

XI CONGRESO URUGUAYO DE NEFROLOGÍA V JORNADAS RIOPLATENSES DE NEFROLOGÍA

I Jornada Rioplatense de Enfermería en Nefrología
VIII Jornadas de Nutrición en Nefrología
VI Jornadas de Psiconefrología

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

30 y 31 de Agosto de 2018

Radisson Montevideo

Victoria Plaza Hotel



PROGRAMA OFICIAL

JUEVES 30 DE AGOSTO

BALL ROOM A		BALL ROOM B		BALL ROOM C	
07.30 - 08.00	Inscripciones y Acreditaciones				
08.00 - 10.00	MESA Nefrología Clínica Coordinan: Dra. Laura Miedzowicz, Dra. Beatriz Gelabert Participan: Dr. Andrés Urrestarazú, Dr. Rubén Coitiño, Dr. José Boggia, Dr. Gustavo Greloni (Argentina) Tema Libre N°36	08.00 - 10.00	MESA DE CASOS CLÍNICOS Trasplante Coordinan: Dra. Melania Kurdián, Dra. Ema Burgstaller Participa: Lic. Psic. Carla Francolino	08.00 - 10.00	E-POSTERS Coordinan: Dr. Daniel Pérez, Dra. Alejandra Cannon N°: 7 - 8 - 11 - 13 - 16 - 17 - 18 - 22 - 26
10.00 - 10.30	Descanso - Café				
10.30 - 12.00	MESA Situaciones de difícil manejo Coordinan: Mag. Cecilia Durán, Lic. Psic. Ana García Pérez Participan: Dr. Raúl Lombardi, Dr. Juan Dapueto, Dra. Natalia Bernardi	10.30 - 12.00	MESA Trasplante renal Coordinan: Dr. Gonzalo Acuña, Dra. Laura Manzo Participan: Dr. Gervasio Soler Pujol (Argentina), Dra. Milagros Samaniego (USA), Dr. Marcelo Nin Tema Libre N°55	10.30 - 12.00	E-POSTERS Coordinan: Dra. Cecilia Baccino, Dra. Soledad Ferrari N°: 1 - 4 - 21 - 23 - 30 - 43 - 45 - 46
12.00 - 12.30	CONFERENCIA Rechazo del injerto por anticuerpos Dra. Milagros Samaniego (USA) Presenta: Dr. Marcelo Nin	12.00 - 12.30	Actividad en Ball Room A		Actividad en Ball Room A
12.30 - 14.00	SIMPÓSIO Aplicación clínica de las nuevas tecnologías de la información Coordinan: Dra. Alicia Petraglia, Dra. Graciela Baldovinos Participan: Dr. Alejandro Ferreiro, Msc. Ing. Macarena Remedi Auspicio: Biofast Lunch cupos limitados	12.30 - 14.00	Intervalo		Intervalo
14.00 - 16.00	MESA Tratamiento sustitutivo renal Coordinan: Dra. Patricia Larre Borges, Dra. Nieves Campistrús Participan: Dr. Gustavo Laham (Argentina), Dra. Mabel Alvarez Quiroga (Argentina), Dra. Liliana Gadola, Dr. Guillermo Rosa Diez (Argentina) Tema Libre N°44	14.00 - 16.00	MESA Epidemiología de la ERC en Uruguay Coordinan: Dra. Laura Ceretta Participan: Dra. Gabriela Otatti, Dr. Pablo Ríos, Dra. María Carlota González, Dr. Raúl Mizraji Tema Libre N°47	14.00 - 16.00	E-POSTERS Coordinan: Dra. Leonella Luzardo, Dr. Federico García N°: 9 - 20 - 25 - 28 - 38 - 39 - 50 - 51
16.00 - 16.30	Descanso - Café				
16.30 - 18.30	MESA Injuria renal aguda Coordinan: Dra. Pilar Varela, Dr. Xosé González Participan: Dr. Fernando Lombí (Argentina), Dr. Alejandro Ferreiro, Dr. Guillermo Rosa Diez (Argentina) Tema Libre N°59	16.30 - 18.30	MESA DE CASOS CLÍNICOS Nefrología Clínica Coordinan: Dra. Jimena Cabrera, Dra. María Aunchayna Trabajos N° 5 - 6 - 10 - 14	16.30 - 18.30	E-POSTERS Coordinan: Dra. Mercedes Chá, Dr. José Valiño N°: 31 - 32 - 33 - 34 - 37 - 40 - 41
18.30 - 19.00	CEREMONIA Y CONFERENCIA DE APERTURA Enfermedad renal y metabolismo oxidativo: desarrollo de terapéutica dirigida a la mitocondria Dr. Rafael Radí Presenta: Dr. Alejandro Ferreiro Palabras de bienvenida Dr. Pablo Ríos (Presidente SUN), Dr. Ricardo Martínez (Presidente ANBA)	18.30 - 19.00	Actividad en Ball Room A		Actividad en Ball Room A
19.00	Brindis de Bienvenida				



AUTORIDADES

Comité Organizador

Dra. María Carlota González
Presidente

Dra. Ana María Díaz
Secretaria

Dra. Liliana Chifflet
Tesorera

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

Lic. Sandra Figueroa
Lic. Soledad Fumero
Coordinadoras Enfermería

Lic. Nut. Sonia Dergazarián
Coordinadora Nutrición

Mag. Cecilia Durán
Coordinadora Psiconefrología

Comité Científico

Dr. Alejandro Ferreiro
Presidente

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

INVITADOS EXTRANJEROS

Dra. Marta Adragna
(Argentina)

Dr. Guillermo Alvarez
(República Dominicana)

Dra. Mabel Alvarez Quiroga
(Argentina)

Dr. Bernard Canaud
(Francia)

Lic. María Colli
(Argentina)

Dr. Javier De Arteaga
(Argentina)

Dr. Gustavo Greloni
(Argentina)

Dr. Gustavo Laham
(Argentina)

Dra. Adeera Levin
(Canadá)

Dr. Fernando Lombi
(Argentina)

Lic. Susana Marcos
(Argentina)

Dr. Ricardo Martínez
(Argentina)

Lic. Nut. Cristina Milano
(Argentina)

Dr. Guillermo Rosa Diez
(Argentina)

Dra. Milagros Samaniego
(USA)

Dr. Rafael Selgas
(España)

Dr. Gervasio Soler Pujol
(Argentina)

Dr. Hernán Trimarchi
(Argentina)

AUSPICIOS

Academia Nacional de Medicina
AUDYN

Colegio Médico del Uruguay

Escuela de Graduados

Facultad de Enfermería

Facultad de Medicina

Federación Médica del Interior
FEPREMI

Fondo Nacional de Recursos

Ministerio de Salud Pública

Sindicato Médico del Uruguay

Sociedad de Medicina Interna del Uruguay

Sociedad Uruguaya de Cardiología

Sociedad Uruguaya de Medicina Intensiva

Sociedad Uruguaya de Transplante

Declarado de Interés
Turístico por el
Ministerio de Turismo
según Expediente
N° 2018-9-1-0001003



UruguayNatural
Ministerio de Turismo

JUEVES 30 DE AGOSTO

SALA: BALL ROOM A

07.30 – 08.00 **Inscripciones y Acreditaciones**

08.00 – 10.00 **Mesa**

Nefrología clínica

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

08.00 – 08.20 **Curso clínico de la nefropatía lúpica en el hombre**

Dr. Andrés Urrestarazú

08.20 – 08.40 **Abordaje diagnóstico de las nefropatías fibrilares**

Dr. Rubén Coitiño

08.40 – 09.00 **Diagnóstico y control de la HTA: implicancias para el tratamiento**

Dr. José Boggia

09.00 – 09.20 **La biopsia renal en el paciente diabético y síndrome metabólico**

Dr. Gustavo Greloni (Argentina)

09.20 – 09.35 **Tema libre N°36**

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

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

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

09.35 – 10.00 **Discusión**

10.00 – 10.30 **Descanso - Café**

10.30 – 12.00 **Mesa**

Situaciones de difícil manejo

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

10.30 – 10.50 **Cuidados paliativos como opción de tratamiento en la ERC estadio V y al fin de la vida.**

Dra. Natalia Bernardi

10.50 – 11.10 **Muerte digna en el paciente con IRA**

Dr. Raúl Lombardi

11.10 – 11.30 **La comunicación en toma de decisiones**

Dr. Juan Dapuetto

11.30 – 12.00 **Discusión**

12.00 – 12.30 **Conferencia**

Rechazo del injerto por anticuerpos

Dra. Milagros Samaniego (USA)

Presenta: *Dr. Marcelo Nin*

12.30 – 14.00 **Simposio**

Aplicación clínica de las nuevas tecnologías de la información

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

» **Herramientas para limitar la incertidumbre en la toma de decisiones**

Dr. Alejandro Ferreiro

» **Tecnologías de la información y salud**

Msc. Ing. Macarena Remedi

Auspicia: **Biofast**

Lunch cupos limitados



- 14.00 – 16.00 **Mesa**
Tratamiento sustitutivo renal
Coordinan: *Dra. Patricia Larre Borges, Dra. Nieves Campistrús*
- 14.00 – 14.20 **Hiperparatiroidismo persistente en el trasplante renal**
Dr. Gustavo Laham (Argentina)
- 14.20 – 14.40 **Preservación de la membrana peritoneal a largo plazo**
Dra. Mabel Alvarez Quiroga (Argentina)
- 14.40 – 15.00 **Evaluación funcional de la membrana peritoneal: importancia pronóstica y en la adecuación del tratamiento**
Dra. Liliana Gadola
- 15.00 – 15.20 **Tratamiento del HPT secundario en el siglo XXI**
Dr. Guillermo Rosa Diez (Argentina)
- 15.20 – 15.35 **Tema libre N°44**
Capacidad funcional y masa muscular en pacientes en terapia de remplazo renal
Baccino C, San Román S, Moliterno P, Rojas L, Core L, Moirano M, Tihista S, Poggio MV, Armand Pilon A, Bentancor MJ, Echeverria C, Pereira S, Taglioretti V, Zeballos S, Gadola L, Silvariño R.
Centro de Nefrología, Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina y Centro de Diálisis Peritoneal CASMU-IAMPP. Departamento de Nutrición Clínica, Escuela de Nutrición, Montevideo, Uruguay.
- 15.35 – 16.00 **Discusión**
- 16.00 – 16.30 **Descanso - Café**
- 16.30 – 18.30 **Mesa**
Injuria renal aguda
Coordinan: *Dra. Pilar Varela, Dr. Xosé González*
- 16.30 – 16.50 **Decalage y sobrecarga de fluidos en IRA**
Dr. Fernando Lombí (Argentina)
- 16.50 – 17.10 **Indicación y oportunidad de inicio de TSR: ¿lugar de la medicina de precisión?**
Dr. Alejandro Ferreiro
- 17.10 – 17.30 **IRA en el Río de la Plata. ¿Bajo el yugo de la nefroplutocracia?**
Dr. Fernando Lombí (Argentina)
- 17.30 – 17.50 **¿Qué lugar tienen las terapias extracorpóreas en el tratamiento de las intoxicaciones?**
Dr. Guillermo Rosa Diez (Argentina)
- 17.50 – 18.05 **Tema libre N°59**
Diálisis extendida (SLED) asociada a hemodiafiltración de alto volumen con reposición en línea, para el tratamiento de la injuria renal aguda severa
Guerisoli A, Yandian F, Miranda V, González A, Miedzowicz L, González C, M, Ferreiro A.
Departamento de Nefrología. CASMU-IAMPP.
- 18.05 – 18.30 **Discusión**
- 18.30 – 19.00 **Conferencia y Ceremonia de Apertura**
Enfermedad renal y metabolismo oxidativo: desarrollo de terapéutica dirigida a la mitocondria
Dr. Rafael Radi
Presenta: *Dr. Alejandro Ferreiro*
Palabras de Bienvenida: *Dr. Pablo Ríos – Presidente S.U.N.*
Dr. Ricardo Martínez – Presidente A.N.B.A.
- 19.00 **Brindis de Bienvenida**

