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau
 8. LA ALBUMINURIA ELEVADA A LARGO PLAZO PREDICE EL PRONÓSTICO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN RESISTENTE
Susana Vázquez, Laia Sans, Raquel Hernández del Rey, María Larrousse, Cristina Sierra, José Antonio Arroyo, Julio Pascual, Alexandre Roca-Cusachs, Pedro Armario, Alejandro de la Sierra, Anna Oliveras
Servei de Nefrologia. Unitat d' Hipertensió. Hospital del Mar. Barcelona
 9. LA NEFROPATÍA DIABÉTICA ES UN FACTOR DE RIESGO INDEPENDIENTE PARA LA ENFERMEDAD ATEROMATOSA SILENTE SEVERA. EL ESTUDIO NEFRONA
Clara Barrios, Julio Pascual, Sol Otero, María José Soler, Eva Rodríguez, Silvia Collado, Anna Faura, Sergi Mojal, Àngels Betriu, Elvira Fernández
Servei de Nefrologia. Hospital del Mar. Barcelona

18.45 a 19.15 h **Estudis de la SCN**

Moderadors:

Isabel Garcia. Hospital Universitari de Girona Doctor Josep Trueta (Girona)
Xavier Fulladosa. Hospital Universitari de Bellvitge (L'Hospitalet de Llobregat)

- 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 síndrome metabòlica en malalts en HD i llista d'espera de TR (SIMEDIT)
Josep Bonet. Hospital Universitari 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)

19.15 h **Assemblea extraordinària de la SCN**

19.30 h **Assemblea ordinària de la SCN**

21.30 h **Sopar oficial de la Reunió**

MNAC OLEUM RESTAURANT

Palau Nacional, Parc de Montjuïc, s/n 08038 Barcelona
(sortida autocars: davant Casa de Convalescència a les 20.00 h)

Divendres, 7 de juny de 2013

08.30 a 09.45 h

Taula rodona III

Trasplantament renal per part del nefròleg general

Moderadors:

Julio Pascual. Hospital del Mar (Barcelona)

Carme Facundo. Fundació Puigvert (Barcelona)

- Utilitat de la biòpsia renal de seguiment en el pacient trasplantat renal
Daniel Serón. Hospital Universitari Vall d'Hebron (Barcelona)
- Trasplantament ABO incompatible i/o amb prova encreuada (*cross-match*) positiva
Ángel Alonso. Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo (A Coruña)
- Trasplantament creuat
Lluís Guirado. Fundació Puigvert (Barcelona)

09.45 a 10.45 h

Comunicacions orals: Trasplantament renal

Moderadors:

Frederic Cofán. Hospital Clínic (Barcelona)

Cristina Canal. Fundació Puigvert (Barcelona)

1. TRASPLANTE RENAL DE DONANTE VIVO. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO
Núria Serra Cabañas, Carme Facundo Molas, Cristina Canal Girol, Núria Garra Moncau, Alberto Breda, Beatriz Bardají de Quixano, José Ballarín Castán, Lluís Guirado Perich
Servei de Nefrologia. Unitat de Trasplantament Renal. Fundació Puigvert. Barcelona
2. ANTICOSSOS ANTI-HLA *DE NOVO* EN POBLACIÓ INFANTIL TRASPLANTADA DE RONYÓ
Anna Vila, Luciana Goñi, Juan A. Camacho, Jordi Vila, Maria Ramos
Secció de Nefrologia. Hospital Maternoinfantil Sant Joan de Déu. Barcelona
3. ELS NIVELLS BAIXOS D'MBL S'ASSOCIEN AMB UN AUGMENT DE L'APOPTOSI I DE REBUIG SUBCLÍNIC ALS 3 MESOS DEL TRASPLANTAMENT
Meritxell Ibernón, Francesc Moreso, Francisco O'Valle, Montse Gomà, Raimundo García del Moral, Josep Maria Grinyó, Daniel Serón
Servei de Nefrologia. Hospital Universitari Vall d'Hebrón. Barcelona

-
4. **TRASPLANTE RENAL DE DONANTE VIVO.
SEGUIMIENTO A MEDIO PLAZO DEL DONANTE**
Carme Facundo Molas, Cristina Canal Giro, Núria Serra Cabañas, Núria Garra Moncau, Alberto Breda, Beatriz Bardají de Quixano, José Ballarín Castán, Lluís Guirado Perich
Servei de Nefrologia. Unitat de Trasplantament Renal. Fundació Puigvert. Barcelona

 5. **INFLAMACIÓ I OXIDACIÓ EN ELS PACIENTS TRASPLANTATS RENALS:
RELACIÓ AMB LA MORTALITAT**
Laura Cañas, Maricruz Pastor, Eva M. Iglesias, Neus Sala, Fernando Moreno, Fredzia Graterol, Josep Bonet, Ricardo Lauzurica
Servei de Nefrologia. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona

 6. **METANÀLISI PER AVALUAR L'EVITACIÓ O RETIRADA PRECOÇ
DELS ESTEROIDES EN EL TRASPLANTAMENT PANCREÀTIC O
RENOPANCREÀTIC**
Núria Montero, Angela Webster, Ana Royuela, Javier Zamora, Marta Crespo, Julio Pascual
Servei de Nefrologia. Hospital del Mar. Barcelona

10.45 a 11.00 h **Pausa-cafè**

11.00 a 12.00 h **Sessió de pòsters**

Pòsters Diàlisi I

Moderador:

Joaquín Martínez. Fundació Puigvert (Barcelona)

1. **RESULTADOS DE UN PROGRAMA DE EJERCICIO FÍSICO COMBINADO
CON ELECTROESTIMULACIÓN NEUROMUSCULAR EN PACIENTES EN
HEMODIÁLISIS**
V. Esteve, J. Macías, F. Moreno, M. Fulquet, M. Pou, V. Duarte, A. Saurina, J. Carneiro, S. Garriga*, M. Ramírez de Arellano
Servei de Nefrologia i Servei de Rehabilitació i Fisioteràpia. Hospital de Terrassa.
Consorti Sanitari de Terrassa.*

2. **PROCÉS D'INFORMACIÓ SOBRE TRACTAMENT RENAL SUBSTITUTIU**
Isabel Garcia, Jordi Calabia, Nàdia Martín, Pere Torguet, Gerard Maté, Martí Vallès.
Servei de Nefrologia. Hospital Universitari de Girona Doctor Josep Trueta.

-
3. EL BENEFICIO DE LA OBESIDAD EN LA SUPERVIVENCIA DE LOS PACIENTES EN DIÁLISIS DEPENDIENDO DEL GRUPO DE EDAD
Jordi Calabia, Emma Arcos, Jordi Comas, Isabel Garcia, Nàdia Martin, Pere Torguet, Gerard Maté, Cristina Noboa, Martí Vallès
Hospital Universitari de Girona Doctor Josep Trueta

 4. EXPERIENCIA UNICÉNTRICA DE 30 AÑOS EN PERITONITIS ESCLEROSANTE ENCAPSULANTE (EPS) Y ESTADOS PRO-EPS
Erika De Sousa, Gloria del Peso, M. Auxiliadora Bajo, Laura Álvarez, Fernando Gil, Rafael Selgas.
Servicio de Nefrología. Hospital Universitario La Paz. IdiPAZ. Madrid.

 5. ESTUDI DE L'EFICÀCIA DEL TAUROLOCK EN LA PREVENCIÓ DE LA BACTERIÈMIA RELACIONADA PER CATÈTER (BRC)
Néstor Fontseré, Celia Cardozo, Àlex Soriano, Mercè Pons, Juan Francisco Navarro, Josep Mensa, Francesc Maduell, Josep M. Campistol
Servei de Nefrologia. Hospital Clínic. Barcelona

 6. DEFECTO DE LA ULTRAFILTRACIÓN CON ICODEXTRINA. PAPEL DE LA PRESIÓN INTRAPERITONEAL
María Isabel Bolos Contador, Esther Ponz Clemente, Lorelei Betancourt Castellanos, Dolors Marquina Parra, Conchita Blasco Cabañas, Xavier Vinuesa Ciaño, Nuria Ramírez Prat, Manuel Garcia Garcia.
Servei de Nefrologia. Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell

 7. EFECTO DE LA ADMINISTRACIÓN CONTROLADA DE CALCIMIMÉTICOS INTRADIÁLISIS SOBRE EL CONTROL DE LAS ALTERACIONES DEL METABOLISMO ÓSEO MINERAL Y LA TOLERANCIA GASTROINTESTINAL
F. Moreno, V. Esteve, G. Martínez*, M. Fulquet, M. Pou, J. Macías, V. Duarte, A. Saurina, J. Carneiro, M. Ramírez de Arellano.
Servei de Nefrologia i Farmàcia Hospitalària. Hospital de Terrassa. Consorci Sanitari de Terrassa (CST)*

 8. CATÉTERES TUNELIZADOS DE HEMODIÁLISIS RETENIDOS DURANTE LA EXTRACCIÓN Y SUS RARAS COMPLICACIONES
Mónica Furlano, Iara Da Silva, Cesar Ruíz, María Jesús Lloret, María Alba Herreros, Elizabeth Coll, Esther Martínez, Teresa Doñate, Joan Manuel Diaz, José Ballarín, Joaquín Martínez
Servei de Nefrologia. Fundació Puigvert. Barcelona

Pòsters Diàlisi II

Moderadora:

Anna Balius. Centre Hospitalari i Cardiològic de Manresa

9. VALOR PREDICTIVO DE LA PREGUNTA SORPRESA EN UN GRUPO DE PACIENTES EN DIÁLISIS PERITONEAL
Isabel Garcia, Jordi Calabia, Nàdia Martín, Pere Torguet, Gerard Maté, Martí Vallès
Servei de Nefrologia. Hospital Universitari de Girona Doctor Josep Trueta
10. EVOLUCIÓN DE LA FUNCIÓN RENAL POSTRASPLANTE RENAL EN PACIENTES PROCEDENTES DE DIÁLISIS PERITONEAL
Àngela Casas, Diego Sandoval, Francisca Gruart, Dimelza Osorio, Àlex Andújar, Carlota González, María Teresa González
Unitat de Diàlisi Peritoneal. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat
11. REPERCUSIONES CLÍNICAS ASOCIADAS AL USO DE CATÉTERES VENOSOS CENTRALES, TEMPORALES Y PERMANENTES PARA HEMODIÁLISIS
Cristina Noboa, Jordi Calabia, Nàdia Martín, Yaima Barreiro, Carolina Molina, Isabel Garcia, Pere Torguet, Martí Vallès
Servei de Nefrologia. Hospital Universitari de Girona Doctor Josep Trueta
12. HEMODIÁLISIS EN ANCIANOS, EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO
M. Teresa Compte, P. Justo Ávila, Fernández Antuño C Gállego Gil, María de la O. Domínguez López
Hospital de la Santa Creu Jesús (Tortosa)
13. HEMODIAFILTRACIÓ *ON-LINE* (HDFOL) vs. HEMODIÁLISI CONVENCIONAL (HDC) EN MALALTS D'UNA UNITAT DE DIÁLISI HOSPITALÀRIA
Diego A. Sandoval, Cinthya R. Cossio, Inés Rama, Miguel Hueso Val, Angela I. Casas, Josep M. Grinyó, Alberto Martinez-Castelao
Servei de Nefrologia. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat
14. CALCIFILAXI. EVOLUCIÓ ALS 6 MESOS DE TRACTAMENT
M. Teresa Compte, Luciemne Fernández, Cristina Gállego, Pablo Justo, Pere Angelet
Hospital de la Santa Creu. Jesús (Tortosa)
15. CREACIÓ DE UN PROTOCOLO PARA EFECTUAR EL CAMBIO DE PROLONGADOR DEL CATÉTER DE DIÁLISIS PERITONEAL EN PEDIATRÍA
Rosa María Martín Fernández, María Dolores Abad Ruiz, Gisela Borge Navarro, Jéssica Fernández Nofuentes, Sonia Galindo Maycas, Edith Latorre Pallarols, M. Sara Lorente Arnaiz, Silvia Matamala Gómez, Sandra Sánchez Mellado
Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona

16. EDUCACIÓN SANITARIA EN DIÁLISIS PERITONEAL DOMICILIARIA AL CUIDADOR DEL PACIENTE PEDIÁTRICO

Rosa María Martín Fernández, María Dolores Abad Ruiz, Gisela Borge Navarro, Jéssica Fernández Nofuentes, Sonia Galindo Maycas, Edith Latorre Pallarols, M. Sara Lorente Arnaiz, Silvia Matamala Gómez, Sandra Sánchez Mellado
Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona

Pòsters Nefrologia clínica I

Moderadora:

Isabel Giménez. Hospital Moisès Broggi (Sant Joan Despí)

17. ACTIVACIÓN DE LA VÍA DEL COMPLEMENTO EN INSUFICIENCIA RENAL AGUDA

Eva Rodríguez, Clara Barrios, Núria Montero, Alejandra Prada, Marta Riera, M. A. Orfila, Julio Pascual
Servei de Nefrologia. Hospital del Mar. Barcelona

18. ESPECTRE FENOTÍPIC D'UNA COHORT DE PACIENTS AMB MUTACIÓ AL GEN HNF1B

Nàdia Ayasreh, Roser Torra, Estefanía Eugui, Gemma Bullich, José Ballarín, Elisabet Ars
Servei de Nefrologia. Departament de Nefropaties Hereditàries. Fundació Puigvert. Barcelona

19. LA GONADECTOMIA PREVEU L'INCREMENT EN LA PRESSIÓ ARTERIAL I L'ACTIVITAT SÈRICA DE L'ECA EN RATOLINS MASCLES DIABÈTICS KNOCKOUT PER L'ENZIM CONVERSOR D'ANGIOTENSINA 2

Sergi Clotet, María José Soler, Marta Rebull, Julio Pascual, Marta Riera
Servei de Nefrologia. Hospital del Mar-IMIM. Barcelona

20. HIPERPARATIROIDISMO AUTÓNOMO EN ERC DE ESTADIOS 3-4 TRATADOS CON CINACALCET

Iara DaSilva, Mónica Furlano, Joselyn Reyes, José Ballarín, Jordi Bover
Fundació Puigvert. Barcelona

21. FRACÀS RENAL AGUT INTRAHOSPITALARI IATROGÈNIC: RESULTATS DE L'APLICACIÓ D'UN PROTOCOL DE PREVENCIÓ

Anna Saurina, Victòria Pardo, Núria Barba, Esther Jovell, Mònica Pou, Vicent Esteve, Miquel Fulquet, Verònica Duarte, Javier Macias, Fàtima Moreno, Jose Carneiro, Manel Ramirez de Arellano
Servei de Nefrologia. Hospital de Terrassa. Consorci Sanitari de Terrassa

22. HIALINOSIS SEGMENTARIA Y FOCAL, VARIANTE COLAPSANTE: TRES CASOS PEDIÁTRICOS

Juan A. Camacho María Ramos Anna Vila Jordi Vila C. Jou*, M. Suñol*
Secció Nefrologia i Servei d'Anatomia Patològica. Hospital Maternoinfantil Sant Joan de Déu. Barcelona*

-
23. DESCRIPCIÓN CLÍNICA DE UNA SERIE DE PACIENTES CON
ESPONDILODISCITIS AGUDA ASOCIADA A INSUFICIENCIA RENAL
Alejandra Prada, Silvia Collado, Núria Montero, Higinio Cao, Francesc Barbosa,
María José Soler, Clara Barrios, Eva Rodríguez, Julio Pascual
Servei de Nefrologia. Hospital del Mar. Barcelona
24. LES LESIONS HISTOLÒGIQUES DE MAL PRONÒSTIC EN LA NEFROPATIA
IgA PODEN REFLECTIR-SE EN ELS PERFILS DE PÈPTIDS D'ORINA I SANG?
M. Navarro-Muñoz, F. Graterol, M. Ibernón, D. López, R. Romero, J. Bonet
Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona

Pòsters Nefrologia clínica II

Moderadora:

Montserrat Picazo. Hospital de Figueres. Fundació Salut Empordà (Girona)

25. CARACTERÍSTIQUES DELS PACIENTS AMB MIELOMA MÚLTIPLE
EN TRACTAMENT SUBSTITUTIU RENAL A CATALUNYA
Nàdia Martín Alemany¹, Jordi Comas Farnés², Emma Arcos Fuster², Jordi Calabia
Martínez¹, Isabel García Méndez¹, Pere Torguet Escuder¹, Gerard Maté Benito¹,
Martí Vallès¹
*Servei de Nefrologia. Hospital Universitari de Girona Doctor Josep Trueta¹.
Registre Català de Malalties Renals²*
26. GLOMERULOPATIA C3. REVISIÓN DE 4 CASOS
C. Molina Rodríguez, N. Martín Alemany, I. García Méndez, Y. Barreiro Delgado,
C. Novoa Paez, C. Córdoba Herrera, M. Vallès Prats
Servei de Nefrologia. Hospital Universitari de Girona Doctor Josep Trueta
27. VALORES PLASMÁTICOS NGAL PARA VALORAR LA SEVERIDAD DE IRA
DE DISTINTAS ETIOLOGÍAS
Eva Rodríguez, Clara Barrios, Alí Berrada, Carlos Arias, Marta Riera, M. A. Orfila,
Julio Pascual
Servei de Nefrologia. Hospital del Mar. Barcelona
28. SÍNDROME DE ENCEFALOPATÍA POSTERIOR REVERSIBLE (PRES).
A PROPÓSITO DE 5 CASOS CLÍNICOS
Lourdes Carolina Vázquez Jiménez, Ioana Elena Bancu,
María Isabel Troya Saborido, Josep Bonet Sol
Servei de Nefrologia. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona
29. BAIXA CORRELACIÓ DEL QUOCIENT PROTEÏNA/CREATININA EN ORINA
ESPORÀDICA I PROTEÏNÚRIA DE 24 HORES EN PROTEÏNÚRIA
EN RANG NEFRÒTIC
Núria Montero, María J. Soler, Clara Barrios, Eva Rodríguez, Carlos Arias, Alí
Berrada, Alejandra Prada, María A. Orfila, Sergi Mojal, Carles Vilaplana, Julio Pascual
Servei de Nefrologia. Hospital del Mar. Barcelona

-
30. QÜESTIONS TÈCNIQUES EN RELACIÓ AMB LA DETERMINACIÓ ECOGRÀFICA DEL GRUIX DE LA ÍNTIMA-MITJANA DE LA CARÒTIDA (IMT)
Jaume Almirall, Loreley Betancourt, Jose-Ramon Fortuño, Sara De Lamo, Joan Carles Martínez-Ocaña, Angels Betriu
Servei de Nefrologia. Corporació Parc Taulí. Institut Universitari Parc Taulí. UAB. Servei de Radiologia. UDIAT, UDETMA (Unitat de Diagnòstic i Tractament de Malalties Aterotrombòtiques).
31. 6 CASOS DE GLOMERULONEFRITIS RÁPIDAMENTE PROGRESIVA (GNRP)
J. A. Camacho, A. Vila, J. Vila, M. Ramos, M. Carrera*, C. Rovira*
Secció de Nefrologia i Servei d'Anatomia Patològica. Hospital Maternoinfantil Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat*
32. FEOCROMOCITOMAS INTERVENIDOS EN LA FUNDACIÓ PUIGVERT EN LOS ÚLTIMOS 42 AÑOS
Lenin Rivera Zambrano, Daniel Hernando, Francesca Calero, Yolanda Arce, José Ballarín, Patricia Fernández-Llama
Servei de Nefrologia. Fundació Puigvert. Barcelona

Pòsters Nefrologia clínica III

Moderadora:

Maru Navarro. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol (Badalona)

33. PROTOCOL DE COORDINACIÓ AMB ATENCIÓ PRIMÀRIA I PADES PER AL TRACTAMENT CONSERVADOR DE PACIENTS AMB MALALTIA RENAL CRÒNICA, ESTADI 5
Carmína Puig, Anna Vidal, Olga Cuadrat, Marta Sagarra, Imma Bujons, Silvia Peña, Josep Riba
Unitat de Nefrologia. Hospital d'Igualada
34. NOU DISPOSITIU DE COMUNICACIÓ ENTRE ATENCIÓ PRIMÀRIA I NEFROLOGIA («ESPAI INTERCONSULTA»)
Mònica Pou, Anna Saurina, Vicent Esteve, Miquel Fulquet, Verònica Duarte, Javier Macías, Fàtima Moreno, José Carneiro, Manel Ramírez de Arellano
Servei de Nefrologia. Consorci Sanitari de Terrassa
35. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON URETEROSTOMÍA
Rosa María Martín Fernández, María Dolores Abad Ruiz, Gisela Borge Navarro, Jéssica Fernández Nofuentes, Sonia Galindo Maycas, Edith Latorre Pallarols, M. Sara Lorente Arnaiz, Silvia Matamala Gómez, Sandra Sánchez Mellado
Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona

-
36. COMPLICACIÓN DEL TRATAMIENTO CON CORTICOIDES:
ROMBOENCEFALITIS POR *LYSTERIA MONOCYTOGENES*
C. Ruiz-García, I. da Silva, M. Furlano, A. Moliné, M. Rivera-Zambrano,
D. Machado, J. Ballarín, J. Bover
Fundació Puigvert. Barcelona
37. ENCEFALOPATIA REVERSIBLE PER CEFEPIMA EN PACIENTS
AMB INSUFICIÈNCIA RENAL
Nàdia Martín¹, Cristina Coll², N. González³, Jordi Calabia¹, Isabel Garcia¹, Pere
Torguet¹, Gerard Maté¹, Yaima Barreiro¹, Carolina Molina¹, Cristina Noboa¹,
Christian Córdoba¹
*Servei de Nefrologia¹. Servei de Neurologia². Servei de Neurofisiologia³.
Hospital Universitari de Girona Doctor Josep Trueta*
38. HEMATÍES DISMÓRFICOS EN SEDIMENTO URINARIO
COMO HERRAMIENTA EN LA EVALUACIÓN DE GLOMERULOPATÍAS
Yaima Barreiro¹, Nàdia Martín¹, Andrea Sologastoia², Carolina Molina¹, Cristina
Noboa¹, Cristian Córdoba¹, Jordi Calabia¹, Pere Torguet¹, Isabel Garcia¹, Martí Vallès¹
*Servei de Nefrologia¹. Servei d'Anatomia Patològica². Hospital Universitari de
Girona Doctor Josep Trueta*
39. LA INTERVENCIÓ DIETÈTICA EN EL SEGUIMENT DE LA INSUFICIÈNCIA
RENAL CRÒNICA (IRC). UNA ASSIGNATURA PENDENT
Jaume Almirall, Marina Luengo, Marta Morillo, Esther Ponz
*Servei de Nefrologia. Corporació Parc Taulí. Hospital de Sabadell. Departament de
Medicina de la UAB. Servei de Dietètica i Nutrició. Corporació Parc Taulí. Sabadell*

Pòsters Trasplantament renal

Moderadora:

Núria Garra. *Althaia. Xarxa assistencial de Manresa*

40. EL TIEMPO DE ESPERA EN DIÁLISIS COMO FACTOR PRONÓSTICO DE
SUPERVIVENCIA EN TRASPLANTADOS RENALES MAYORES DE 70 AÑOS
Lenin Rivera Zambrano, Emma Arcos, Jordi Comas, Pere Àngel Montserrat,
José Ballarín, Lluís Guirado Perich
Servei de Nefrologia. Fundació Puigvert. Barcelona
41. BIOPSIA RENAL DE SEGUIMIENTO EN PACIENTE TRASPLANTADO.
SEGURIDAD DEL PROCEDIMIENTO.
Cristina Canal Girol, Carme Facundo Molas, Núria Serra Cabanyas, Núria Garra
Moncau, Pablo de la Torre Holguera, Irene Silva Torres, José Ballarín Castán,
Lluís Guirado Perich
Servei de Nefrologia. Unitat de Trasplantament Renal. Fundació Puigvert. Barcelona

-
42. PROFILAXIS DE LA MALALTIA PER CITOMEGALOVIRUS EN PACIENTS PEDIÀTRICS QUE REBEN UN TRASPLANTAMENT RENAL
Anna Vila, Juan A. Camacho, Jordi Vila, Maria Ramos, Juan J. Garcia, M. Carmen Muñoz
Secció de Nefrologia. Hospital Maternoinfantil Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat
43. TRASPLANTAMENT RENAL PEDIÀTRIC EN INFANTS DE PESOS EXTREMS
Anna Vila, Mireia Musquera, Lluís Peri, Ricardo Álvarez-Vijande, Lluís Garcia, Antonio Alcaraz
Secció de Nefrologia. Hospital Maternoinfantil Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat
44. MONITORIZACIÓN EN EL POSTOPERATORIO DEL TRASPLANTE RENAL
Rosa María Martín Fernández, María Dolores Abad Ruiz, Gisela Borge Navarro, Jéssica Fernández Nofuentes, Sonia Galindo Maycas, Edith Latorre Pallarols, M. Sara Lorente Arnáiz, Silvia Matamala Gómez, Sandra Sánchez Mellado
Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona

Pòsters Casos clínics

Moderador:

Jordi Calabia. Hospital Universitari de Girona Doctor Josep Trueta (Girona)

45. PRESENTACIÓN ATÍPICA DE UN SÍNDROME DE GOODPASTURE
Lilian Astrid Otolara Rojas, Loreley Ana Betancourt Castellanos, Ruth Orellana Fernández, José Ibeas López, Ángel Rodríguez Jornet
Servei de Nefrologia. Hospital Parc Taulí. Sabadell
46. VASCULITIS CRIOGLOBULINÉMICA: 3 CASOS Y 3 EVOLUCIONES
Fàtima Moreno, Anna Saurina, Mònica Pou, Javier Macías, Vicent Esteve, Miquel Fulquet, Verònica Duarte, José Carneiro, Manel Ramírez de Arellano.
Servei de Nefrologia. Hospital de Terrassa
47. HIPERALDOSTERONISMO PRIMARIO - HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO: ¿CASUALIDAD O CAUSALIDAD?
N. Y. Rodríguez, C. Arcal, A. Botey
Hospital Clínic. Barcelona
48. TOXICIDAD POR ANTICALCINEURÍNICOS. CONVERSIÓN PRECOZ A INHIBIDOR DE m-TOR
Lenin Rivera Zambrano, Yolanda Arce, Lluís Guirado, Joan Manuel Díaz, José Ballarín
Fundació Puigvert. Barcelona
49. CRIOGLOBULINEMIA MIXTA ASOCIADA A HEPATITIS C: TRATAMIENTO CON RITUXIMAB
Pablo Moscoso Alvarado
Servei de Nefrologia. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona

-
50. SÍNDROME NEFRÍTICO SOBRE NEFROPATÍA DIABÉTICA.
IMPORTANCIA DE LA BIOPSIA RENAL
Fàtima Moreno, Anna Saurina, Manel Solé*, Mònica Pou, Javier Macías,
Vicent Esteve, Miquel Fulquet, Verònica Duarte, José Carneiro, Manel Ramírez
de Arellano
*Servei de Nefrologia. Hospital de Terrassa. *Servei d'Anatomia Patològica. Hospital
Clínic. Barcelona*
51. LEISHMANIOSI VISCERAL EN PACIENT TRASPLANTAT RENAL
Neus Sala, Fredzzia Graterol, Laura Cañas, M. Lluïsa Pedro-Botet,
Vesna Abujder, Ricardo Lauzurica
Servei de Nefrologia. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona
52. NEFRITIS TUBULOINTERSTICIAL CON DEPÓSITOS
INMUNES TUBULARES A PROPÓSITO DE UN CASO
Ioana Bancu, Maru Navarro, Carolina Vázquez, Dolores López, Josep Bonet
Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona

12.00 a 12.30 h **Presentació de dades del Registre de Malalts Renals de Catalunya**
Teresa Doñate. Fundació Puigvert (Barcelona)

12.30 a 14.15 h **Taula rodona IV**
Actualitzacions en el tractament de l'MRC i de l'HTA

Moderadors:

Ramon Romero. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol (Badalona)
Francesca Calero. Fundació Puigvert (Barcelona)

- On som en el diagnòstic precoç i seguiment de l'MRC en atenció primària?
Maria Antònia Llauger. SAP Muntanya-Dreta Àmbit d'Atenció Primària. ICS. Barcelona
- Novetats en hipertensió arterial
Patricia Fernández-Llama. Fundació Puigvert (Barcelona)
- Àcid úric i progressió de la malaltia renal
José Luño. Hospital General Universitario Gregorio Marañón (Madrid)

14.15 a 14.30 h **Cloenda de la Reunió**

Joan Manuel Díaz. President de la Societat Catalana de Nefrologia
José Ballarín. President del Comitè Organitzador

INFORMACIÓ GENERAL



Informació general

Seu I Trobada de Residents: Sala d'actes
Fundació Puigvert
C/ Cartagena, 340-350
08025 Barcelona

Seu de la Reunió Anual: Casa Convalescència
Sant Antoni M^a Claret, 171
08041 Barcelona

Secretaria tècnica:



C/ Bonaire, 7 08301 Mataró (Barcelona)
Tel. 93 755 23 82 / Fax 93 755 23 83
nefrologia@actoserveis.com
www.socane.cat a l'apartat de Reunió Anual

Secretaria científica:



Fundació Puigvert
Servei de Nefrologia
C/ Cartagena, 340-350
08025 Barcelona
Tel. 93 416 97 32 Fax 93 416 97 30
dguart@fundacio-puigvert.es

Inscripcions en línia:

Les inscripcions s'hauran de fer a través del formulari en línia a la pàgina web:
www.socane.cat a l'apartat de Reunió Anual

Quotes d'inscripció:

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

IVA 21% inclòs

La inscripció inclou:

- Accés a totes les sessions de la reunió i a la I Trobada de Residents
- Cafès de matí i tarda
- Accés a l'exposició comercial
- Certificat d'assistència
- Dinar de treball del 6 de juny
- Sopar de reunió del 6 de juny

Observacions:

La quota de residents inclou la quota de soci de la Societat Catalana de Nefrologia per a l'any 2013

Política de cancel·lació d'inscripcions:

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

- Abans del 21 de febrer de 2013, es retornarà el 75% de l'import total, un cop hagi finalitzat la reunió.
- Abans del 6 d'abril de 2013, es retornarà el 50% de l'import total, un cop hagi finalitzat la reunió.
- Amb posterioritat al 6 d'abril de 2013, 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.