JUEVES 30 DE AGOSTO

SALA: BALL ROOM B

- 08.00 – 10.00 **Mesa de Casos Clínicos**
Trasplante
Coordinan: *Dra. Melania Kurdián, Dra. Ema Burgstaller*
- 08.00 – 08.20 **Aspectos psicológicos en la selección del donante vivo**
Lic. Psic. Carla Francolino
- 08.20 – 10.00 **Casos Clínicos**
- 10.00 – 10.30 **Descanso - Café**
- 10.30 – 12.00 **Mesa**
Trasplante renal
Coordinan: *Dr. Gonzalo Acuña, Dra. Laura Manzo*
- 10.30 – 10.50 **Trasplante de páncreas en pacientes con diabetes: indicaciones y resultados**
Dr. Gervasio Soler Pujol (Argentina)
- 10.50 – 11.10 **Nefropatía por virus BK**
Dra. Milagros Samaniego (USA)
- 11.10 – 11.30 **Indicaciones y experiencia nacional en trasplante simultáneo hepato renal**
Dr. Marcelo Nin
- 11.30 – 11.45 **Tema libre N°55**
Nefropatía asociada a virus BK en riñón trasplantado.
Implementación del diagnóstico en Uruguay
Banchero M, López P, Aunchayna MH, Astesiano R, Carbia M, Santiago J, Seija M, Ferrari S, Nin M, Noboa O, Gadola L, Kurdián M.
Unidad de Trasplante, Centro de Nefrología – Laboratorio de Biología Molecular – Laboratorio de Anatomía Patológica – Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, UdelaR
- 11.45 – 12.00 **Discusión**
- 12.00 – 12.30 **Actividad en Ball Room A**



12.30 – 14.00 **Intervalo**

14.00 – 16.00 **Mesa**

Epidemiología de la ERC en Uruguay

Coordina: *Dra. Laura Ceretta*

14.00 – 14.20 **Cambio de la frecuencia de glomerulopatías en el Uruguay: ¿mito o realidad?**

Dra. Gabriela Otatti

14.20 – 14.40 **Programa de salud renal. Análisis crítico de resultados e inequidades**

Dr. Pablo Ríos

14.40 – 15.00 **TSR en Uruguay. ¿Un modelo para compartir?**

Dra. María Carlota González

15.00 – 15.20 **Estado actual de la procuración de órganos en Uruguay**

Dr. Raúl Mizraji

15.20 – 15.35 **Tema libre N°47**

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

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

Programa de Salud Renal. Montevideo. Uruguay

15.35 – 16.00 **Discusión**

16.00 – 16.30 **Descanso - Café**

16.30 – 18.30 **Mesa de Casos Clínicos**

Nefrología clínica

Coordinan: *Dra. Jimena Cabrera, Dra. María Aunchayna*

16.30 – 16.45 **Tema libre N°5**

Glomerulopatía membranosa secundaria a enfermedad injerto contra huésped

Figueroa MP, Bica A, Lorduguin MN, Luzardo L, Coitiño R, Urrestarazú A, Aunchayna MH, Boada M, Grille S, Ottati G, Gadola L, Noboa O.

Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, Montevideo, Uruguay

16.45 – 17.00 **Tema libre N°6**

Biopsia renal en pacientes con diabetes mellitus 2

Robaina J¹, De Rosa G², Vavich R¹, De Rosa M¹.

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

17.00 – 17.15

Tema libre N°10

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

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

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

17.15 – 17.30

Tema libre N°14

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

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

JUEVES 30 DE AGOSTO

18.30 – 19.00 **Actividad en Ball Room A**

SALA: BALL ROOM C

08.00 – 10.00 **E-posters**

Coordinan: *Dr. Daniel Pérez, Dra. Alejandra Cannon*

Nº7 PERITONITIS A ACINETOBACTER EN DIALISIS PERITONEAL

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

Nº8 ERITROPOYETINA ENDOGENA Y SU RELACION CON LA DEFICIENCIA DE HIERRO

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

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

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

Nº13 TUBERCULOSIS DE PARED TORÁCICA EN HEMODIÁLISIS

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

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

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

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

Sans A, Gadola L, Orihuela L, Rebori A, Dominguez P; Pérez D, Saez, L, Orihuela N, Gómez T, Mautone M, Ríos A, San Román S, Lungo E, Ghelfi G, Mastandrea F, Laborda R, Vieira M. Garau M.

Grupo de Diálisis Peritoneal Sociedad Uruguaya de Nefrología, Uruguay.

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

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

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

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

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

Carlino C², Alles A², Dip L², Moriñigo C³, Torales S¹, Cuestas M².
¹Dirección provincial de calidad y evaluación sanitaria, ²PAIER-CUDAIO, ³Instituto Cardiovascular de Rosario (ICR) –Provincia de Santa Fe –Argentina

10.00 – 10.30 **Descanso - Café**



10.30 – 12.00

E-posters

Coordinan: *Dra. Cecilia Baccino, Dra. Soledad Ferrari*

- N°1** NEFROPATÍA Y LESIÓN ULCERADA CRÓNICA
Lorduguin N, Bica A, Izaguirre L, Zurberti C, Boggia J
- N°4** COCAÍNA, HIPERTENSIÓN MALIGNA Y MICROANGIOPATÍA TROMBÓTICA
Lorduguin N, Bica A, Izaguirre L, Coitiño R, Boggia J
Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela, Montevideo , Uruguay
- N°21** GLOMERULOPATÍA MEMBRANOSA SECUNDARIA DE DIFÍCIL DIAGNÓSTICO
Rath S, Garra G, Larre Borges P, Tobal D
Servicio de Nefrología Hospital Pasteur
- N°23** LESIÓN BILATERAL DE ARTERIAS RENALES. SU PRESENTACIÓN COMO INJURIA RENAL AGUDA
Rath S, Garra G, Ferreiro A, Larre Borges P, Tobal D
Servicio de Nefrología Hospital Pasteur
- N°30** HALLAZGOS EN BIOPSIA RENAL EN PACIENTES DIABÉTICOS
Lorenzo MJ, Luna DA, Guadalupe M, Fernández C, Gelabert B, Ríos P, Ríos A, Rabaza V, Ceretta L, Aunchayna MH.
Hospital Maciel – ASSE, Montevideo, Uruguay.
- N°43** DESCRIPCIÓN DE UNA POBLACIÓN DE PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA
Halty M, Cotelo A, Aleman A, Pimienta I, Carames A, Perdomo S.
Centro de Referencia Nacional de Defectos Congénitos y Enfermedades Raras (CRENADECER). Montevideo, Uruguay.
- N°45** PRESENTACIÓN CLÍNICA E HISTOLOGÍA EN LA PRIMER Y LA SEGUNDA BIOPSIA RENAL EN LA NEFROPATIA LÚPICA.
Parnizari P, Luzardo L, Boggia J, Aunchayna MH, Gadola L, Noboa O, Otatti G.
Centro de Nefrología. Hospital de Clínicas. Montevideo, Uruguay
- N°46** INFORME DEL REGISTRO URUGUAYO DE GLOMERULOPATIAS 2016-2017.
Garau M, Cabrera J, Acosta N, Aunchayna MH, Delfino L, Ríos P, Coitiño R, Coria V, Ottati G, Gadola L, Caorsi H, GonzalezMartinez F, Alvarez A, Baccino C, San Roman S, Silvariño R, Noboa O en representación del Registro Uruguayo de Glomerulopatías.
Programa de prevención y tratamiento de las Glomerulopatías (PPTG), Centro de Nefrología, Hospital de Clínicas. Facultad de Medicina, Montevideo-Uruguay.

12.00 – 12.30

Actividad en Ball Room A

12.30 – 14.00

Intervalo

14.00 – 16.00 **E-posters**

Coordinan: *Dra. Leonella Luzardo, Dr. Federico García*

- Nº9** CREACIÓN DE UN BIOBANCO DE PATOLOGÍA GLOMERULAR
Luzardo L, Ottati G, Tesore C, González P, Parnizari P, San Román S, Baccino C, Cabrera J, Ghelfi C, Silvariño R, Olascoaga A, Aunchayna MH, Noboa O.
Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, Montevideo, Uruguay
- Nº20** EL CUIDADO NEFROLÓGICO RETRASA EL INGRESO A DIÁLISIS
Silvariño R, Ríos P, Gadola L, Sola L, Lamadrid V, Ferreiro A, Saona G, Tobal D
Comisión Asesora de Salud Renal
- Nº25** PERCEPCION DE LA ERC EN EL PERSONAL DE SALUD DE ATENCION PRIMARIA
Carlino C¹, Alles A¹, Airasca F², Ameriso J³, Panozzo S¹, Donadio M¹, Valentini S¹, Dip, L, Torales S¹
¹PAIERCUDAIO ²Sub dirección de redes bioquímicas
- Nº28** IRA (INJURIA RENAL AGUDA) CON REQUERIMIENTO DE TRR (TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL) ¿ESTAMOS IGUAL QUE EN 2001?
Carlino MC¹, Avila R², Monje L³, Mantello C³, Taurizano N³, Ferragut N³, Fernández M⁴, Bragado J⁵, Josa P⁶, De Prato J⁶, Dip L⁷, Chapelet A⁸ Fiorilli F⁸, Cuestas M⁷ Alles A⁷
PAIER-CUDAIO I Hospital Provincial de Rosario¹; Hospital Dr. José María Cullen²; Hospital Provincial del Centenario³; Hospital Escuela Eva Perón⁴; SAMCO Dra. Gutiérrez, Ventado Tuerto⁵; Hospital Dra. O. Stuky, Reconquista⁶; PAIER-CUDAIO⁷; Ministerio de Salud⁸
- Nº38** EL FRACASO RENAL AGUDO DIAGNOSTICADO POR CRITERIOS KDIGO SE ASOCIA DE FORMA INDEPENDIENTE CON LA MORTALIDAD EN PACIENTES QUEMADOS CRÍTICOS
Nin N, Martins J, Peñuelas O, Muriel A, Abril J, Lorente JA
- Nº39** DIFERENTE GRAVEDAD DE LOS ESTADIOS DE FRACASO RENAL AGUDO SEGÚN CRITERIO DIAGNÓSTICO UTILIZADO
Nin N, Martins J, Peñuelas O, Muriel A, Abril J, Lorente
- Nº50** INTOXICACION SEVERA POR VALPROATO – ROL DE LA HEMODIALISIS
Curbelo A, Pinato M, Arigon J, Acuña G, Gonzalez S, Menoni R, Kurdian M, Alvarez A. Hurtado J.
Hospital Español J. J. Crottogini – Montevideo, Uruguay
- Nº51** NEFROPATÍA AGUDA POR FOSFATOS: A PROPÓSITO DE UN CASO
Lorenzo R, Aunchayna MH, Alvarez A, Pinato M, Acuña G, González S, Menoni R, Noboa O, Kurdián M.
Servicio de Nefrología, Hospital Español "J.J. Crottogini" – Laboratorio de Anatomía Patológica, H. Maciel, ASSE – Centro de Nefrología, H. de Clínicas, Facultad de Medicina, UdelaR.

16.00 – 16.30 **Descanso – Café**



16.30 – 18.30

E-posters

Coordinan: *Dra. Mercedes Chá, Dr. José Valiño*

- Nº31** MONITORIZACION CONTINUA DEL “DROP OUT”(SALIDA DE LA TÉCNICA DE DIÁLISIS PERITONEAL), PUEDE INCREMENTAR LA SOBREVIVENCIA DEL PACIENTE Y LA TÉCNICA.
Pérez D¹, Burgstaller E¹, Canon A¹, Recalde C¹, Vieira M¹, Galilea P¹, Robaina M¹, Ferreira A¹, Pesca F¹, Cerron E¹, Hastein N¹, Fracucchello A¹, Sequeira S¹, Carlazo P¹, Gadea C¹, Nin N², Marrón B³, Hegbrant J⁴, en representación del grupo de DP (Diaverum, 9 países).
¹SEINE Diaverum Clinic, Montevideo, Uruguay ²Diaverum Medical Office, Montevideo, Uruguay ³Diaverum Home Therapies. Medical Office, Madrid, España ⁴Diaverum Medical Office, Lund, Suecia
- Nº32** EL USO DEL “DROP OUT” (DO) COMO HERRAMIENTA DE MEJORA DE LA CALIDAD EN UNA RED ASISTENCIAL LATINOAMERICANA, EN DIALISIS PERITONEAL
Pérez D¹, Burgstaller E¹, Canon A¹, Recalde C¹, Vieira M¹, Galilea P¹, Robaina M¹, Ferreira A¹, Pesca F¹, Cerron E¹, Hastein N¹, Fracucchello A¹, Sequeira S¹, Carlazo P¹, Gadea C¹, Nin N², Marrón B³, Hegbrant J⁴, en representación del grupo de DP (Diaverum, 9 países).
¹SEINE Diaverum Clinic, Montevideo, Uruguay ²Diaverum Medical Office, Montevideo, Uruguay ³Diaverum Home Therapies. Medical Office, Madrid, España ⁴Diaverum Medical Office, Lund, Suecia
- Nº33** INDICADORES DE CALIDAD EN UNA RED INTERNACIONAL DE CLÍNICAS DE DIALISIS PERITONEAL (DP) COMO HERRAMIENTA DE GESTIÓN PARA LA MEJORA CONTINUA.
Pérez D¹, Burgstaller E¹, Canon A¹, Recalde C¹, Vieira M¹, Galilea P¹, Robaina M¹, Ferreira A¹, Pesca F¹, Cerron E¹, Hastein N¹, Fracucchello A¹, Sequeira S¹, Carlazo P¹, Gadea C¹, Nin N², Marrón B³, Hegbrant J⁴, en representación del grupo de DP (Diaverum, 9 países).
¹SEINE Diaverum Clinic, Montevideo, Uruguay ²Diaverum Medical Office, Montevideo, Uruguay ³Diaverum Home Therapies. Medical Office, Madrid, España ⁴Diaverum Medical Office, Lund, Suecia
- Nº34** ESTUDIO DE LA RIGIDEZ ARTERIAL EN HEMODIALISIS
Sarantes R, Pecora M, Larre Borges P, Noboa O, Boggia J
Centro de Nefrología, Hospital de Clínica, Montevideo – Uruguay
- Nº37** ANÁLISIS DE LA TENDENCIA Y EL IMPACTO PRONÓSTICO DEL PRIMER ACCESO VASCULAR PERMANENTE EN PACIENTES QUE INICIAN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS CRÓNICA
Ceretta M L, González M C, Ferreiro A, Ottati G, Noboa O.
Registro Uruguayo de Diálisis, SUN. Cátedra de Nefrología, Hospital de Clínicas, UdelaR.
- Nº40** IMPACTO DE LA UTILIZACIÓN DE UNA OSMOSIS REVERSA DE DOBLE PASO CON DESINFECCIÓN AUTOMÁTICA POR CALOR
Coria V, Santos Y, Alonso D, Hekimian G, Nin N
- Nº41** IMPACTO DE LA UTILIZACIÓN DE UN PROGRAMA DE ACCESOS VASCULARES
Santos Y, Coria V, Hekimian G, Fajardo L, Suarez G, Rovira A, Borghini P, Falchi B, Perez D, Paz F, Nin N