I TROBADA DE RESIDENTS
DE NEFROLOGIA DE CATALUNYA

CASOS CLÍNICS



1. EVALUACIÓN DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN ADULTO JOVEN: UNA ASIGNATURA PENDIENTE

Yaima Barreiro, Nàdia Martín, Andrea Sologastoia, Carolina Molina, Cristina Noboa, Cristian Córdoba, Jordi Calabia, Pere Torquet, Isabel Garcia, Martí Vallès
Hospital Universitari de Girona Doctor Josep Trueta

INTRODUCCIÓN: Describimos el caso de un adulto joven diagnosticado de hipertensión secundaria (paraganglioma cervical) tras una toma de TA ambulatoria incidental. Caso clínico: Varón de 29 años, con cifras tensionales elevadas (200/100mmHg) al control tensional clínica ambulatoria confirmado por monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA) con TA media 24h 150/89mmHg, patrón non dipper, derivado para estudio de HTA secundaria. Asintomático, sin edemas, pulsos periféricos simétricos sin soplos cardíacos ni abdominales. Analíticamente función renal normal con sedimento urinario sin hematuria ni proteinuria, ecografía abdominal sin asimetría renal. Estudio hormonal con elevación de catecolaminas y metanefrinas en orina de 24h (noradrenalina 2360mcg/24h y dopamina 3344mcg/24h). TC abdominal sin nódulos suprarrenales, rastreo corporal total MIBG -1123 negativo. Al TC torácico masa supra-infraclavicular sugestiva de paraganglioma sobre tronco braquiocefálico derecho con extensión metastásica cervical confirmada al estudio gammagráfico con Octrescan. Se inició bloqueo alfa adrenérgico (Dozaxosina 4mg/12h) seguido de bloqueo beta (Propranolol 40mg/día) con controles tensionales 135/80mmHg y exeresis tumoral. El diagnóstico anatómico-patológico fue paraganglioma maligno extra-adrenal cervico-torácico con infiltración del tejido adiposo peritumoral y vascular, metástasis ganglionar linfática e hiperexpresión de Somatostatina SST 2-5. Presencia de mutación del gen SDHB heterocigótico. Discusión: En el Feocromocitoma/Paraganglioma la HTA resultante puede ser mantenida en un 50% y paroxística en 1/3, normotensos en el resto. El fenotipo de secreción en los paragangliomas es predominantemente noradrenalina/adrenalina (NA/A). Los paragangliomas secretores de dopamina (DA), presentan una clínica inespecífica. El cribado con MIGB (Metaiodobenzylguanidine) es menos sensible siendo el Octeotride y F-labelled deoxyglucose positron emission tomography (18FDG-PET) una buena alternativa. El bloqueo alfa adrenérgico preoperatorio no es recomendable por asociación con colapso cardiovascular. Presentan mal pronóstico por su alto grado metastático.

CONCLUSIÓN: El estudio de secundarismo en adultos jóvenes es recomendable una vez confirmada la HTA mediante MAPA, aunque los pacientes no presenten síntomas característicos de HTA secundaria.

2. UN CASO DE SÍNDROME NEFRÓTICO POR NEFROPATÍA IgA ASOCIADO A LINFOMA T CUTÁNEO TIPO SÍNDROME DE SÉZARY

Andrea Chacón, Mercè Borràs, M. Paz Marco, Marta Gracia, Lourdes Craver,
Tomás García, Josep Manel Casanova, M. José Panadés, Elvira Fernández
Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Lleida

Hombre de 79 años en seguimiento desde hace 18 meses por eritrodermia generalizada que no responde a fototerapia y adenopatías diseminadas. La biopsia cutánea muestra linfocitos T CD8 intraepidérmicos y reordenamiento clonal del receptor T compatible con micosis fungoide. El estudio molecular de médula ósea confirma componente clonal de células T, diagnosticándose de Síndrome de Sézary. Ingresa para completar estudio de extensión, objetivándose fracaso renal agudo: Creatinina 4.41 mg/dl, (función renal previa normal), síndrome nefrótico: edemas generalizados, albumina 2.9 mgr/dl y proteinuria de 10gr/24h e HTA. Biopsia renal: esclerosis glomerular con inmunohistoquímica IgA y C3 positiva mesangial e infiltrado intersticial de predominio linfoide T no clonal según estudio molecular, descartando infiltración renal de linfoma T cutáneo. Se inicia tratamiento con corticoides y diuréticos con mejoría parcial de la función renal: Creatinina 2.37mg/dl. Actualmente en tratamiento quimioterápico con Clorambucilo. La asociación entre Síndrome de Sézary y nefropatía IgA, ya ha sido descrita en la literatura, aunque su patógenesis no es clara. Varios estudios han sugerido un predominio de citoquinas Th2. Por otra parte, se conoce que la alteración de la regulación de la respuesta inmune tiene un papel importante en la patogénesis de la nefropatía IgA. Estudios en animales sugieren que la exposición de las mucosas a antígenos externos puede inducir una respuesta sistémica excesiva de IgA con depósito mesangial de IgA y enfermedad glomerular mediada por citoquinas y linfocitos T helper (Th2). Además, se ha propuesto que las citoquinas Th2 conducen a la galactosilación aberrante de IgA en células murinas induciendo cambios en la función de células mesangiales, reduciendo el filtrado glomerular y evolucionando a insuficiencia renal. En nuestro caso se descarta la infiltración renal por linfoma. La presencia de nefropatía IgA con síndrome nefrótico de instauración aguda sugiere una alteración de la respuesta inmune mediada por el Síndrome de Sézary.

3. RECHAZO HUMORAL AGUDO TRAS CONVERSIÓN A m-TOR

Israel D. Rivas Salazar, Oriol Bestard, Edoardo Melilli, Xavier Fulladosa Oliveras,
Omar Taco, Josep M. Grinyó, J. M. Cruzado Garrit
Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat

El tratamiento inmunosupresor con Inhibidores de mTOR es una alternativa en el trasplante renal, se utiliza a menudo como conversión ante situaciones de toxicidad por inhibidores de la calcineurina. Se ha descrito un aumento de la incidencia de rechazo agudo como consecuencia de dicha conversión. Caso Clínico: Varón de 45 años, obeso. Insuficiencia renal crónica no filiada. Realizó HD durante 18 meses. Trasplantado renal hace un año. Presentaba 3 mismatches. Estudio inmunológico por Luminex negativo. Recibió inducción con Basiliximab y tratamiento de mantenimiento con Tacrolimus, micofenolato y esteroides. A los tres meses se realiza conversión abrupta a everolimus en contexto de distrofia simpaticorefleja. Inicia 1mg bid con niveles de 3 y 2.6 ug/L a la semana y 3 semanas, respectivamente. Mantiene Creatinina: 90umol/L; FG: 60 mL/min, sin proteinuria (Ratio Pr/Cr: 13gr/mol). Se aumenta dosis de everolimus 1.25mg bid hasta 1.5mg bid mostrando niveles de 4ug/L. Ingresa en nuestro servicio 8 meses después de la conversión en contexto de retención hidrosalina, sedimento de orina con leucocitaria y mínima hematuria, síndrome nefrótico (Proteinuria 5 gr/L) y deterioro de la función renal (Creatinina: 170umol/L). Se cursan anticuerpo donante específico que son positivos para HLA clase II (DRB1*12:01 con MFI 2435). La biopsia renal es compatible histológicamente con rechazo humoral agudo con presencia de capilaritis en capilares peritubulares (PTC) y glomerulitis. Inmunofluorescencia con C4d difuso en PTC. Se realizó tratamiento con plasmaféresis (5 sesiones) e inmunoglobulinas (2gr/Kg) y conversión a tacrólimus. La respuesta inicial fue favorable con reducción significativa de la proteinuria. La conversión a mTOR se ha asociado a desarrollo de DSA y rechazo agudo mediado por anticuerpos. En los pacientes tributarios de conversión a mTOR se debe realizar un análisis inmunológico cuidadoso antes de la conversión y un seguimiento estrecho para evitar niveles de subexposición al fármaco.

4. GLOMERULONEFRITIS SEGMENTARIA NECROTIZANTE CON REACCIÓN EPITELIAL EN UN PACIENTE VIH CON LEISHMANIOSIS VISCERAL

Ángela García Bello, Domingo Orlando Martins, Montserrat Vallvé,
Antoni Raventós, Martínez Veá Alberto.

Servei de Nefrologia. Hospital Universitari Joan XXIII. Tarragona

La afectación renal en la leishmaniasis puede manifestarse por proteinuria, hematuria, anomalías de la función tubular e insuficiencia renal aguda o crónica. La lesión histológica renal es muy heterogénea habiéndose descrito casos de nefritis intersticial, GN proliferativas, GN necrotizantes y amiloidosis AA.

Presentamos el caso de un varón de 37 años de edad, fumador, ex ADVP, con antecedentes de TVP femoral (portador heterocigoto de factor V de Leiden). Infección por VIH estadio C3 desde 2008; en tratamiento con HAART (Kaletra, Truvada) y quimio-profilaxis (Trimetropin-Sulfametaxol y Valcyte). Serologías de VHB y VHC negativas.

Consulta por aparición de lesiones purpúricas en miembros inferiores, vómitos, deposiciones líquidas y fiebre. Al examen físico destacaba hepato-esplenomegalia. Se recoge coprocultivo negativo; analítica sanguínea constata conteo de linfocitos T CD4: 30 mm³, carga viral indetectable y hemograma con bicitopenia, por lo que se solicita aspirado de médula ósea con PCR para leishmania *Donovani* positiva. Inicia tratamiento con Anfotericina B liposomal (4 mg/kg/día durante 10 días) y se asocia pentamidina mensual.

Se realiza biopsia de lesiones purpúricas con hallazgos de vasculitis leucocitoclastica. Desde su ingreso se detecta creatinina de 1.7 mg/dl, urea: 60 mg/dl ; proteinuria 1.23 g/24 horas y hematuria microscopica sin cilindros. El complemento, inmunofijación, inmunoglobulinas, ANCAS, ANAS, Anti-DNA y crioglobulinas fueron negativos; la ecografía abdominal reportaba hepato-esplenomegalia y riñones de tamaño normal. Ante la sospecha de Fracaso renal agudo secundario a fármacos, se modificó la pauta habitual de TARGA y ajustó dosis de quimioprofilaxis.

A pesar de estas medidas, el paciente persiste con deterioro progresivo de la función renal presentando pico de creatinina de 6.2 mg/dl, conservando diuresis. Se decide iniciar hemodiálisis con un total de 3 sesiones; se practica biopsia renal al 15º día del ingreso, la cual mostró una GN segmentaria necrotizante con 50% de semilunas, en la IF se apreciarán depositos mesangiales de IgA, IgM, C3 y C1q. Ante estos hallazgos se inician bolus de metilprednisolona 1 g al día por 3 días y posteriormente prednisona 1 mg/kg/día. Presentando evolución favorable; creatinina de 1.5 mg/dl al 3º mes y ausencia de pancitopenia.

5. CRIOGLOBULINEMIA MIXTA SECUNDARIA A INFECCIÓN POR VHC EN CONTEXTO DE SÍNDROME DE PRES. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Ana Patricia González, Fredzzia Graterol, Maru Navarro, Dolores López, Josep Bonet
Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona

Paciente de 64 años con antecedentes de hepatopatía crónica VHC Child A, tratada con Ribavirina/IFN-pegilado, anemia y pancitopenia secundaria a VHC. Derivada por emergencia hipertensiva (TAC craneal compatible con leucoencefalopatía de pequeño vaso). Ingresa a cargo de neurología presentando pancitopenia, deterioro de la función renal (creat 1,9 mg/dL), anemia normocítica normocrómica y microhematuria con 80-90% de hematíes dismórficos, proteinuria de 1.1 g/24h y proteinograma con hipogamma/hipoalbuminemia. Se realiza RMN craneal que informa de lesión frontal izquierda compatible con PRES. Bajo tratamiento antihipertensivo presenta mejoría del cuadro neurológico, siendo derivada al servicio de nefrología para completar estudio. Presenta lesiones cutáneas compatibles con vasculitis leucocitoclástica y en estudio de autoinmunidad FR y crioglobulinas Ig M e Ig G elevadas, además de descenso del complemento. Se realiza biopsia renal que muestra depósitos subendoteliales en la pared capilar y mensajío para IgG, IgM, C3, kappa, lambda. Ante el diagnóstico de crioglobulinemia mixta se inicia tratamiento corticoideo seguido de rituximab. El síndrome de PRES es una encefalopatía reversible, que puede asociarse al uso de terapia inmunosupresora y a hipertensión arterial. Dentro del tratamiento del VHC, el INF tiene un potencial efecto para exacerbar la enfermedad autoinmune, por lo que se debe sospechar ante la presencia de clínica sistémica. La crioglobulinemia es una vasculitis de pequeño vaso que afecta piel, articulaciones, sistema nervioso y vasculatura renal. Existe una evidente asociación entre la infección por VHC y la crioglobulinemia mixta. Las manifestaciones neurológicas pueden ser múltiples y la afectación renal se presenta en forma de proteinuria con microhematuria e insuficiencia renal. Se presenta con altos niveles de crioglobulinemia, hipocomplementemia y aumento de la actividad del FR. La importancia del diagnóstico precoz se basa en que es una enfermedad potencialmente tratable y reversible. El tratamiento de elección con IFN pegilado/ribavirina y rituximab están asociado con un buen pronóstico de la enfermedad.

6. INTOXICACIÓN GRAVE POR TALIO: MANEJO COMPARATIVO CON HEMODIÁLISIS CONVENCIONAL LARGA Y HEMODIÁLISIS DE ALTO FLUJO

Alejandra Prada, Silvia Collado, Mónica Marín, Francesc Barbosa, Higiní Cao,
Clara Barrios, Julio Pascual
Servei de Nefrologia. Hospital del Mar. Barcelona

OBJETIVOS: Describir el manejo de la intoxicación por Talio en una paciente pediátrica, la forma de presentación, el diagnóstico diferencial y la eficacia comparada entre la hemodiálisis (HD) convencional larga con la hemodiálisis de alto flujo (HF-HD).

CASO CLÍNICO: Una niña de 13 años acudió a urgencias presentando síndrome sensitivo motor asociado a deterioro del nivel de conciencia que precisó ingreso en UCI. Con el diagnóstico de intoxicación severa por Talio se llevó a cabo una sistemática de depuración extracorpórea. Se realizaron sesiones de HD convencional, recogiendo datos clínicos y de laboratorio, niveles sanguíneos de Talio medidos en la línea arterial y venosa al inicio y final de la diálisis junto con los niveles de Talio en orina de 24 horas y efluente. Posteriormente, se realizaron sesiones de HF-HD y se compararon los resultados de los niveles de Talio en sangre y orina entre ambas técnicas.

RESULTADOS: El aclaramiento de Talio fue mayor con HD convencional que con HF-HD (3.1 mcg/L vs 0.2 mcg/L). La depuración final fue más eficiente con HD convencional (porcentaje de reducción del 57.2% vs 30.1%). La constante de eliminación fue 2.8 veces mayor con HD convencional que con HF-HD (0.173 h⁻¹ vs 0.060 h⁻¹). El aclaramiento de Talio fue 109 mL/min con la HD convencional y 80 mL/min con la HF-HD. La vida media de eliminación fue el doble con la HF-HD comparado con la HD convencional (11.5 vs 4.9 h). No hubo diferencias en la excreción urinaria del Talio.

CONCLUSIONES: En la intoxicación severa con Talio sin insuficiencia renal, cuando el flujo urinario es constante, la HD convencional diaria es un tratamiento efectivo. La HF-HD no mostró más eficacia en la eliminación extracorpórea del Talio que la diálisis convencional.



COMUNICACIONES ORALS







COMUNICACIONS ORALS

Dijous 06/06/2013
09.00 - 10.30 h

DIÀLISI

Moderadors:

Rosa M. García Osuna. *Hospital de Palamós (Girona)*

Elisabet Coll. *Fundació Puigvert (Barcelona)*



1. ÉS LA FETUÏNA A UN BIOMARCADOR DE LA FUNCIO DE L'ACCÉS VASCULAR EN PACIENTS EN HEMODIÀLISI CRÒNICA?

R. Roca-Tey¹, M. Ramírez de Arellano², J. C. González-Oliva^{1,2}, R. Samon¹, O. Ibrik¹,
A. Roda¹, J. Viladoms¹

Serveis de Nefrologia. Hospitals de ¹Mollet i ²Terrassa

INTRODUCCIÓ. La funció de l'accés vascular (AV) està alterada (flux sanguini o QA disminuït) en pacients (pts) amb calcificacions de l'artèria nutricia. D'altra banda, la fetuïna-A és una inhibidora de la calcificació vascular i, d'acord amb Chen (Am J Kidney Dis 2010; 56:720), seria predictiva de supervivència de l'AV.

OBJECTIU. Investigar la relació entre valors basals de fetuïna-A en sèrum i:

- 1) valors basals de QA.
- 2) disfunció de l'AV (trombosi o intervenció electiva per estenosi).

MÈTODE. Gener-2011: es mesuren nivells basals de fetuïna-A sèrica i de QA en 64 pts prevalents en hemodiàlisi crònica (HD) mitjançant fístula (85,9 %) o empelt (14,1%).

RESULTATS. Pts amb QA basal <700 ml/min: nivells basals inferiors de fetuïna-A versus resta de pts ($p < 0,001$). Segons nivells de fetuïna-A: pts classificats en Grup I (0,25-0,75 g/L:n = 36) o Grup II (0,76-2,20 g/L:n = 28). Pts del Grup I: menor QA basal ($1.060,1 \pm 685,1$ ml/min) versus Grup II ($1.279,9 \pm 465,6$ ml/min) ($p = 0,022$). Fetuïna-A i QA basals: es van correlacionar positivament (coeficient Spearman = 0,311, $p = 0,012$). Seguiment (20 mesos): 14 pts amb disfunció de l'AV i menors valors basals de fetuïna-A ($0,59 \pm 0,32$ g/L) i QA ($739,4 \pm 438,8$ ml/min) versus resta de pts ($p = 0,027$ i $p < 0,001$, respectivament). Supervivència primària AV: tendeix a ser inferior en pts del Grup I versus Grup II ($p = 0,070$).

CONCLUSIONS.

- 1) El perfil funcional de l'AV es relaciona amb els nivells basals de fetuïna-A en sèrum.
- 2) Nivells basals baixos de fetuïna-A sèrics s'associen amb disfunció de l'AV.

2. TWEAK, INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA Y NEOPLASIAS

Susana Aguerrevere, Maricruz Pastor, Marisa Granada, Fernando Moreno,
Marta Aldea, Loreto Fernández, Jordi Bonal, Josep Bonet, Ramon Romero
Servei de Nefrologia. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona

Existe un riesgo incrementado de neoplasias en los pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) en contexto de la uremia, la inmunosupresión y alteración de la estructura renal, entre otros factores. Se han descrito niveles disminuidos de TWEAK (tumor necrosis factor-like weak inducer of apoptosis) en la población general con cáncer. El objetivo de este estudio fue determinar la presencia de neoplasias en los pacientes en diálisis y su relación con el TWEAK.

MATERIAL Y MÉTODOS: estudio descriptivo prospectivo de 96 pacientes con IRC en hemodiálisis (HD). Se determinó la prevalencia e incidencia de neoplasias entre marzo 2008 y agosto 2012 y su relación con los niveles séricos de TWEAK y otros factores inflamatorios (PCR, IL-6, RslL2). Los datos bioquímicos fueron comparados con un grupo control.

RESULTADOS: El grupo de pacientes en hemodiálisis presentaba cifras más bajas de TWEAK con respecto al grupo control. Del total de 96 pacientes en hemodiálisis, un 20.5% había presentado al menos una neoplasia y 2,5% desarrollaron una nueva neoplasia en los 4 años siguientes. Los pacientes en hemodiálisis con antecedentes de neoplasias o neoplasias activas presentaban niveles de TWEAK disminuidos con respecto a los pacientes en hemodiálisis sin neoplasias. El análisis de regresión logística pone de manifiesto un riesgo incrementado de neoplasias en los pacientes en diálisis con niveles séricos de TWEAK disminuidos. En cuanto a los parámetros inflamatorios solo se objetivó una correlación inversa con el IL-6 (p 0,001, $R = -0,402$) sin encontrarse ninguna correlación con el resto de parámetros.

CONCLUSIONES: los pacientes en hemodiálisis presentan cifras más bajas de TWEAK con respecto a la población general y una elevada predisposición a presentar neoplasias. Dado que los pacientes con neoplasias presentan cifras muy bajas de TWEAK podría especularse que el déficit de esta molécula podría estar en relación al riesgo incrementado de neoplasias en los pacientes en diálisis.

3. ENZIM CONVERSOR DE L'ANGIOTENSINA 2 CIRCULANT EN PACIENTS AMB MALALTIA RENAL CRÒNICA SENSE ANTECEDENTS DE PATOLOGIA CARDIOVASCULAR

Lidia Anguiano, Marta Riera, Julio Pascual, Clara Barrios, Àngels Betriu,
José M. Valdivielso, Elvira Fernández, María José Soler
Departament de Nefrologia. Hospital del Mar-IMIM. Barcelona

INTRODUCCIÓ: L'activitat circulant de l'enzim conversor de l'angiotensina(ECA)2 està incrementada en pacients amb malaltia cardiovascular(MCV). L'ECA2 no s'ha estudiat en pacients amb malaltia renal crònica(MRC) sense antecedents de MCV.

MÈTODES: Anàlisi de l'ECA2 en 834 pacients del NEFRONA sense antecedents de MCV. Grups d' estudi: MRC estadi 3-5 sense diàlisi (MRC3-5)(n=288) i pacients en diàlisi (MRC5D)(n=546). Variables analitzades: sexe, edat, diabetis, dislipèmia, hipertensió, perfil glicèmic, renal, nutricional, lipídic i anèmic, metabolisme fòsfor-calcí i tractament amb inhibidors d'ECA o bloquejadors del receptor d'angiotensina II (ARBs). L'activitat circulant de l'ECA2 es mesurà mitjançant un assaig fluoromètric.

RESULTATS: Els MRC5D mostraven uns nivells d'activitat ECA2 majors en comparació amb MRC3-5(38,46±1,62RFU/µl/hora vs 28,22±1,13,p<0,05). Es van observar diferències similars al eliminar els pacients tractats amb inhibidors del ECA. En MRC3-5 s'observà un increment de l'ECA2 en homes respecte dones (31,86±1,58 vs 22,82±1,41, p<0,05), diabètics (33,49±2,41 vs 26,32±1,25,p<0,05) i dislipèmics (28,90±1,32 vs 26,31±2,19,p<0,05). En MRC5D, l'ECA2 estava augmentat en homes (45,55±2,46 vs 27,71±1,37,p<0,05) i dislipèmics (42,58±2,84 vs 33,93±1,30,p<0,05). Correlació directa entre l'edat i l'ECA2 (p<0,05) en ambdós grups d'estudi. En MRC3-5 s'observà una correlació directa entre l'HbA1c i l'ECA2(p<0,05).

L'anàlisi de regressió múltiple mostrà que el sexe masculí, l'edat avançada i la diabetis són predictors independents de l'activitat circulant del ECA2 en MRC3-5 (r=0,400;p<0,001). En MRC5D els predictors independents van ser l'edat avançada, sexe masculí i tractament amb ARBs(r=0,361;p<0,001). Al incloure tots els pacients en el model el sexe masculí, l'edat avançada, els tractaments amb ARBs i la MRC5D eren predictors d'una activitat d'ECA2 elevada (r=0,387;p<0,001).

CONCLUSIONS: En la MRC sense antecedents de MCV, l'edat avançada i el sexe masculí són predictors independents de l'activitat circulant d'ECA2. Altres predictors independents són la diabetis en MRC3-5 i el tractament amb ARBs en MRC5D. Un increment d'ECA2 circulant en MRC podria indicar aquells pacients en risc de desenvolupar una MCV.

4. EXPERIENCIA DE 30 AÑOS EN UNA UNIDAD DE DIÁLISIS PERITONEAL: SUPERVIVENCIA A LARGO PLAZO

Erika de Sousa, M. Auxiliadora Bajo, Gloria del Peso, Olga Celadilla, M. José Castro,
Isabel Muñoz, Victoria Martínez, Rafael Selgas
Servicio de Nefrología. Hospital Universitario La Paz. IdiPAZ. Madrid

INTRODUCCIÓN: La diálisis peritoneal (DP) es una técnica establecida de tratamiento renal sustitutivo que gracias a los avances tecnológicos y clínicos ha mejorado sus tasas de supervivencia en los últimos años.

OBJETIVOS: Evaluar la supervivencia del paciente y la técnica en DP a lo largo de 30 años y según las décadas para consolidar su utilidad sanitaria.

MÉTODOS: Estudio retrospectivo de cohorte de todos los pacientes del programa de DP del Hospital Universitario La Paz (Madrid) desde 1980 a 2010. Variables demográficas y clínicas fueron recolectadas de los registros clínicos.

RESULTADOS: Se incluyeron 667 pacientes, 54,4% varones, con edad media de 51,47 años y una mediana de seguimiento de 23,1 meses. Se observó un aumento progresivo de pacientes incidentes, especialmente en DP automática (DPA). La supervivencia del paciente a 5 años fue de 54%, con una mediana de 64,66 meses y aumento significativamente en la última década ($p < 0.000$). La edad, la comorbilidad, el sexo masculino, la DP crónica ambulatoria (DPCA) y la diabetes fueron predictores de la supervivencia del paciente. La supervivencia de la técnica a los 5 años fue de 64,2% y la mediana de 82 meses. El éxito de la técnica fue mayor en jóvenes, en DPA y con menor comorbilidad.

CONCLUSIONES: Durante 30 años se observó un aumento de los pacientes incidentes, con mejoría de la supervivencia del paciente en la última década. La edad, comorbilidad y la diabetes siguen siendo los principales determinantes de la supervivencia.

5. VALORACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL DURANTE SU INGRESO HOSPITALARIO

Ali Berrada, Silvia Collado, Carlota Hidalgo, Núria Pujolar, Ernestina Junyent,
Anna Bach, Glòria García, M. Teresa Baz, Julio Pascual
Servei de Nefrologia. Hospital del Mar. Barcelona

INTRODUCCIÓN: La desnutrición e inflamación crónica son frecuentes y factores independientes de morbilidad en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC). En estos pacientes el riesgo de infección está aumentado. Nuestro objetivo fue evaluar el estado nutricional en pacientes con ERC, con o sin tratamiento sustitutivo renal y valorar su evolución durante su ingreso en un Servicio de Nefrología, mientras recibían una dieta optimizada para sus necesidades clínicas.

MÉTODOS: Estudio prospectivo observacional en el que se analizaron parámetros nutricionales analíticos y antropométricos mediante determinaciones analíticas, bioimpedancia, escalas de valoración internacionales (Subjective Global Assessment [SGA], Simplified Nutritional Appetite Questionnaire), al ingreso y al alta en pacientes con ERC durante un periodo de 6 meses.

RESULTADOS: Se incluyeron 92 pacientes, con una media de edad de 61.4 ± 20.5 años, 56% hombres, con un IMC de $28.6 \pm 7.3 \text{ Kg/m}^2$ y una estancia hospitalaria media de 11.8 ± 7.8 días. El 60.4% de los pacientes tenían niveles de albúmina $< 3.5 \text{ mg/dl}$ al ingreso (media $3.35 \pm 0.49 \text{ mg/dl}$) y el 57.6% al alta (media $3.33 \pm 0.51 \text{ mg/dl}$). Sin embargo, la escala SGA solo detectó un 33.7% de malnutrición al ingreso. Los pacientes diabéticos tenían niveles más bajos de albúmina ($p=0.044$), mayor edad ($p=0.021$), mayor peso ($p=0.033$) y estancia hospitalaria más prolongada ($p=0.014$). Los pacientes en HD presentaban reducción significativa de la masa grasa ($p=0.043$) y aumento del agua corporal al alta ($p=0.032$), presentando mayor estancia hospitalaria el subgrupo de malnutrición ($p=0.001$). Los pacientes con albúmina $< 3.5 \text{ mg/dl}$ al ingreso presentan más agua corporal total ($p=0.023$), con disminución de la masa grasa ($p<0.001$) y aumento de la masa magra al alta ($p=0.022$).

CONCLUSIONES: La prevalencia de malnutrición es muy elevada en nuestra población y alarga la estancia hospitalaria. Las escalas internacionales podrían infraestimar la desnutrición en estos pacientes, lo que sugiere que la realización de bioimpedancia es más útil para una adecuada valoración.

6. EJERCICIO FÍSICO, PARÁMETROS NUTRICIONALES, COMPOSICIÓN CORPORAL Y HORMONAS ANABÓLICAS EN PACIENTES EN HEMODIÁLISIS

V. Esteve, V. Duarte, M. Fulquet, M. Pou, A. Saurina, J. Macías, F. Moreno, J. Carneiro, M. Ramírez de Arellano
Servei de Nefrologia. Hospital de Terrassa. Consorci Sanitari de Terrassa

INTRODUCCIÓN: Los pacientes en hemodiálisis (HD) se caracterizan por una elevada pérdida muscular, disminución de la condición física y deteriorada calidad de vida. Escasos estudios acerca del ejercicio físico en HD en relación con la composición corporal y el sistema hormonal anabólico han sido publicados hasta la fecha.

OBJETIVOS: Analizar el efecto de un programa de ejercicio físico intradiálisis sobre la fuerza muscular, parámetros nutricionales, composición corporal y sistema hormonal anabólico en nuestros pacientes en HD.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio prospectivo unicéntrico (12 semanas) con dos grupos comparativos. El grupo ejercicio (ET) incluía un programa completo de ejercicio físico usando pelotas, pesas, bandas elásticas, electroestimulación y cicloergómetros en las primeras dos horas de HD. Grupo control (C) recibía el cuidado habitual. Analizamos:

- 1.- Parámetros nutricionales (Albúmina, prealbúmina, triglicéridos, colesterol total y fracciones, ferritina y Proteína C Reactiva).
- 2.- Fuerza extensión máxima cuádriceps (FEMQ) y hand-grip (HG).
- 3.- Tests Capacidad funcional: "Sit to stand to sit" (STS10) y "six-minutes walking test" (6MWT).
- 4.- Composición corporal mediante biopédancia eléctrica (BIA).
- 5.- Hormonas: Somatomedina C (IGF-I), Insulin-Growth Factor Binding-Protein 3(IGFBP-3) y ratio IGF-I/IGFBP-3.

RESULTADOS: 34 pacientes incluidos: 53% hombres. Edad media 72.2 años y 60.5 meses en HD. 20 ET y 14 C. En contraste con grupo C, ET presentó una mejora significativa (* $p < 0,05$) en FEMQ*(15.2 ± 9.9 vs 18.3 ± 11.6 kg), HG*(24.6 ± 14.3 vs 26.1 ± 14.2 kg), STS10*(23.8 ± 2.5 vs 20.1 ± 8.1 seg), 6MWT*(15%, 370 vs 435m), %grasa corporal*(26.4 ± 15.1 vs 25.3 ± 15.5) y %músculo esquelético*(31.7 ± 8.5 vs 32.9 ± 8.2) al final del estudio. Asimismo, ET presentó una disminución de IGF-I (155 ± 20.7 vs 150 ± 19.4 ng/ml) e incremento IGF-I/IGFBP-3 (38.7 ± 18.9 vs 41.8 ± 4.9), mientras que grupo C, aumento IGF-I(125.9 ± 15.8 vs 132.7 ± 14.2 ng/ml) y disminuyó IGF-I/IGFBP-3 (34.1 ± 14.5 vs 28.8 ± 6.8), si bien no se alcanzó significación estadística. No observamos cambios en los parámetros nutricionales ni en IGFBP-3 en ambos grupos.

CONCLUSIONES:

- 1.- A pesar de que la realización de ejercicio físico intradiálisis mejoró la fuerza muscular, los test funcionales y la composición corporal en los pacientes en HD de nuestro estudio, no observamos cambios significativos en el sistema hormonal.
- 2.- No obstante, la respuesta observada en el sistema hormonal reflejaría, tal y como se describe en la literatura, una adaptación anabólica neuromuscular favorable en éstos pacientes.

7. BENEFICIOS DE UN PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO FÍSICO EN LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA Y CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES EN HEMODIÁLISIS

V. Esteve, F. Moreno, J. Macías, M. Fulquet, M. Pou, V. Duarte, A. Saurina, J. Carneiro, M. Ramírez de Arellano
Servei de Nefrologia. Hospital de Terrassa. Consorci Sanitari de Terrassa

INTRODUCCIÓN: Los síntomas depresivos son frecuentes en los pacientes en hemodiálisis (HD). Dada la deteriorada calidad de vida de éstos pacientes, la prevención y tratamiento de estos síntomas son de gran importancia. Diversos estudios muestran efectos beneficiosos del ejercicio físico en los síntomas depresivos y la calidad de vida.

OBJETIVOS: Analizar el efecto de un programa de ejercicio físico intradiálisis sobre la sintomatología depresiva y calidad de vida en nuestros pacientes en HD.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio prospectivo unicéntrico (12 semanas) con dos grupos comparativos. El grupo ejercicio (ET) incluía un programa de ejercicio físico usando pelotas medicinales, pesas, bandas elásticas y cicloergómetros en las primeras dos horas de HD. Grupo control (C) recibía el cuidado habitual en HD.

Datos analizados:

- 1.-Parámetros bioquímicos.
- 2.-Fuerza extensión máxima quadriceps (FEMQ) y hand-grip (HG).
- 3.-Tests Capacidad funcional: "Sit to stand to sit" (STS10) y "six-minutes walking test" (6MWT).
- 4.-Sintomatología depresiva: Inventario Beck (BDI).
- 5.-Calidad de Vida: EuroQol-5D (EQ-5D).

RESULTADOS: 23 pacientes HD incluidos: 56% hombres. Edad media 71.2 años y 57.6 meses en HD. 9 fueron asignados a ET y 14 a C. No existían diferencias basales significativas entre grupos. Al final del estudio, el grupo ET presentó globalmente una mejoría significativa (* $p < 0,05$) de las pruebas realizadas: FEMQ*(17.2 ± 11.9 vs 21.1 ± 12.5 kg), HG*(25.6 ± 13.1 vs 27.3 ± 12.6 kg), STS10*(23 ± 6.7 vs 20.3 ± 5.9 sec), 6MWT*($5\%, 418.6$ vs 439 m), BDI*(11.7 ± 8.1 vs 8.4 ± 5.9) y EQ-5D*(58.7 ± 13.6 vs 63.7 ± 17.7). En el grupo C se observó un deterioro significativo para fuerza muscular (HG* 21.2 ± 10.1 vs 19.7 ± 11.1 kg). Los test funcionales, BDI y EQ-5D, también empeoraron en grupo C, aunque no alcanzó significación estadística. No existieron cambios relevantes en la medicación antidepressiva ni en las características de HD a lo largo del estudio.

CONCLUSIONES:

- 1.- La sintomatología depresiva mejoró tras la realización de programa de ejercicio físico completo intradiálisis en los pacientes en HD de nuestro estudio.
- 2.- Éstos resultados refuerzan los beneficios psicológicos descritos del ejercicio físico en los pacientes en HD.
- 3.- Con los resultados de nuestro estudio, deberíamos considerar la realización de ejercicio físico intradiálisis como una parte más del cuidado integral del paciente renal en HD.

8. ESTUDIO LONGITUDINAL DE DIÁLISIS PERITONEAL INCREMENTAL

Andrea Chacón, Mercè Borràs, Ana Uson, Elvira Fernández
Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Lleida

OBJETIVO: Estudio longitudinal retrospectivo de todos los pacientes que inician diálisis peritoneal en modalidad incremental (DPi) en la unidad.

MÉTODOS: Análisis datos clínicos, bioquímicos y evolución de los pacientes que inician DP con tres o menos recambios al día desde agosto 2003 hasta diciembre de 2012. Tiempo seguimiento: dos años.

RESULTADOS: 46 pacientes inician DPi (65,2 % hombres, edad 62 años, 30,4% diabéticos). Tiempo medio permanencia en DPi: 22.5 meses (6-61 meses). 11 se trasplantan en DPi (20.6 meses permanencia); 22 pasan a DP estándar (24.5 meses en DPi) causa: 9 (41%) por sobrecarga líquidos, 7 (32%) por cifras uremia, 5 (23%) clínica uremia, 1(4%) decisión paciente paso a DPA.; 2 exitus (mieloma y neumonía); 3 paso a HD (2 peritonitis 1 pared abdominal); 8 continúan en DPi. Durante los dos años en DPi descenso significativo al año y dos años de: FG (8.5 vs 6.9 vs 5.7 ml/min; $p=.0001$) diuresis (1434 vs 1229 vs 1122 ml; $p=.0001$) y Kt/V renal (1.41 vs 1.2 vs 1.1; $p=.003$). Descenso al año de Kt/V total (2.6 vs 2.4; $p=0.02$). Se mantienen estables, sin diferencias significativas: los niveles de presión arterial (sin cambio en número hipotensores), de albúmina, Hb (con disminución dosis NESP ugr/kg/sem 0.43 vs 0.16 vs 0.16 $p=.001$), Ca, P, PTHi, PCR. TEP: descenso D/P creat al año (0.74 vs 0.68 $p=0.02$), sin cambios en volumen de ultrafiltración.

CONCLUSIONES: La DPi es una buena opción de inicio en DP. La mayoría de pacientes se mantienen clínicamente estables y con adecuados parámetros analíticos durante casi dos años. 29% de los pacientes se trasplantan mientras están en DPi. Se necesitan series más amplias para determinar que factores predicen una buena respuesta a la DPi.

9. EVALUACIÓN DE LA INCIDENCIA DE ENFERMEDAD VENOOCLUSIVA POR VAINA DE FIBRINA, DESPUÉS DEL TRATAMIENTO ENDOVASCULAR, DEL CATÉTER PERMANENTE DE HEMODIÁLISIS

Diego A. Sandoval, Miguel Hueso Val, Ángela I. Casas Parra, Inés Rama, Elena Escalante,
Joan Domínguez, Alberto Martínez-Castelao
Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat

OBJETIVO: evaluar la evolución de la calidad de la diálisis y la incidencia de enfermedad venooclusiva después de la angioplastia. El catéter permanente se utiliza en el 23% de los pacientes en hemodiálisis que dependen del Hospital de Bellvitge y su disfunción es un problema clínico frecuente, habitualmente por aparición de una vaina de fibrina.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio en pacientes portadores de catéteres permanente que ingresaron por disfunción del catéter durante el año 2012 y requirieron angioplastia a causa de la presencia de una vaina de fibrina.

RESULTADOS: De un total de 136 pacientes portadores de catéter permanente ingresaron por disfunción 25 (10 hombres y 15 mujeres) y en 13 casos (9.5%) se diagnosticó una vaina de fibrina. El resto de diagnósticos fueron: estenosis vascular (4), trombosis (4), posición anómala de los extremos (2), extrusión parcial (1) y rotura del catéter (1). En 11 casos con vaina de fibrina se realizó angioplastia y recambio del catéter y en solo 2 casos se procedió al recambio del catéter sin angioplastia. Los pacientes fueron seguidos durante 193 días (53-404 días). Ningún caso presentó enfermedad venooclusiva o pérdida del acceso. El spKTV basal aumentó de 1.05 a 1.31. En 3 casos en los que se realizó angioplastia, el nuevo catéter tuvo que retirarse (en 2 casos por infección y en 1 por estenosis de vena cava superior) a los 226 días después del procedimiento (159-353 días). También tuvo que retirarse el catéter en uno de los casos en los que no se hizo angioplastia.

CONCLUSIONES: La disfunción del catéter es un problema frecuente. La angioplastia es un procedimiento seguro sin que aumente el riesgo de enfermedad veno-oclusiva permitiendo mejorar la calidad de la hemodiálisis y conservar el acceso vascular.



COMUNICACIONS ORALS

Dijous 06/06/2013
17.15 - 18.45 h

NEFROLOGIA CLÍNICA

Moderadors:

Jordi Viladoms. *Hospital de Mollet (Mollet del Vallès)*

Montserrat Díaz. *Fundació Puigvert (Barcelona)*



1. PREVALENCIA D'ATEROMATOSI EN LA MALALTIA RENAL CRÒNICA, ESTADIS 3 A 5D. ESTUDI NEFRONA

Àngels Betriu, Montserrat Martínez-Alonso, Mercè Borràs, Vittoria Arcidiacono,
José M. Valdivielso, Elvira Fernández-Giráldez

Investigadors de l'estudi NEFRONA UDETMA. Servei de Nefrologia.

Hospital Universitari Arnau de Vilanova. IRB Lleida

INTRODUCCIÓ: Els pacients amb malaltia renal crònica (MRC) tenen elevat risc cardiovascular (CV). Desconeixem la prevalença de malaltia arterial(MA)subclínica a la MRC i si es tracta d'una malaltia accelerada independent dels factors de risc CV clàssics.

OBJECTIUS: Conèixer la prevalença de MA subclínica en diferents estadis de MRC, comparant-ho amb un grup control sense malaltia renal, en una cohort de població espanyola. Estudiar l'impacte del grau de MRC tenint en compte edat, sexe i presència de diabetis, com a factors aterogènics coneguts.

MATERIAL I MÈTODES: 937 pacients MRC estadi 3, 820 estadi 4-5, 688 estadi 5D, i 559 controls ambulatoris, de 18-75 anys, i sense antecedents de patologia cardiovascular, de l'estudi NEFRONA. S'ha realitzat ecografia de caròtides i femorals per a diagnosticar presència de placa (gruix >1.5 mm). Anàlisi estadístic: regressió logística multivariant de placa en qualsevol territori segons estadi MRC, edat, sexe i presència de diabetis.

RESULTATS: Grup MRC: 61.7% homes, edat mitjana 57.9, diabetis 25.7%; 70% plaques. Grup sense MRC: 53.3% homes, 54.6 anys, diabetis 10.7%; 51% plaques. La presència de plaques: augmenta amb l'edat i és més pronunciat en homes que en dones (interacció edat i sexe $p=0.0023$); respecte als controls, és molt superior als grups 5D ($p<0.0001$) i 4-5 ($p=0.0001$); també és superior als diabètics vs. no diabètics ($p<0.001$).

CONCLUSIONS: La càrrega ateromatosa observada és superior al grup MRC que als controls en ambdós sexes i en totes les edats, i augmenta amb la severitat de la MRC i l'edat en ambdós sexes. L'estimació del risc de MA tenint en compte edat, sexe i diabetis demostra un increment gradual en relació a la MRC sent més evident al grup 5D. Homes i diabetis tenen major presència de MA. A majors edats, les dones presenten menys placa que els homes en tots els estadis de MRC.

2. EFECTE DEL GÈNERE MASCULÍ I LA DIABETIS EN L'ACTIVITAT CIRCULANT DE L'ENZIM CONVERSOR D'ANGIOTENSINA 2 EN RATOLINS INDUÏTS AMB ESTREPTOZOTOCINA

Sergi Clotet, María José Soler, Marta Rebull, Julio Pascual, Marta Riera
Servei de Nefrologia. Hospital del Mar-IMIM. Barcelona

OBJECTIUS: El sexe masculí predisposa a la malaltia renal crònica. Hem demostrat que l'activitat circulant de l'enzim conversor de l'angiotensina (ECA)2 s'incrementa en ratolins NOD mascles i ratolins diabètics. Estudiem l'efecte del gènere i la diabetis en l'activitat sèrica d'ECA2 de ratolins induïts amb estreptozotocina (STZ).

MATERIALS I MÈTODES: S'utilitzaren ratolins c57bl/6 on es va induir la diabetes amb STZ. Es van seguir durant 19 setmanes. Grups d'estudi: mascles i femelles control (mCONT i fCONT), mascles i femelles diabètics (mDB i fDB), mascles control i diabètics gonadectomitzats (mCONT-GDX i mDB-GDX). La gonadectomia es va realitzar 10-12 dies post-inducció de diabetis. L'activitat enzimàtica d'ECA2 en sèrum es va determinar mitjançant un assaig fluorimètric.

RESULTATS: Es va observar hiperglucèmia en tots els grups STZ. La glucosa en sang (GS) mitjana va resultar significativament més alta en els mascles que en les femelles tant en els grups control com en els diabètics. La gonadectomia va disminuir significativament la hiperglucèmia dels ratolins diabètics i control. L'activitat circulant d'ECA2 va augmentar en els ratolins diabètics respecte els controls del mateix sexe. Els ratolins mascles control van mostrar una activitat circulant d'ECA2 significativament major que les femelles i la castració va suposar-ne una disminució tant en els mascles control com en els diabètics. Es va trobar una correlació directa ($r = 0,608$, $p < 0,0001$) entre GS i activitat sèrica d'ECA2.

CONCLUSIONS: El sexe masculí i la diabetis augmentaren la GS i l'activitat circulant d'ECA2 suggerint un augment dels nivells circulants d'angiotensina II. La gonadectomia en ratolins control i diabètics podria preveure l'activació del SRA. Així, l'augment de l'activitat circulant d'ECA2 observat en els mascles pot ser degut a una modulació de les hormones sexuals masculines circulants.

3. NIVELES BAJOS DE IGF-I EN LA NEFROPATÍA DE LA OBESIDAD, ¿NUEVO FACTOR DE RIESGO?

M. Navarro, I. Bancu, A. Serra, M. L. Granada, D. López, J. Bonet
Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona

INTRODUCCIÓN: La IGF-I (insulin-like growth factor-I) es una hormona implicada en el crecimiento celular; a nivel renal esta implicada en la regulación de la estructura y función, produciendo un incremento del filtrado glomerular. Niveles bajos de IGF-I son un factor predictor de morbilidad cardiovascular y éste podría ser el nexo de unión entre obesidad y enfermedad cardiovascular. No hay datos acerca de los niveles de IGF-I y la lesión renal en obesidad mórbida (OM).

OBJETIVO: estudiar la relación de las concentraciones plasmáticas de IGF-I con la presencia de lesiones glomerulares incipientes en OM con función renal normal.

MATERIAL Y MÉTODOS: 80 pacientes con obesidad mórbida con biopsia renal: 11 pacientes sin lesión renal; 17 glomerulomegalia simple; 21 hipertrofia podocitaria simple; 5 hialinosis segmentaria y focal; 10 glomerulomegalia con hipertrofia podocitaria y 16 otra patología glomerular. A todos los pacientes se les determinó, entre otros parámetros bioquímicos, la IGF-I y se calcularon las desviaciones estándar según edad (SDS-IGF-I). Resultados: 80 pacientes con IMC medio $52,63 \pm 8,71$ Kg, edad media $42,40 \pm 9,45$ años. Se compararon los niveles de IGF-I (en ng/ml) según la lesión renal (glomérulos normales: $190,17 \pm 72,46$; glomerulomegalia: $122,3 \pm 50,05$; hipertrofia podocitaria $119,81 \pm 60,34$). Al comparar el grupo sin lesión glomerular con el grupo glomerulomegalia y con el grupo hipertrofia podocitaria se observó diferencia estadísticamente significativa ($p=0,013$ y $p=0,015$ respectivamente). La edad ($r=-0,48$; $p<0,0001$), el aclaramiento de creatinina ($r=0,357$; $p=0,001$) y la insulina ($r=0,271$; $p=0,015$) se correlacionaron significativamente con la IGF-I. No se correlacionaron, en cambio, el Índice HOMA ni la adiponectina. En el análisis de regresión logística, el SDS-IGF-I fue el único predictor independiente de lesión podocitaria (OR:0,419; IC9%:0,203-0,866; $p=0,019$) y no la glucemia, el aclaramiento de creatinina, la TA.

CONCLUSIÓN: Niveles bajos de IGF-I podrían tener relación con la presencia de lesión renal relacionada con la nefropatía de la obesidad.

4. PARICALCITOL MODULA L'ACTIVITAT CIRCULANT DE L'ENZIM CONVERSOR D'ANGIOTENSINA 2 (ECA2) EN UN MODEL DE RATOLÍ DE DIABETIS TIPUS 1

Marta Riera, Sergi Clotet, Julio Pascual, María José Soler
Departament de Nefrologia. Hospital del Mar-IMIM. Barcelona

INTRODUCCIÓ I OBJECTIUS: La progressió de la nefropatia diabètica s'enlenteix reduint l'albuminúria. El nostre grup ha demostrat prèviament que l'activitat circulant de l'enzim conversor de l'angiotensina (ECA)2 en el ratolí diabètic no obès (NOD) està augmentada. Estudis previs suggereixen que la forma hormonal de la vitamina D, la 1.25-DihidroxivitaminaD3 [1,25(OH)2D3] és un regulador endocrí negatiu del Sistema Renina Angiotensina. Per aquest motiu hem analitzat l'efecte de l'estimulador del receptor de la vitamina D, Paricalcitol, en nefropatia diabètica i la seva associació amb l'activitat enzimàtica d'ECA2 en un model experimental de diabetis tipus 1.

MÈTODES: S'utilitzaren les femelles de la soca NOD. Aleatòriament, es repartiren entre diversos grups de tractament: Animals diabètics NOD pe (n=10); diabètics tractats amb Paricalcitol NOD+PARI (n=10), Aliskiren NOD+ALSK (n=10) o amb la combinació NOD+PARI+ALSK (n=10). Per control no diabètic s'utilitzaren les femelles de la soca NOR i d'igual edat (n=10). Es mesuraren nivells de glicèmia, albuminúria, activitat d'ECA2 en sèrum i ronyó i activitat enzimàtica de renina en sèrum després de 21 dies de seguiment.

RESULTATS: L'administració de Paricalcitol sol o en combinació amb Aliskiren redueix significativament l'activitat d'ECA2 circulant en NOD diabètics. L'activitat sèrica de renina va disminuir significativament amb el tractament amb Aliskiren però no es va veure afectada per l'administració de Paricalcitol. S'observà una tendència a la reducció dels nivells d'excreció d'albúmina en els grups tractats, representant una disminució del 26,92% en el grup NOD+PARI, una del 59,18% en el NOD+ALSK i una reducció del 24,58% en el NOD+PARI+ALSK comparat amb NOD.

CONCLUSIONS: En el ratolí NOD, un model de diabetis tipus 1, Paricalcitol modula l'activitat circulant d'ECA2 de forma independent de la inhibició de l'activitat sèrica de la renina. En els estadis inicials de nefropatia diabètica, el tractament amb Paricalcitol podria contrarestar els efectes de la diabetis sobre l'activitat circulant de l'ECA2.

5. L'ACTIVITAT DE L'ECA2 ES TROBA AUGMENTADA EN DIFERENTS ÒRGANS (RONYÓ, COR I FETGE) I EN EL SÈRUM EN RATOLINS NO OBESOS DIABÈTICS (NOD)

Helena Roca Ho, Marta Riera, Eva Márquez, Julio Pascual, María José Soler
Servei de Nefrologia. Parc de Salut Mar-IMIM. Barcelona

INTRODUCCIÓ I OBJECTIUS: El bloqueig del sistema renina-angiotensina(SRA) retarda la progressió de la malaltia renal crònica en la nefropatia diabètica. En aquest sentit, la soca de ratolins diabètics no obesos(NOD) es caracteritza per desenvolupar espontàniament una diabetis autoimmunitària que mimetitza la diabetis tipus 1 en humans. El SRA no ha estat àmpliament estudiat en el ratolí NOD. L'objectiu de l'estudi consisteix en caracteritzar l'activitat de l'enzim convertidor d'angiotensina 2(ECA2), homòleg d'ECA, en sèrum i diferents teixits en el model NOD.

MÈTODES: S'ha estudiat l'activitat de l'ECA2 en ronyó, sèrum, pulmó, cor, fetge i pàncrees a 6 setmanes després del diagnòstic de diabetis en ratolins NOD i en els seus respectius controls NOR (soca resistent no obesa). La determinació es va realitzar mitjançant un assaig enzimàtic fluorimètric.

RESULTATS: L'activitat enzimàtica de l'ECA2 es troba augmentada significativament en ronyó de ratolins diabètics NOD en comparació als controls no diabètics NOR(4851.99 ± 218 vs. 3637.10 ± 206 RFU/ug proteïna/h, $p \leq 0.05$). A nivell sèric també s'observa activitat enzimàtica de l'ECA2 significativament augmentada en NOD respecte controls NOR(543.53 ± 146 vs. 61.8 ± 2.3 RFU/uL sèrum/h, $p \leq 0.05$). En cor i fetge, l'activitat de l'ECA2 també augmenta significativament en ratolins diabètics en comparació amb els controls(teixit cardíac: 68.7 ± 4.6 vs. 52.3 ± 3.2 RFU/ug proteïna/h, $p \leq 0.05$ //teixit hepàtic: 74.8 ± 8.5 vs. 49.1 ± 5.5 RFU/ug proteïna/h, $p \leq 0.05$). En pulmó i pàncrees de ratolins diabètics no s'observen canvis en l'activitat de l'ECA2 en comparació amb els controls(teixit pulmonar: 32.0 ± 3.9 vs. 44.9 ± 4.7 RFU/ug proteïna/h, $p = NS$ //teixit pancreàtic: 187.3 ± 27.6 vs. 167.8 ± 17.1 RFU/ug proteïna/h, $p = NS$).

CONCLUSIONS: L'activitat de l'ECA2 es troba augmentada en diferents teixits (ronyó, cor i fetge) i en sèrum de ratolins diabètics NOD en comparació amb controls NOR. Aquests resultats indiquen que l'alteració de l'ECA2 soluble s'acompanya d'una alteració de l'enzim en ronyó, cor i fetge en la nefropatia diabètica establerta en el model murí de diabetis tipus 1 NOD.

6. NEFROPATIA PER CONTRAST IODAT ENDOVENÓS (NIC) EN PACIENTS D'ALT RISC: ESTEM EXAGERANT EL PROBLEMA?

Jaume Almirall, Xavier Gallardo, M. Rosa Safont, Marta Andreu, Elena González
Servei de Nefrologia. Corporació Parc Taulí. Departament de Medicina de la UAB,
Servei de Radiologia. UDIAT, Servei de Cirurgia Vasculat

INTRODUCCIÓ: La NIC es un dels principals diagnòstic de fracàs renal en pacients hospitalitzats. Aixó fa que sovint s'intenti evitar la seva administració en pacients d'alt risc. Aquesta decisió té però conseqüències negatives per la important pèrdua d'informació de les proves radiològiques. Hi ha una notable confusió en quan a la realitat d'aquest problema, descrivint-se incidències de 0 al 21%. Aquestes diferències s'expliquen per la heterogeneïtat dels criteris diagnòstics, les circumstàncies variables dels pacients (hospitalitzats, amb processos intercurrents i altres nefrotòxics...)

OBJECTIUS: determinar la incidència real de NIC quan s'administra per via endovenosa en pacients amb insuficiència renal. Material i mètodes: estudiem prospectivament 56 pacients no ingressats, estables, amb CI creatinina $<60 \text{ mlx}/1,73\text{m}^2$ als que se'ls ha de realitzar una TC de control d'un aneurisma aòrtic o d'una endopròtesi vascular. Edats : $77,4\pm 7$; Estadiatge IR: 3a:38%; 3b:42%; 4:17%; 5:2%. HTA-80%, dislipèmics-60%, diabètics-34%; antecedents d'AVC-23%; cardiopatia isquèmica-39%; vasculopatia perifèrica- 50%. Es realitza TAC semestral seqüencial: amb i sense contrast i determinem la creatinina basal i a les 48 hores del TAC. Dosi de contrast: $1'2 \text{ ml/Kg}$ (iopromida-Ultravist® 300). Diagnòstic de NIC: increment de $0,5 \text{ mg/dl}$ o 25% respecte a la creatinina basal. Resultats: la diferència de creatinina amb contrast es de: $0,082\pm 0,27 \text{ mg/dl}$ ($p=0,039$); sense contrast: $0,044\pm 0,13$ ($p:NS$). La comparació de les diferències amb i sense contrast no es significativa. Tampoc hi ha diferències analitzant pels diferents estadiatges de la IR. Tan sols 3 pacients compleixen el criteri de NIC.

CONCLUSIONS: En pacients estables d'alt risc, la administració de contrast radiològic per via endovenosa a les dosis utilitzades es segur, amb una incidència mínima sobre la funció renal que en tot cas es irrellevant des del punt de vista clínic. Aquestes dades tenen implicacions tant pels clínics com pels radiòlegs a l'hora de decidir l'administració o no de contrast.

7. VASCULITIS DE PEQUEÑO VASO (VPV) CON AFECTACIÓN RENAL ANCA NEGATIVA: ESTUDIO RETROSPECTIVO DE 24 AÑOS

H. Marco¹, N. Sala¹, Y. Arce², S. Gracia², M. Picazo², M. Corica³, J. M. Llobet³, M. Diaz², J. Ballarin²

¹Servei de Nefrologia, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol.

²Serveis de Nefrologia, Anatomia Patològica i Hematologia. Fundació Puigvert.

³Servei de Reumatologia, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

INTRODUCCIÓN: Las VPV se definen por la presencia de lesiones focales de necrosis en la pared vascular y se asocian a la presencia de ANCA. Sin embargo, en un 10-33% de pacientes los ANCA se encuentran ausentes.

MÉTODOS: Estudio retrospectivo de 116 pacientes (1985-2009) diagnosticados de VPV mediante biopsia renal en dos centros de Cataluña (Fundació Puigvert y Germans Trias i Pujol). Se evalúan variables clínicas/laboratorio, ANCA, histología, tratamiento y supervivencia renal y del paciente. Para proporciones de pacientes usamos el test de chi-cuadrado y para comparar cifras de creatinina la t-student.

RESULTADOS: De los 116 pacientes diagnosticados de VPV, 14/116(12%) presentaban ANCA negativos. La mediana de edad fue de 67(46-89) en los ANCA negativos y 68(12-84) años en los positivos. La creatinina al diagnóstico fue de 425(71-1668) para los ANCA negativos y 386(49-1101) $\mu\text{mol/L}$ para los positivos ($p=0.044$). En el diagnóstico únicamente destacaba diferencia en la presencia de oliguria en 4/13(31%) de los ANCA negativos y 6/86(7%) de los positivos ($p=0.025$). 12/14(86%) de los ANCA negativos recibieron tratamiento inmunosupresor y 100% de los positivos ($p=0.014$). No existen diferencias en la presencia de infecciones severas, 3/11(27%) de los ANCA negativos y 37/88(42%) de los positivos ($p=0.523$). 8/13(62%) de los ANCA negativos necesitaron hemodiálisis en el diagnóstico y 34/98(35%) de los positivos ($p=0.073$). La mortalidad a los 6 meses del diagnóstico fue de 6/12(50%) de los ANCA negativos respecto 12/99(12%) de los positivos ($p=0.004$).

CONCLUSIONES: Las VPV ANCA negativas representan un 12%. Presentaron mayores niveles de creatinina con una mayor tendencia a la necesidad de hemodiálisis en el diagnóstico. Un mayor número de pacientes no recibió tratamiento. Esto condicionó una mayor mortalidad subrayando la importancia de sospechar esta enfermedad aunque los ANCAS sean negativos para poder realizar un diagnóstico y tratamiento precoz mejorando la supervivencia renal y del paciente.