18.30 – 19.00

Actividad en Ball Room A

VIERNES 31 DE AGOSTO

SALA: BALL ROOM A

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



12.30 – 14.00

Simposio

Abordaje nutricional del paciente con enfermedad renal

Coordinan: *Dra. Mariana Seija, Dr. Ricardo Martínez (Argentina)*

12.30 – 12.55 **Soporte nutricional del paciente con IRA séptica**
Dr. Alejandro Opertti

12.55 – 13.20 **Cómo manejar el estado nutricional en pacientes en diálisis**
Dr. Bernard Canaud (Francia)

13.20 – 14.00 **Discusión**

Auspicia: Libra

Lunch cupos limitados

14.00 – 16.00

Mesa

Lesión endotelial en nefropatías

Coordinan: *Dra. Asunción Alvarez, Dr. Nelson Acosta*

14.00 – 14.20 **SUH típico**
Dra. Marta Adragna (Argentina)

14.20 – 14.40 **SUH atípico**
Dr. Hernán Trimarchi (Argentina)

14.40 – 15.00 **Microangiopatías tromboticas en el embarazo y puerperio**
Dr. Gustavo Greloni (Argentina)

15.00 – 15.20 **Algoritmo diagnóstico en GP membranoproliferativa**
Dr. Oscar Noboa

15.20 – 15.40 **Nefropatía asociada a síndrome antifosfolipídico**
Dr. Ricardo Silvariño

15.40 – 16.00 **Discusión**

16.00 – 16.30

Descanso - Café

16.30 – 18.30

Mesa

Nuevos horizontes en nefrología

Coordina: *Dra. Hena Caorsi*

16.30 – 16.55 **La perspectiva global en la enfermedad renal crónica: oportunidades y desafíos**
Dra. Adeera Levin (Canadá)

16.55 – 17.20 **Futuro y desafíos del trasplante de órganos**
Dr. Francisco González

17.20 – 17.45 **¿De qué forma la revolución digital cambiará la práctica clínica y mejorará los resultados en diálisis?**
Dr. Bernard Canaud (Francia)

17.45 – 18.10 **IRA, el nuevo paradigma: desde el hospital al primer nivel de atención**
Dr. Raúl Lombardi

18.10 – 18.35 **Horizontes de investigación y desarrollo en diálisis peritoneal**
Dr. Rafael Selgas (España)

18.30 – 19.00

Ceremonia de Clausura y Entrega de Premios

Dra. María Carlota González: Presidente XI Congreso Uruguayo de Nefrología

Dr. Pablo Ríos: Presidente de la SUN

19.00 – 19.30

Conferencia de Clausura

¿Es la hemodiafiltración de alto volumen la respuesta para mejorar el pronóstico de los pacientes en diálisis?

Dr. Bernard Canaud (Francia)

Presenta: *Dra. María Carlota González*

VIERNES 31 DE AGOSTO

SALA: BALL ROOM B

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



13.45 – 16.00

VIII Jornadas de Nutrición en Nefrología – Parte I

Coordina: *Lic. Nut. Sonia Dergazarián*

13.45 – 15.00

Desafíos de la alimentación parenteral eficiente en diálisis

Coordina: *Lic. Nut. Sonia Dergazarián*

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

15.00 – 16.00

Nuevos enfoques nutricionales en nefroprevención pediátrica y adulto mayor

Coordina: *Lic. Nut. Silvia Bancoff*

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

16.00 – 16.30

Descanso – Café

16.30 – 18.00

VIII Jornadas de Nutrición en Nefrología – Parte II

Hiperfosforemia: sus múltiples factores y el abordaje del equipo tratante

Coordina: *Lic. Nut. María del Verdún Poggio*

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

18.30 – 19.30

Actividad en Ball Room A

VIERNES 31 DE AGOSTO

SALA: BALL ROOM C

08.00 – 10.00 E-posters

Coordinan: *Dra. Sofía San Roman, Dra. Catherine Zulberti*

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

10.00 – 10.30 Descanso – Café



10.30 – 12.00

E-posters

Coordinan: *Dr. Rodrigo Sarantes, Dra. Lucía Orihuela*

- N°19** ENFERMEDAD DE FABRY: REPORTE DE UN CASO DE DIAGNÓSTICO TARDÍO
Parnizari P, San Román S, Aunchayna MH, Luzardo L, Baccino C, Ottati G, Gadola L, Noboa O.
Centro de Nefrología, Hospital de Clínicas, UdelaR. Montevideo. Uruguay
- N°42** IMPACTO DE LOS ACCESOS VASCULARES EN LOS DESENLACES DE LOS PACIENTES EN HEMODIÁLISIS
Nin N, Coria V, Santos Y, Fajardo L, Suarez G, Rovira A, Borghini P, Falchi B, Hekimian G, Perez D, Paz F.
- N°49** COMPARACIÓN DE LA SUPERVIVENCIA A LARGO PLAZO DE PACIENTES INGRESADOS A HEMODIÁLISIS Y DIÁLISIS PERITONEAL
Ferreiro A, González M C, Chifflet L, Ceretta M L.
Registro Uruguayo de Diálisis (RUD).
- N°54** INJURIA RENAL AGUDA. EXPERIENCIA EN UN CENTRO HOSPITALARIO
Kurdián M, Nin N, Pinato M, Acuña G, Gonzalez S, Menoni R, Oyamburo A, Perez G, Priario A, Hurtado J, Alvarez A.
Servicio de Nefrología y Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Español "J.J.Crottogini"- ASSE
- N°56** EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS AL TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS CRÓNICA
Campistrús N, Petraglia A, Cha M, Márquez M, Pinato M, Zinno E, Iglesias S.
Centros de Diálisis: INU, Uruguayana, CAMOC. Uruguay.
- N°58** CREANDO CONCIENCIA SOBRE INJURIA RENAL AGUDA: UNA EXPERIENCIA LATINOAMERICANA
Raúl Lombardi^{1,2}, Alejandro Ferreiro^{1,2}, Guillermo Rosa-Diez^{1,3}, Álvaro Margolis⁴, Luis Yu^{1,1,5}, Mauricio Younes-Ibrahim^{1,6}, Emmanuel A. Burdmann^{1,5}, Fátima Oeyen⁴, Walter Douthat⁷
¹Comité de IRA, Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión. ²Centro de Nefrología, Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad de la República, Montevideo, Uruguay. ³Departamento de Nefrología, Instituto Universitario del Hospital Italiano, Buenos Aires, Argentina. ⁴EviMed. Montevideo, Uruguay. ⁵División de Nefrología, Escuela de Medicina de la Universidad de Sao Paulo, Sao Paulo, Brasil. ⁶Departamento de Medicina Interna, Facultad de Medicina, Universidad de Río de Janeiro, Brasil. ⁷Sociedad Latinoamericana de Nefrología, Presidente. Departamento de Nefrología, Hospital Universitario Privado, Córdoba, Argentina.
- N°61** HEMODIAFILTRACIÓN-EN LÍNEA (HDF-L) CRÓNICA. SEGUIMIENTO DE LOS PRIMEROS 17 PACIENTES
Flores R, Guerisoli A, Yosi C, Gauronas P, Iglesias P, Baccino C, Larreborges P, Gadola L, Noboa O, Silvareño R
Centro de Nefrología, Hospital de Clínicas (HC), Facultad de Medicina, UdelaR
- N°62** INJURIA RENAL AGUDA SEVERA SECUNDARIA A RABDOMIÓLISIS NO TRAUMÁTICA.
Yandian F, Miranda V, Guerisoli A, González A, Miedzowicz L, González C, Labella M, Ferreiro A.
Departamento de Nefrología. CASMU-IAMPP. Uruguay

12.00 – 12.30

Actividad en Ball Room A

12.30 – 14.00

Intervalo

14.00 – 16.00

E-posters Enfermería

Coordina: *Lic. Soledad Fumero*

- Nº1** ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA EN NEFROLOGÍA
Mg. Josefina Verde – Lic. Paola Lemaire
Facultad de Enfermería-Centro de Posgrado
- Nº2** EXPERIENCIA DOCENTE ASISTENCIAL EN ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA EN NEFROLOGÍA
Lic. Soledad Fumero – Lic. Gianella Ghelfi – Lic. Sandra Figueroa – Lic. Alicia Ratti
Hospital de Clínicas
- Nº3** CASO CLÍNICO POSGRADO DE ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA EN NEFROLOGÍA
Lic. Cecilia Tapie
- Nº4** DIÁLISIS PERITONEAL DOMICILIARIA EN UN MEDIO SOCIO-ECONÓMICO DEFICITARIO
Lic. Ana Ferreira, Lic. Paola Galilea
SEINE
- Nº5** ENFOQUE DE RIESGO EN UN SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD
Lic. Carmen Pintos, Lic. Claudia Cardozo, Lic. Andrea Caltieri, Dr. Alejandro Ferreiro
CASMU-IAMPP
- Nº6** BIOSEGURIDAD EN HEMODIÁLISIS
Lic. María Colli
Hosp. Italiano. Bs. As
- Nº7** IMPACTO DE LAS ACCIONES PARA CONTROLAR LA DISEMINACIÓN DE GÉRMENES RESISTENTES EN UNA UNIDAD DE DIÁLISIS
Lic. Marcelo Martínez, Lic. Patricia Rodríguez, Lic. Rocío Bentancor, Dr. Alejandro Ferreiro
AMSJ- IAMPP
- Nº8** ADHESIÓN AL TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR DEL USUARIO TRASPLANTADO RENAL
Lic. Natalia Fogasa, Lic. Cecilia Nogueira, Lic. Cecilia Tapié.
Hospital Evangélico
- Nº9** CALIDAD DE CUIDADOS -USO DE PLATAFORMA ENFERMERA E-CUIDADOS
Lic. Daniela Alvarez
Caso clínico Postoperatorio de Trasplante Renal – Hospital de Clínicas
- Nº10** CALIDAD DE CUIDADOS -USO DE PLATAFORMA ENFERMERA E-CUIDADOS
Lic. Paula Búcalo, Lic. Eliana López, A.E. Johana Cabrera, A.E. Sandra Alvarez, A.E. Marcelo Suárez
Caso Clínico Embarazo en Hemodiálisis- Hospital de Clínicas
- Nº11** IMPLANTACIÓN DE HEMODIAFILTRACIÓN DE ALTO VOLÚMEN CON REPOSICIÓN EN LÍNEA PARA EL TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA RENAL AGUDA SEVERA CASMU IAMPP
Lic. Paola Donati, A.E. Silvana Rodríguez, A.E. Carina Soria, A.E. Liliana Pérez, A.E. Nadia Larrosa, Lic. Andrea Caltieri, Dr. Alejandro Ferreiro



INFORMACIÓN GENERAL

COSTO DE INSCRIPCIONES

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

CATEGORÍA	SEDE
Médicos Socios (*)	200
Médicos No Socios	350
Residentes y Postgrados en curso	120
Licenciados: Enfermería, Nutrición, Psicología	120
Auxiliares de Enfermería	100
Estudiantes	100
Inscripción por día	180

(*) Socios de:

- » Sociedad Uruguaya de Nefrología con 6 meses de antigüedad como socio
- » ANBA
- » Sociedad Uruguaya de Cardiología
- » Sociedad Uruguaya de Medicina Intensiva
- » Sociedad de Medicina Interna del Uruguay

Actividades Parciales

CATEGORÍA	COSTO
Jornadas Nutrición	50
Jornadas Psiconefrología	50
Jornadas Enfermería	50

SEDE DEL CONGRESO

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

SECRETARÍA

ATENEA EVENTOS SRL
 Av. 8 de Octubre 2254 of. 205
 Montevideo – Uruguay
 Telefax: ++598 2 4005444
 nefro2018@atenea.com.uy
 www.atenea.com.uy

ateneaeventosuy

atenea eventos

@ateneaeventosuy

ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN

El registro de participantes e inscripciones se realizará a partir de las 07.30 hs. del día 30 de Agosto. Se entregará bolso y programa oficial. Los certificados de asistencia se entregarán el día 31 de Agosto

SALA DE PRUEBAS

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

TELÉFONOS CELULARES

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

EXPOSICIÓN COMERCIAL

Se llevará a cabo durante los días 30 y 31 de Agosto en el horario de 08.00 a 18.00. El acceso a dicha exposición es libre

RESÚMENES TRABAJOS

1 NEFROPATÍA Y LESIÓN ULCERADA CRÓNICA

Lorduguin N, Bica A, Izaquirre L, Zurberti C, Boggia J

Introducción: el informe 2013-2015 del PPTG, reporta 6% de amiloidosis/mieloma sobre 495 biopsias renales. En reportes de Suecia e Inglaterra, la amiloidosis sistémica AA tiene una incidencia de ~1 a 2 casos por millón de personas-año.¹⁻² El diagnóstico de esta entidad requiere de un alto grado de sospecha clínica.