8. LA ALBUMINURIA ELEVADA A LARGO PLAZO PREDICE EL PRONÓSTICO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN RESISTENTE

Susana Vázquez, Laia Sans, Raquel Hernández del Rey, María Larrousse, Cristina Sierra,
José Antonio Arroyo, Julio Pascual, Alexandre Roca-Cusachs, Pedro Armario,
Alejandro de la Sierra, Anna Oliveras
Servei de Nefrologia. Unitat d'Hipertensió. Hospital del Mar. Barcelona

La función renal y la excreción urinaria de albúmina (EUA) son predictores conocidos de enfermedad cardiovascular (CV) en población general, pero se desconoce su valor pronóstico en pacientes con hipertensión arterial resistente (HTAR).

OBJETIVO: Determinar la capacidad de la función renal y de la EUA para predecir la morbimortalidad CV en pacientes con HTAR (PA \geq 140/90 mmHg pese a tratamiento con \geq 3 fármacos antihipertensivos)

MÉTODOS: Se evaluaron 133 pacientes (seguimiento: 73 meses). La variable principal fue la aparición de episodios CV no fatales (infarto de miocardio, ictus, hospitalización por insuficiencia cardíaca, revascularización coronaria o por vasculopatía periférica) o muerte cardiovascular. La función renal se determinó mediante creatinina sérica (Cr) y aclaramiento de creatinina (AclCr). Se consideró microalbuminuria si el cociente albumina/creatinina en orina (Albor/Cror) era \geq 30mg/g.

RESULTADOS: Veintidós pacientes (16.5%) alcanzaron la variable principal. La prevalencia de microalbuminuria basal en pacientes con y sin enfermedad CV fue del 45% y 41%, respectivamente (p=0.813), mientras que el porcentaje de pacientes con microalbuminuria durante el seguimiento fue del 67% y 28%, respectivamente (p=0.002). Comparado con los pacientes sin enfermedad CV, hubo más pacientes con enfermedad CV que desarrollaron microalbuminuria durante el seguimiento (28% vs 6%) o persistieron microalbuminúricos (39% vs. 21%), mientras que el porcentaje de pacientes con regresión de la microalbuminuria (11% vs. 19%) o que se mantuvieron normoalbuminúricos (22% vs. 53%) fue menor en este grupo (p=0.005). La EUA elevada durante el seguimiento se asoció a la aparición de episodios CV tras ajustar por edad, enfermedad CV previa, AclCr y PAS clínica basal y durante el seguimiento (66mg/g vs. 17mg/g; p=0.046). Aunque Cr y AclCr se asociaron también a enfermedad CV, esta relación se perdió tras ajustar por riesgo basal.

CONCLUSIÓN: En pacientes con HTAR, los valores de microalbuminuria al seguimiento, pero no basales, son un predictor independiente de enfermedad CV.

9. LA NEFROPATÍA DIABÉTICA ES UN FACTOR DE RIESGO INDEPENDIENTE PARA LA ENFERMEDAD ATEROMATOSA SILENTE SEVERA. EL ESTUDIO NEFRONA

Clara Barrios, Julio Pascual, Sol Otero, María José Soler, Eva Rodríguez, Silvia Collado, Anna Faura, Sergi Mojal, Àngels Betriu, Elvira Fernández
Servei de Nefrologia. Hospital del Mar. Barcelona

La enfermedad renal crónica (ERC) y la Diabetes Mellitus (DM) son factores de riesgo conocidos de enfermedad cardiovascular (ECV). Se conoce menos la asociación de las diferentes etiologías de ERC con el riesgo de enfermedad ateromatosa (EA) silente.

MÉTODOS: De la cohorte del estudio NEFRONA, estudiamos 3040 pacientes sin antecedentes de eventos CV: 2481 con ERC y 559 controles. Dividimos en 4 grupos según nefropatía de base: diabética (ND) (n=357, 65% hombres, 59.1±12.3 años), vascular (NV) (n=487, 66% hombres, 63.3±9.4 años), Glomerular/Sistémica (n=463, 64% hombres, 52.4±13.7 años), otras (n=1174, 59% hombres, 56.7±12.6 años). Ecografía-Doppler modo B para la medición del grosor íntima-media (GIM, mm) y presencia de placas. Según hallazgos ecográficos e índice tobillo-brazo (ITB), dividimos la EA en: ausente/incipiente (ITB>0.7 y ausencia de placas) y severa (ITB<0.7 o placas). Determinamos varios parámetros clínicos y analíticos relacionados con riesgo CV.

RESULTADOS: Análisis univariado: no observó diferencia en el GIM entre pacientes con ND vs NV (0.75±15 vs 0.76±13), aunque ambos grupos mostraron GIM mayor comparado con otras causas de ERC [Glomerular/Sistémica (0.68 ± 13), otras (0.71 ± 14), p<0.05]. La EA-severa se detectó en un 74.2% de los pacientes con ND, más frecuentemente que NV (67.2%), Glomerular/Sistémica (46.1%) o otras (53.2%), todos p<0.05. Análisis multivariado (regresión logística): el aumento de riesgo (HR) de EA-severa fue mayor (p<0.01) en relación a mayor edad (HR 0.09/año), tabaquismo (HR 2.1), género-masculino (HR 1.5), colesterol (HR 1.004/mgr), ERC-estadio5 (HR 2.2) y ND (HR 1.9 [1.3-2.9]). Otros parámetros como DM, hipertensión arterial, calcio sérico, fósforo, PTH o triglicéridos, no mostraron asociación con mayor riesgo de EA-severa.

CONCLUSIÓN: En los pacientes con ERC sin antecedentes de eventos CV, la ND confiere dos veces más riesgo de EA-severa silente comparado con los pacientes con ERC secundaria a otras etiologías. Esta diferencia fue independiente de otros factores de riesgo de aterosclerosis y eventos CV.



COMUNICACIONS ORALS

Divendres 07/06/2013

09.45 - 10.45 h

TRASPLANTAMENT RENAL

Moderadors:

Frederic Cofán. *Hospital Clínic (Barcelona)*
Cristina Canal. *Fundació Puigvert (Barcelona)*



XXIX

REUNIÓ ANUAL DE LA SOCIETAT CATALANA
DE NEFROLOGIA

1. TRASPLANTE RENAL DE DONANTE VIVO. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

Núria Serra Cabañas, Carme Facundo Molas, Cristina Canal Girol, Núria Garra Moncau, Alberto Breda, Beatriz Bardají de Quixano, José Ballarín Castán, Lluís Guirado Perich
Servei de Nefrologia. Unitat de Trasplantament Renal. Fundació Puigvert. Barcelona

INTRODUCCIÓN: El trasplante renal de donante vivo es la mejor opción de tratamiento sustitutivo renal. En nuestro centro en los últimos años se ha aumentado progresivamente el número de trasplantes renales de donante vivo realizados llegando en la actualidad al 37% del total de trasplantes realizados.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se analiza el registro de trasplante de donante vivo de nuestro centro que incluye variables demográficas y clínicas de donante y receptor antes y después del procedimiento y un seguimiento posterior anual de ambos.

RESULTADOS: Hasta octubre del 2012 se han realizado en nuestro centro 303 trasplantes renales de donante vivo, de los cuales 270 se realizan a partir del año 2000. El 44% se han realizado como primer tratamiento sustitutivo renal y el 16 % son retrasplantes. El seguimiento medio es de 3 años. La supervivencia del injerto es del 96% a 1 año y del 85% a 10 años. Se han perdido 8 injertos (2.6%) por trombosis inmediata. La creatinina media es 131 $\mu\text{mol/l}$ al año y 173.2 $\mu\text{mol/l}$ a 10 años. La proteinuria media es 0.2 g/d al año y 0.5 g/d a 10 años. La incidencia global de rechazo agudo es del 19%. La supervivencia del donante es del 99%.

CONCLUSIONES: Nuestra experiencia en trasplante renal de donante vivo confirma los buenos resultados de otras series publicadas y nos ha permitido reducir significativamente la lista de espera de trasplante cadáver. Muchos pacientes se han beneficiado de la realización de dicho trasplante como primer tratamiento sustitutivo renal evitando la morbilidad asociada al inicio de diálisis.

2. ANTICOSSOS ANTI-HLA DE NOVO EN POBLACIÓ INFANTIL TRASPLANTADA DE RONYÓ

Anna Vila, Luciana Goñi, Juan A. Camacho, Jordi Vila; Maria Ramos
Secció de Nefrologia. Hospital Maternoinfantil Sant Joan de Déu. Barcelona

INTRODUCCIÓ: La determinació d'Anticossos anti-HLA mitjançant tècnica de Luminex s'ha introduït en el seguiment habitual dels pacients trasplantats de ronyó en els darrers anys. En el nostre centre es va iniciar la determinació l'any 2009 en pacients seleccionats, i des del 2010 es realitza de forma periòdica com una eina més de seguiment del pacient estable.

OBJECTIU: Analitzar els resultats de les determinacions d'anticossos anti HLA realitzats en el nostre centre en receptors renals infantils, determinar la seva prevalença i la relació amb la medicació immunosupressora, la presència de rebuig agut i la identitat HLA entre donant i receptor.

MATERIAL I MÈTODES: Des de l'any 2001 hem realitzat 57 trasplantaments renals en receptors de menys 18 anys. En 38 pacients s'ha realitzat un seguiment regular dels Ac anti HLA per tècnica de Luminex. Hem analitzat els resultats obtinguts en aquesta població.

RESULTATS: Dels 38 receptors analitzats, 13 pacients (32.3%) tenen Ac anti HLA positius en algun moment del post-trasplantament, amb un seguiment mig de 45,3 (3,4 – 161,8) mesos. 6 d'aquests pacients tenen Ac anti HLA negatius que es positivitzen durant el seguiment, mentre que en 4 receptors no tenim determinacions prèvies negatives que permetin delimitar el moment de la sensibilització. La positivització dels Ac anti-HLA es relaciona amb la presència de nivells baixos d'anticalcineurínic i amb un major temps post-trasplantament. La supervivència de pacient i empelt, en aquesta població sensibilitzada, és del 100% amb un seguiment mig de 10,1 (1-23) mesos post-sensibilització.

CONCLUSIONS: La sensibilització anti-HLA de novo afecta a un 26.3% de la població infantil trasplantada de ronyó del nostre centre, presentant una dependència de la presència de nivells baixos d'anticalcineurínics i del temps transcorregut post-trasplantament. La supervivència de l'empelt no s'afecta a curt plaç per la sensibilització.

3. ELS NIVELLS BAIXOS D'MBL S'ASSOCIEN AMB UN AUGMENT DE L'APOPTOSI I DE REBUIG SUBCLÍNIC ALS 3 MESOS DEL TRASPLANTAMENT

Meritxell Ibernon, Francesc Moreso, Francisco O'Valle, Montse Gomà,
Raimundo Garcia del Moral, Josep Maria Grinyó, Daniel Serón
Servei de Nefrologia. Hospital Universitari Vall d'Hebrón. Barcelona

INTRODUCCIÓ. Mannose binding lectin (MBL) és un component de la immunitat innata que actua de forma dual en la resposta immune. MBL activa el complement amplificant la resposta immune però també afavoreix l'eliminació de cossos apoptòtics modulant la reacció inflamatòria. Nivells baixos s'han associat amb un augment de la inflamació, diabetes i infeccions després del trasplantament però la relació entre MBL i rebuig agut és controvertida.

OBJECTIU: Estudiar la relació entre els nivells de MBL pretrasplantament, l'apoptosi i el rebuig subclínic en biopsies de seguiment als 3 mesos del trasplantament.

MATERIAL I MÈTODES: Estudi prospectiu de pacients trasplantats renals entre l'any 2005-2006 en els que es va analitzar els nivells sèrics de MBL pretrasplantament, classificant-se per tercils, sent T1 els pacients amb nivells baixos de MBL. Als 3 mesos es va realitzar una biopsia renal de seguiment que va ser evaluada seguint els criteris de Banff. Es van estudiar les subpoblacions linfoctàries per tècniques d'immunohistoquímica expressant-se els resultats com: el número de cèl.lules positives per mm² de l'àrea túbulo-intersticial i per secció glomerular. L'apoptosi va ser evaluada per microscopia òptica en les biopsies renals.

RESULTATS: Es van incloure 133 pacients dels quals 44 tenien biopsia als 3 mesos. No es van observar diferències en la funció renal, rebuig agut, supervivència renal i del pacient en funció dels nivells de MBL. Els pacients amb nivells més baixos de MBL (T1) tenien un augment significatiu de rebuig subclínic (72%, 14%, 14% p=0.0095) i de l'apoptosi (0.75 ± 0.46 , 0a, 0.17 ± 0.41 a p=0.002) respecte als altres grups. Es va observar un augment en el número de cèl.lules de les subpoblacions linfoctàries en els pacients T1 però sense obtenir una significació estadística entre els grups.

CONCLUSIONS: Alteracions en la immunitat innata s'associen amb un augment de l'apoptosi i més rebuig subclínic als 3 mesos del trasplantament.

4. TRASPLANTE RENAL DE DONANTE VIVO. SEGUIMIENTO A MEDIO PLAZO DEL DONANTE

Carme Facundo Molas, Cristina Canal Girol, Núria Serra Cabañas, Núria Garra Moncau, Alberto Breda, Beatriz Bardají de Quixano, José Ballarín Castán, Lluís Guirado Perich
Servei de Nefrologia. Unitat de Trasplantament Renal. Fundació Puigvert. Barcelona

INTRODUCCIÓN: El trasplante renal de donante vivo se considera primera opción de tratamiento sustitutivo en muchas unidades trasplantadoras debido a una baja morbilidad en el donante y unos resultados excelentes del trasplante. Un seguimiento posterior es fundamental para evaluar el impacto a más largo plazo en el donante.

MATERIAL Y MÉTODOS: Hasta octubre del 2012 se han realizado en nuestro centro 303 nefrectomías de donante vivo, de las cuales 270 se realizan a partir del año 2000. Se analizan variables demográficas, clínicas y analíticas de los donantes antes y después de la nefrectomía y seguimiento anual posterior.

RESULTADOS: En nuestro centro el trasplante renal de donante vivo supone el 32 % de los trasplantes. La edad media de los donantes es 51 años y el 64 % son mujeres. La relación con el receptor: 38% cónyuges, 28% padres y 21 %hermanos. Las amistades suponen un 2.6%. El 12% de los donantes recibía tratamiento antihipertensivo y a los 5 años este porcentaje se incrementa al 22%. El seguimiento medio es 3 años. El GFR_e previo es de 95 ml/min/1.73m² y al año, 5 y 10 años post-nefrectomía es respectivamente de 66 (n=212), 70 (n=108) y 71 (n=16). La proteinuria inicial es 0.15 g/24h y al año y a los 5 años es respectivamente de 0.12 (n=212) y 0.1 (n=108). La supervivencia del donante es del 99.3%.

CONCLUSIONES: Nuestra experiencia apoya la seguridad del programa. A medio plazo la función renal se mantiene estable y no se evidencia incremento de proteinuria. Si bien el seguimiento aún es corto, no se ha objetivado una repercusión negativa en la morbimortalidad de nuestros donantes.

5. INFLAMACIÓ I OXIDACIÓ EN ELS PACIENTS TRASPLANTATS RENALS: RELACIÓ AMB LA MORTALITAT

Laura Cañas, Maricruz Pastor, Eva M. Iglesias, Neus Sala, Fernando Moreno,
Fredzzia Graterol, Josep Bonet, Ricardo Lauzurica
Servei de Nefrologia. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona

INTRODUCCIÓ: La inflamació i oxidació estan augmentades en el pacients amb malaltia renal crònica. El trasplantament renal (TR) millora aquesta situació, tot i que no la normalitza. Els dos factors s'han implicat en la mortalitat del TR, d'origen cardiovascular com de qualsevol causa.

OBJECTIUS: Estudiar l'estat inflamatori i oxidatiu preTR i als 3 mesos postTR. Establir si existeix relació amb la mortalitat.

PACIENTS I MÈTODES: 196 trasplantats renals. 68% homes. Edat: 51.89 ± 12.54 anys. 19.8% diabetes mellitus (DM) i 14.8% malaltia cardiovascular (MCV) preTR. Marcadors d'inflamació (MIF) preTR i als 3 mesos postTR: Proteïna C reactiva (PCR), Interleuquina-6 (IL-6), factor de necrosi tumoral α (TNF α), receptor soluble de la interleuquina-2 (sR-IL2) i receptor soluble del TNF α (sR-TNF α). Marcadors d'estrès oxidatiu: LDL oxidada (LDL Lox) i anticossos anti-LDL oxidada (AcLDL Lox). Filtrat glomerular mitjançant MDRD. RESULTATS: Mortalitat 13.8% (27/196). Els pacients morts tenien un pitjor estat inflamatori als 3 mesos postTR: IL-6 (8.23 ± 6.42 vs 6.15 ± 5.53 ; $p=0.012$); sR-TNF α (6.12 ± 3.57 vs 4.35 ± 3.48 ; $p=0.005$) i pitjor funció renal: MDRD 34.53 ± 12.47 vs 47.91 ± 15.74 ; $p=0.0001$. No existien diferències estadísticament significatives amb els MIF preTR. Dels pacients que van ser exitus 41.7% tenien AcLDL Lox superiors al P75: 3770 UI/ml ($p=0.046$). Anàlisi multivariant: variable dependent la mortalitat i covariables l'edat, sexe, DM preTR, MCV preTR i als 3 mesos postTR: MDRD, IL-6, sR-TNF α , LDL Lox (P75), AcLDL Lox (P75) va demostrar que els factors de risc independents de mortalitat són: edat (OR: 1.068, IC95%: 1.011-1.127; $p=0.018$), P75 de les LDL Lox (OR: 3.27, IC95%: 0.980-10.96; $p=0.054$), P75 dels AcLDL Lox (OR: 6.99, IC95%: 2.10-23.28; $p=0.002$) i el MDRD (OR: 0.910, IC95%: 0.863-0.959; $p=0.000$).

CONCLUSIÓ: Els trasplantats que van ser exitus presentaven als 3 mesos postTR major estat inflamatori i oxidatiu i pitjor funció renal. Variables predictives independents de mortalitat són edat, marcadors d'oxidació funció renal als 3 mesos postTR.

6. METANÀLISI PER AVALUAR L'EVITACIÓ O RETIRADA PRECOÇ DELS ESTEROIDES EN EL TRASPLANTAMENT PANCREÀTIC O RENOPANCREÀTIC

Núria Montero, Àngela Webster, Ana Royuela, Javier Zamora, Marta Crespo, Julio Pascual
Servei de Nefrologia. Hospital del Mar. Barcelona

OBJECTIU: L'objectiu és realitzar una revisió sistemàtica per avaluar la seguretat i l'eficàcia de l'evitació o retirada precoç(RP) dels esteroïds respecte el manteniment del tractament en trasplantament de pàncrees sol(PTA), trasplantament renopancreàtic simultani(SPK) o pàncrees després de ronyó(PAK).

MÈTODES: Es va realitzar una búsqueda en el Cochrane Renal Group's Specialised Register. S'han inclòs assajos clínics randomitzats(RCTs) d'evitació d'esteroides(ús menys de 14 dies) respecte RP(ús més de 14 dies) en receptors de PTA, SPK o PAK. Dos investigadors van identificar independentment els estudis a incloure, van valorar de forma crítica la metodologia i van extreure les dades. El meta-anàlisi es realitzà utilitzant efectes aleatoris amb resultats expressats com proporció de risc(RR) o diferència mediana(MD) amb un interval de confiança del 95%(IC).

RESULTATS: Tres RCTs incloent 144 participants van complir els criteris d'inclusió. D'aquests, dos van comparar l' evitació respecte la RP d'esteroides i un comparava la RP respecte el manteniment dels esteroïds. Tots aquests tres estudis eren de SPK i només un tenia PTA. Dos estudis(89 participants) que comparaven l'evitació respecte la RP suggerien que l'evitació no tenia cap efecte sobre la mortalitat(RR 1.64, IC95% 0.21-12.75), risc de pèrdua renal censurat per la mort(RR 0.35, IC 95% 0.04-3.09), risc de pèrdua del pàncrees censurat per la mort(RR 1.05, IC95% 0.36-3.04) o rebuig agut del ronyó(RR 2.08, IC 95% 0.2-21.5). L'estudi que comparava la RP respecte el manteniment d'esteroides no va observar cap mort, ni pèrdues d'empelt ni rebutjos aguts renals als 6 mesos en cap dels grups i suggeria que no existien diferències respecte el rebuig agut pancreàtic(RR 0.88, IC95% 0.06-13.35).

CONCLUSIONS: L'evidència dels beneficis o danys en la RP o evitació dels esteroïds en el trasplantament renopancreàtic o pancreàtic és escassa. Sense diferències en la mortalitat, supervivència de l'empelt o rebuig en les estratègies estalviadores d'esteroides però sense conclusions fermes.





PÒSTERS

Divendres 07/06/2013

11.00 - 12.00 h

Moderadors:

- | | | |
|---------|-------|------------------------------------------------------------------------------------|
| PÒSTERS | 1-8 | Joaquín Martínez. <i>Fundació Puigvert (Barcelona)</i> |
| PÒSTERS | 9-16 | Anna Balius. <i>Centre Hospitalari i Cardiològic de Manresa</i> |
| PÒSTERS | 17-24 | Isabel Giménez. <i>Hospital Moisès Broggi (Sant Joan Despí)</i> |
| PÒSTERS | 25-32 | Montserrat Picazo. <i>Hospital de Figueres. Fundació Salut Empordà (Girona)</i> |
| PÒSTERS | 33-39 | Maru Navarro. <i>Hospital Universitari Germans Trias i Pujol (Badalona)</i> |
| PÒSTERS | 40-44 | Núria Garra. <i>Althaia. Xarxa assistencial de Manresa</i> |
| PÒSTERS | 45-52 | Jordi Calabia. <i>Hospital Universitari de Girona Doctor Josep Trueta (Girona)</i> |



1. RESULTADOS DE UN PROGRAMA DE EJERCICIO FÍSICO COMBINADO CON ELECTROESTIMULACIÓN NEUROMUSCULAR EN PACIENTES EN HEMODIÁLISIS

V. Esteve, J. Macías, F. Moreno, M. Fulquet, M. Pou, V. Duarte, A. Saurina, J. Carneiro,
S. Garriga*, M. Ramírez de Arellano

Servei de Nefrologia i Servei de Rehabilitació i Fisioteràpia. Hospital de Terrassa.
Consorci Sanitari de Terrassa*

INTRODUCCIÓN: Los pacientes en hemodiálisis (HD) presentan una importante disminución de la condición física y la capacidad funcional. Ampliamente son conocidos los numerosos beneficios del ejercicio físico en los pacientes con insuficiencia renal en éstos aspectos. Hasta la fecha, existe mínima experiencia con la electroestimulación neuromuscular (EENM) en los pacientes en HD.

OBJETIVOS: 1.- Analizar el efecto de un programa de entrenamiento físico intradiálisis combinado con EENM sobre la fuerza muscular y la capacidad funcional en nuestros pacientes en HD. 2.- Analizar la seguridad, eficacia y tolerancia de la EENM en nuestros pacientes en HD.

MÉTODOS: Los pacientes en HD realizaron un programa completo de entrenamiento físico mediante balones medicinales, pesas, bandas elásticas y cicloergómetros combinado con EENM en las primeras dos horas de hemodiálisis durante 12 semanas en un estudio prospectivo unicéntrico. La EENM se realizó en ámbos quadriceps usando el Compex® Theta 500i.

PRINCIPALES DATOS ANALIZADOS: 1.-Fuerza extensión máxima quadriceps (FEMQ) y "handgrip" brazo dominante (HG).3.-Test funcionales:"Sit to stand to sit" (STS10) y "six-minutes walking test" (6MWT).3.-Grado de satisfacción: Escala Visual Analógica (EVA) y cuestionario propio de EENM (QE).

RESULTADOS: 11pacientes HD incluidos (55% mujeres). Edad media 67.6 años y 62.3 meses en HD. Se observó una mejoría significativa (* $p < 0.05$) 15.9kg), ± 15.9 vs 25.1 ± 10.9 kg), HG* (23.8 \pm 8.1vs16.2 \pm en la FEMQ* (13.7 10.1seg) y 6MWT*(21%,332.6vs402.7 m). No observamos dolor ± 13.4 vs $20.1 \pm$ STS10*(24.6 muscular, rampas, hormigueos o calambres musculares relevantes en el cuestionario propio de EENM.El grado medio de satisfacción (EVA) fue 9.4 puntos.

CONCLUSIONES: 1.-El programa de entrenamiento físico intradiálisis combinado con electroestimulación neuromuscular mejoró la fuerza muscular y la capacidad funcional en nuestros pacientes en HD.2.-La electroestimulación neuromuscular intradiálisis de ámbos quadriceps resultó segura, efectiva y bien tolerada en nuestros pacientes en HD.3.-Éstos resultados constituyen una novedosa alternativa terapéutica relacionada con los beneficios del ejercicio físico en los pacientes en HD.

2. PROCÉS D'INFORMACIÓ SOBRE TRACTAMENT RENAL SUBSTITUTIU

Isabel Garcia, Jordi Calabia, Nàdia Martín, Pere Torguet, Gerard Maté, Martí Vallès.
Servei de Nefrologia. Hospital Universitari de Girona Doctor Josep Trueta

INTRODUCCIÓ: Un adecuado programa de información sobre la enfermedad renal crónica (ERC) y opciones de tratamiento es básico para que los pacientes puedan tomar una decisión libre sobre el tratamiento renal sustitutivo (TRS) a seguir. En nuestro Servicio nos todos los pacientes tienen la posibilidad de recibir información reglada sobre la ERC y tratamientos. Presentamos los datos de nuestra Unidad durante el último año.

MATERIAL Y MÉTODOS: Durante el año 2012 y hasta Febrero del 2013, se informaron 101 pacientes. La procedencia era desde Consulta externa y aquellos pacientes que por diversos motivos inician Hemodiálisis de forma urgente. Se hacen las visitas necesarias hasta que el paciente ha tomado una decisión. Se le suministra también material en papel y soporte de CD.

RESULTADOS: De los 101 pacientes informados, 58 inician TRS en este periodo de tiempo. El 64% (de los 58) son pacientes conocidos y controlados en Consultas. El resto, son pacientes agudos. El 36% del total de los pacientes, eligen hacer Diálisis peritoneal (DP). Este tanto por ciento aumenta hasta el 45% cuando son pacientes que inician el TRS de forma programada. A destacar, que de los no programados, el 31% decide hacer DP como tratamiento definitivo. En este grupo, hay un 7% que piden tratamiento conservador. Hay que destacar, que durante el proceso, en el 92% de los casos, solo son necesarias dos visitas para que el paciente tome una decisión sobre el tratamiento a seguir.

CONCLUSIONES: Como ya está ampliamente descrito, a mayor información, mayor número de pacientes eligen seguir técnicas domiciliarias -Es necesario un programa de educación. Un papel fundamental lo realizan las enfermeras pero creemos necesario la figura de un médico para confirmar e insistir en la información dada. -Es muy importante ofrecer la opción de tratamiento conservado

3. EL BENEFICIO DE LA OBESIDAD EN LA SUPERVIVENCIA DE LOS PACIENTES EN DIÁLISIS DEPENDIENDO DEL GRUPO DE EDAD

Jordi Calabia, Emma Arcos, Jordi Comas, Isabel Garcia, Nàdia Martin,
Pere Torguet, Gerard Maté, Cristina Noboa, Martí Vallès
Hospital Universitari de Girona Doctor Josep Trueta

INTRODUCCIÓN: La obesidad es un parámetro relacionado con un aumento de la mortalidad en la población general. Paradójicamente, los pacientes en diálisis parecen presentar un beneficio en la supervivencia según aumenta el índice de masa corporal (IMC), aunque podría depender si analizamos por grupos de edad. En pacientes más jóvenes la relación entre IMC y mortalidad se asemejaría a la población general.

MÉTODOS: En un estudio retrospectivo con datos del Registre de Malalts Renals de Catalunya, analizamos la relación entre obesidad en forma de IMC y mortalidad en pacientes en hemodiálisis, de manera global y dividiendo en dos grupos de edad (<65 y ≥65 años). También estudiamos las variaciones de peso anuales respecto a la supervivencia.

RESULTADOS: analizamos 6290 pacientes incidentes en hemodiálisis >18 años entre 2002 y 2010 (36.3% mujeres, 63.2% ≤ 65 años, IMC medio 25.3 ± 4.8). La mediana de seguimiento de 3.6 años (máximo 9) y murieron el 35.6% de los pacientes. Ajustando supervivencia al IMC (9 categorías) y resto de posibles factores de riesgo observamos una disminución progresiva de mortalidad con el aumento en el rango del IMC. La pérdida de peso interanual, en todos sus rangos, disminuyó significativamente la supervivencia, así como la ganancia en su rango más alto (>4kg). Por otro lado, la relación entre IMC y supervivencia se mantuvo similar al análisis general en el grupo de >65 años, mientras que en los <65 años no se observaron diferencias significativas en la mortalidad asociada al sobrepeso y a la obesidad.

CONCLUSIÓN: existe un beneficio de supervivencia con el aumento del IMC en el global de pacientes pero, mientras que en pacientes >65 años se mantienen estos resultados, en jóvenes no hay cambios en términos de mortalidad. Los pacientes con más variabilidad de peso interanual presentan un riesgo añadido.

4. EXPERIENCIA UNICÉNTRICA DE 30 AÑOS EN PERITONITIS ESCLEROSANTE ENCAPSULANTE (EPS) Y ESTADOS PRO-EPS

Erika De Sousa, Gloria del Peso, M. Auxiliadora Bajo, Laura Álvarez,
Fernando Gil, Rafael Selgas

Servicio de Nefrología. Hospital Universitario La Paz. IdiPAZ. Madrid

INTRODUCCIÓN: La Peritonitis Esclerosante Encapsulante (EPS) es una complicación grave de la diálisis peritoneal (DP) que requiere un diagnóstico y tratamiento precoz. La identificación temprana de pacientes en riesgo (Pro-EPS) podría permitir establecer intervenciones para prevenir su desarrollo. Objetivos: Evaluar las características clínicas de los pacientes con EPS y pro-EPS diagnosticados en nuestra unidad durante 30 años.

PACIENTES: Se identificaron retrospectivamente los casos de EPS diagnosticados según los criterios de la ISPD y los pacientes pro-EPS, que cumplieron al menos uno de los criterios propuestos (peritonitis recurrentes/severas, hemoperitoneos severos, sobre-exposición a soluciones glucosadas, tiempo en DP ≥ 3 años y fallo de ultrafiltración adquirido).

RESULTADOS: De 679 pacientes, se identificaron 20 casos de EPS, con una prevalencia de 2,9%. La edad media fue de $50,2 \pm 16,4$ años, con un tiempo en DP medio de $83,93 \pm 52,85$ y mediana de seguimiento de $41,7 \pm 39$ meses. El 50% recibió tamoxifeno, 50% nutrición parenteral y 15% adhesiolisis. Catorce pacientes fueron clasificados como pro-EPS, de los cuales 100% recibió tamoxifeno y 35,7% con corticoides. Fueron seguidos durante $56,5 \pm 49,3$ meses sin desarrollar EPS durante este periodo. No existen diferencias en las características basales de ambos grupos, aunque sí mayor tiempo en DP ($83,9 \pm 52,8$ vs 39 ± 20 vs; $p 0,002$) y más días acumulados de peritonitis ($17,2 \pm 11,1$ vs $9,8 \pm 7,9$; $p 0,015$) en el grupo EPS. La supervivencia fue similar, con 25% de mortalidad relacionada a EPS en este grupo.

CONCLUSIONES: La EPS presenta una mortalidad elevada, 25% en nuestra serie, y requiere de alta sospecha clínica para su diagnóstico. La identificación precoz de pacientes con alto riesgo de desarrollar EPS y su seguimiento puede disminuir la incidencia de esta complicación. El tamoxifeno podría ser útil, aunque se requieren estudios que validen su eficacia.

5. ESTUDI DE L'EFICÀCIA DEL TAUROLOCK EN LA PREVENCIÓ DE LA BACTERIÈMIA RELACIONADA PER CATÈTER (BRC)

Néstor Fontseré, Celia Cardozo, Àlex Soriano, Mercè Pons, Juan Francisco Navarro,
Josep Mensa, Francesc Maduell, Josep M. Campistol
Servei de Nefrologia. Hospital Clínic. Barcelona

OBJECTIU: determinar l'eficàcia del segellat amb Taurolock® (Taurolidina i heparina sòdica 500 UI) en la prevenció de la BRC en pacients crònics en programa d'hemodiàlisis.

MATERIAL I MÈTODES: estudi de cohorts (històrica i prospectiva) realitzat en un subgrup de 25 pacients (12 dones; 74.8 +/-15 anys) amb hemodiàlisi portadors de catèter tunelitzat permanent. Anàlisi comparatiu i cost-econòmic de 6 mesos de segellat amb Taurolock® respecte els 6 mesos previs en pauta d'heparina convencional. Variables descriptives, test Chi2 i Test de Wilcoxon.

RESULTATS: finalitzaren l'estudi 21 pacients (4 exits i 1 trasplantament); 7 episodis de BRC (6 període heparina i 1 Taulock); taxa de BRC-Heparina 1.55 episodis per 1000 dies-catèter i Taurolock 0.24 per 1000 dies-catèter ($p < 0.05$). En l'estudi dels marcadors inflamatoris vàrem trobar una reducció significativa en l'expressió cel·lular IL-6 (4.3 UI vs 3.1; $p=0.01$) i TNF-alfa (4.3 UI vs 2.9; $p=0.040$). Durant el període de tractament amb Taurolock s'objectivà una reducció significativa en els dies d'ingrés hospitalari per BRC ($p=0.007$) i el cost econòmic ($p=0.007$) sense diferències en els requeriments d'uroquinasa ($p=NS$).

CONCLUSIÓ: segons els resultats obtinguts en el nostre estudi el tractament amb Taurolock® va reduir significativament les BRC amb una disminució dels paràmetres inflamatoris i del cost econòmic.

6. DEFECTO DE LA ULTRAFILTRACIÓN CON ICODEXTRINA. PAPEL DE LA PRESIÓN INTRAPERITONEAL

Maria Isabel Bolos Contador, Esther Ponz Clemente, Lorelei Betancourt Castellanos,
Dolors Marquina Parra, Conchita Blasco Cabañas, Xavier Vinuesa Ciaño,
Nuria Ramírez Prat, Manuel García García

Servei de Nefrologia. Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell

INTRODUCCIÓN: La Icodextrina (ICO) permite conseguir una adecuada ultrafiltración (UF) en tiempos de permanencia largos en Diálisis Peritoneal (DP). Hay pocos estudios que analicen la variabilidad interindividual y los posibles motivos de baja UF con ICO. Objetivo: 1) Estudiar la UF con ICO en permanencias largas en DP. 2) Analizar la relación de la UF con ICO con variables antropométricas, clínicas, dialíticas y la Presión Intraperitoneal (PIP).

MATERIAL Y METODOLOGÍA: Estudio retrospectivo y observacional de pacientes en DP en tratamiento con ICO durante los años 2010-2012. Se recogió la UF con ICO y el tiempo de permanencia. Se registraron variables antropométricas, clínicas, dialíticas y la PIP. Se midió la PIP en decúbito supino, sedestación y bipedestación.

RESULTADOS: Se trataron 50 enfermos, 37 enfermos (74%) con ICO. Un 81,1% eran varones, edad media de $60,2 \pm 15,4$ años, 62,2% diabéticos y con un tiempo medio de DP de 16 ± 14 meses. Un 62,2% estaban en Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria y un 37,8% en Diálisis Peritoneal Automática. La UF media con ICO fue de $310,2 \pm 240$ ml y el tiempo medio de permanencia fue de $12,1 \pm 2,5$ horas. Tres enfermos presentaron retroultrafiltración y un 32,4 % una UF con ICO menor de 250 ml. Los enfermos con tiempos de permanencia más largos (≥ 12 h); con mayor IMC y mayor PIP en bipedestación, presentaron menor UF con ICO ($p < 0,05$). Se observó una relación directa de la UF de ICO con un mayor transporte peritoneal ($P = 0,06$). En el análisis multivariante sólo mantuvieron significación estadística el IMC y el transporte peritoneal.

CONCLUSIONES: 1. Un tercio de nuestros pacientes presentaban una UF con ICO deficiente. 2. La rentabilidad del uso de la ICO no es universal. 3. La obesidad y el aumento de la PIP determinan una baja UF con ICO.

7. EFECTO DE LA ADMINISTRACIÓN CONTROLADA DE CALCIMIMÉTICOS INTRADIÁLISIS SOBRE EL CONTROL DE LAS ALTERACIONES DEL METABOLISMO ÓSEO MINERAL Y LA TOLERANCIA GASTROINTESTINAL

F. Moreno, V. Esteve, G. Martínez*, M. Fulquet, M. Pou, J. Macías, V. Duarte, A. Saurina,
J. Carneiro, M. Ramírez de Arellano.
Servei de Nefrologia i Farmàcia Hospitalària. Hospital de Terrassa.
Consorci Sanitari de Terrassa (CST)*

INTRODUCCIÓN: Cinacalcet, mediante la regulación del receptor del calcio situado en la glándula paratiroidea, resulta efectivo en el control del hiperparatiroidismo secundario (HPT^{2º}) de los pacientes en hemodiálisis (HD). Algunos estudios recientes consiguen un buen control del HPT^{2º} y un mejor cumplimiento terapéutico tras la administración de calcimiméticos intradiálisis.

OBJETIVOS: 1.-Analizar el efecto de la administración de calcimiméticos intradiálisis sobre el metabolismo óseo mineral (MOM) y la tolerancia gastrointestinal en nuestra unidad de HD.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio prospectivo unicentrico de 12 semanas de duración en pacientes en HD en tratamiento con cinacalcet (>3 meses). Dos períodos estudio (6 semanas): Administración habitual ambulatoria (fase 1) y post hemodiálisis (fase2). Datos analizados: 1.- Datos bioquímicos MOM.: Ca,P,PTHi, CaxP,F.Alcalina,Magnesio,25OHvitD 2.-Test síntomas gastrointestinales (GSRS) y grado satisfacción (EVA). 3.- Adherencia:Test de Morisky-Green (MG) y recuento final comprimidos (RC).

RESULTADOS: 62 pacientes HD.14 recibían cinacalcet (22.5%).10 pacientes (40% hombres) incluidos, con edad media 60.9 años y 80.9 meses en HD.Charlson medio:9. Principales datos bioquímicos: Fase 1 (inicio vs 0.7 mg/dl(p±0.5vs9.1±fin): Ca 8.8<1.6 mg/dl, PTHi±0.8vs4.5±0.1);Fósforo 5.2 232 pg/ml.Adherencia(MG):70%. Fase 2 (inicio vs fin):Ca±129vs360±353 0.6 mg/dl(p±0.7vs8.8±9.1<±1.3 mg/dl, PTHi 360.3 ±1.6vs 4.6±0.1);Fósforo 4.5 122 pg/ml.Adherencia(RC):89%. En relación al GSRS y el grado de±232.7 vs 349 5.2 vs±satisfacción; éstos fueron mejores en la fase 2 del estudio (GSRS 7.5 1.9; p±4.3< 2.8; p± 2.3 vs 6.9 ±0.1; EVA 4.8 <0.1). No se objetivaron cambios significativos en la dosis de calcimiméticos (201vs207 mg/sem), número captadores fósforo (9vs8.2 pac/dia), vitamina D nativa (70vs60%) o activadores selectivos receptor vitD (30%), fármacos gastrointestinales ni en los parámetros de adecuación dialítica.

CONCLUSIONES: 1.-En nuestro estudio, la administración de calcimiméticos intradiálisis permitió controlar el hiperparatiroidismo secundario de forma eficaz, mejorando la sintomatología gastrointestinal y el grado de satisfacción de nuestros pacientes. 2.-Con éstos resultados, consideraremos la administración de calcimiméticos intradiálisis en aquellos pacientes de nuestra unidad de HD con escaso cumplimiento terapéutico.

8. CATÉTERES TUNELIZADOS DE HEMODIÁLISIS RETENIDOS DURANTE LA EXTRACCIÓN Y SUS RARAS COMPLICACIONES

Mónica Furlano, Iara Da Silva, Cesar Ruíz, María Jesús Lloret, María Alba Herreros, Elizabeth Coll, Esther Martínez, Teresa Doñate, Joan Manuel Díaz, José Ballarín, Joaquín Martínez
Servei de Nefrologia. Fundació Puigvert. Barcelona

OBJETIVOS: Revisar la cantidad de catéteres tunelizados de hemodiálisis retenidos durante su extracción y sus complicaciones.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio retrospectivo descriptivo valorando la cantidad de catéteres tunelizados retenidos durante la extracción, zona de implantación, tiempo de uso, tipo de cateter y complicaciones posteriores.

RESULTADOS: En tres casos se observó ruptura y retención de restos del cateter. Todos los pacientes eran mujeres. Los catéteres estaban situados a nivel yugular y eran todos de tipo siliconado Canaud. El tiempo que permanecieron implantados fue de más de 24 meses. Todos los catéteres quedaron adheridos a las paredes vasculares, sin migración a distancia y sin infecciones locales concomitantes. Las complicaciones producidas estuvieron relacionadas con la ocupación del espacio endovascular, se expresaron como aumento de la presión endoluminal, disminución del retorno venoso, mayor tiempo de estasis y repercusión sobre territorios dependientes del retorno venoso con dificultad para implantación de nuevos catéteres. El caso A presentó estenosis venosa asintomática por ocupación del espacio, sin poder colocar un nuevo cateter en esa zona. En el caso B se observó como rara complicación una fístula arteriovenosa de Cognard a nivel subdural que requirió embolización en dos ocasiones siendo infructuosa ya que la paciente persiste con acúfenos. El caso C presentó aumento de edema sintomático en la extremidad superior derecha.

CONCLUSIONES: La formación de una vaina de fibrina pericaterer favorece su adhesión vascular y dificulta la extracción, pudiéndose dar una ruptura al intentar el recambio. Los catéteres no migran a distancia pero destacan complicaciones secundarias a la ocupación del espacio endovascular.

9. VALOR PREDICTIVO DE LA PREGUNTA SORPRESA EN UN GRUPO DE PACIENTES EN DIÁLISIS PERITONEAL

Isabel Garcia, Jordi Calabia, Nàdia Martín, Pere Torguet, Gerard Maté, Martí Vallès
Servei de Nefrologia. Hospital Universitari de Girona Doctor Josep Trueta

INTRODUCCIÓN: Diferentes estudios demuestran la validez de la pregunta “sorpresa” como herramienta para identificar a aquellos pacientes con mayor riesgo de mortalidad al inicio de tratamiento renal sustitutivo, sobretodo en aquellos en Hemodiálisis. No está realmente contrastado en los pacientes en Diálisis peritoneal.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se estudiaron 107 pacientes prevalentes en DP en nuestro centro. El médico responsable del programa de DP contestaba en el momento de iniciar el tratamiento a la pregunta sorpresa: “Me sorprendería que este paciente falleciera en menos de un año?”. El seguimiento era, al menos, de un año.

RESULTADOS: De los pacientes estudiados, el 67 % eran hombres. La edad media del grupo era de 57,8 años (rango 17,3 a 90). En cuanto a comorbilidad: el 31% eran Diabéticos, el 24% padecía una cardiopatía severa, el 70% eran hipertensos. Del grupo, el 80% en el momento de iniciar DP tenían diuresis residual. Solo el 2% tenía serologías positivas para HVC y/o HIV. En lo referente a los resultados de la pregunta, el 73% correspondía al grupo “sí” y el 27% restante al “no”. El número de éxitos, a 12 meses, de este grupo de pacientes fue de 3 episodios en total , 2 en el grupo del “no” y 1 en el “sí”. El Valor predictivo positivo (VPP) de la opinión del facultativo es de únicamente del 11% y el valor predictivo negativo (VPN) es del 25%.

CONCLUSIONES: En nuestro grupo, la pregunta “sorpresa” no es una buena herramienta para predecir aquellos pacientes con probabilidad de exitus en el primer año de tratamiento en DP.

10. EVOLUCIÓN DE LA FUNCIÓN RENAL POSTRASPLANTE RENAL EN PACIENTES PROCEDENTES DE DIÁLISIS PERITONEAL

Àngela Casas, Diego Sandoval, Francisca Gruart, Dimelza Osorio, Àlex Andújar,
Carlota González, María Teresa González
Unitat de Diàlisi Peritoneal. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat

INTRODUCCIÓN, OBJETIVOS Y MÉTODOS: Existen controversias en cuanto a la evolución de los pacientes trasplantados procedentes de Dialisis Peritoneal (DP). Se llevó a cabo un estudio descriptivo a partir de la cohorte de pacientes incidentes en trasplante renal (TR) procedentes de DP en el HUB entre 2005 y 2011. Se analizaron datos demográficos, parámetros de función renal, días de ingreso, complicaciones y su evolución durante los primeros 6 meses postrasplante, (se aplicó el test de Wilcoxon (p value $<0,005$)).

RESULTADOS: 40 pacientes en DP fueron trasplantados, 72,5% eran hombres, con edad media 49,48 años \pm 14,14 y 27,5% mujeres, con edad media 56,55 años \pm 10,47. Las causas de la nefropatía fueron, glomerulopatías (27,5%), Diabetes Mellitus (17,5%) poliquistosis renal (15%), no filiada (15%), nefritis intersticial crónica (12,5%), y causa urológica (5%). Los pacientes recibieron DP en promedio de 19,72 meses \pm 16, con diuresis residual de 1.068 ml (SD 495ml). El tratamiento inmunosupresor en triple terapia combinada incluyó tacrolimus 42,5%, Sirolimus 15% y Ciclosporina 12,5%. Como inductor se utilizó Basiliximab (70%), Thymoglobulina (25%) y Daclizumab (5%). Postrasplante, la media de creatinina a los 6 meses fue 135,19 μ mol/L, 90% de los pacientes presentaron niveles de creatinina menores de 200 μ mol/L. El NADIR de creatinina se alcanzó a los 75 días (SD 61,99) y la media fue de 127,05 μ mol/L (SD 69,97). La media de diuresis 24 horas fue 2.631 ml (SD 1313 ml). La estancia media hospitalaria fue de 13,61 días (SD 8,6). 16% de los pacientes requirieron diálisis postrasplante. Las tasas de rechazo agudo y la tasa de mortalidad fueron de 2,5% ($n=1$).

CONCLUSIÓN: La evolución postrasplante de nuestros pacientes de DP fue similar a la descrita en la literatura en los pacientes de hemodiálisis y no comportó más complicaciones. Concluimos que DP es un buen tratamiento para los pacientes en espera de TR.

11. REPERCUSIONES CLÍNICAS ASOCIADAS AL USO DE CATÉTERES VENOSOS CENTRALES, TEMPORALES Y PERMANENTES PARA HEMODIÁLISIS

Cristina Noboa, Jordi Calabia, Nàdia Martín, Yaima Barreiro, Carolina Molina,
Isabel Garcia, Pere Torquet, Martí Vallès

Servei de Nefrologia. Hospital Universitari de Girona Doctor Josep Trueta

OBJETIVO: Describir los aspectos clínicos relacionados con el uso de catéteres venosos centrales, temporales y permanentes para hemodiálisis.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional, descriptivo y prospectivo en 85 pacientes con diagnóstico de fallo renal agudo o crónico con necesidad de catéteres venosos centrales, colocados en la unidad de hemodiálisis, servicio de radiología y unidad de cuidados intensivos de nuestro hospital, durante los años (2011- 2013) Analizamos el motivo de colocación, tipo de catéter, complicaciones inmediatas y tardías y el tiempo medio de permanencia.

RESULTADOS: Se colocaron 130 catéteres, 67 % temporales. La vía de acceso más utilizada fue la femoral derecha (39 %). El 51% de catéteres fueron colocados por residentes de nefrología, 31 % por adjuntos y 18% por el servicio de radiología y UCI. Las principales causas de colocación fueron: fracaso renal agudo (26%) y disfunción del catéter anterior (17%). Los pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) que iniciaron diálisis sin acceso vascular previo representaron el 15%. La principal causa de retirada fue la curación (27%) seguida por cambio a catéter permanente (16%) y disfunción (14 %). En total se infectaron el 6 % (8) de los catéteres de los cuales fueron retirados sólo el 4 %, siendo *S aureus* la bacteria responsable más frecuente. La tasa de infección fue de 0.9 por 1.000 catéteres-días. El tiempo medio de permanencia de los catéteres temporales fue de 8.3 días (rango 0.40-168) y en los permanentes 85.2 días (rango 3-1023). Respecto a colocación por radiología, adjuntos o residentes, no hubo diferencias significativas en cuanto a la supervivencia.

CONCLUSIÓN: La tasa de retirada por complicaciones fue escasa, especialmente en relación a las infecciones, los paciente con ERC que iniciaron hemodiálisis sin acceso vascular previo fue del 15 % cumpliendo así con los objetivos propuestos por las guías clínicas.

12. HEMODIÁLISIS EN ANCIANOS, EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

M. Teresa Compte, P. Justo Ávila, Fernández Antuño C Gállego Gil
María de la O. Domínguez López
Hospital de la Santa Creu Jesús (Tortosa)

INTRODUCCIÓN: El envejecimiento es un factor a tener en cuenta en la población en diálisis, la edad media de los pacientes ha ido progresivamente aumentando en los últimos años. El uso de diálisis en ancianos se ha correlacionado con un aumento de la supervivencia y de la calidad de vida. En este trabajo queremos evaluar aquellos pacientes que iniciaron diálisis con una edad superior a los 70 años en nuestro centro.

OBJETIVOS: - ¿Cuál fue la incidencia de ancianos en nuestro centro en el periodo 1996/2009? - ¿Cuál es la tendencia poblacional en nuestra zona geográfica? - ¿Cuál es la mortalidad en diálisis? - ¿Cuál es la supervivencia en diálisis? - ¿Cuántos se han trasplantado?

MATERIAL Y METODOS: Estudio observacional retrospectivo que recoge los pacientes >70 años que iniciaron diálisis desde 1996 a 2009.

RESULTADOS: Se recopilaron 142 pacientes (94 hombres y 38 mujeres) que supusieron una media del 43% de los pacientes incidentes en diálisis en este periodo. La edad media a la entrada en diálisis fue de 76,57 años (4,22), la supervivencia media fue de 4,25 años (3,87) y la edad al final del seguimiento fue de 80,82 años (5,48). La mortalidad acumulada de este subgrupo de pacientes fue de un 70,5% y las causas de mortalidad más habituales fueron: Cardiovascular 52%, Neoplasias 18%, Infecciones 10% y Autólisis 3%. Solo se trasplantaron 4 pacientes durante este periodo de tiempo.

CONCLUSIONES: La incidencia en diálisis de este subgrupo de pacientes supone casi el 50% de la carga asistencial. La tendencia poblacional en los próximos años es al alza. La mortalidad de estos pacientes es muy elevada, siendo muy destacada la mortalidad cardiovascular que supone más del 50% de los exitus. La supervivencia media es de 4,25 años. El trasplante renal en este subgrupo poblacional tuvo un escaso impacto (2,8%).

13. HEMODIAFILTRACIÓ ON-LINE (HDFOL) vs. HEMODIÀLISI CONVENCIONAL (HDC) EN MALALTS D'UNA UNITAT DE DIÀLISI HOSPITALÀRIA

Diego A. Sandoval, Cinthya R. Cossio, Inés Rama, Miguel Hueso Val, Angela I. Casas,
Josep M. Grinyó, Alberto Martínez-Castelao

Servei de Nefrologia. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat

OBJETIU: Comparar qualitat del tractament substitutiu renal, paràmetres de metabolisme mineral i òssi, anèmia, episodis CV i supervivència dels malalts amb MRC a la nostra unitat.

MATERIAL I MÈTODES: estudi descriptiu retrospectiu dels malalts en programa d'HD registrant paràmetres analítics i de qualitat de diàlisi, episodis cardiovasculars i supervivència.

RESULTATS: 27 malalts (13 homes i 14 dones), edat mitja 64,7 anys, i HDC 11,2 hores/setmana, -13 amb dialitzadors de baix fluxe i 14 d'alt fluxe-, es comparen 8 malalts en HDFO (12,9%). Dels 27 malalts en HDC, 14 (51%) en dialitzen mitjançant catèter permanent, 10 (37%) FAV i 3 (12%) protèsi. El volum de reinfusió en el grup HDFOL postdilucional és $\geq > 21$ L/sessió i la durada 12h/setmana, tots mitjançant FAV. La diabetes fou la causa de MRC en 6 malalts en el grup HDC i 2 en HDFOL. Set malalts del Grup HDC i 2 del Grup HDFOL varen presentar episodis CV pre inici de HD. El grup HDC: spKT/V 1.39; Ca 2,1 mmol/L, P 1,4 mmol/L, PTHi 28,7 pmol/L; Hb 10,6 mg/dl, ISAT 27,3%, ferritina 393.5 μ mol/L. Les dosis mensual d'AEE 144.1 μ g. El grup HDFOL: spKT/V:1.44, Hb: 11.95 mg/dl, ISAT: 41.2%, ferritina: 489.8 μ mol/L, Ca: 2,23 mmol/L, P: 136 mmol/L, PTHi: 26 pmol/L. Les dosis d'AEE són 157.1 μ g. El temps promitg de seguiment és en HDC de 44.8 mesos i en HDFOL 51.6 mesos. No hi ha hagut cap èxitus.

CONCLUSIONS: Malgrat els resultats de l'estudi ESHOL, en aquest petit grup de malalts amb factors de risc CV i altres patologies, no hem observat deferències significatives en HDFOL vs l'HDC pel que fa a la qualitat de diàlisi, paràmetres de metabolisme òssi i mineral o supervivència del malalt. Unicament els malalts en HDFOL presenten millors xifres d'HB a igualtat de dosis mensual promig d'agents eritropoietics.

XXIX

REUNIÓ ANUAL DE LA SOCIETAT CATALANA
DE NEFROLOGIA

14. CALCIFILAXI. EVOLUCIÓ ALS 6 MESOS DE TRACTAMENT

M. Teresa Compte, Lucienne Fernández, Cristina Gállego, Pablo Justo, Pere Angelet
Hospital de la Santa Creu. Jesús (Tortosa)

OBJECTIU: Valorar l'evolució de les úlceres d'extremitat inferior secundàries a calcifilaxi amb tractament: tiosulfat sòdic, hemodiàlisi, antibiòtic més control de les alteracions calci-fòsfor.

MATERIAL I MÈTODES: Dona de 73 anys afecta de dislipèmia, HTA, obesitat grau I (IMC 30) i malaltia renal crònica estadi 5 amb úlceres grau II-III d'evolució tòrpida a extremitats inferiors (tibials). Revisió d'antecedents previs a la nostra visita: hiperparatiroidisme secundari (PTHi 759 pg/ml), dèficit de 25(OH)D3 4 ng/ml amb calci 8,3 mg/dl i fòsfor 4,1 mg/dl; pel que se li havia pautat colecalciferol/ carbonat càlcic més paricalcitol. S'efectua biòpsia cutània d'úlcera amb diagnòstic de calcinosis cutània. Analítica: hipercalcèmia (calci 10,6 mg/dl), 25(OH)D3 58,26 ng/ml, fòsfor i PTHi normals. Tractament efectuat: s'inicia programa d'hemodiàlisi 3 dies x setmana, utilitzant bany de calci baix (Ca 2,5 mEq/L). Es retira colecalciferol/carbonat càlcic i paricalcitol. Es pauta tiosulfat sòdic 25 g i.v. 3 vegades/setmana més cinacalcet. Cures diàries d'úlceres amb tractament antibiòtic continu oral (ciprofloxací i posteriorment doxiciclina).

RESULTATS: L'evolució de les úlceres ha estat milloria lenta i progressiva amb resolució complerta als 6 mesos. En les analítiques de control PTHi, calci i fòsfor dintre dels límits de la normalitat.

CONCLUSIONS: La calcifilaxi és una malaltia poc freqüent amb una mortalitat alta (60-80%), que malgrat no haver tractament específic, el nostre cas s'ha resolt amb les mesures de cura tòpica, control metabolisme calci-fòsfor-PTH, hemodiàlisi més tractament durant 6 mesos amb tiosulfat sòdic.

15. CREACIÓN DE UN PROTOCOLO PARA EFECTUAR EL CAMBIO DE PROLONGADOR DEL CATÉTER DE DIÁLISIS PERITONEAL EN PEDIATRÍA

Rosa María Martín Fernández, María Dolores Abad Ruiz, Gisela Borge Navarro,
Jéssica Fernández Nofuentes, Sonia Galindo Maycas, Edith Latorre Pallarols,
M. Sara Lorente Arnaiz, Silvia Matamala Gómez, Sandra Sánchez Mellado
Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona

INTRODUCCIÓN: En diálisis peritoneal el cambio de prolongador del catéter es una técnica efectuada por el personal de enfermería que se tiene que realizar manteniendo un circuito cerrado y de forma aséptica para reducir el riesgo de infección.

OBJETIVO: Establecer pautas básicas de actuación durante el cambio de prolongador del catéter de diálisis peritoneal creando un protocolo de consulta para minimizar el riesgo de contaminación mediante técnicas de higiene y asepsia adecuadas.

MATERIAL Y MÉTODOS: La metodología empleada se basa en la experiencia del personal de enfermería que trabaja en servicios de nefrología pediátrica y en la consulta de otros profesionales de los laboratorios comercializadores del producto. También en la revisión bibliográfica de artículos científicos y protocolos estandarizados.

RESULTADOS: Con la creación de esta herramienta de trabajo se ha conseguido minimizar el riesgo de infección en este grupo de pacientes y proporcionar un estándar de curas de enfermería de fácil acceso tanto para el personal fijo como el de nueva incorporación.

CONCLUSIONES: Es importante determinar la intervención de enfermería en la técnica del cambio de prolongador del catéter de diálisis peritoneal en el paciente pediátrico para prevenir complicaciones.

16. EDUCACIÓN SANITARIA EN DIÁLISIS PERITONEAL DOMICILIARIA AL CUIDADOR DEL PACIENTE PEDIÁTRICO

Rosa María Martín Fernández, María Dolores Abad Ruiz, Gisela Borge Navarro,
Jéssica Fernández Nofuentes, Sonia Galindo Maycas, Edith Latorre Pallarols,
M. Sara Lorente Arnaiz, Sílvia Matamala Gómez, Sandra Sánchez Mellado

Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona

INTRODUCCIÓN: La diálisis peritoneal domiciliaria al niño pediátrico, es una alternativa terapéutica que ha permitido el tratamiento fuera del hospital mejorando considerablemente el estilo y calidad de vida del paciente y de sus cuidadores.

OBJETIVO GENERAL: Establecer pautas básicas de actuación para capacitar a los cuidadores del paciente pediátrico en el procedimiento de la técnica, curas y soluciones ante las posibles incidencias de la diálisis peritoneal domiciliaria pediátrica.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS: La persona responsable de realizar el tratamiento será capaz de: • Efectuar la técnica y tratamiento de forma correcta. • Realizar la cura del punto de inserción del catéter de forma aséptica. • Detectar posibles complicaciones. • Mantener una higiene idónea.

MATERIAL Y MÉTODOS: La metodología empleada se basa en la experiencia del personal de enfermería que trabaja en servicios de nefrología pediátrica y en la consulta de otros profesionales de los laboratorios comercializadores de la cicladora. También en la revisión del manual del aparato de diálisis y protocolos estandarizados. Durante la estancia hospitalaria proporcionaremos educación sanitaria al cuidador principal reforzando las carencias detectadas y entregando información escrita de fácil consulta.

RESULTADOS: Con la educación sanitaria se consigue reducir la estancia hospitalaria del niño y la reinscripción de este en su ámbito habitual. El cuidador principal adquiere tanto las habilidades necesarias para realizar la técnica de diálisis peritoneal como los hábitos higiénicos personales y del entorno.