Metodología: reporte de un caso

Resultados: mujer, 72 años. **Consulta** por orinas espumosas de 2 meses de evolución. En igual período refiere en forma progresiva oliguria, hipo, prurito y anemia. **Antecedentes:** úlcera de miembro inferior izquierdo, 15 años de evolución, múltiples tratamientos e injertos infructuosos.

Examen físico: apirética, normotensa, piel y mucosas hipocoloreadas, macroglosia, esplenomegalia sin hepatomegalia. En región pre-tibial de miembro inferior izquierdo extensa úlcera circunferencial sin tejido de granulación y sin signos fluxivos. Tiene exudación con alto gasto diario, requiriendo múltiples curaciones diarias.

Paraclínica: proteinuria 5 g/día (albumina >80%), microhematuria. Albúmina 2.9 g/dl; Cr 3.2 mg/dl; Hb 6.5 g/dl microcítica hipocrómica. PEF: ausencia de pico monoclonal, relación Kappa/Lambda menor 2.08. C3: 103, C4: 28, ANA, Anti ADN, FR, ANCA y crioglobulinas negativas. PBR: rojo congo: refringencia verde manzana con luz polarizada. Fibrosis intersticial: 50%, atrofia tubular. IF: negativa, IHQ: positividad para proteína P y A de amiloide. Microscopía electrónica: fibrillas dispuestas al azar en membranas basales y mesangio.

Diagnóstico: glomerulopatía secundaria a enfermedad sistémica. La histología permite concluir: enfermedad por depósito, amiloidosis AA.

Conclusión: la Amiloidosis AA es una patología infrecuente, pero con una elevada morbilidad. Debe sospecharse en pacientes con enfermedad inflamatoria crónica e insuficiencia renal.

Bibliografía:

1. Pinney J et al. Systemic Amyloidosis in England: an epidemiological study. Br J Haematol. 2013; 161(4):525-32
2. Hemminki K et al. Incidence and survival in non-hereditary amyloidosis in Sweden. BMC Public Health. 2012; 12(1):974.

4 Cocaína, hipertensión maligna y microangiopatía trombótica

Lorduguin N, Bica A, Izaquirre L, Coitiño R, Boggia J
Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela, Montevideo, Uruguay.

Introducción: La hipertensión arterial maligna (HTAM) es una causa determinante de microangiopatía trombótica (MAT). Por otra parte, la oclusión de las arteriolas renales en el contexto de MAT puede desencadenar HTAM.

Metodología: presentación de un caso clínico

Resultados: Hombre, 35 años, raza negra. Consumidor de cocaína (5g/semana). Hipertenso sin tratamiento. En 2017 ingresa por insuficiencia renal severa (Cr: 5.4 mg/dl, Az: 0.94 g/l, Pru/Cru: 1,04 g/g), hipertensión severa (PAS 300 mmHg), fondo de ojo sin elementos de hipertensión maligna. Se realiza PBR por proteinuria no-nefrótica persistente: nefroangioesclerosis, microangiopatía trombótica, fibrosis intersticial y atrofia tubular. Creatinemia al alta 4.6 mg/dl.

Actualmente ingresa con PAS de 200 mmHg, en contexto de consumo de cocaína. Paraclínica: Cr 7.1 mg/dl, Az: 1.2 g/l, K: 2.8 mEq/l, HCO₃ arterial: 27.1 mEq/l. Fondo de ojo: no edema de papila, hemorragias retinianas dispersas, exudados blandos peripapilares, vasos tortuosos y cruces alterados.

Del resto de la analítica se destaca: Hemoglobina: 14.4 g/dl, plaquetas 177000/mm³, LDH 634 U/l, BT: 0.26. Serología VHB, VHC y HIV negativas. ANA, ANCA y Ac antifosfolípidos negativos, Complemento: C3:57, C4 17

Diagnósticos: injuria renal aguda KDIGO 3, con hipotensión y alcalosis metabólica, en paciente con enfermedad renal crónica. Hipertensión en fase acelerada, que se trata con inhibidores del eje renina-angiotensina. Evolución controlando la hipertensión, sin mejoría de función renal, ingresa a plan de hemodiálisis crónica.

Conclusiones: La cocaína genera vasoespasmo sistémico, elevación de la presión arterial y activación generalizada del endotelio. Estos factores pueden desencadenar MAT, sobre todo en sujetos con factores predisponentes (ej: alteraciones del complemento o sus inhibidores). La MAT de otro origen (incluyendo consumo de cocaína) puede desencadenar HTAM hasta en 15% de los casos. Sin embargo, estos cuadros cursan con plaquetopenia severa (<30000) que este paciente no presentó.

Bibliografía: [Malignant arterial hypertension and acute renal failure caused by cocaine use]. Rodríguez-Jornet A et al Nefrología. 2000 Nov-Dec;20(6):501-9

2 RITUXIMAB EN EL SÍNDROME NEFRÓTICO CORTICOSENSIBLE (SNCS) DEL ADULTO: EXPERIENCIA EN NUESTRO MEDIO.

Baccino C*, San Román S*, Luzzardo L*, Ottati G, Silvariño R, Gadola L y Noboa

O.C. de Nefrología. Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, Montevideo, Uruguay.

Fundamentación: Existe evidencia que en el Síndrome Nefrótico (SN) de inicio en la infancia cortico-dependiente o recaedor frecuente el tratamiento con Rituximab (RTX) logra disminuir las recaídas y la carga esteroidea. **Objetivos:** Analizar la respuesta inicial y la evolución a corto plazo de los pacientes con SN corticosensible (SNCS) tratados con RTX en nuestro medio. **Materiales y Métodos:** Estudio retrospectivo en pacientes >18 años con LGM confirmada por biopsia renal, cortico dependientes en remisión, tratados con RTX. Se registró sexo, edad, presión arterial, creatinemia (Cr), proteinuria (Pu), albuminemia (alb), inmunosupresión (IS) y complicaciones del tratamiento previo, al momento del RTX y en la evolución. **Resultados:** En el periodo 2015-2018 se registraron 5 casos de SNCS que recibieron RTX como tratamiento del SN. 3 de sexo masculino. Todos eran SN de la infancia (debut < 6 años). La tabla 1 resume las evoluciones. Todos tuvieron previamente efectos adversos vinculados a corticoides (CE), y 4 de ellos complicaciones infecciosas y trombóticas graves. Todos recibieron RTX en remisión y permanecen sin recaídas y sin terapia IS hasta la actualidad (excepto Caso 1: CE 0,1mg/kg/día y Caso 4 en descenso para retiro progresivo por CE y CyA-dependencia) con un seguimiento de >20 meses en 3/5 casos. No hubo complicaciones por Rituximab. **Conclusiones:** RTX se ha utilizado con buena respuesta y tolerancia en los pacientes SNCS (LGM) en nuestro medio.

Tabla 1. Características clínicas, inmunosupresión, complicaciones y respuesta al tratamiento con Rituximab

Exposición CE (años)	Respuesta CE	Complicación SN	Complicación IS	IS previo RTX	Proteinuria seguimiento (g/día)	Tratamiento seguimiento (meses)	Tiempo libre de recaídas	
Caso 1 35a	28	CS, CD, RF	ACV trombótico, NAC	Osteopenia, HTA, dislipemia	PDN, CyA, CF MMF	Negativa	PDN 0,1mg/kg/día	20
Caso 2 29a	5	CS, CD, RF	TVC, ITU, NAC	Osteopenia, Cushing, dislipemia	PDN, CyA, CF	Negativa	No	33
Caso 3 19a	2	CS, CD	TVP MMII TVS	Ninguna	PDN	Negativa	No	21
Caso 4 18a	12	CS, CD, RF	PBE, NAC	Cushing	PDN, CyA	Negativa	PDN 0,1mg/kg/día CyA	3
Caso 5 42a	28	CS, RF	No	HTA, Cushing, Diapirema	PDN, CyA	Negativa	No	3

Tabla 1. SN: síndrome Nefrótico, CE: corticosteroides, PDN: prednisona, RTX: Rituximab; CS: corticosensible, CD: corticoides, RF: recaedor frecuente, ACV: accidente cerebrovascular, NAC: neumonía aguda comunitaria, ITU: infección tracto urinario, TVP MMII: trombosis venosa profunda de miembros inferiores, TVC: Trombosis venosa cerebral, TCS: trombosis venosa superficial, PBE: peritonitis bacteriana

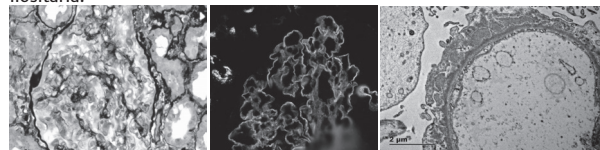
1. Guitard, J. et al. Rituximab for minimal-change nephrotic syndrome in adulthood: predictive factors for response, long-term outcomes and tolerance. *Nephrol. Dial. Transplant* 2084, 1-8 (2014).30251 *Participación igualitaria en el desarrollo del trabajo

5 GLOMERULOPATÍA MEMBRANOSA SECUNDARIA A ENFERMEDAD INJERTO CONTRA HUÉSPED

Figueroa MP, Bica A, Lorduguin MN, Luzzardo L, Coitiño R, Urrestarazú A, Aunchayna MH, Boada M, Grille S, Ottati G, Gadola L, Noboa O.
Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, Montevideo, Uruguay

Introducción: Las causas más frecuentes de Nefropatía Membranosa secundaria (NM-s) suelen ser desórdenes autoinmunes, infecciones virales o patología oncológica. Presentamos un caso de NM-s a una enfermedad injerto contra huésped (EICH), situación de la que existen muy pocos reportes. El trasplante de células madre hematopoyéticas se considera un tratamiento curativo para varias enfermedades hematológicas. La EICH crónica es la complicación tardía más temida, con una incidencia de alrededor del 50%. Su patogenia se explica por un reconocimiento de determinantes antigénicos en el huésped, en los diferentes órganos y sistemas, por parte de células inmunes del injerto. La presentación clínica característica es el compromiso cutáneo y del tubo digestivo, mientras que la asociación con glomerulopatía ocurre en el 6 a 10 % de los casos. Cuando acontece, en un 75% corresponde a NM.

Metodología: Reporte de un caso clínico. **Resultados:** Mujer de 35 años, que recibió un trasplante alogénico de progenitores hematopoyéticos hace 16 meses. Se realizó tratamiento con ciclosporina como profilaxis de una EICH. Al año, durante el retiro gradual del fármaco, instala un síndrome nefrótico con índice Pru/Cru de 7,7 g/g, albuminemia de 1,7 gr/dL y creatinemia de 0,80 mg/dL. Los Ac-PLA2R en plasma fueron negativos. La punción biopsia renal mostró: membrana basal engrosada, depósito capilar finamente granular de IgG y a nivel ultraestructural depósitos subepiteliales electrondensos con podocitos con transformación vellositaria.



Se reinstala la ciclosporina a dosis de 200 mg/d y a las 3 semanas se objetiva un índice Pru/Cru de 1,47 gr/gr y albuminemia normal. Actualmente, continúa en control con equipos de hematología y nefrología. **Conclusión:** Presentamos una causa muy rara de NM-s que ha presentado una buena evolución con el tratamiento de la enfermedad de base. El seguimiento con examen de orina es clave para el diagnóstico oportuno de estos pacientes.



RESÚMENES TRABAJOS

6 BIOPSIA RENAL EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS 2:

Robaina J¹, De Rosa G², Vavich R¹, De Rosa M¹.

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

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

MÉTODOS: Se revisaron las BR de pacientes con DM2 entre 2010-2016, para determinar si presentaban una Enfermedad Renal Diabética (ERD), u otra Enfermedad renal no diabética (ERND) en forma exclusiva o asociada. Los datos registrados incluyeron edad, sexo, tiempo del diagnóstico de la enfermedad (< 0 > a 10 años), indicación de la BR, formas clínicas de presentación y los diagnósticos histopatológicos (MO, IF y en el 46.7% ME). Para la ERD se utilizó la clasificación de 2010. Análisis estadístico: las variables continuas fueron expresadas en medias y desviaciones estándar, las categóricas en frecuencias y porcentajes.

RESULTADOS: Se analizaron 30 BR, sobre un total de 1178 realizadas en ese período (2.5%). Edad promedio: 59±11 años, 60 % hombres, 90% hipertensos, 53.3% con diagnóstico < a 10 años, FGe (CKD-EPI): 52±32.7 ml/m/1.73m², proteinuria 7.5±6.1 g/24 horas. Entre los que tenían examen ocular documentado (21/30) el 52.4% presentaban retinopatía por DM. **Formas clínicas de presentación:** El síndrome nefrótico (SN) fue la más frecuente 53.3% (n16), en dos casos con IRRP asociada. En el resto las indicaciones de la BR fueron su aparición súbita y/o hematuria glomerular, insuficiencia renal, diagnóstico de DM <10 años, ausencia de retinopatía, y otra enfermedad asociada. Proteinuria de diferentes grados, sin SN y similares condiciones clínicas, se observó en el 30% (n9). La IRA fue la indicación de BR en 13.3% (n4) y la IRRP 3.3% (n1). **Diagnósticos histopatológicos: ERD: 9 (30%)** (Clases IIa: 1, III: 5 y IV: 3). **ERND: 13 (43.3%)** (GEFS: 8, Enf. Ateroembólica+ GEFS: 1, Extracápsular paucinmune: 1, GN crioglobulinémica tipo 1:1, NigA: 1, N.Membranosa: 1), **ERND + ERD: 8 (26.7%)** (GEFS: 2, N.Membranosa: 1, Mesangial por Inmunocomplejos: 1, NTA-NTI: 3, NigA: 1. **Correlación:** El SN acompañó el 89% de la ERD exclusiva (Clases III y IV) y el 38% del resto de las BR. Proteinuria en grados variables con o sin hematuria e insuficiencia renal fue la característica dominante en el 30% de las formas histológicas. La IRA se correlacionó en un caso a una enfermedad ateroembólica con GEFS asociada, en otro a una nefropatía por cristales más NTA y ERD (Clase III), y las dos restantes ERD (Clase III), una con NTA y otra con NTA/NTI. La IRRP correspondió a una vasculitis paucinmune.

CONCLUSIONES: A pesar del limitado número de BR realizadas en DM2, la ERND presentó una ligera prevalencia, 43.3%. La ERD exclusiva representó el 30% y un 26.7% tuvo otra nefropatía superpuesta. La indicación de la BR basada en criterios clínicos más restrictivos explicaría estos resultados, con una alta probabilidad de detectar otra nefropatía (70%).

8 ERITROPOYETINA (EPO) Y SU RELACION CON LA DEFICIENCIA DE HIERRO

Díaz J.C., González S., Yandián F., Leyúñ M, Bello M., Parodi K., Hermo R., Allalón W Solá L.

Centro de Diálisis CASMU- IAMPP, Montevideo, Uruguay.

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

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

RESULTADOS Y DISCUSION: Se estudiaron 160 pacientes (ptes), 104 hombres (65%) edad media 71 años (IQ 59-78), 64 diabéticos (40%), tiempo en HD 25.2 meses (IQ13.1-47.3) y FRR de 4.5 mls./min (IQ 2.5-7.5). EPOe media fue 8.7 mUI/ml (5.9-13.3). EPOe baja en 19 (11.9%), normal en 134 (83.8%) y alta en 7 pacientes (4.30%). De acuerdo al valor de EPOe: 1º tercil menor 6.81 en 53 ptes, 2º tercil 6.81-10.97 y 3º tercil mayor 10.97 mUI/ml.

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

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

7 PERITONITIS A ACINETOBACTER EN DIALISIS PERITONEAL

Lecueder S, Guadalupe M, San Román S, Baccino

C, Silvariño R, Sans A, Gadola L.

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

Introducción: En Uruguay la incidencia global de peritonitis es 0,47 episodio/paciente/año, con una incidencia de 0.09 paciente/año para Gram Negativos. Acinetobacter (ACT) es un bacilo gran negativo poco frecuente como causa de peritonitis.^{Ref1} **Objetivo:** Analizar presentación, tratamiento y evolución de las peritonitis a ACT en el período 2008-2018 provenientes de tres centros. **Metodología:** Estudio descriptivo, retrospectivo, multicéntrico. Se incluyeron todos los pacientes con peritonitis a ACT en el período analizado. Tiempo de exposición total 9873,1 meses. Se registró edad, sexo, comorbilidades, índice de Charlson, tiempo en DP al episodio, sensibilidad antibiótica, tratamiento y evolución. **Resultados y discusión:** Fueron 7 episodios en 7 pacientes, edad promedio fue 54,4±13 años, 5 sexo femenino. Se destaca como factores de riesgo que 4 pacientes eran diabéticos y 4 con índice de Charlson mayor o igual a 6. El tiempo en DP 22±19 meses, 4 tuvieron peritonitis previas alejadas. La mayoría fueron ACT multisensibles (6/7) que respondieron al tratamiento empírico inicial (5/7) que incluye el cambio de vancomicina por ceftazidime (3/7) o ciprofloxacina (3/7) (ver tabla). El único fallecimiento fue un ACT intrahospitalario multiresistente. Hubo 1 retiro de catéter por refractariedad que requirió cambio de técnica.

	Especie	Sensibilidad	Tratamiento	Duración	Evolución
1	Lowfii	Multisensible	Amika+Ceftazidime	21	Buena
2	S.P.	Multisensible	Amika+Ciprofloxacina	21	Buena
3	Baumannii	Multisensible	Amika+Ceftazidime	21	Refractaria
4	Baumannii	Resistente	Colistín	2	Muerte
5	Baumannii	Multisensible	Amika+Ceftazidime	21	Buena
6	Urgingi	Multisensible	Amika+Ciprofloxacina	21	Buena
7	Baumannii	Multisensible	Amika+Ciprofloxacina	21	Buena

Multisensible: Ampicilinasulbactam, Ceftazidime, Ciprofloxacina, Colistín. Gentamicina. Imipenem. Meropenem. Piperacilina Tazobactam. Tigeciclina. Resistente: sensible solo a Colistín.

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

González-Bedat M C, Ferreira Fuentes A, C. B. L. (2017). RUD. Informe anual 2015. Htay, H., Cho, Y., Pascoe, E. M., Hawley, C. M., Clayton, P. A. Borlace, M, Johnson, D. W. (2018). Outcomes Of acinetobacter peritonitis in Peritoneal Dialysis Patients: a Multicenter Registry Analysis. *Peritoneal Dialysis International : Journal of the International Society for Peritoneal Dialysis*, pdi.2017.00199

9 CREACIÓN DE UN BIOBANCO DE PATOLOGÍA GLOMERULAR

Luzardo L, Ottati G, Tesore C, González P, Parnizari P, San Román S, Baccino C, Cabrera J, Ghelfi C, Silvariño R, Olascoaga A, Aunchayna MH, Noboa O.

Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, Montevideo, Uruguay

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

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

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

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

RESÚMENES TRABAJOS

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

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

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

Caso clínico. Mujer, 50 años, colitis ulcerosa crónica (CUC) (2 años de diagnóstico), tratamiento con sulfasalazina que se cambió por mesalazina por anemia. Consulto por dolor lumbar bilateral, fiebre (39°C Ax) e injuria renal aguda con creatinemia (Cr) de 1.8 mg/dL (previa 0.9 mg/dL). Se trató con antibioterapia empírica (ceftriaxona i/v) con planeo de pielonefritis aguda. Urocultivos (2) y hemocultivos (2) sin desarrollo. Proteinuria de 24 hs 0.5 g, proteinuria/creatininuria 0.67 g/g. Albuminemia 3.97 g/dL. Sedimento urinario 120 GB/campo. Sin litiasis en la TC abdome-pelvis. Se mantuvo tratamiento antibiótico durante 7 días persistiendo creatinemia elevada (1.75 mg/dL) sin factores corregibles, leucocituria, y proteinuria/creatininuria de 0.7 g/g. Se realizó biopsia renal: 18 glomérulos (4 obsoletos), ovillo capilar amplio y permeable, escasos mono o PMN en las luces. Mesangio y membrana basal normales. Sector túbulo-intersticial con severo infiltrado linfomononuclear que invade túbulos con imagen de tubulitis. Células gigantes multinucleadas, atrofia tubular focal con fibrosis intersticial. Arterias interlobulares y arteriolas s/p. Inmunofluorescencia: depósitos de IgG en intersticio. Con planeo de NTIA secundaria a mesalazina se suspendió el fármaco y se administró metilprednisolona i/v seguida de prednisona v/o. En el seguimiento a 12 semanas presentaba Cr(s) de 1 mg/dL y sedimento urinario sin alteraciones. **Discusión y conclusiones.** La mesalazina es un fármaco del grupo de los 5-Amino-salicilatos (5-ASA). Su uso en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) se ha vinculado al desarrollo de nefritis tubulointersticial (NTI) aguda (1)(2)(3) y crónica (4)(5) en 1/500 pacientes (6). A diferencia de otros fármacos el desarrollo de NTI, en un elevado porcentaje de casos, es tardío con una mediana de 3 años luego de iniciado el fármaco (7)(8). Reciente evidencia sugiere la asociación entre algunos tipos de HLA y susceptibilidad idiosincrática a desarrollar NTI frente a 5-ASA (9). Los reportes evidencian adecuada respuesta a la suspensión del fármaco asociada a tratamiento corticoideo (10)(11). Hasta 60% puede desarrollar enfermedad renal crónica (en algunas hasta 13% de los casos con TRR) (8). De este caso y los reportes previos surge la necesidad de valorar periódicamente la presencia de nefrotoxicidad en pacientes bajo tratamiento con 5-ASA.

1. Mehta RP. Acute interstitial nephritis due to 5-aminosalicylic acid. CMAJ [Internet]. 1990 / 2. Frandsen NE, Saugmann S, Marcussen N. Acute Interstitial Nephritis Associated with the Use of Mesalazine in Inflammatory Bowel Disease. Nephron 2002 / 3. Tadic M, Grgurevic I, Skukanec-Spojlar M, Bozic B, Marusic S, Horvatic I, et al. Acute interstitial nephritis due to mesalazine. Case Report. Nephrology 2005 / 4. Magalhães-Costa P, Matos L, Chagas C. Chronic tubulointerstitial nephritis induced by 5-aminosalicylate in an ulcerative colitis patient: a rare but serious adverse event. Case Reports. 2015 / 5. Van Staa TP, Travis S, Leufkens HGM, Logan RF. 5-aminosalicylic acids and the risk of renal disease: a large British epidemiologic study. Gastroenterology 2004 / 6. Corrigan G, Stevens PE. Review article: interstitial nephritis associated with the use of mesalazine in inflammatory bowel disease. Aliment Pharmacol Ther 2000 / 7. Popoola J, Muller AF, Pollock L, O'Donnell P, Carmichael P, Stevens P. Late onset interstitial nephritis associated with mesalazine treatment. BMJ 1998 / 8. Arend LJ, Springate JE. Interstitial nephritis from mesalazine: case report and literature review. Pediatr Nephrol 2004 / 9. Heap GA, So K, Weedon M, Edney N, Bewshea C, Singh A, et al. Clinical Features and HLA Association of 5-Aminosalicylate (5-ASA)-Induced Nephrotoxicity in Inflammatory Bowel Disease. J Crohn's Colitis 2016 / 10. Corica D, Romano C. Renal involvement in Inflammatory Bowel Diseases. J Crohn's Colitis 2016 / 11. Vasanth P, Parmley M, Torrealba J, Hamdi T. Interstitial Nephritis in a Patient with Inflammatory Bowel Disease. Case Reports Nephrol 2016