CONCLUSIONES: Con este programa se promueve la autonomía del paciente pediátrico y de sus cuidadores mejorando la adaptación a la enfermedad. Hay que destacar la importancia de la educación sanitaria por parte del equipo de enfermería, para prevenir posibles complicaciones.

17. ACTIVACIÓN DE LA VÍA DEL COMPLEMENTO EN INSUFICIENCIA RENAL AGUDA

Eva Rodríguez, Clara Barrios, Núria Montero, Alejandra Prada,
Marta Riera, M. A. Orfila, Julio Pascual
Servei de Nefrologia. Hospital del Mar. Barcelona

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Se ha descrito que la vía del complemento está involucrada en la fisiopatología de distintas enfermedades renales; demostrando que el complejo ataque membrana C5b-C9 (MAC) está relacionado con la fisiopatología de la glomerulonefritis membranosa en modelos murinos y con la Insuficiencia Renal Aguda (IRA) en modelos de isquemia reperfusión. La activación del MAC produce estimulación de citoquinas inflamatorias (interleuquina-6) y activación de neutrófilos. El objetivo es comprobar si en IRA se produce activación de MAC con estimulación de IL-6 y activación de neutrófilos, medido a través de los niveles plasmáticos de NGAL.

MÉTODOS: Se han recogido 77 muestras de plasma-EDTA de las cuales 61% (47 pacientes) tenían IRA y 38% (30 pacientes) con función renal normal pero sometidos a los mismos factores de riesgo que sus homólogos. Las muestras se han clasificado en IRA 2º sepsis (n=26, IRA 47%), IRA 2º isquemia-reperfusión (trasplante renal) (n=23; IRA 70%), 15 pacientes en tratamiento con colistina (nefrotoxicidad) (IRA 46%) y 13 pacientes con distintos factores de riesgo de IRA, de lo cuales 50% desarrollaron IRA Mixta. Se realizó determinación de IL-6 mediante técnica de ELISA y NGAL mediante inmunoensayo por fluorescencia.

RESULTADOS: Los niveles plasmáticos de MAC fueron significativamente más elevados en pacientes con IRA comparado con sus homólogos con función renal normal (501 ± 247 mAU/mL vs 388 ± 150 mAU/mL; $p=0.015$). Los niveles plasmáticos de IL-6 fueron significativamente más elevados en pacientes con IRA (10.47 ± 2.8 pg/mL vs 7.37 ± 3.0 pg/mL: $p=0.02$) y los niveles de NGAL también fueron más elevados en pacientes con IRA comparado con aquellos pacientes con función renal normal ($570,5 \pm 305$ ng/mL vs $292,5 \pm 233$ ng/mL; $p < 0.01$).

CONCLUSIONES: Nuestro datos muestran, que independientemente de la etiología de IRA, el sistema del complemento está activado pudiendo estar implicado en la estimulación de IL-6 y liberación de NGAL por los neutrófilos.

18. ESPECTRE FENOTÍPIC D'UNA COHORT DE PACIENTS AMB MUTACIÓ AL GEN HNF1B

Nàdia Ayasreh, Roser Torra, Estefanía Eugui, Gemma Bullich, José Ballarín, Elisabet Ars
Servei de Nefrologia. Departament de Nefropaties Hereditàries. Fundació Puigvert. Barcelona

INTRODUCCIÓ: HNF1B (Hepatocyte Nuclear Factor 1-B localitzat al cromosoma 17q21.3) és un factor de transcripció amb un paper fonamental en els primers estadis del desenvolupament i en la organogènesi de diferents teixits com el renal, hepàtic, pancreàtic o genital. Les mutacions d'aquest gen s'hereten amb un patró autosòmic dominant. A nivell renal acostumen a presentar-se alteracions morfològiques i graus variables d'afectació tubular. A nivell extrarenal s'ha relacionat amb la diabetis tipus MODY, malformacions genitals o alteracions hepàtiques. La gran variabilitat de formes de presentació fa que la sospita clínica resulti en moltes ocasions difícil.

OBJECTIUS: Descripció clínica i genètica dels pacients identificats en el nostre centre amb mutació al gen HNF1B

MATERIAL I MÈTODES: S'analitzen pacients amb patologia quística renal de presentació atípica amb estudi genètic negatiu per poliquistosis renal autosòmica dominant (gens PKD1/PKD2) i/o recessiva (PKHD1). L'anàlisi mutacional es realitzà amb tècniques de QMPSF (Quantitative Multiplex PCR of Short Fluorescent Fragments) i comprovació amb PCR semiquantitativa, i seqüenciació directe dels 9 exons HNF1B.

RESULTATS: Dels 6 pacients identificats amb mutació al gen HNF1B, tots presentaven quists corticals bilaterals i un dels pacients (fetus), oligomeganeftonia. En quant l'afectació extrarenal, 2 pacients van presentar diabetes, no es van detectar malformacions genitals en cap dels pacients i un pacient va presentar hiperuricèmia precoç. En quant les mutacions detectades, 3 van ser grans delecions (2 del gen sencer), 2 grans insercions i 2 mutacions puntuals.

CONCLUSIONS: L'espectre fenotípic associat a mutacions en el gen HNF1B presenta una gran variabilitat interfamiliar i intrafamiliar. No hi ha una relació genotip-fenotip clara en quant forma de presentació o evolució de la malaltia. Es recomana estudi de HNF1B en pacients pediàtrics o adults amb patologia estructural renal, especialment si s'associa a diabetis tipus MODY, malformacions genitals, hipomagnesèmia, hiperuricèmia o antecedents familiars de nefropatia.

19. LA GONADECTOMIA PREVEU L'INCREMENT EN LA PRESSIÓ ARTERIAL I L'ACTIVITAT SÈRICA DE L'ECA EN RATOLINS MASCLÉS DIABÈTICS *KNOCKOUT* PER L'ENZIM CONVERSOR D'ANGIOTENSINA 2

Sergi Clotet, María José Soler, Marta Rebull, Julio Pascual, Marta Riera

Servei de Nefrologia. Hospital del Mar-IMIM. Barcelona

OBJECTIUS: La supressió de l'enzim conversor de l'angiotensina (ECA)2 empitjora la lesió renal. L'activitat circulant d'ECA2 es veu incrementada en ratolins mascles diabètics de la soca NOD. L'efecte de la gonadectomia en ratolins mascles diabètics i knockout per ECA2 (ECA2KO) no ha estat estudiat.

MATERIALS I MÈTODES: Estudiem l'efecte de la deleció d'ECA2 en la pressió arterial sistòlica (PAS), l'excreció urinària d'albumina (EUA), el quocient pes renal / pes corporal (PR/PC) i l'activitat enzimàtica d'ECA en sèrum (s) i ronyó (r) de ratolins c57bl/6 mascles tractats amb estreptozotocina (STZ) i els controls no diabètics (CONT). S'avalua també l'efecte de la gonadectomia en els ratolins diabètics ECA2KO. Els ratolins es segueixen durant 19 setmanes després de la inducció de la diabetis amb STZ. Grups d'estudi: ECA2KO-CONT, ECA2KO-STZ i ratolins gonadectomitzats pre-inducció de diabetis GDX-ECA2KO-STZ. **RESULTATS:** S'observà hiperglucèmia en tots els grups que van rebre STZ. La relació PR/PC i l'EUA incrementaren en els ratolins diabètics wildtype (WT, EUA 12 vegades vs. controls) i ECA2KO (EUA 27 vegades vs. controls). Els ratolins ECA2KO diabètics van mostrar una PAS augmentada respecte els WT diabètics. El grup dels ECA2KO diabètics gonadectomitzats va mostrar valors significativament inferiors de glucosa en sang (GS), PAS, EUA i PR/PC en comparació amb els no gonadectomitzats. L'activitat circulant d'ECA va resultar significativament major en els ratolins WT diabètics que en els WT-CONT, a més de ser superior en els ECA2KO-CONT respecte els WT-CONT. La gonadectomia va provocar una disminució significativa de l'activitat circulant d'ECA. L'activitat renal d'ECA disminuï significativament en els ratolins diabètics WT i ECA2KO.

CONCLUSIONS: En els ratolins ECA2KO l'activitat d'ECA en sèrum està augmentada. A més, la PAS resultà més elevada en els ratolins ECA2KO diabètics que en els WT diabètics. La gonadectomia reduï la GS, l'EUA, la hipertròfia renal, la PAS i l'activitat circulant d'ECA.

20. HIPERPARATIROIDISMO AUTÓNOMO EN ERC DE ESTADIOS 3-4 TRATADOS CON CINACALCET

Iara DaSilva, Mónica Furlano, Joselyn Reyes, José Ballarín, Jordi Bover
Fundació Puigvert. Barcelona

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: El hiperparatiroidismo (HP) autónomo (primario o terciario) es una patología infradiagnosticada en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC). El objetivo principal de este estudio es analizar el efecto de cinacalcet en estos pacientes.

MÉTODOS: Veinte pacientes con ERC estadio 3-4 fueron diagnosticados de HP durante su seguimiento y fueron tratados. El HP se diagnosticó por hipercalcemia y hormona paratiroidea intacta (iPTH) elevada o no adecuadamente suprimida. Los resultados se expresan como la media \pm DE antes y después de Cinacalcet, comparándose con el test de Wilcoxon ($p < 0,05$).

RESULTADOS: Los pacientes tenían 73 ± 10 años, 80% mujeres, 65% Tc-sestamibi positivos, 30% con litiasis, 59% insuficientes y 36% deficientes en vitamina D. La dosis media de cinacalcet fue 37 ± 30 mg/24 h tras $1,3 \pm 1,0$ años de seguimiento. El calcio disminuyó de $2,78 \pm 0,22$ mmol/l a $2,55 \pm 0,21$ ($p < 0,0001$) y a $2,48 \pm 0,10$ excluyendo tres pacientes intolerantes y un no respondedor ($p < 0,0001$). No se observaron diferencias en los niveles plasmáticos de iPTH (282 ± 220 pg/ml vs. 219 ± 77), fósforo, filtrado glomerular (basal 38 ± 11 ml/min/1,73m²), calcidiol y calciuria. Cuatro pacientes fueron posteriormente sometidos a una paratiroidectomía exitosa. Una paratiroidectomía precoz se indicó por hipercalcemia severa resistente a cinacalcet y otra a los 184 días por intolerancia. Dos paratiroidectomías fueron electivas. En intolerantes (15%), el cinacalcet se retiró principalmente por síntomas gastrointestinales. En algunos pacientes (25%) se apreció una mejoría subjetiva del estado mental y bienestar general.

CONCLUSIONES: 1) El HPA debe considerarse en la ERC con elevaciones incluso leves de calcio. 2) Dosis bajas de cinacalcet son seguras y efectivas en estos pacientes. 3) No es infrecuente observar mejorías clínicas incluso con hipercalcemias leves, pero la intolerancia o resistencia al cinacalcet limitan su uso. 4) Sería importante valorar a largo plazo los beneficios del tratamiento de la hipercalcemia sobre la evolución o morbimortalidad de la ERC.

21. FRACÀS RENAL AGUT INTRAHOSPITALARI IATROGÈNIC: RESULTATS DE L'APLICACIÓ D'UN PROTOCOL DE PREVENCIÓ

Anna Saurina, Victòria Pardo, Núria Barba, Esther Jovell, Mònica Pou,
Vicent Esteve, Miquel Fulquet, Verònica Duarte, Javier Macías, Fàtima Moreno,
José Carneiro, Manel Ramírez de Arellano

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

INTRODUCCIÓ: La incidència de fracàs renal agut intrahospitalari (FRAI) pot afectar entre un 5-7 % dels pacients hospitalitzats, incrementa la morbiditat i es un factor predictor independent d'estancia i despesa hospitalària. La prevalença del FRA iatrogènic sol estar infravalorada però oscil·la entre un 6 i un 35.3%.

OBJECTIU: Anàlisi del FRAI, aplicació d'un protocol de prevenció i reducció del FRAI iatrogènic.

MATERIAL I MÈTODES: Estudi unicèntric i prospectiu dividit en 2 fases. 1ª Fase: detecció i anàlisi del FRAI durant un període de 9 mesos. Elaboració i aplicació d'un protocol de prevenció, i actuació precoç en FRAI. 2ª Fase: Nou estudi del FRAI després de l'aplicació de protocol. Anàlisi de resultats i elaboració de conclusions.

RESULTATS: 394 episodis de FRAI entre les dues fases (167/227). Edat mitja: 75a i predomini de sexe masculí (61.4%) i un 75.4% amb antecedent de HTA. Un 65.5% presentaven inestabilitat hemodinàmica i un 36.3% procès infecció. Temps mig de detecció: 3.99 dies. Principal etiologia: prerenal (92.9%). Un 3.3% va requerir TSR. Després de l'aplicació del protocol s'ha observat una reducció en el temps de detecció del FRAI (4.95 vs 3.92, P=ns), i de la durada de l'estança hospitalària 18.18 vs 13.74 dies (ns, p=0.087), però amb disminució de la durada de l'episodi de FRAI (8.99 vs 5.83, p=0). L'anàlisi demostra una millor monitorització de la diuresi (74.4% vs 83.3%, p=0.012) i disminució de la iatrogènia detectada (52.1% vs 37%, p=0.0002) a expenses d'una ràpida correcció de la situació d'inestabilitat hemodinàmica dels pacients (68.9 vs 80.2 %, p=ns).

CONCLUSIONS: 1-La iatrogènia relacionada amb el FRAI té una prevalença no despreciable. 2- L'elaboració d'un protocol de prevenció de FRAI la seva aplicació sistemàtica amb participació multidisciplinària ha permès una disminució significativa del FRAI iatrogènic i les seves conseqüències.

22. HIALINOSIS SEGMENTARIA Y FOCAL, VARIANTE COLAPSANTE: TRES CASOS PEDIÁTRICOS

Juan A. Camacho, María Ramos, Anna Vila, Jordi Vila, C. Jou*, M. Suñol*
Secció de Nefrologia i Servei d'Anatomia Patològica*. Hospital Maternoinfantil
Sant Joan de Déu. Barcelona

INTRODUCCIÓN: La hialinosis segmentaria y focal variante colapsante fue descrita en asociación con infección HIV (Nefropatía asociada a SIDA). Posteriormente se ha descrito en pacientes libres de HIV, de presentación primaria, asociada a terapia con bifosfonatos o antiinflamatorios, en Lupus, Nefropatía IgA, en pacientes trasplantados o asociada a enfermedad mitocondrial. La respuesta al tratamiento es variable.

CASUÍSTICA: Presentamos 3 pacientes con HSF colapsante de distinta etiología. Caso 1: Niña de 5 años 10 meses. Inicio como Síndrome nefrótico (SN) + Microhematuria + HTA. Córtricoresistente, sin respuesta a bolus de MPD. Biopsia inicial: LGM IF (-). No respuesta a Ciclofosfamida (CF) ni a Ciclosporina (CyA). Remisión parcial tras 4 dosis de Rituximab. Empeoramiento progresivo a partir de los 6 meses de la administración de RTX, con escasa respuesta a PRD + Tacrólimus. 2ª Biopsia: HSF colapsante. A los 20 meses del inicio empieza a presentar IR. Caso 2: Niña de 16 meses. SN + Macrohematuria + HTA. Córtricoresistente, escasa respuesta a bolus y CF. Biopsia: HSF colapsante. Respuesta a PRD + CyA: a los 5 meses Índice P/C 0.79. Destacar como antecedente familiar: madre afectada de SIDA descubierto en el embarazo. La niña negativiza anticuerpos a los 7 meses de vida. Caso 3: Niño de 7 meses. SN + Microhematuria + HTA en contexto de sepsis y peritonitis primaria. Biopsia: HSF colapsante. Córtricoresistente. Inicia IR y Diálisis peritoneal a los 2 meses de evolución. Estudio genético (-). En los 6 meses siguientes presenta 3 episodios de fracaso renal multiorgánico. Biopsia muscular sugestiva de Miopatía mitocondrial. Se trata con CoQ10 y Lcarnitina y se trasplanta a los 11 meses del debut. 8 meses después del trasplante el paciente está asintomático. Pendiente confirmación genética de su enfermedad mitocondrial.

COMENTARIO: 3 formas distintas, 3 debuts iguales, 3 evoluciones distintas, corticorresistencia en todos ellos.

23. DESCRIPCIÓN CLÍNICA DE UNA SERIE DE PACIENTES CON ESPONDILODISCITIS AGUDA ASOCIADA A INSUFICIENCIA RENAL

Alejandra Prada, Silvia Collado, Núria Montero, Higinio Cao, Francesc Barbosa,
María José Soler, Clara Barrios, Eva Rodríguez, Julio Pascual
Servei de Nefrologia. Hospital del Mar. Barcelona

OBJETIVO: Analizar los casos de espondilodiscitis asociados a insuficiencia renal, así como sus formas de presentación y factores de riesgo relacionados.

PACIENTES Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo de los pacientes con espondilodiscitis e insuficiencia renal, detectados en el periodo 1980-2012 en nuestro centro. Se recogió la presentación clínica, localización, métodos diagnósticos, tipos de acceso vascular, comorbilidades asociadas, manejo y mortalidad.

RESULTADOS: Se diagnosticaron 12 casos, 83,3% varones, con edad media de $73,2 \pm 12,7$ años y 38,2 días. El síntoma predominante fue el estancamiento prolongado, de 57,1 dolor osteoarticular (41,7%), seguido de la afectación neurológica (33,3%) y fiebre (25%). En la mitad de los casos, la localización fue lumbar y la complicación más frecuente la compresión medular (25%). Los hemocultivos fueron positivos en el 75% y los microorganismos responsables más prevalentes fueron los cocos Gram positivos (66,7%) y bacilos gramnegativos (8,3%). Los antibióticos más utilizados fueron la cloxacilina y la vancomicina, seguidos de los carbapenémicos. Los parámetros inflamatorios analíticos medidos fueron: PCR $14,5 \pm 10,2$ mg/dl, VSG $67,5 \pm 24,9$ mm/hora, leucocitosis $12,618 \pm 3,957 \times 10^3$ /ul, Albúmina $3,11 \pm 0,8$ gr/dl. El método diagnóstico principal fue la resonancia magnética (83,3%). Un 58,3% presentaban insuficiencia renal crónica y el 50% estaban en programa de hemodiálisis con un tiempo medio de $31,4 \pm 40,6$ meses. De estos, el 50% eran portadores de catéter transitorio. La presencia de diabetes mellitus y el catéter transitorio fueron factores asociados. La mortalidad total fue de un 25%, siendo más frecuente en los pacientes que requirieron hemodiálisis ($p=0,046$).

CONCLUSIONES: La espondilodiscitis es una complicación poco frecuente pero grave en el paciente renal, que se presenta principalmente en pacientes diabéticos que requieren diálisis y portan catéter transitorio

24. LES LESIONS HISTOLÒGIQUES DE MAL PRONÒSTIC EN LA NEFROPATIA IgA PODEN REFLECTIR-SE EN ELS PERFILS DE PÈPTIDS D'ORINA I SANG?

M. Navarro-Muñoz, F. Graterol, M. Ibernón, D. López, R. Romero, J. Bonet
Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona

INTRODUCCIÓ: La nefropatia IgA (NlgA) és la glomerulonefritis primària més freqüent i la seva evolució és variable depenent dels factors clínics, bioquímics i histològics de mal pronòstic (reacció extracapil·lar, IFTA, glomerulosclerosi, proliferació endocapil·lar i mesangial). El seu diagnòstic es realitza mitjançant la biòpsia renal. La proteòmica permet trobar pèptids en orina/sang relacionats amb les lesions histològiques de mal pronòstic.

OBJECTIU: Determinar pèptids en sang/orina en pacients amb NlgA relacionats amb les lesions histològiques segons la Classificació d'Oxford.

MATERIAL I MÈTODES: Estudi prospectiu inclou 39 pacients amb NlgA entre 2006-2012, 6 dels quals presentaven reacció extracapil·lar, i un grup de 20 controls. Recollirem dades clíniques i bioquímiques en el moment del diagnòstic i durant 24 mesos. Avaluarem les lesions histològiques segons els criteris d'Oxford, i analitzarem per MALDI-TOF les mostres de orina/sang.

RESULTATS: Entre els pacients que presentaven o no reacció extracapil·lar s'observaren diferències en 16 pèptids en orina, 2 en plasma i 3 en sèrum. Entre els diferents graus de lesió T0-T1-T2, es van observar diferències en 40 pèptids en orina, 123 en plasma i 17 en sèrum. Així mateix, es van observar diferències en 17 pèptids en orina, 8 en plasma i 12 en sèrum entre la lesió histològica E0-E1. També, es van observar diferències en 13 pèptids en orina i 3 en sèrum entre la lesió histològica S0-S1. Per valorar les lesions E i S es van agrupar segons presència o absència mantenint invariable les lesions IFTA i proliferació mesangial, observant-ne diferències en 14 pèptids en orina i 2 en plasma. Es va analitzar la relació de tots aquests pèptids significatius relacionats amb alguna de les lesions descrites amb la funció renal i la proteïnúria als 24 mesos. La funció renal correlacionava en orina, inversament amb m/z 1525, 1757, 2993, 3004, 3475, 4354, 4371, 4419, 5310, 5449, 5860, 5917, 6242, 6445, 6513, 6656, 6671, 6792, 6951, 7051, 7068, 7130, 7148, 7497, 7627, 7708, 7740, 8781, 8856. Però, positivament amb m/z 1945, 2044, 2075, 2192. En plasma, positivament amb m/z 1935. I en sèrum, inversament amb m/z 2288, 2584, 2611. I positivament, 5065. La proteïnúria correlacionava inversament amb m/z 5670 en plasma, i amb m/z 2191, 2288, 2584, 2611, 2817, 3022, 3159, 3563, 3690, 4063 en sèrum.

CONCLUSIONS: Els perfils de pèptids d'orina/sang poden utilitzar-se com a marcadors de mal pronòstic en la NlgA i predir l'evolució renal al moment de l'anàlisi de la biòpsia renal.

25. CARACTERÍSTIQUES DELS PACIENTS AMB MIELOMA MÚLTIPLE EN TRACTAMENT SUBSTITUTIU RENAL A CATALUNYA

Nàdia Martín Alemany¹, Jordi Comas Farnés², Emma Arcos Fuster², Jordi Calabia Martínez¹,
Isabel Garcia Méndez¹, Pere Torguet Escuder¹, Gerard Maté Benito¹, Martí Vallès¹
*Servei de Nefrologia. Hospital Universitari de Girona Doctor Josep Trueta¹.
Registre Català de Malalties Renals²*

OBJECTIUS: Descriure la incidència, prevalença, característiques clíniques i supervivència dels pacients en tractament substitutiu renal (TSR) per mieloma múltiple (MM) a Catalunya.

MATERIAL I MÈTODES: S'han seleccionat del registre de malalts renals de Catalunya els casos incidents en TSR entre els anys 1994 i 2010, i els casos prevalents a 31/12/2010. S'han comparat els casos amb una malaltia renal primària (MRP) per MM (codi EDTA: 82) amb els casos amb altres MRP.

RESULTATS: 201 casos de MM a Catalunya. La incidència va ser d'1,27% i la prevalença a 31/12/2010 del 0,4% respecte el total de casos en TSR. Les característiques dels pacients amb MM vs altres causes a l'inici del TSR van ser: menys homes (52,7% vs 63,2%), major edat mitjana (68,8 anys vs 63,0 anys), major presentació aguda de la MRP (52,0% vs 9,3%), major percentatge d'HD inicial (98,0% vs 91,0%). Als 90 dies de tractament, un 3,7% dels casos recuperen la funció renal vs el 0,6% de la resta de casos. Un 5,1% dels casos prevalents amb MM tenen un trasplantament renal funcionant vs el 51,7% de la resta. No s'observen diferències significatives en l'hemoglobina ni en l'albumina dels casos prevalents. La supervivència a l'any fou del 54,0% pels casos MM vs el 85,8% i als 5 anys del 10,8% vs el 52,4%. Les principals causes de mort en els pacients MM van ser neoplàsiques (41%), infeccioses (16,8%) i cardíaques (13,3%).

CONCLUSIONS: El MM representa un petit percentatge de pacients, més anyosos. Un petit percentatge es trasplanta, doncs continua essent una patologia de mal pronòstic i elevada mortalitat a l'any de l'inici del TSR. Un percentatge més elevat de pacients recuperen la funció renal els 3 primers mesos, pel que és imprescindible un diagnòstic i tractament precoç, i un seguiment acurat per evitar el TSR definitiu.

26. GLOMERULOPATIA C3. REVISIÓN DE 4 CASOS

C. Molina Rodríguez, N. Martín Alemany, I. Garcia Méndez, Y. Barreiro Delgado,
C. Novoa Paez, C. Córdoba Herrera, M. Vallès Prats
Servei de Nefrologia. Hospital Universitari de Girona Doctor Josep Trueta

INTRODUCCIÓN: La glomerulopatía C3 (GC3) es una entidad infrecuente caracterizada por depósitos glomerulares de C3 en ausencia de depósitos de inmunoglobulinas. Típicamente los pacientes presentan proteinuria, frecuentemente nefrótica, hematuria y grados variables de hipertensión y azoemia. Se asocia con deterioro crónico de la función renal llevando a insuficiencia renal terminal entre un 37% y 50% de los casos.

OBJETIVOS: Presentar nuestra experiencia con 4 casos de GC3, describiendo las características de los pacientes y evolución de la función renal. Material y métodos: Estudiamos 4 pacientes con GC3: forma de presentación, tratamiento y evolución de función renal. Tiempo medio de seguimiento de 12.5 meses. Registramos datos analíticos al diagnóstico y final del seguimiento. El estudio de la biopsia renal empleó técnicas de microscopía óptica e inmunofluorescencia, no se realizó microscopía electrónica.

RESULTADOS: La mediana de edad fue 51 años (39 - 62). El síntoma renal predominante fue la microhematuria con proteinuria nefrótica en 3 pacientes, mediana de 4.3 g/24 h (0.4 - 13). Todos presentaron alteración de la función renal (2 precisaron hemodiálisis al diagnóstico). Tres pacientes presentaron niveles bajos de C3 con niveles normales de C4. En todos, el estudio anatomopatológico mostró cambios de glomerulonefritis membranoproliferativa junto con semilunas celulares. Todos recibieron tratamiento inmunosupresor con bolos de corticoides, 3 con ciclofosfamida y 1 con micofenolato. Al final del seguimiento 2 pacientes recuperaron función renal, 1 evolucionó hacia enfermedad renal crónica terminal y el otro presentó estabilidad de la enfermedad renal permaneciendo en estadio 4 tras 2 años de seguimiento.

CONCLUSIÓN: El tratamiento con ciclofosfamida fue exitoso en prevenir la progresión de la enfermedad renal en 2 pacientes con GC3 sin presentar complicaciones secundarias. Aunque con pocos pacientes, puede que la buena evolución se relacione con el hecho de ser agresivos con el tratamiento ante la presencia de proliferación extracapilar.

27. VALORES PLASMÁTICOS NGAL PARA VALORAR LA SEVERIDAD DE IRA DE DISTINTAS ETIOLOGÍAS

Eva Rodríguez, Clara Barrios, Alí Berrada, Carlos Arias, Marta Riera, M. A. Orfila, Julio Pascual
Servei de Nefrologia. Hospital del Mar. Barcelona

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: NGAL (Lipocalina asociada a Gelatinasa de Neutrófilos) es una glicoproteína que se libera a sangre y orina por el epitelio tubular dañado, antes de la elevación de la creatinina, constituyendo uno de los más prometedores marcadores de daño tubular.

MÉTODOS: 134 muestras plasma-EDTA, el 52% de los pacientes diagnosticados de IRA y 48% en las mismas condiciones clínicas que los anteriores pero con función renal normal. La muestra se ha clasificado en modelo de IRA 2º Sepsis (27 pacientes; 51.9% IRA vs 48% no-IRA), 2º Nefrotoxicidad (tratamiento con Colistina) (50 pacientes; 46% IRA vs 54% no-IRA), modelo de isquemia-reperusión (trasplante renal) y modelo IRA Mixta. Hemos realizado determinaciones de NGAL mediante inmunoensayo por fluorescencia.

RESULTADOS: Los niveles plasmáticos de NGAL fueron significativamente superiores en pacientes con IRA comparado con sus homólogos con función renal normal (582 ± 44 ng/mL vs 316 ± 41 ng/mL; $p < 0.001$); en los pacientes con IRA, las determinaciones plasmáticas de NGAL fueron significativamente más elevados en aquellos que necesitaron tratamiento renal sustitutivo (715 ± 73 ng/mL vs 499 ± 48 ng/mL; $p = 0.014$) y en aquellos que fallecieron durante el ingreso (793 ± 111 vs 442 ng/mL; $p = 0.01$). Además, fueron diferentes según recuperaran o no función renal al alta, siendo más bajos en aquellos recuperaron función renal (258 ± 48 vs 336 ± 73 ng/mL; $p = 0.01$). Realizamos curva COR para estudiar la capacidad predictiva del modelo en relación a la necesidad de tratamiento renal sustitutivo, con una AUC 0.8; IC 95% (0.57-0.87; $p = 0.03$) y respecto a la probabilidad de ser éxito, AUC 0.89; IC 95% (0.54-0.9). No hallamos diferencias entre las distintas etiologías de IRA.

CONCLUSIONES: Nuestros resultados muestran que los niveles plasmáticos de NGAL pueden ser útiles para distinguir aquellos pacientes con IRA de cualquier etiología, en riesgo de necesitar tratamiento renal sustitutivo, de ser éxito y para predecir si recuperaran o no función renal.

28. SÍNDROME DE ENCEFALOPATÍA POSTERIOR REVERSIBLE (PRES). A PROPÓSITO DE 5 CASOS CLÍNICOS

Lourdes Carolina Vázquez Jiménez, Ioana Elena Bancu,
Maria Isabel Troya Saborido, Josep Bonet Sol
Servei de Nefrologia. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona

INTRODUCCIÓN: El PRES es un cuadro clínico generalmente acompañado de hipertensión arterial (HTA) y convulsiones, asociado a un patrón radiológico cerebral típico -que puede o no ser reversible- de edema vasogenico con predominio a nivel de la sustancia blanca.