13 TUBERCULOSIS DE PARED TORÁCICA EN HEMODIÁLISIS

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

Introducción: La tuberculosis de la pared torácica (TBPT) es una localización extrapulmonar poco frecuente, presentándose habitualmente como absceso frío, y representa entre el 1 a 5% de los casos de tuberculosis osteoarticular⁽¹⁾. En Uruguay la incidencia anual de tuberculosis en la población general según la CHLA en los últimos años, es de 26,7 por 10⁵ hab. En pacientes en tratamiento sustitutivo renal la incidencia es 8 veces superior, y de las formas extrapulmonares, la localización osteoarticular es la tercera en frecuencia.⁽²⁾ **Metodología:** Descripción de un caso clínico. Hombre, 42 años, procedente de Montevideo, administrativo. Enfermedad renal crónica extrema secundaria a glomerulopatía crónica sin estudio histológico. En tratamiento sustitutivo renal, diálisis peritoneal (2013-2015) y hemodiálisis (2015-2018), con cambio de técnica por mala adherencia. Hiperparatiroidismo secundario severo. Marcadores virales VHB, VHC, VIH no reactivos. Ex tabaquista, hipertensión arterial crónica. Consulta por tumoración en cara posterior de hemitórax izquierdo, de aparición insidiosa, límites netos, 8cm de diámetro, redondeada, lisa, consistencia gelatinosa, movilidad limitada por adherencia a planos profundos, sin signos fluxivos. El resto del examen físico es normal. Tomografía computada informa: arcos costales izquierdos 7°, 8° y 9°, sobre línea axilar posterior lesiones líticas expansivas de comportamiento quístico, densidad inhomogénea, con áreas hipodensas, fino realce periférico y calcificaciones. En borde externo, se extiende a partes blandas adyacentes, donde se observa colección de 14cm de diámetro. Comprime ligeramente el pulmón presentando comportamiento de lesión extrapulmonar. La pleura adyacente se encuentra discretamente engrosada. Pequeño granuloma calcificado basal derecho. Adenopatías calcificadas látero-traqueales derecha, pre y subcarinales. Drenaje de la colección con contenido purulento. Cultivo bacteriológico inespecífico negativo. Búsqueda de gérmenes específicos positivo a Micobacterium tuberculosis complex. Inicia tratamiento antituberculoso: Isoniacida, Rifampicina, Pirazinamida y Etambutol durante 7 meses. Buena evolución con resolución clínica radiológica. **Conclusión:** Dada la alta incidencia de tuberculosis extrapulmonar en pacientes en hemodiálisis, debemos mantener un alto índice de sospecha de las formas atípicas de presentación. La expresión clínica radiológica de la TBPT en este paciente es similar a las escasas series reportadas. Para evitar la recurrencia el tratamiento es el anti tuberculoso y drenaje quirúrgico precoz.

1 Benjelloun H, Morad S, Zagha N, Bakhatar A, Yassine N, & Bahlaoui A. Les abcès froids pariétaux thoraciques chez les sujets immunocompétents. Pan African Medical Journal, 20, 1-8.(2015) 2 Baccino C, Larre Borges P, González C, Noboa O. Incidencia TBP en pacientes ERC V en Uruguay. XVII Congreso internacional SLANH 2014, Chile.

11 HIPERTROFIA VENTRICULAR IZQUIERDA Y VALVULOPATÍAS EN LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA. Prevalencia y Factores de riesgo.

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

La Enfermedad Cardiovascular (ECV) es la principal causa de muerte en la población con Enfermedad renal crónica (ERC).

Los **objetivos** del estudio fueron analizar la prevalencia y factores de riesgo de hipertrofia ventricular izquierda (HVI) y valvulopatías en una población con ERC estadios I-V (no diálisis). **Métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo de la cohorte de pacientes del Programa de Salud Renal del Uruguay, asistidos en el Hospital Universitario, que realizaron un Ecocardiograma Doppler en el período 1/1/2010 a 30/6/2016. Se analizaron datos clínicos, bioquímicos y ecocardiográficos. Aprobado por Comité de Ética. **Resultados:** Se incluyeron 350 pacientes, 52,3% mujeres, edad mediana 65 (pc₂₅₋₇₅: 54-75) años. Se analizaron 2 grupos, ERC estadio I-II (30,3%) vs estadio III-V (69,7%). Se observó una elevada frecuencia de remodelación cardíaca auricular y ventricular, mayor en estadio III-V. El menor filtrado glomerular estimado (FGe) se asoció a mayor masa ventricular izquierda (OR 1,002, IC95% 1,000-1,003, p=0,048) independiente de edad, hipertensión y diabetes. En el subgrupo con HVI excéntrica el FGe y la FEVI eran menores y en el subgrupo con HVI concéntrica la presión arterial diastólica era más elevada (test Kruskal-Wallis p<0,05). Las anomalías valvulares fueron más frecuentes en estadio III-V, principalmente insuficiencia mitral (38,5%) y aórtica (28,6%) vs I-II 24,5% y 12,3% respectivamente (Chi² p<0,05).

	Normal	Remodelado Concéntrico	HVI Concéntrica	HVI Excéntrica	* p
N (%)	35 (21,8%)	28 (17,5%)	45 (28,1%)	52 (32,5%)	
Edad	64 (54-72)	58,5 (45-79)	66 (58-76)	66,5 (57-75)	NS
PAS	130 (110-148)	125 (115-149)	141 (119-159)	131 (119-149)	NS
PAD	70 (60-80)	74 (60-82)	80 (70-90)	71 (65-82)	0,049
FGe	58,8 (44,6-75,2)	60,6 (32,6-74,8)	49,1 (36,1-58,4)	44,6 (31,1-60,5)	0,039
FEVI	60 (55-65)	60 (60-65)	60 (55-65)	57,5 (43-60)	0,004

Mediana y (pc₂₅₋₇₅) de variables simultáneas al Ecocardiograma Doppler: Edad (años); PAS= Presión arterial sistólica (mmHg); PAD= Presión arterial diastólica (mmHg); FGe= Filtrado glomerular estimado por Fórmula CKD-EPI (ml/min/1.73 m²); FEVI=Fracción de eyección de VI (%) * Test de Kruskal-Wallis. Significativo p < 0,05 **Conclusiones:** Las anomalías morfológicas cardíacas (auriculares, ventriculares y valvulares) fueron más frecuentes en estadios avanzados de ERC y el descenso del FGe fue un factor de riesgo independiente de HVI.

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

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

Introducción: la glomerulonefritis rápidamente progresiva (gnrp) en el contexto de lesiones cutáneas generalizadas rápidamente evoca la sospecha de vasculitis. Sin embargo, la causa del cuadro muchas veces no está a primera vista.

Metodología: reporte de un caso.

Resultados: hombre, 54 años, medio rural. Consultan sus familiares, quienes objetivan adelgazamiento de 20 kg, confusión y lesiones en piel en los últimos meses, precedidos de lesión en ala de nariz derecha y episodios de epistaxis. No hematuria, no orinas espumosas, no fiebre, no sinusitis ni otitis.

Examen físico: confuso. Tax. 36°C. Adelgazado. Focos sépticos dentarios. Lengua seca, dehidratado, lesiones de rascado, lesión en sacabocado de 1 cm de diámetro en tejido del ala nasal derecha, lesión necrótica en tabique nasal y pabellón auricular derecho. Livedo reticularis en ambos muslos. Lesiones máculo papulares rojovinosas, sobreelvaras y confluyentes, de predominio en zonas declive. CV: RR 100 cpm, sin soplos. PA 120/80mmHg, recoloración enlentecida. Edemas de MMII. Eupneico.

Parálisis: Cr 8.4mg/dl, Az 3.27g/l, HCO₃- 12.5mmol/l, Proteinuria 3.56 g/l, microhematuria y leucocituria. Urocltvo: 0 UFC/ml. Hb 8.7 gr/dl, GB 4580mm³ (Neu 46%), PLT 180.000mm³. TP 71.6%, Albuminemia 3.1g/dl. VES 85mm, PCR 62mg/l. Hemocultivos seriados negativos. ANA 1/80, patrón moteado y citoplásmico, C3 <18mg/dl, C4 8mg/dl. Negatividad en: ANCA, anti-MBG, VHB, VHC y VIH negativos. PEF: hiper-gamaglobulinemia policlonal. Crioglobulinas (+), crio crito 1%, FR 16UI. Biopsia de lesión cutánea: capilaritis inespecífica. Ecocardiograma TT: endocarditis infecciosa (EI) en válvula Aórtica nativa. Hemocultivos: persistentemente negativos. Serología: Coxiella burnetii: negativa. PBR: proliferación endocapilar segmentaria y focal, 25% de proliferación extracapilar, expansión mesangial leve, fibrosis 30%. Infiltrado linfomonocitario, atrofia 30%. IF: depósitos pericapilares y mesangiales intensos de IgM y C3, y depósitos leves de C1q.

Diagnóstico: glomerulonefritis proliferativa extracapilar, mediada por inmunocomplejos, crioglobulinémica, asociada a endocarditis infecciosa.

Conclusión: La gnrp por inmunocomplejos obliga a descartar EI aún en ausencia de sd febril o aislamiento de germen. Encontrar la causa que gatilla el proceso inflamatorio en forma sistemática y ágil es fundamental para realizar un diagnóstico y tratamiento efectivo.



RESÚMENES TRABAJOS

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

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

INTRODUCCION Las alteraciones del metabolismo mineral y óseo se inician tempranamente en la ERC. Los niveles de Ca²⁺, P y PTH son factores independientes de riesgo cardiovascular y mortalidad. Hasta el 85% de los pacientes con ERC tienen deficiencia de vitamina D. El prurito cutáneo asociado a la ERC es un desorden que afecta la calidad de vida, cuya etiología no se ha establecido completamente. El prurito se asocia al grado de ERC que presenta el paciente.

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

MATERIALES Y MÉTODOS Estudio observacional descriptivo, n= 39 pacientes con ERC estadio 5D. **Variables registradas:** - Cuantitativas: Edad, tiempo en diálisis, niveles séricos de Ca²⁺, P, urea y PTH. Cualitativas: Sexo, modalidad de diálisis, presencia de prurito, intensidad de prurito y cirugía paratiroidea previa. **Formularios utilizados:** Consentimiento informado, formulario datos del paciente, escala EVA. La paraclínica fue obtenida en el marco de las extracciones previo al inicio de diálisis. **Software utilizado:** Software STATA V 12.0.

RESULTADOS

Variables	Todos (n=39)	HD (n=30)	DP (n=9)
Edad	58,2 ± 2,3	58,0 ± 2,7	58,9 ± 4,5
Hombres	62,8 ± 3		
Mujeres	33,4 ± 3,2		
Sexo M/F (%)	20/19 (51/49)	16/14 (53/47)	4/5 (44/56)
Tiempo en diálisis (meses)	67,4 ± 11,5	74,2 ± 14,3	44,8 ± 13,9
Cirugía de paratiroideas previa (Si/No)	12/27		

Variables	Prurito	Media	Valor p
Niveles plasmáticos de Vitamina D (ng/ml)	SI	23,6	0,778
	NO	25,2	

CONCLUSION No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre presencia e intensidad de prurito y niveles de vitamina D.

El tiempo promedio en diálisis fue mayor en los que presentaron prurito leve; si bien la asociación no fue estadísticamente significativa podemos inferir que a mayor tiempo en diálisis disminuye la intensidad del síntoma.

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

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

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

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

Se analizaron los datos de la población almacenados en formato electrónico: edad, sexo, nefropatía, comorbilidades, plan de DP, parámetros clínicos y paraclínicos y evolución del primer mes. Se analizaron tres grupos: 1.pacientes coordinados que inician DP a los 20 días de colocado el catéter peritoneal (DPC). 2.incidentes a DP o transferidos de HD de necesidad, que requirieron inicio de Tratamiento de sustitución renal (TSR) en las primeras 48 hs posteriores a la colocación de catéter peritoneal e iniciaron DP (DPU). 3.incidentes a DP que requirieron inicio de TSR en las primeras 48 hs post colocación de catéter peritoneal, pero optaron por iniciar con Hemodiálisis transitoria (HDT). Las variables continuas se expresan en mediana y pc 25-75 y las categóricas en porcentajes. Se utilizaron test no paramétricos para el análisis estadístico.

Resultados. Se incluyeron 75 pacientes, 34 mujeres (45%), edad 61⁽⁴⁶⁻⁷²⁾ años, 24 Diabéticos (32%) 43 con Ind de Charson ≤4 (57.3%), 69 con I. Graffar ≤ 2 (92%). Cuarenta pacientes en grupo DPC, 22 en DPU y 13 en HDT. El FGE inicial fue 9^(6-12,3) ml/min/1.73 m², Azoemia 145⁽¹⁰⁶⁻¹⁸⁹⁾ mg/dl, K 4.6^(4,5-5) mEq/l, Hb 10.4^(9,5-11,1) g/dl, Albuminemia 3.7^(3,2-4,1) g/dl, sin diferencias entre los grupos, excepto azoemia inicial que fue significativamente mayor en grupo DPU. Al mes la Azoemia global era 111⁽⁹⁹⁻¹³¹⁾ g/dl, FGE 6.4^(2,7-9,2) ml/min/1.73 m². El grupo HDT presentó un descenso significativo del FG (inicial vs mes, test Wilcoxon para muestras pareadas, p< 0.05 (pero no el grupo DPU). Los días de internación, fueron significativamente mayores en el grupo DPU 13.5^(6,5-18,2) días, vs DPC 6⁽²⁻⁸⁾ y HDT 3⁽²⁻⁶⁾ días. No presentaron complicaciones infecciosas y no hubo diferencia significativa en la frecuencia de otras Complicaciones (3 dislocaciones, 3 hernias, 2 fugas) y 8 sangrado periorificio/hematoma de pared y 2 hemoperitoneos. Las complicaciones hemorrágicas fueron más frecuentes en los paciente anticoagulados/ antiagregados (2/51 vs 6/21, test Fisher p = 0.0054).

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

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

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

Objetivo: Analizar la tendencia de cambios en la incidencia de peritonitis en diálisis peritoneal (DP), gérmenes causantes, su sensibilidad antibiótica (ATB) y evolución.

Material y métodos: Se analizaron los episodios de peritonitis (según definición internacional ISPD) en los 8 Centros de DP del Uruguay, en el período 1/1/2004 al 31/12/2017 del Registro de Infecciones en DP. Se analizaron tiempo de exposición en el período, episodios de peritonitis, gérmenes y sensibilidad ATB y evolución. Todos los Centros utilizaron el protocolo ATB empírico inicial recomendado (vancomicina + amikacina en adultos y + ceftazidime en niños) ajustado al identificar germen. Se define "Cura primaria" a la curación con antibióticos. Análisis estadístico: Mann-Kendall Trend test, tests Chi² y Poisson, significativo p < 0.05. El Registro se realiza desde 2004 y fue aprobado por Comité de Etica.

Resultados: Se analizaron 1133 episodios de peritonitis en el período 1/2004-12/2017, con tiempo de exposición total de 31630 meses en adultos. La incidencia global de peritonitis 2004-5 fue de 0.46 y en 2016-17 de 0.33 (test de Poisson p<0.05). Se observó una incidencia estable de Gram negativos 2004-5 (0.09 peritonitis/pac-año) y 2016-17 (0.08 peritonitis/pac-año) (Poisson NS) y un descenso de la incidencia de global de peritonitis, de Gram + y en particular St CoN (Estafilococo coagulasa negativo) y St Aureus (Estafilococo Aureus) (0.2 vs 0.09 peritonitis/pac-año) (Poisson p<0.05) con tendencia decreciente significativa anual en todo el período (Mann Kendall p<0.05) vinculado probablemente a la educación terapéutica realizada. Las micosis aumentaron de 1 a 4 episodios/año (incidencia 2016-7 de 0,025 epis/pac-año). En el período 2016-17 se observaron 4/30 Staph Aureus/ St CoN metilicilino y/o amikacina resistentes. El 100% de Gram negativos eran sensibles a amikacina y 7/48 (14,6%) gérmenes testados eran resistentes a ciprofloxacina. Se observó Cura primaria en 645 episodios: 316/442 (71,5%) de Gram+ y menos en Gram negativos: 88/225 (39,1%) (Chi² p<0.05). En la población pediátrica (2009-2017) se registraron 69 peritonitis, 42% Gram positivos, con descenso de incidencia global de 0,54 (2009-11) a 0,39 (2016-17) epis/pac-año.

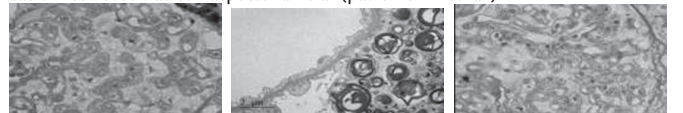
Conclusiones: Se observa un descenso sostenido y significativo de la incidencia global de peritonitis, en particular St Au y St CoN en adultos, pero estable de Gram negativos, con peor evolución, lo que justifica mantener vigente Protocolo empírico inicial, asociar tratamiento antifúngico según Pautas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

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

Parnizari P, San Román S, Aunchayna MH, Luzardo L, Baccino C, Ottati G, Gadola L, Noboa O.

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

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



La Cardioresonancia confirmó hipertrofia ventricular izquierda simétrica, severa, FEVI supranormal: 80%, áreas de fibrosis en musculo papilar anterolateral. Test de gota seca y dosificación enzimática, confirmaron déficit de alfa-galactosidasa A: 0.39 umol/h. Análisis de ADN: mutación en el exón 6 del gen GLA (c.819T>A). Diagnóstico de Enfermedad de Fabry fenotipo clásico con compromiso multisistémico: cardíaco, nefrológico, neurológico, oftalmológico y cutáneo, avanzada por compromiso cardíaco severo y enfermedad renal crónica estadio IIIA. Tratamiento: Enalapril 10mg/día con disminución de la proteinuria 0.4 g/día. Inició terapia de remplazo enzimático, con alfa agalactosidasa 0.2 g/kg cada 15 días. A los 10 meses: Cr 1.46 mg/dL, IFG CKDEPI 54.5ml/min/1,73 m². Conclusión: Paciente con manifestaciones inespecíficas en la infancia con diagnóstico tardío de déficit de alfa-galactosidasa A, con compromiso renal avanzado, a pesar de ello inició remplazo enzimático con buena evolución.

RESÚMENES TRABAJOS

20 EL CUIDADO NEFROLÓGICO RETRASA EL INGRESO A DIÁLISIS

Silvariño R, Ríos P, Gadola L, Sola L, Lamadrid V, Ferreiro A, Saona G, Tobal D
Comisión Asesora de Salud Renal.

Introducción: El ingreso al Programa de Salud Renal (PSR) se vinculó a mejores condiciones al inicio de terapia de reemplazo renal (TRR) y mejor sobrevida. **Objetivo:** Valorar si el cuidado estructurado en el PSR retrasa el ingreso a TRR. **Metodología:** Estudio retrospectivo. Se incluyeron pacientes ingresados al Registro Uruguayo de Diálisis (RUD) desde 1-01-2005 hasta el 31-05-2018. Se clasificó la población de acuerdo a los cuidados nefrológicos previos en: provenientes del PSR, ingresados entre 1/01/2005 y 31/05/2018, con permanencia \geq 1 año y al menos un control nefrológico (GRUPO 1), pacientes no provenientes del PSR, con cuidado nefrológico \geq 1 año (GRUPO 2) y pacientes sin cuidado nefrológico previo al ingreso al RUD (GRUPO 3). Se registró edad de ingreso a TRR y nefropatía. **Estadística.** La edad se expresa como mediana y percentiles 25-75. Se utilizó test de Kruskal Wallis y Mann Whitney con corrección de Bonferroni. **Resultados y discusión:** Se incluyeron 6900 pacientes. En la tabla se expresa la edad mediana de ingreso a TRR según nefropatía en cada grupo de cuidado nefrológico.

		GRUPO 1	GRUPO 2	GRUPO 3
Glomerulopatías	n	76	303	292
	Edad*	59 (39.7-72)*	52 (40-66)	47 (30-63)***
Nefropatía diabética	n	210	688	636
	Edad*	64.5 (56-72.2)*	63 (54-70.7)	62 (53-69)
Nefropatía en DM-1	n	42	150	100
	Edad*	46 (35.5-58.2)	45.5 (34.7-57.2)	40 (29-56.7)
Nefropatía vascular	n	251	804	858
	Edad*	75 (68-81)*	74 (65-80)**	68 (59-78)***
Poliquistosis Renal	n	51	164	99
	Edad*	54 (47-65)	55 (48-66)	52 (43-61)***
TOTAL	n			
	Edad*	68 (57-76)*	65 (53-76)**	61 (45-72)***

* Mediana de edad expresada en años (Percentil 25-75)
Test de Kruskal Wallis y Mann Whitney con corrección de Bonferroni
p<0.05: * G1 vs G3. ** G1 vs G2. *** G2 vs G3

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

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

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

Introducción

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

Objetivos

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

Metodología

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

Evolución

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

Conclusión

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

21 GLOMERULOPATÍA MEMBRANOSA SECUNDARIA DE DIFÍCIL DIAGNÓSTICO

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

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

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

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

PBR glomerulopatía Membranosa.

Anti PLA2R en sangre e IHQ de la biopsia negativas

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

PET informa ganglios hipercaptantes a nivel traqueal con SUV 6.6. por lo que se decide realizar biopsia mediante mediastinoscopia.

Biopsia: Carcinoma de células claras

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

23 LESIÓN BILATERAL DE ARTERIAS RENALES.

Su presentación como Injuria Renal Aguda

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

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

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

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

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

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



RESÚMENES TRABAJOS

24 INFECCIONES OPORTUNISTAS EN INMUNODEPRIMIDOS.

Histoplasmosis diseminada en Trasplante de Órganos.

Silva G, Figueroa S, Mizraji R, Limongi G. Montevideo, Uruguay 2018.
Asociación Española Primera de Socorros Mutuos (AEPSM).

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

Objetivo: Analizar un caso clínico de Histoplasmosis sistémica.

Métodos: Sexo Femenino, 30 años. Enfermedad Renal Crónica secundaria a Poliquistosis Renal. En Hemodiálisis (HD) 2 años, Trasplante Renal 05/2014 (donante cadavérico, óptimo). IS con Tacrolimus, Micofenolato y Prednisona. Rechazo agudo celular el 09/2017 con buena respuesta a Metilprednisolona (MP). 18/01/18 Ingreso a Hospital Italiano por insuficiencia renal (IR) aguda (Cr 5mg/dl, Azo 1,48g/l) y fiebre. Punción Biopsia Renal (18/01) Rechazo agudo celular y humoral sobre lesiones crónicas severas. Recibe 3 bolos de MP. No foco clínico-imagenológico. Microbiológico (UC y HC sin desarrollo, Antígeno neumocócico en orina negativo). Se realiza Antibiótico empírico con Ceftazidime (18/01). Persiste febril, hiperleucocitosis, Proteína C Reactiva y Procalcitonina elevados. El 23/01 se rota terapéutica a Meropenem, Vancomicina, Metronidazol y Ganciclovir. Complicaciones: Hematológica: Pancitopenia. Genitorragia. IR severa, 25/01 inicia HD. Recibe Gammaglobulina (25g) y MP 2 bolos. 26/01 Derivada a AEPSM: Pancitopenia. Polipnea. Desaturación. IR oligúrica. Se profundiza búsqueda etiológica, se asocia antifúngico a terapéutica. El 29/1 se realiza mielograma, Parasitólogo informa: Pequeñas estructuras levaduriformes intracelulares correspondiente a Histoplasma Capsulatum. Evolución: Peoría clínica progresiva, deterioro del intercambio gaseoso, peoría radiológica con infiltrado bilateral de los 4 cuadrantes. Ascenso de bilirrubinas. Mala perfusión, taquicardia, hipotensión sin respuesta a Noradrenalina, Terlipresina y Adrenalina. Hiperlactatemia 7. Fallece 02/0218 hora 00:40.

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

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

Carlino C², Alles A², Dip L², Moriño C³, Torales S¹, Cuestas M².

¹DIRECCIÓN PROVINCIAL DE CALIDAD Y EVALUACIÓN SANITARIA, ²PAIER-CUDAIO, ³INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE ROSARIO (ICR) -PROVINCIA DE SANTA FE-ARGENTINA

Objetivos: Analizar la prevalencia y características de los ptes. con HPTH² (PTHi>1000pg/ml) en la población en TSR de la Pcia. de Santa Fe, así como poder identificar a aquellos potencialmente susceptibles de indicación de PTX.

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

Resultados: La población expuesta en el año 2015 fue de 2416 ptes. Edad promedio 59.6 años, masculinos 58.6%, tiempo de exposición TSR= 4.21 años, 94% en HD y 6% en DP, Ca 8.66 mg/dl, P 5.27 mg/dl, PTHi 4,61.7 pg/ml; 38.2% recibían uno o varios tratamientos (calcitriol, paracalcitol y/o calcimiméticos). El 10.2% (247 ptes.) tenían valores de PTHi> 1000 pg/ml, similares a todos los porcentajes desde el año 2010 hasta el 2015 (11.53 %, rango 8.86 - 12.7%). Cuando se compararon PTH >1000 vs <1000 pg/ml, la edad promedio fue menor: 51,9 vs 60,4 años (P< 0.001), el tiempo en TSR mayor: 6,07 vs 4,04 años (P< 0.001), los valores de Ca: 9,31 vs 8,61 mg/dl (P< 0.001) y de P: 6,05 vs 5,18 mg/dl (P< 0.001) fueron mayores, pero la cantidad de ptes en tratamiento fue menor: 110 (44, 1%) vs 1356 (62%) (P< 0.001). Los 137 (55,4 %) que no recibían ningún tratamiento presentaron diferencias significativas en los valores de P (6,34 mg/dl vs 5,71 mg/dl) P<0.001 y el sexo masculino (65 vs 40%) P< 0.001 vs el grupo con tratamiento.