OBJETIVOS: Presentar nuestra experiencia en pacientes con PRES para sensibilizar y favorecer el reconocimiento del cuadro clínico.

RESULTADOS: Hemos identificado 5 episodios de PRES, 2 hombres y 3 mujeres, con edades de entre 16-64 años. Entre los antecedentes patológicos se describieron lupus eritematoso sistémico (2/5), HTA (1/5), glomerulonefritis membranoproliferativa (1/5), mieloma múltiple (1/5), enfermedad renal previa (3 de 5, uno de ellos en diálisis peritoneal), hepatitis crónica por VHC (1/5). Con respecto a los tratamientos inmunosupresores, 2 estaban con ciclofosfamida; 1 con Bortezomib, y 1 con interferón y rivabirina. Los signos presentados fueron deterioro de la función renal y elevación de la TA en todos los pacientes, crisis tónico-clónicas en 4 pacientes, fiebre y cefalea en 3 pacientes. Como prueba diagnóstica de imagen inicial se realizó RMN (3/5) y TC craneal (2/5) compatibles con PRES. Como prueba complementaria se realizó punción lumbar (4/5) y electroencefalograma (2/5), todos no patológicos. En todos los casos se realizó RMN tiempo posterior al evento con resolución significativa de las lesiones. La totalidad de los pacientes recibió inicialmente al menos tres fármacos para el control de la TA, entre ellos betabloqueantes, antagonistas de los canales de calcio, alfaqueantes y nitratos. Cuatro pacientes precisaron de técnica renal sustitutiva, tres de ellos inicio de hemodiálisis. Para las crisis convulsivas se utilizó fenitoína, clonazepam, valproato y levetiracetan.

CONCLUSIONES: Los signos presentes en todos los pacientes fueron: elevación de la TA y deterioro de la función renal. La totalidad mostró una mejoría clínica y radiológica documentada. La sospecha clínica favoreció el diagnóstico precoz de los casos presentados.

29. BAIXA CORRELACIÓ DEL QUOCIENT PROTEÏNA/CREATININA EN ORINA ESPORÀDICA I PROTEÏNÚRIA DE 24 HORES EN PROTEÏNÚRIA EN RANG NEFRÒTIC

Núria Montero, Maria J. Soler, Clara Barrios, Eva Rodríguez, Carlos Arias, Alí Berrada, Alejandra Prada, Maria A. Orfila, Sergi Mojal, Carles Vilaplana, Julio Pascual
Servei de Nefrologia. Hospital del Mar. Barcelona

OBJECTIUS: La mesura de la proteïnúria mitjançant la recollida d'orina de 24 hores és el mètode de referència tot i que és molt incòmode. És per aquest motiu apareix el quocient de proteïna/creatinina en orina esporàdica (p/c) com a eina per mesurar-la. El nostre objectiu és avaluar el p/c comparada amb la proteïnúria de 24 hores en diferents graus de proteïnúria.

MATERIAL I MÈTODES: Estudi observacional i transversal de 1179 mostres consecutives aparellades de proteïnes en orina de 24 hores i quocient p/c en orina esporàdica en pacients amb alteració de la funció renal. El grau de correlació ha estat determinat pel càlcul del coeficient de correlació intraclasse (CCI) (que avalua la consistència o la reproductibilitat de diferents mètodes de mesura de la mateixa quantitat) i el coeficient de correlació de Spearman (CCS) (que mesura el grau de relació lineal existent entre dues variables quantitatives).

RESULTATS: Considerant tota la població inclosa: el CCI va ser de 0.749 (IC95% 0.660-0.809) i el CCS va ser $r=0.8$ ($p<0.01$). Vam trobar una correlació estadísticament significativa entre el quocient p/c i la proteïnúria de 24 hores quan aquesta era $<300\text{mg}/24\text{h}$ (387 pacients amb CCI 0.493 (IC95% 0.378-0.592) i CCS $r=0.45$ ($p<0.01$) i també entre $300-<3500\text{mg}/24\text{h}$ (680 pacients amb CCI 0.344 (IC95% 0.199-0.462) i CCS $r=0.7$ ($p<0.01$). Aquesta correlació disminuïa quan era $>3500\text{mg}$ (112 pacients amb CCI 0.090 (IC95% -0.032-0.231) i CCS $r=0.4$ ($p<0.01$). Les correlacions entre les proteïnúries no variaven entre grups quan els pacients eren estratificats segons el seu grau de FGe i la patologia renal de base.

CONCLUSIONS: En resum, existeix una forta correlació entre el quocient p/c i la orina de 24 hores quan el grau de proteïnúria és $<3500\text{mg}/\text{dia}$. En la nostra experiència, no existeix suficient correlació quan l'excreció de proteïnes és en rang nefròtic.

30. QÜESTIONS TÈCNiques EN RELACIÓ AMB LA DETERMINACIÓ ECOGRÀFICA DEL GRUIX DE LA ÍNTIMA-MITJANA DE LA CARÒTIDA (IMT)

Jaume Almirall, Loreley Betancourt, Jose-Ramon Fortuño, Sara De Lamo,
Joan Carles Martínez-Ocaña, Angels Betriu

*Servei de Nefrologia. Corporació Parc Taulí. Institut Universitari Parc Taulí. UAB. Servei de
Radiologia. UDIAT, UDETM (Unitat de Diagnòstic i Tractament de Malalties Aterotrombòtiques)*

INTRODUCCIÓ: La determinació del IMT es una tècnica no invasiva acceptada per la valoració de l'estat ateroescleròtic. De totes maneres, la evidència de que aquesta determinació millori la capacitat predictiva en la valoració del risc cardiovascular es poc consistent. Per altra banda hi ha una sèrie de problemes tècnics, metodològics i d'habilitats de l'examinador que confereixen una notable variabilitat fet que complica la interpretació i comparació de les dades. Aquestes dificultats, junt amb el temps necessari per la seva determinació, han fet que de moment hagi estat poc incorporada a la pràctica clínica. El desenvolupament de programes semiautomàtics de càlcul pot reduir la variabilitat, disminuir la subjectivitat i fer més ràpida la seva determinació.

OBJECTIUS: comparar la reproductibilitat de les dades obtingudes del IMT a partir de l'estudi efectuat per dos ecografistes diferents, utilitzant dos equips ecogràfics diferents i analitzant les imatges mitjançant dos sistemes semiautomàtics de lectura diferents.

DISSENY: estudi observacional comparatiu.

SUBJECTES: s'han estudiat 15 pacients consecutius del projecte PREVEO: 11 homes i 4 dones. Edats: 51 ± 11 anys.

MESURES I INTERVENCIIONS: equips utilitzats: 1-Siemens-Antares, software SyngoU-SWokplace 3.0 i 2-Esaote-MyLab25Gold, software IIMT(Paris). S'ha mesurat a nivell de la paret distal de la caròtida comú, bulb i caròtida interna

RESULTATS: mitja \pm DS: Caròtida-comú: (siemens vs esaote): $0,45 \pm 0,09$ vs $0,68 \pm 0,15$ (diferència: $-0,216 \pm 0,13$), Coef de correlació: 0,54. Bulb: $0,64 \pm 0,24$ vs $0,75 \pm 0,16$ (diferència: $-0,11 \pm 0,21$), Coef de correlació: 0,50. Caròtida-interna: $0,58 \pm 0,17$ vs $0,67 \pm 0,11$ (diferència: $-0,09 \pm 0,16$), Coef de correlació: 0,47.

CONCLUSIONS: Les dades demostren una considerable variabilitat dels resultats al fer coincidir tres condicions diferencials (ecografista, ecògraf i software de lectura). Els resultats amb el sistema Siemens son inferiors als obtinguts amb Esaote. El més preocupant es els baixos coeficients de correlació observats. Considerem que s'han de millorar la tecnologia i els protocols de cara a homogeneïtzar els resultats i poder establir comparacions entre diferents grups.

**31. 6 CASOS DE GLOMERULONEFRITIS
RÁPIDAMENTE PROGRESIVA (GNRP)**

J. A. Camacho, A. Vila, J. Vila, M. Ramos, M. Carrera*, C. Rovira*

Secció de Nefrologia i Servei d'Anatomia Patològica. Hospital Maternoinfantil Sant Joan de Déu.
Esplugues de Llobregat*

INTRODUCCIÓN: Se conoce como GNRP aquella entidad que genera una pérdida rápida de función renal, con oliguria o anuria frecuentes, con micro o macrohematuria, proteinuria glomerular no siempre de rango nefrótico, HTA habitual y con presencia de semilunas epiteliales en un número significativo de glomérulos en la biopsia renal. Se clasifica como: Tipo I, con anticuerpos antimembrana basal glomerular, Tipo II por depósitos de inmuno-complejos, Tipo III ANCA (+) (pauciinmune) y Tipo IV con antiMBG y ANCA (+).

CASUÍSTICA/RESULTADOS: Presentamos 6 casos pediátricos reunidos en los últimos 10 años. 6 pacientes, 1 varón y 5 mujeres, de edad comprendida entre 8a5m y 15a9m (M: 13.5a); Tipo I 1 paciente, Tipo II 2 pacientes, Tipo III 3 pacientes. El inicio fue con IRA oligoanúrica en 5, diuresis conservada en 1, con cifras de Urea/Creatinina (M): 164.5/5.52 mg/dl (r=88- 228/3.4-10.4), hipocomplementemia en 1, Antc. antiMBG en 1, ANCA (+) en 3. Requirieron hemodiálisis (HD) inicial 3. El tratamiento fue: Plasmaféresis (PF) + bolus MPD + Ciclofosfamida (CF) en 3/6, Bolus + CF 2/6 y PRD + CF en 1/6. 4 pacientes han desarrollado IRC, tres que precisaron HD inicial y otro paciente tras 4 años de evolución. 3 pacientes se han trasplantado después de 6 meses de remisión de la GNRP (TM antes del Tx: 0.9 años), con buena evolución tras un TM de seguimiento de 49 meses (9 – 120m). Una paciente está en remisión, otro en tratamiento sustitutivo y otra aún en tratamiento con buena respuesta.

COMENTARIOS: - Los pacientes que precisaron HD inicial no mejoraron la IR y siguieron en tratamiento sustitutivo. - Los pacientes con GNRP Tipo II han tenido una evolución más favorable. - El trasplante ha sido satisfactorio en los pacientes que lo han requerido (Tipo I y III), sin recidivas de la enfermedad.

32. FEOCROMOCITOMAS INTERVENIDOS EN LA FUNDACIÓ PUIGVERT EN LOS ÚLTIMOS 42 AÑOS

Lenin Rivera Zambrano, Daniel Hernando, Francesca Calero,
Yolanda Arce, José Ballarín, Patricia Fernández-Llama
Servei de Nefrologia. Fundació Puigvert. Barcelona

Estudio retrospectivo observacional valorando los aspectos clínicos, analíticos y patológicos más importantes de los pacientes diagnosticados de feocromocitoma en la Fundación Puigvert entre 1970 al 2012. De los 248 pacientes intervenidos de un nódulo suprarrenal, 30 pacientes (12.1 %) se han diagnosticado de feocromocitoma. Once pacientes (36.7%) fueron varones y 19 (63.3%) mujeres, siendo la media de edad de 48.2 ± 18.1 (DE) años. Veintiocho pacientes (93.3%) presentaban hipertensión arterial antes de la intervención. Veinte pacientes (66.6%) además tenían otra sintomatología, en 17 casos (56.7%) palpitaciones, en 16 (53.3%) cefalea y en 13 sudoración (43.3%). Todos los que presentaban hipertensión arterial fueron sometidos a control de la presión arterial (PA) y frecuencia cardiaca antes de la cirugía siendo el tratamiento con alfbloqueantes (80%) y betabloqueantes (53.3%) el más utilizado. Veintiocho pacientes (93.3 %) presentaron un aumento hormonal siendo detectado en 15 casos (50%) a partir del estudio de metanefrinas en orina de 24h. La mayoría tenían un estudio de localización mediante TAC abdominal y en 19 casos (63.3%) se realizó un estudio funcional con gammagrafía con 123I-MIBG (metayodobenzilguanidina) que demostró captación del radiotrazador en 16 pacientes (53.3%). En todos los casos se realizó confirmación diagnóstica anatomopatológica. Las determinaciones hormonales se normalizaron tras la intervención en el 93.1% de los pacientes así como, los niveles de PA. El control postoperatorio se realizó mediante determinaciones hormonales y clínica. Al año de la intervención quirúrgica veintiocho pacientes (93.3%) se mantuvieron asintomáticos. En cuatro casos (13.3%) se objetivó una recidiva de la enfermedad. En dos casos el diagnóstico de localización de las recidivas se realizó mediante tomografía por emisión de positrones (PET-TC) con 18F-FDG (fluorodesoxiglucosa) ya que el TAC y la gammagrafía resultaron negativas.

33. PROTOCOL DE COORDINACIÓ AMB ATENCIÓ PRIMÀRIA I PADES PER AL TRACTAMENT CONSERVADOR DE PACIENTS AMB MALALTIA RENAL CRÒNICA, ESTADI 5

Carmina Puig, Anna Vidal, Olga Cuadrat, Marta Sagarra, Imma Bujons, Silvia Peña, Josep Riba
Unitat de Nefrologia. Hospital d'Igualada

OBJECTIU: Aplicar un programa de coordinació entre els diferents nivells assistencials que garanteixi el correcte seguiment multidisciplinari dels pacients amb MRC estadi 5 en què es decideix tractament conservador pal·liatiu.

MATERIAL I MÈTODE: -Reunions entre Nefrologia, UCP(Unitat Cures Pal·liatives), Comitè d'Ètica i PADES(Programa d'Atenció Domiciliària Equips de Suport) per l'elaboració d'un Protocol de Coordinació, basat en documents de consens de la SEN, SEMFYC i SECPAL, i del full de Consentiment Informat(CI) pel rebuig del tractament substitutiu. -Presentació del Protocol als professionals d'AP (Atenció Primària) Diferenciem entre: 1. Pacient de Consulta Externa: a. Pròxim a l'estadi 5: derivació a Consulta de Prediàlisi on se li expliquen les diferents possibilitats de tractament. Si el pacient -degudament informat sobre possibilitats i conseqüències i amb capacitat per decidir*- declina el TRS, firma el CI, es continua el seguiment fins que el deteriorament de l'estat general faci aconsellable el seguiment domiciliari, moment en què és derivat, previ informe, a AP i/o PADES. b. No tributari de TRS per criteris clínics: s'informa al pacient i família i es deriva amb informe a AP i/o PADES per seguiment a domicili. 2. Pacient del Programa de Diàlisi que rebutja el tractament: cal determinar les motivacions del rebuig i valorar la seva capacitat* per prendre aquesta decisió. Si després d'haver estat adequadament informat el pacient manté la seva decisió, firma el full de CI i se li planteja ingrés a UCP o seguiment domiciliari per AP i/o PADES. En tots tres casos s'ofereix el suport explícit de Nefrologia.

CONCLUSIONS: el treball multidisciplinari és indispensable per garantir l'adequada atenció sanitària del pacient amb MRC avançada que no segueix TRS. * La valoració de la capacitat inclou tant aspectes cognitius (orientació, atenció, memòria, comprensió, raonament, coherència..) com psicològics o neuropsiquiàtrics (descartar trastorn o patologia que pugui estar interferint en la decisió).

XXIX

REUNIÓ ANUAL DE LA SOCIETAT CATALANA DE NEFROLOGIA

34. NOU DISPOSITIU DE COMUNICACIÓ ENTRE ATENCIÓ PRIMÀRIA I NEFROLOGIA («ESPAI INTERCONSULTA»)

Mònica Pou, Anna Saurina, Vicent Esteve, Miquel Fulquet, Verònica Duarte, Javier Macías,
Fàtima Moreno, José Carneiro, Manel Ramírez de Arellano
Servei de Nefrologia. Consorci Sanitari de Terrassa

OBJECTIUS: - Millorar la comunicació i accesibilitat dels metges d'atenció primària (CAPS) de referència del CST amb el servei de Nefrologia - Col·laborar i compartir el seguiment de pacients amb malaltia renal crònica (MRC) - Recomanacions pel maneig terapètic dels pacients amb MRC - Ajudar en els criteris de derivació a Nefrologia Material i mètodes: Estudi descriptiu de les consultes informàtiques entre Atenció primària i Nefrologia. Mitjançant la comunicació del programa informàtic dels 7 CAPS i el programa de l'Hospital es realitza la comunicació. El metge de primària realitza la consulta al seu programa i el nefròleg la reb directament al seu programa. El Nefròleg pot revisar les analítiques del pacient (del CAP, UCIEs o ingressos) i les seves consultes amb l'atenció especialitzada si és que s'han produït i contestar en conseqüència.

RESULTATS: S'analitzaran els resultats del primer any (Maig 2011-Maig 2012) d'implantació de l'"espai interconsulta". Rebem un total de 45 consultes, 25 homes i 22 dones amb una edat mitja de 68.8 anys. Desl 7 CAPS 6 han realitzat alguna consulta. Els motius de consulta han estat: 28.8% (13/45) per Insuficiència renal crònica (IRC), 22.2% (10/45) per una imatge ecogràfica i 20% (9/45) per hipertensió entre d'altres. La mitja de creatinina dels pacients ha estat de 136 mmol/L. El 42% (19/45) tenien un MDRD > 60. Es van derivar 7 pacients (15%) a consultes de nefrologia el 57.7% per IRC. El temps de resposta va ser de 2.42 dies de promig.

CONCLUSIONS: El primer any d'aquest dispositiu ha estat satisfactori. El temps de resposta ha estat baix Els diferents CAPS referenciats coneixen aquest nou dispositiu.

35. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON URETEROSTOMÍA

Rosa María Martín Fernández, María Dolores Abad Ruiz, Gisela Borge Navarro,
Jéssica Fernández Nofuentes, Sonia Galindo Maycas, Edith Latorre Pallarols,
M. Sara Lorente Arnaiz, Sílvia Matamala Gómez, Sandra Sánchez Mellado

Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona

INTRODUCCIÓN: La Ureterostomía cutánea es la exteriorización de uno o ambos uréteres. En nuestra unidad de Nefrología Pediátrica recibimos bastantes pacientes de este tipo, por esta razón decidimos poner en marcha un plan de curas y cuidados estandarizado para unificar criterios.

OBJETIVOS: - Evitar posibles complicaciones y mejorar la práctica interdisciplinaria. - Mejorar la calidad asistencial y la satisfacción del paciente. - Disponer de un plan de cuidados estándar para poder hacer el seguimiento de los cuidados y la evaluación del proceso.

MATERIAL Y MÉTODOS: Nuestro hospital utiliza el marco conceptual de las catorce necesidades básicas de Virginia Henderson, y para el desarrollo de este proceso de atención de enfermería (PAE) hemos seguido también la taxonomía diagnóstica de la NANDA.

RESULTADOS: A través de esta herramienta de trabajo conseguimos cubrir todas las necesidades básicas alteradas mediante actividades individualizadas mejorando la calidad asistencial del paciente.

CONCLUSIÓN: En definitiva, podemos decir que la utilización de la taxonomía diagnóstica es una valiosa aportación en el campo de la atención a pacientes ureterostomizados y favorece la mejora de la práctica enfermera para llegar a unos resultados excelentes con cuidados de mayor calidad.

**36. COMPLICACIÓN DEL TRATAMIENTO CON CORTICOIDES:
ROMBOENCEFALITIS POR *LYSTERIA MONOCYTOGENES***

C. Ruiz-García, I. da Silva, M. Furlano, A. Moliné, M. Rivera-Zambrano,
D. Machado, J. Ballarín, J. Bover
Fundació Puigvert. Barcelona

INTRODUCCIÓN: La romboencefalitis es una entidad rara definida como la inflamación del tronco del encéfalo que cursa clásicamente con afectación de pares craneales y síndrome cerebeloso que conlleva una alta mortalidad. Puede obedecer a múltiples etiologías entre ellas causas infecciosas.

PACIENTE Y MÉTODOS: Presentamos el caso de un varón de 75 años, con enfermedad renal crónica (ERC) estadio 3bA1 (FG: 37 ml/min/1,73m², creatinina: 156 µmol/L), en tratamiento con corticoides debido a agudización de su ERC (creatinina: 318µmol/L) en contexto de posible nefritis intersticial de dudoso origen farmacológico, sin rash, eosinofilia ni leucocitaria. Tras un mes de tratamiento acudió a urgencias por presentar síndrome febril sin foco claro, detectándose en la exploración física discreta diplopia con parálisis del III nervio craneal y leve disimetría con alteración de la marcha, sin signos meníngeos ni alteración del nivel de consciencia y buen estado general. En dos hemocultivos y un cultivo de líquido cefalorraquídeo se aisló la *Listeria monocytogenes*, y en una resonancia magnética se observó afectación unilateral de mesencéfalo y núcleo pálido. El tratamiento antibiótico se administró de forma empírica con ampicilina, y una vez confirmado el diagnóstico se asoció un aminoglucósido. Posteriormente presentó una evolución positiva con persistencia de diplopia leve y mejoría progresiva de la función renal hasta niveles basales, manteniéndose pauta descendente de corticoides durante el proceso, hasta su retirada.

CONCLUSIONES: 1.- La nefritis intersticial aguda (NIA) puede ser una entidad infradiagnosticada en pacientes con ERC y es conocido que el tratamiento con corticoides mejora el pronóstico de la NIA. 2.- La romboencefalitis por *Listeria* es una entidad rara que requiere un elevado índice de sospecha para su diagnóstico, siendo el tratamiento antibiótico precoz el principal factor pronóstico. 3.- Se debe considerar el cociente riesgo/beneficio entre la NIA y las potenciales complicaciones del tratamiento con corticoides.

**37. ENCEFALOPATIA REVERSIBLE PER CEFEPIMA
EN PACIENTS AMB INSUFICIÈNCIA RENAL**

Nàdia Martín¹, Cristina Coll², N. González³, Jordi Calabia¹, Isabel Garcia¹, Pere Torguet¹,
Gerard Maté¹, Yaima Barreiro¹, Carolina Molina¹, Cristina Noboa¹, Christian Córdoba¹
Servei de Nefrologia¹. Servei de Neurologia². Servei de Neurofisiologia³.

Hospital Universitari de Girona Doctor Josep Trueta

OBJECTIUS: Destacar la rellevància clínica que comporta la correcta dosificació del cefepima en la insuficiència renal i l'ajuda del EEG en el seu diagnòstic.

MATERIAL I MÈTODES: Exposició de 6 casos d'encefalopatia reversible per cefepima diagnosticada per electroencefalograma (EEG) en pacients amb insuficiència renal.

RESULTATS: 6 pacients, d'edat mitja 80.9 anys (70.1-83.1). 100% amb malaltia neurològica prèvia. FG mig 43.6 ml/min/1.73m² (11.4-88.4) (1 pacient en HD) en el moment d'inici dels símptomes. Tots els pacients presentaven sèpsia greu. Dosi mitja de cefepima administrada 6g/24h (4-6), major que l'ajustada a funció renal en tots els casos, durant una mitja de 8 dies (4-11). Clínicament, el quadre s'inicà majoritàriament entre 24-48h després d'iniciar l'antibiòtic (mitjana 2 dies (1-6)) com a disminució del nivell de consciència amb manca de comunicació verbal i 4/6pacients amb mioclònies. L'EEG mostrà un traçat típic d'activitat global alentida amb paroxismes d'ones theta d'elevada amplitud, bilateral i de regions anteriors, que variaven davant l'estimulació verbal. Tant la clínica com l'EEG milloraren amb la retirada del fàrmac en 6.5 dies (1-20). 2 pacients foren exitus durant l'ingrés.

CONCLUSIONS: Cal ser prudents a l'hora d'administrar cefepima als pacients d'edat avançada, malaltia renal, i antecedents de patologia neurològica prèvia, i conscienciar a altres especialitats de l'ajust de dosi dels medicaments en pacients amb insuficiència renal. L'encefalopatia per cefepima és un procés potencialment greu que pot comportar coma i mort, però que pot ser reversible si es detecta a temps: cal reconèixer els símptomes, realitzar un EEG que mostri el traç característic i retirar el fàrmac el més aviat possible.

38. HEMATÍES DISMÓRFICOS EN SEDIMENTO URINARIO COMO HERRAMIENTA EN LA EVALUACIÓN DE GLOMERULOPATÍAS

Yaima Barreiro¹, Nàdia Martín¹, Andrea Sologastoia², Carolina Molina¹, Cristina Noboa¹,
Cristian Córdoba¹, Jordi Calabia¹, Pere Torguet¹, Isabel Garcia¹, Martí Vallès¹
*Servei de Nefrologia¹. Servei d'Anatomia Patològica². Hospital Universitari
de Girona Doctor Josep Trueta*

OBJETIVOS: Evaluar en nuestro hospital la utilidad de los hematíes dismórficos como cribado de patologías glomerulares versus otras patologías parenquimatosas. Relacionar el diagnóstico histológico de glomerulonefritis (GN) proliferativas con la presencia de hematíes dismórficos.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio retrospectivo observacional de pacientes con biopsias renales (BR) realizadas entre enero/2012 hasta enero/2013 a quienes se les solicitó morfología eritocitaria en orina. Se recogieron datos demográficos, histopatológico y analíticos. Comparamos: GN vs otras patologías parenquimatosas (necrosis tubular aguda, nefritis intersticial, ateroembolia), GN primarias vs secundarias (amiloidosis, DM, HTA, lupus) y GN primarias proliferativas (extracapilar focal/difusa, mesangial IgA) vs no proliferativas (membranosa, cambios mínimos, focal y segmentaria).

RESULTADOS: 32 pacientes. 72% hombres, edad media de 52.7 (DS 15.6). En el momento de la realización de la biopsia renal: Creatinina 2.2mg/dL (0.48-19.93), FG 29ml/min/1.73m² (2.66-133.8), cociente albúmina/creatinina 1660mg/gcrea (12.17-13541), sedimento urinario (citometría) 87.5/mcL (0.00-12393). De las biopsias: 81.5% fueron diagnosticados de glomerulonefritis (75% primarias, 25% secundarias); 18.5% fueron otras enfermedades parenquimatosas (NTA, NTIA, ateroembolia) y 1 BR normal. Sólo se encontraron diferencias significativas al relacionar la presencia de hematíes dismórficos con las GN proliferativas primarias (p=0.048). Al estudiar la validez de los hematíes dismórficos como prueba diagnóstica de GN proliferativa vs no proliferativa observamos: Área de la curva COR=0.747 con p=0.024 IC 95% (0.562-0.932). El valor que mejor discriminó el tener o no una enfermedad proliferativa en nuestro hospital fue presentar $\geq 21.15\%$ de hematíes dismórficos.

CONCLUSIONES: La presencia de hematíes en el sedimento no discriminó a los pacientes que presentaban glomerulopatías versus otras enfermedades intraparenquimatosas debido al elevado número de GN primarias no proliferativas sin hematíes dismórficos. Un recuento de hematíes dismórficos $>21\%$ en nuestro hospital nos ayuda a discriminar aquellas patologías glomerulares proliferativas versus las que no lo son.

39. LA INTERVENCIÓ DIETÈTICA EN EL SEGUIMENT DE LA INSUFICIÈNCIA RENAL CRÒNICA (IRC). UNA ASSIGNATURA PENDENT

Jaume Almirall, Marina Luengo, Marta Morillo, Esther Ponz

Servei de Nefrologia. Corporació Parc Taulí. Hospital de Sabadell. Departament de Medicina de la UAB. Servei de Dietètica i Nutrició. Corporació Parc Taulí. Sabadell

INTRODUCCIÓ: el control dels pacients amb IRC implica atendre una sèrie d'aspectes nutricionals. El temps disponible a CCEE es d'uns 10-15 minuts, pel que el consell dietètic, en el millor dels casos, no ocupa més d'uns 2-3 minuts.

OBJECTIUS: valorar el grau de seguiment de les recomanacions dietètiques dels pacients amb IRC.

MATERIAL I MÈTODES: 30 pacients consecutius, estables, entre 40-65 anys (60% homes) amb IRC estadi: 3a:16,6%; 3b:40%; 4:36,6% i 5:6,6%. S'ha realitzat un registre dietètic sistemàtic de tres dies consecutius, subministrant una bàscula per pesar els aliments. La informació s'ha completat amb l'àlbum de fotos SUVIMAX, registre del etiquetat dels aliments preparats i/o precuinats i quantificat mitjançant el programa de càlcul nutricional del CESNID. Els resultats es comparen amb els recomanats a les guies.

RESULTATS: El pes: 11,7% superior al desitjable (BMI:29,6±5,1; sobrepès:50%, obesitat:36%). PCR: 0,33±0,32; Ca 9,43±0,64; P: 3,52±0,59; albúmina: 44±2,5; PTHi: 121,8±79,2; 25OH-VD: 18,4±13,3; Na-Orina-24h: 3,95±1,57g/d; P-Orina-24h: 851±359 mg; tasa reabsorció de fosfat (TRP): 59,3±15,3. dades nutricionals: principals desviacions: -ingesta proteica 33% superior a la recomanada (0,8g/Kg/d); ingesta P: 20-48% superior al recomanat: 1243 mg/d (recomanat 5-10 mg/K/d; ó 600-1000 mg/d). relacions entre les dades nutricionals i les variables clíniques: S'observa relació entre PCR i BMI (p=0,05); també entre TA i ingesta de Na (p=<0,000). La ingesta proteica relaciona amb el P urinari (p:0,003), però aquesta relació es perd al avançar la insuficiència renal tot i la disminució de la TRP, evidenciant la impossibilitat de poder eliminar la sobrecàrrega de P.

CONCLUSIONS: Destaquem notables desviacions especialment pel que fa a la restricció proteica. La ingesta de Na i P son excessius amb les conseqüències sobre TA i el control de la "malaltia ossia-mineral". Considerem que la participació del nutricionista en el seguiment d'aquests pacients és molt necessari de cara a millorar aquestes desviacions.

40. EL TIEMPO DE ESPERA EN DIÁLISIS COMO FACTOR PRONÓSTICO DE SUPERVIVENCIA EN TRASPLANTADOS RENALES MAYORES DE 70 AÑOS

Lenin Rivera Zambrano, Emma Arcos, Jordi Comas, Pere Àngel Montserrat,
José Ballarín, Lluís Guirado Perich
Servei de Nefrologia. Fundació Puigvert. Barcelona

INTRODUCCIÓN: El trasplante renal mejora la supervivencia a largo plazo de los pacientes con insuficiencia renal terminal. Prolongar la supervivencia del paciente y del injerto constituye una prioridad clínica, por lo que identificar los factores de riesgo que puedan influir en los resultados del trasplante son una herramienta válida para optimizar la pauta clínica habitual. El objetivo del presente estudio fue determinar si en los receptores de trasplante renal mayores de 70 años el tiempo de espera en diálisis también ejercía su influencia en la supervivencia del paciente y del injerto, así como determinar las causas de mortalidad y los factores que influyen en la pérdida del injerto en este grupo de pacientes.

PACIENTES Y MÉTODOS: Se analizan todos los trasplantes renales realizados en Cataluña en el período 1990-2010, en pacientes mayores de 70 años. Los datos proceden del Registro de enfermos renales de Cataluña (RMRC). Se describen los pacientes desde el punto de vista socio-demográfico, clínico y de tratamiento, mediante las variables continuas de tendencia central y de dispersión y las variables categóricas mediante tablas de frecuencia.

RESULTADOS: Los factores determinantes de la supervivencia del paciente fueron la edad del receptor, el sexo del mismo, el tiempo en diálisis y la utilización de tacrolimus como inmunosupresor base. Fueron significativas como causas de pérdida de injerto la función retardada inicial, la función renal alcanzada y la edad del donante. Los factores que alcanzaron significación estadística como predictivos de función renal alcanzada fueron el tiempo en diálisis, la función retardada del injerto y la edad del donante.

CONCLUSIONES: El tiempo en diálisis es un claro factor determinante de la supervivencia del paciente, del injerto y condiciona la función renal alcanzada.

41. BIOPSIA RENAL DE SEGUIMIENTO EN PACIENTE TRASPLANTADO. SEGURIDAD DEL PROCEDIMIENTO.

Cristina Canal Girol, Carme Facundo Molas, Núria Serra Cabanyas, Núria Garra Moncau,
Pablo de la Torre Holguera, Irene Silva Torres, José Ballarín Castán, Lluís Guirado Perich
Servei de Nefrologia. Unitat de Trasplantament Renal. Fundació Puigvert. Barcelona

INTRODUCCIÓN: La realización de la biopsia renal de seguimiento se hace cada vez más indispensable debido a la importancia creciente de factores inmunológicos que podrían condicionar cambios en el tratamiento inmunosupresor. La biopsia renal es un procedimiento intervencionista considerado seguro pero no exento de riesgos, con un índice de complicaciones descrito entre el 2 y el 10%. Debe valorarse en cada caso el balance riesgo-beneficio del procedimiento.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se ha revisado el registro de todas las biopsias renales practicadas en injertos renales en nuestro centro desde Enero 2008 hasta Octubre 2012. La biopsia se realiza mediante punción ecodirigida por radiólogo con experiencia y se obtienen entre 1 y 2 cilindros con aguja 16G. El paciente permanece ingresado 24 horas en reposo. Se realiza ecografía a las 24 horas del procedimiento para detectar presencia o no de colecciones. Se registra indicación de la biopsia y complicaciones posteriores atribuibles a la misma.

RESULTADOS: Durante este periodo se han realizado 379 biopsias en 243 trasplantados renales. De éstas, 202 son biopsias de seguimiento mientras que 177 son diagnósticas. No se ha detectado ninguna complicación mayor derivada del procedimiento. Las complicaciones menores son la detección de 23 hematomas en la ecografía de control (6%) y 2 fístulas arteriovenosas detectadas en ecografía doppler rutinaria a 4 y 6 meses de la biopsia. 3 pacientes (0.7%) presentaron hematuria macroscópica inmediatamente post-biopsia que se resolvió con tratamiento conservador.

CONCLUSIONES: La biopsia renal es un procedimiento seguro si se realiza en condiciones idóneas. El porcentaje de complicaciones en nuestra serie es mínimo lo que nos reafirma en la realización de biopsias de seguimiento. Pendiente de evaluar como el resultado de las biopsias implica modificación del tratamiento y como repercute en la supervivencia del injerto.

42. PROFILAXIS DE LA MALALTIA PER CITOMEGALOVIRUS EN PACIENTS PEDIÀTRICS QUE REBEN UN TRASPLANTAMENT RENAL

Anna Vila, Juan A. Camacho, Jordi Vila, Maria Ramos, Juan J. Garcia, M. Carmen Muñoz
Secció de Nefrologia. Hospital Maternoinfantil Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat

INTRODUCCIÓ: La malaltia per Citomegalovirus (CMV) segueix sent una complicació potencialment greu del període post-trasplantament, especialment en els pacients pediàtrics per l'alta prevalença de IgG CMV(-) en aquesta població. Des de l'any 2003 el nostre centre segueix una estratègia de prevenció de la malaltia per CMV post-trasplantament basada en profilaxi de curta durada (1 mes) en pacients d'alt risc i en seguiment regular de la virèmia CMV a tota la població trasplantada, per iniciar tractament precoç en cas de positivització.

OBJECTIU: Analitzar l'eficàcia de l'estratègia de prevenció de la malaltia per CMV en la població infantil que rep un trasplantament renal en el nostre centre en el període 2003 a 2012.

MATERIAL I MÈTODES: Hem realitzat 57 trasplantaments renals en el nostre centre, a 40 dels quals s'ha aplicat el protocol de prevenció del CMV descrit. Hem analitzat la incidència d'infecció i malaltia per CMV, i l'evolució de les càrregues virals (CV) del CMV en aquesta població, estratificada en funció del risc serològic determinat pre-trasplantament. Analitzem també el cost econòmic d'aquesta estratègia.

RESULTATS: Dels 40 receptors analitzats, 15 pacients (35%) tenen ALT RISC (D+/R- o R+ que rep Ac. antilimfocitaris); 19 pacients (49%) tenen RISC MODERAT (R+) i 7 pacients (17%) tenen RISC BAIX (D-/R-). Es detecta positivització de la CV del CMV en 15 pacients (37.5%), dels quals 43% són d'Alt Risc i 57% són de Risc Moderat. Cap d'ells presenta Malaltia per CMV clínica i tots reben tractament amb Valganciclovir oral. El temps mig per a negativitzar la CV és de 19,5 dies (7-70).

CONCLUSIONS: La profilaxi antiviral de curta durada en població infantil trasplantada de ronyó amb Alt Risc de presentar Malaltia CMV, combinada amb la estratègia de tractament precoç dirigit pel seguiment de PCR CMV, permet evitar la presència de malaltia per CMV en aquesta població.

XXIX

REUNIÓ ANUAL DE LA SOCIETAT CATALANA DE NEFROLOGIA

43. TRASPLANTAMENT RENAL PEDIÀTRIC EN INFANTS DE PESOS EXTREMS

Anna Vila, Mireia Musquera, Lluís Peri, Ricardo Álvarez-Vijande, Lluís Garcia, Antonio Alcaraz
Secció de Nefrologia. Hospital Maternoinfantil Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat

INTRODUCCIÓ: El tractament dels infants que requereixen teràpia substitutiva renal per presentar IRC avançada en els primers anys de vida és molt complexa donat el petit tamany corporal dels pacients. Malgrat aquestes dificultats, i segons dades del Registre de Malalts Renals de Catalunya (RMRC), un 23,4% dels nens que van iniciar tractament substitutiu renal a Catalunya en el període 2001-2010 tenien a l'inici del tractament un pes < a 11 Kg.

OBJECTIU: Analitzar els resultats dels trasplantaments renals realitzats en el nostre centre en nens en pesos extrems.

MATERIAL I MÈTODES: Des de l'any 2001 hem realitzat 57 trasplantaments renals en nens i nenes de menys 18 anys, dels quals un 20% han estat de donant viu. Hem analitzat aquells receptors amb pesos extrems (<11 kg) en el moment del trasplantament.

RESULTATS: Durant el període mencionat 12 infants amb pes igual o inferior a onze kilograms van ser trasplantats en el nostre centre. Com a complicacions quirúrgiques sols es va observar una trombosi immediata de l'empelt en un pacient (8%) i una dehiscència de ferida quirúrgica (8%) que va requerir reintervenció. Amb un temps de seguiment mitjà de 57 mesos (2-128 mesos), la supervivència del pacient és del 100% i la supervivència de l'empelt del 92% a 1A i del 70 % a 10A.

CONCLUSIONS: El trasplantament renal en nens amb pesos extrems és factible i ofereix bons resultats tant en supervivència i millora de la qualitat de vida del infant com pel que fa la supervivència de l'empelt.

44. MONITORIZACIÓN EN EL POSTOPERATORIO DEL TRASPLANTE RENAL

Rosa María Martín Fernández, María Dolores Abad Ruiz, Gisela Borge Navarro,
Jéssica Fernández Nofuentes, Sonia Galindo Maycas, Edith Latorre Pallarols,
M. Sara Lorente Arnaiz, Sílvia Matamala Gómez, Sandra Sánchez Mellado

Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona

INTRODUCCIÓN: La monitorización de los pacientes trasplantados renales es un reto para los profesionales de enfermería dada la complejidad que pueden presentar en las primeras horas. La vigilancia y control de los signos vitales es una tarea muy importante tanto para la evolución del paciente como para la prevención de complicaciones.

OBJETIVO: Interpretación de los parámetros más relevantes en el trasplantado renal. - Identificar signos de alarma a través de estos parámetros.

MATERIAL Y MÉTODO: Se basa en la revisión bibliográfica, protocolos y la experiencia de los profesionales de la unidad de nefrología pediátrica.

RESULTADOS: Con éste trabajo se recogen los parámetros que se consideran más importantes en el postoperatorio de los trasplantados renales, profundizando en cada uno de ellos y relacionándolos con el estado del paciente.

CONCLUSIONES: Como profesionales de enfermería nos encontramos delante de situaciones complejas en nuestro trabajo diario ya que tenemos que tener en cuenta las nuevas tecnologías y la gran diversidad de parámetros a valorar. Mediante la correcta interpretación de éstos se reducen situaciones de riesgo y participamos en la correcta evolución del paciente.

**45. PRESENTACIÓN ATÍPICA DE UN SÍNDROME
DE GOODPASTURE**

Lilian Astrid Otalora Rojas, Loreley Ana Betancourt Castellanos,
Ruth Orellana Fernández, José Ibeas López, Ángel Rodríguez Jornet
Servei de Nefrologia. Hospital Parc Taulí. Sabadell

Varón de 49 años de edad, afecto de síndrome de Goodpasture, que se manifestó atípicamente, obligando a un amplio diagnóstico diferencial, especialmente con la microangiopatía trombótica, por la presencia de plaquetopenia severa. Seis meses antes del ingreso, se le detectaron: creatinina 1,5 mg/dl, microhematuria y proteinuria. No fue controlado posteriormente. A los seis meses acudió al hospital por astenia, adinamia, malestar general. Exploración física normal, excepto TA 184/96 mmHg. Fondo ojo: no retinopatía hipertensiva. Analítica: Hto 24%, Hb 8,5 gr./dl, plaquetas 30000, creatinina 20 mg/dl, urea 288, Ca** 3,96, P 8,2, proteinuria 2,49 gr./24h, sedimento: 6-8 leucocitos, 50 hematíes/campo. Resto, sin alteraciones. Ecografía: riñones con corticales hiperecogénicas, moderada dilatación pielocalicular bilateral; TAC abdominopélvico: no uropatía obstructiva. Se orientó al paciente como portador de insuficiencia renal rápidamente evolutiva, de origen glomerular, probablemente microangiopático, aunque sin constatarse esquistocitos ni datos de anemia hemolítica (haptoglobina 148 mg/dl). Se controló la tensión arterial farmacológicamente, pero permaneció oligoanúrico. Inició hemodiálisis periódica, y fue transfundido. Analítica posterior: posible banda monoclonal no confirmada, en sangre y orina. Medulograma: no síndrome mieloproliferativo; presencia de hemofagocitos. Estudio inmunológico normal (complemento) o negativo (ANCAS, antinucleares, antifosfolípido, marcadores víricos). A los cinco días, se realizó una biopsia renal. Ese día, el resultado de los Acs antimembrana basal fue de 324 U/ml. La biopsia confirmó una glomerulonefritis necrotizante con formación de semilunas en el 100% de los glomérulos, con inmunofluorescencia directa positiva a IgG y C3, patrón lineal. El enfermo fue tratado con bolus de prednisolona, ciclofosfamida, y plasmaféresis. Continuó anúrico, no ha recuperado función renal, sigue en programa de hemodiálisis periódica, sin otras complicaciones clínicas. A los 10 días de hospitalización, presentó fiebre con la presencia de un infiltrado radiológico en hemitórax derecho. Se etiquetó de probable origen infeccioso, siendo tratado con antibióticos: no se pudo descartar edema o hemorragia alveolar.

**46. VASCULITIS CRIOGLOBULINÉMICA:
3 CASOS Y 3 EVOLUCIONES**

Fàtima Moreno, Anna Saurina, Mònica Pou, Javier Macías, Vicent Esteve,
Miquel Fulquet, Verònica Duarte, José Carneiro, Manel Ramírez de Arellano
Servei de Nefrologia. Hospital de Terrassa

Crioglobulinemia se define por presencia de crioglobulinas en sangre. La prevalencia es elevada (43%) en pacientes con infección crónica por VHC. La vasculitis crioglobulinémica (VC) es la presencia de crioglobulinas en sangre asociada a sintomatología: cutánea, articular, renal, SNC, pulmonar y su prevalencia es de 1:100.000. Presentamos 3 casos de VC en pacientes portadores de VHC con tratamiento y evolución diferentes.

CASO 1: Varón de 43 años, VHC genotipo 3 (IFN alfa + RVB negativización inicial con posterior conversión). Consulta por síndrome nefrítico con creatinina de 160 $\mu\text{mol/L}$ (función renal previa normal) y lesiones cutáneas purpúricas. Biopsia renal: Glomerulonefritis crioglobulinémica. Tratamiento: metilprednisolona y bolus de ciclofosfamida. Evolución: recuperación completa de la función renal.

CASO 2: Varón 57 años, HTA, VHC genotipo 1 (IFN alfa + RVB sin respuesta), previamente diagnosticado de VC y afecto de IRC estadio III (Nefropatía crioglobulinémica por biopsia renal en 2005). Clínica: brote de VC en forma de lesiones purpúricas y síndrome nefrítico con deterioro progresivo de la función renal (Creat 365 $\mu\text{mol/l}$) y oligoanuria. Tratamiento: hemodiálisis, metilprednisolona, ciclofosfamida, plasmaféresis y rituximab. Evolución: retirada de HD y recuperación parcial de la función renal quedando en situación de IRC grado IV.

CASO 3: Varón 75 años, HTA, VHC genotipo 1 (sin tratamiento previo). Clínica: insuficiencia respiratoria con requerimiento de VMNI y fracaso renal agudo oligoanúrico (Creat 363 $\mu\text{mol/L}$) y requerimiento de HDFVVC (72 hrs). Posterior recuperación lenta de la diuresis y función renal. A las 48 horas aparición de lesiones purpúricas, proteinuria, microhematuria y detección de crioglobulinas en sangre. Biopsia renal: Glomerulonefritis crioglobulinémica. Tratamiento metilprednisolona. Evolución: esputos hemoptoicos con hemorragia alveolar y exitus con creatinina: 138 $\mu\text{mol/L}$),

CONCLUSIONES: - La VC es una entidad con presentación clínica variable. La afectación renal implica un mal pronóstico por lo que se requiere un diagnóstico y tratamiento precoz.

**47. HIPERALDOSTERONISMO PRIMARIO - HIPERPARATIROIDISMO
PRIMARIO: ¿CASUALIDAD O CAUSALIDAD?**

N. Y. Rodríguez, C. Arcal, A. Botey

Hospital Clínic. Barcelona

Recientemente ha cobrado importancia la relación entre hiperaldosteronismo primario e hiperparatiroidismo primario. Algunos autores consideran que puede haber una relación bidireccional entre la zona glomerulosa suprarrenal y la paratiroides mediada por el Ca^{++} . Presentamos el caso de un hombre de 71 años, con antecedente de amigdalitis de repetición en la infancia, pleuritis tuberculosa a los 7 años, fiebre tifoidea a los 14 años, glaucoma y un cólico nefrítico auto resuelto a los 27 años. Refería hipertensión arterial desde los 50 años de edad, diagnosticada a raíz de revisión casual y tratado desde entonces con diversos antihipertensivos con pobre control (PAS entre 130-200 mmHg y PAD entre 90-100 mmHg). Además el paciente presentaba hipocalcemia (K^+ : 2,8 mEq/L) por lo que es derivado a Nefrología. En la primera visita destacaba; PA de 167/92mmHg, en tratamiento con valsartan 160 mg/12h, doxazosina 4mg/12h, lercarnidipino 10 mg/24h, ascorbato potásico 10 mEq/8h. Analítica de sangre; creatinina 1.8 mg/dL, aclaramiento de creatinina 46,8 mL/min/1,73m²; Na^+/K^+ 148/2.8 mEq/L, $\text{Ca}^{++}/\text{P}^+$: 10.5/2.7 mg/dL, pH 7.45, HCO_3^- : 37.3 mmol/L, pCO₂ 54.7 mmHg, hematocrito: 35%, hemoglobina: 12 g/dL, PTH 110 pg/mL. Con la sospecha de hiperaldosteronismo primario se realizó un TAC abdominal que mostró glándula suprarrenal izquierda con un nódulo de 2 cm sugestivo de adenoma y un test de captopril que confirmó el diagnóstico. Se realizó exeresis quirúrgica del adenoma suspendiendo la medicación antihipertensiva. En el seguimiento el paciente persiste con hiperparatiroidismo, la gammagrafía mostro hipercaptación a nivel del polo inferior del lóbulo tiroideo izquierdo que se manejo quirúrgicamente. Se especula si la aldosterona podría ejercer una retroalimentación negativa sobre la secreción de PTH y si esta, podría estimular el crecimiento de células tumorales a nivel suprarrenal. Proponemos una revisión de los casos de hiperaldosteronismo en múltiples centros para comprobar si existe una verdadera relación causal con el hiperparatiroidismo.

**48. TOXICIDAD POR ANTICALCINEURÍNICOS. CONVERSIÓN
PRECOZ A INHIBIDOR DE m-TOR**

Lenin Rivera Zambrano, Yolanda Arce, Lluís Guirado, Joan Manuel Díaz, José Ballarín
Fundació Puigvert. Barcelona

Paciente de 30 años con antecedentes de hipertensión arterial y enfermedad renal crónica secundaria a pielonefritis crónica. Recibió prediálisis trasplante renal de donante vivo (varón de 35 años sin antecedentes patológicos de interés). Donante y receptor tenían 6 incompatibilidades HLA. Se realizó inmunosupresión cuádruple con basiliximab (primera dosis), tacrolimus, micofenolato mofetilo y corticoides. Por oliguria y deterioro de la función renal, a las 48 horas del trasplante, se suspendió tacrolimus y se introdujo timoglobulina. A las 8 días del trasplante se reintrodujo el tacrolimus, suspendiendo la timoglobulina. Ante la lenta mejoría de la función renal y habiendo descartado causas pre y post renales se procedió a la realización de biopsia renal a las 3 semanas del trasplante. En la biopsia no se observan signos de rechazo celular ni humoral, observándose microvacuolización del epitelio tubular. No se realizaron cambios de inmunosupresión, objetivando una mejoría progresiva de la función renal siendo la creatinina al alta de 240 $\mu\text{mol/L}$. A los 3 meses del trasplante por estancamiento de la función renal (creatininas alrededor de 230 $\mu\text{mol/L}$, proteinuria 0,3 gr/día y niveles de tacrolimus de 5,2 ng/ml) se realizó una segunda biopsia renal en la que no se observa rechazo humoral ni celular, así como microvacuolización tubular con menor extensión que en la primera biopsia. Ante los hallazgos de la biopsia y la sospecha diagnóstica de toxicidad por anticalcineurínicos se procedió a cambio de pauta inmunosupresora sustituyendo tacrolimus por everolimus. Al año del trasplante se objetivó una franca mejoría de la función renal siendo la creatinina de 140 $\mu\text{mol/L}$. Se realizó una tercera biopsia renal que mostró un parénquima renal ópticamente renal. A los 3 años del trasplante la paciente se mantiene con una función renal estable con creatinina de 130 $\mu\text{mol/L}$ y sin proteinuria.



XXIX

REUNIÓ ANUAL DE LA SOCIETAT CATALANA
DE NEFROLOGIA

49. CRIOGLOBULINEMIA MIXTA ASOCIADA A HEPATITIS C: TRATAMIENTO CON RITUXIMAB

Pablo Moscoso Alvarado

Servei de Nefrologia. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona

El virus de la hepatitis C (VHC) es la principal causa de enfermedad hepática terminal. Así mismo, se asocia a una variedad de manifestaciones inmunológicas extrahepáticas, siendo la presencia de crioglobulinas en sangre la más estudiada. A pesar de que entre el 40 y 50% de los pacientes infectados por el mismo tienen niveles de crioglobulinas circulantes elevado, sólo una pequeña proporción de estos desarrolla afectación vasculítica.

La crioglobulinemia tipo II o mixta es la más comúnmente asociada a los pacientes con VHC. De forma habitual, si hay respuesta de la infección por VHC al tratamiento antiviral, hay respuesta de la vasculitis crioglobulinémica, y viceversa. En algunas ocasiones, el tratamiento no es efectivo o no es bien tolerado por los efectos secundarios. Inmunosupresores y plasmaféresis son alternativas de uso limitado, sobre todo en pacientes que ya han recibido un trasplante de hígado.

Presentamos un paciente portador de injerto hepático con glomerulonefritis crioglobulinémica que presentó una respuesta satisfactoria al tratamiento con el anticuerpo monoclonal Rituximab

**50. SÍNDROME NEFRÍTICO SOBRE NEFROPATÍA DIABÉTICA.
IMPORTANCIA DE LA BIOPSIA RENAL**

Fàtima Moreno, Anna Saurina, Manel Solé*, Mònica Pou, Javier Macías,
Vicent Esteve, Miquel Fulquet, Verònica Duarte, José Carneiro, Manel Ramírez de Arellano
Servei de Nefrologia. Hospital de Terrassa.

**Servei d'Anatomia Patològica. Hospital Clínic. Barcelona*

Varón de 61 años, diabético tipo II con retinopatía diabética y microalbuminuria e hipertensión, que consulta por de astenia, anorexia, edemas con fóvea hasta las rodillas y mal control tensional (TA 200/100 mmHg) de 2 meses de evolución. Analíticamente presentaba creatinina de 363 μmol/L, anemia normocítica normocrómica con Hb 8,2 gr/dl y sedimento activo con hematuria > 50/c y proteinuria de 7,4 gr/24 hrs. En el estudio inmunológico fue negativo salvo niveles de anticuerpos antimembrana basal (Ac antiMBG) en el límite superior de la normalidad 6,4 U/ml (0-7). Una funduscopia mostró retinopatía diabética y la ecografía abdominal, riñones de tamaño y ecoestructura conservada y discreta hiperecogenicidad y lesión nodular corticomedular izquierda (2,8cm). A pesar de sospechar nefropatía diabética de base, la presencia deterioro subagudo de la función renal, HTA y sedimento patológico sugirieron un síndrome nefrítico sobreañadido. Se realizó biopsia renal (BR) que resultó compatible con glomerulonefritis necrosante con proliferación extracapilar focal y marcada inmunofluorescencia lineal para IgG en los capilares glomerulares, sospechoso de enfermedad Ac antiMBG y glomeruloesclerosis diabética. Por rápido deterioro de la función renal requirió iniciar tratamiento sustitutivo renal (TSR). Se inició tratamiento inmunosupresor con corticoides, ciclofosfamida (2 bolus mensuales) y plasmaféresis (6 sesiones). Sin embargo, el paciente persistió oligúrico, sin mejoría precisando continuar TSR. Para estudio de la lesión nodular en riñón izquierdo, se realizó tomografía abdominal que mostró masa sólida vascularizada compatible con neoplasia. Se realizó nefrectomía izquierda y el estudio anatomopatológico fue compatible con carcinoma de células claras. Dada la presencia concomitante de neoplasia activa, se decidió no continuar con tratamiento inmunosupresor, quedando en programa de diálisis.

CONCLUSIÓN: Valorar la realización de biopsia renal en pacientes diabéticos con síndrome nefrítico y/o deterioro inexplicado de la función renal, a fin de descartar otras patologías potencialmente tratables con mejoría del pronóstico renal.

XXIX

REUNIÓ ANUAL DE LA SOCIETAT CATALANA DE NEFROLOGIA

51. LEISHMANIOSI VISCERAL EN PACIENT TRASPLANTAT RENAL

Neus Sala, Fredzzia Graterol, Laura Cañas, M. Lluïsa Pedro-Botet,
Vesna Abujder, Ricardo Lauzurica
Servei de Nefrologia. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona

Home 58 anys, trasplantat renal de donant cadàver l'any 2010. Tractament immunosupressor: prednisona, tacrolimus i micofenolat, funció renal habitual: creatinina 2.4 mg/dl; hipertensió arterial, cardiopatia isquèmica i pneumònies de repetició per germen no filiat en els últims sis mesos. Consulta el maig del 2012 per febre, bacterièmia i simptomatologia respiratòria. Exploració física: només destaca esplenomegàlia. Anàlíticament pancitopènia (1300 leucòcits, hemoglobina 10.5 g/dl i 39000 plaquetes) i deteriorament de la funció renal (creatinina 3.8 mg/dl). Inici cobertura antibiòtica empírica: cefepime i ciprofloxacino. Hemocultius, urocultiu i cultiu d'espüt negatiu. Marcadors tumorals negatius. Galactomano negatiu, PCR de CMV i VEB negatives. TC toracoabdominal: esplenomegàlia gegant, adenopaties paratraqueals. Per sospita de síndrome limfoproliferativa, persistència de febre i pancitopènia es realitza aspirat de medul·la òssia (AMO): normal. Biòpsia de medul·la òssia: abundants gèrmens amb morfologia de Leishmania, tinció de Giemsa: formes amastigotes de Leishmania spp. S'inicia tractament: Amfotericina B liposomal (ABL) ajustada per funció renal durant quatre setmanes. AMO de control sense evidència de Leishmania. Es manté tractament de manteniment amb ABL. Reingressa el febrer de 2013 per febre i pancitopènia. Nou AMO: recidiva Leishmaniasi. S'intensifica el tractament amb ABL. La Leishmaniasi visceral és una complicació rara després del trasplantament. El diagnòstic post-trasplantament és difícil donada la presentació atípica. Solen presentar febre, leucopènia i pot associar-se deteriorament de la funció renal (que pot ser produïda per invasió directa d'estructures renals). La via d'infecció pot ser: donant infectat no diagnosticat, transfusió sanguínia, receptor infectat que no havia desenvolupat la malaltia, infecció per Leishmania post-trasplantament. El diagnòstic sol ser a través d'aspirat o biòpsia de la medul·la òssia. El tractament planteja un problema en aquests pacients, ja que tant els antiamonials com l'amfotericina B tenen risc de nefrotoxicitat. La Leishmaniasi té una alta taxa de recidiva i una elevada mortalitat tot i rebre tractament.

**52. NEFRITIS TUBULOINTERSTICIAL CON DEPÓSITOS
INMUNES TUBULARES A PROPÓSITO DE UN CASO**

Ioana Bancu, Maru Navarro, Carolina Vázquez, Dolores López, Josep Bonet
Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona

Presentamos el caso de una mujer de 35 años con antecedentes de síndrome mielodisplásico en el 2007, por lo que recibió tratamiento y trasplante alogénico de progenitores hematopoyéticos, con un aspirado de médula ósea que evidencia remisión completa. Clínicamente, desde el año 2009, presenta piel seca, ojo seco. Desde mayo 2011 presenta deterioro progresivo de la función renal hasta creatinina de 4,8 mg/dl en febrero 2012. En la bioquímica urinaria se evidencia proteinuria no nefrótica, sin hematuria. El estudio de la autoinmunidad no muestra alteraciones y el proteinograma es normal. La biopsia renal muestra intersticio con moderado infiltrado inflamatorio, focalmente con imágenes de tubulitis. Se identifican 19 glomérulos normocelulares; sin alteraciones vasculares. Se detecta positividad granular en las membranas basales tubulares para IgG, Kappa, Lambda y C3. La presencia de depósitos granulares de IgG y complemento en la membrana basal tubular es rara en ausencia de glomerulopatía. Aunque puede ser un hallazgo inespecífico invita a descartar infecciones, síndrome de Sjogren, enfermedad de injerto contra huésped. En el caso de nuestra paciente, desde punto de vista clínico la única manifestación sugestiva de enfermedad de injerto contra huésped es la sequedad de piel y sensación de ojo seco, en ausencia de lesiones cutáneas sugestivas y con test de Schirmer negativo, con patrón analítico hepático normal, autoinmunidad e inmunoquímica sin alteraciones. Las técnicas de inmunohistoquímica no evidenciaron inclusiones virales de CMV, Epstein-Bar (EBER) ni poliomavirus BK (SV40). Se instauró tratamiento corticoideo, con evolución desfavorable. Lo que destaca en el caso presentado es la presentación atípica tanto desde el punto vista histológico como clínico y la respuesta nefasta al tratamiento médico





EMPRESAS COL-LABORADORES





Empresas Col·laboradores

ABBVIE

ALEXION

AMGEN

B BRAUN

BAXTER

BELLCO

FRESENIUS

IZASA HOSPITAL

RUBIO

SANOFI