Conclusiones: Persiste un elevado y preocupante número de HPT2 en ptes en TSR (10.5% promedio en los últimos 6 años). De ellos un 55.4% (56,6% de la población expuesta) no recibe ningún tto, pudiendo ser susceptibles de PTX de persistir dichas alteraciones en el tiempo. Ante el reclamo generalizado por parte de los nefrólogos por no contar con un equipo entrenado para la práctica quirúrgica y su seguimiento en el postoperatorio inmediato, hace un año diseñamos y pusimos en práctica en la Pcia. un módulo de PTX para atender a esta elevada prevalencia, que hasta el momento actual ha posibilitado la realización de pTX en el 38% de los pacientes sin tratamiento y/o que habían sido resistentes al mismo.

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

Carlino C¹, Alles A¹, Airasca F², Ameriso J³, Panozzo S¹, Donadio M¹, Valentini S¹, Dip, L, Torales S¹

¹PAIERCUDAIO ²SUB DIRECCIÓN DE REDES BIOQUÍMICAS

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

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

Resultados: Completaron la misma 520 (68%): 250 Médicos de atención Primaria (MAP), 270 no médicos: enfermeros, bioquímicos, asistentes sociales, nutricionistas. 439 (84,5%) trabajaban exclusivamente en la salud pública y 376 (72,4%) habían recibido alguna información sobre ERC. Edad 39.70 años (± 12,79), sexo femenino 62.9%, años de graduados 14.76 (± 10.88). ENCUESTA: 1) ¿cómo diagnostica la IRC?: urea+crp 52,8%; crp 14,05; Clr

11,5 e IFGe por una fórmula 20,66 %. 2) ¿cuándo derivar al nefrólogo?: 26,2% con IFGe <a 30; 27,1 % IFGe 3045 y 46,5% IFGe 4560. 3) causa de la derivación: 60% por IFGe y/o Clr bajos, 21 % por uremia elevada, 18% por pensar en que necesitará diálisis a breve plazo y 6,01% por síntomas urémicos. 4) 95,4% y 86,6 % consideran importante averiguar la función renal antes de la administración de DAINÉ y de contraste yodado, respectivamente.

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

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

Carlino C¹, Alles A¹, Dip L¹, Torales S², Anchart E³, Airasca F³, Werner D⁴, Van Der Thüser E⁴, Donadio M¹, Panozzo S¹, Cuestas M¹.

¹PAIER-CUDAIO(Santa Fe), ²MINISTERIO DE SALUD, ³SUB DIRECCIÓN PROVINCIAL DE REDES DE LABORATORIO, ⁴SECTORIAL INFORMÁTICA

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

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

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

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

RESÚMENES TRABAJOS

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

Carlino MC (1), *Avila R* (2), *Monje L* (3), *Mantello C*(3), *Taurizano N*(3), *Ferragut N* (3), *Fernández M* (4), *Bragado J*(5), *Josa P*(6), *De Prato J* (6), *Dip L* (7), *Chapelet A*(8) *Fiorilli F* (8), *Cuestas M* (7) *Alles A* (7)
PAIER-CUDAIO I HOSPITAL PROVINCIAL DE ROSARIO (1); HOSPITAL DR. JOSÉ MARÍA CULLEN (2); HOSPITAL PROVINCIAL DEL CENTENARIO (3); HOSPITAL ESCUELA EVA PERON (4); SAMCO DRA. GUTIERREZ, VENADO TUERTO (5); HOSPITAL DRA. O. STUKY, RECONQUISTA (6); PAIER-CUDAIO (7); MINISTERIO DE SALUD (8)

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

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

Resultados: Total 125 ptes., frecuencia 0,27% de internaciones totales en mayores de 14 años, varones 72%, edad 46,68 años (1884); 74% presentaba comorbilidades, internación en cuidados críticos (UCC) 90%, compromiso extra renal (CER): 80,6%. Infraestructura: 100% UF controlada, agua tratada y membrana biocompatible. Técnica de TRR utilizadas: HDI 76%, SLED 11%, Continua: 13%. DP: 0%. Evolución: vivos: 49,6 %, ERC grado Vd de sobrevivientes: 15,87%, mortalidad última sesión: 50,4%, a 30 ds: 55,2%, a 270 ds: 62,4%. No se encontró diferencia significativa en mortalidad según edad, técnica empleada, sitio de internación, presencia de comorbilidades ni creatinemia en la 1er diálisis. Se encontró diferencia significativa (valor de $p < 0,05$) en mortalidad en IRA aislada (16,67%) vs CER (55,36%). Respecto a los resultados del estudio de 2001, actualmente aumentaron la cantidad de efectores que realizan TRR (2 vs 6), la cantidad de ptes tratados (181,2 vs 85,18 ppm) y la proporción de ptes. más graves (UCC: 90,4% vs 59,68% $p < 0,05$) y con mayor compromiso de órganos extra renal (IRA aislada 10,4% vs 34% $p < 0,05$). La mortalidad en el año 2017 fue menor en los subgrupos de ptes. totales (49,6% vs 65,65% $p < 0,05$) y ptes más graves (UCC: 54,87% vs 81,08% $p < 0,05$; CER: 55,36% vs 88,37% $p < 0,05$). Se incorporaron técnicas lentas y continuas, siendo únicamente intermitentes en 2001. Mejorando la calidad de esta última: 100% UF controlada y membrana biocompatible vs 77% y 38% en 2001, respectivamente.

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

30 HALLAZGOS EN BIOPSIA RENAL EN PACIENTES DIABÉTICOS

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

Hospital Maciel - ASSE, Montevideo, Uruguay. deboluna@gmail.com

Introducción: La nefropatía diabética (ND) es la causa más frecuente de afectación renal en la diabetes mellitus (DM). Se ha descrito que otras causas de nefropatía en estos pacientes no son despreciables. Objetivo primario: Evaluar la incidencia de nefropatía no diabética (NND) en las biopsias renales de pacientes diabéticos. Objetivos secundarios: identificar los criterios más frecuentes para indicar una biopsia renal en pacientes diabéticos, dilucidar la causa más frecuente de NND y analizar las características clínicas. **Materiales y métodos:** Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, unicéntrico. Se revisó la histología de las biopsias renales (PBR) realizadas en el Servicio de Nefrología del Hospital Maciel - ASSE en el período comprendido entre 01/06/2002 y 31/05/2018 a pacientes diabéticos. Se valoró: edad, sexo, tiempo de diagnóstico de la DM, presencia de retinopatía diabética, hematuria, proteinuria, filtrado glomerular, justificación para realizar la PBR y resultado histológico.

Resultados y discusión: Se realizaron 349 PBR. De éstas 29 (8,3%) fueron a pacientes diabéticos. Un caso fue excluido por tratarse de una biopsia de injerto renal. Del resto, la histología informó 6 ND y 22 NND. El descenso de filtrado glomerular mayor a lo esperado en el tiempo para la ND fue el criterio más frecuente para indicar PBR (45,5%). De los pacientes con NND, los hallazgos más frecuentes fueron; 5 casos de nefroangioesclerosis (22,7%), 5 glomerulonefritis rápidamente progresiva (22,7%). De los casos con ND confirmada se destacó mayor frecuencia de hombres (66,7%), mayor tiempo de diagnóstico de DM (66 meses) y mayor frecuencia de retinopatía (33,3%) comparado a los casos de NND.

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

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

*Carlino MC*¹, *Ameriso J*², *Davini B*³, *Mannino L*², *Turdo V*⁴, *Belmonte E*⁴, *Henchoz R*⁵, *Dip L*¹, *Anchart E*², *Cuestas M*¹, *Alles A*¹
¹PAIER-CUDAIO; ²SUB DIRECCIÓN PROVINCIAL DE REDES DE LABORATORIO; ³DIRECCION PROVINCIAL DE PROMOCION Y PREVENCION DE LA SALUD; ⁴LABORATORIO CEMAR ROSARIO
⁵CENTRO DE ESTUDIANTES FACULTAD DE MEDICINA UNR

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

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

Resultados: sobre 1460 encuestas, MA (1132) y de TA (1216) se encontró: varones 37,22%, edad 44,23 años, actividad física baja 53,64%, agrega sal 16,86%, fumador 25,14%, sobrepeso 33,39%, obesidad 36,93%, HTA 31,99% (autorreferencial), 24,75% (medido); DBT 11,96%, dislipidemia 26,22%. Mayor proporción de personas con FR para ECNT y ERC respecto a la media nacional (ENFR 2013: agrega sal 17%, tabaquismo 25,10%, obesidad 20,8%, DBT 9,8%). De 756 muestras para laboratorio se obtuvo: IFGe > 60 ml/min en 99,71%, GLU > 200 mg/dl en 3,44%, HG > 6,5% en 9,67%, COL > 240 mg/dl en 13,21%. PR en 7,25% de la población total, en 9% de IMC > 30, en 11% de DBT y en 17% de HTA. Se realizó test de hipotésis (chi cuadrado) entre PR y FR para ERC encontrándose asociación entre PR e IMC > 30 ($p < 0,02$), DBT ($p < 0,004$) e HTA ($p < 0,0002$).

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

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

*Pérez D*¹, *Burgstaller E*¹, *Canon A*¹, *Recalde C*¹, *Vieira M*¹, *Galilea P*¹, *Robaina M*¹, *Ferreira A*¹, *Pesca F*¹, *Cerron E*¹, *Hastein N*¹, *Frutuchello A*¹, *Sequeira S*¹, *Carlazo P*¹, *Gadea C*¹, *Nin N*², *Marrón B*³, *Hegbrant J*⁴, en representación del grupo de DP (Diaverum, 9 países).

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

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

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

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

Resultados: 565 pt. (372 prevalentes, 193 incidentes) de 47 clínicas en 2015 y 813 (623 prevalentes, 190 incidentes) de 61 cl. en 2016. Crecimiento neto prevalentes +251 pacientes (230 en RO) el 1/1/2016. Resultados 2016 vs. 2015: DO total (41% vs. 49%), DO controlable (18.3% vs. 19.1%), TX (5.9% vs. 9.3%), FRR (0.3% vs. 0.5%), transferencia a otros centros (1.2% vs. 2.9%), mortalidad (14.9% vs. 18.3%) y transferencia a HD (14.8% vs. 15.4%). La mortalidad cardiovascular descendió del 50 al 47.6% (n=42) y las peritonitis fatales de 6 a 4.6% (n=4). Causas paso HD en 2016: peritonitis 5%, baja adecuación 2.4%, fallo de UF 2%, catéter 1.7%, burn out 0.3% y otras 3%.

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

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



RESÚMENES TRABAJOS

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

Pérez D1, Burgstaller E1, Canon A 1, Recalde C1, Vieira M1, Galilea P1, Robaina M1, Ferreira A1, Pesca F1, Cerron E1, Hastein N1, Fratucchello A1, Sequeira S1, Carlazo P1, Gadea C1, Nin N 2, Marrón B 3, Hegbrant J 4, en representación del grupo de DP (Diaverum, 9 países).

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

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

Objetivo: 1. Analizar en el seno de una red de clínicas latinoamericanas, las pérdidas anuales de pacientes en DP (drop out,) y sus causas, entre 2015-2017. 2. Evaluación comparativa de resultados durante el periodo. **Métodos:** Registro prospectivo, observacional, realizado en 3 países latinoamericanos [Argentina (11 clínicas), Chile (2 cl.), Uruguay (2 cl.)] durante 3 años. CL no registró en 2016. Se monitorizaron mensualmente a todos los pacientes incidentes y prevalentes durante el periodo, así como, el DO positivo [trasplante renal(TX) y recuperación de la función renal residual (FRR)] y DO negativo [paso a HD (por peritonitis, problemas en el orificio de salida o en el catéter, fallo de ultrafiltración, falta de adecuación u otros), transferencia a otros centros y mortalidad]. Aquellas causas potencialmente controlables (transferencia a HD y a otros centros) se presentan como DO controlable. Los resultados se indican como resultados/paciente en riesgo/año (PtR).

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

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

34 ESTUDIO DE LA RIGIDEZ ARTERIAL EN HEMODIALISIS.

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

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

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

Resultados: Se estudiaron 27 pacientes, edad promedio 57±14 años, sin diferencias entre sexos (P= 0.21). Dentro de los FRT se observó una media de IMC de 26.3±5.9 y de colesterol total de 155.0±32.4 mg/dl, 6/27 tenían obesidad, 4/27 diabetes, 10/27 eran fumadores, 18/27 hipertensión arterial, 12 de ellos estaban bajo tratamiento anti-hipertensivo y 2/27 tenían antecedentes de enfermedad CV. Los promedios de presión arterial (PA) periférica pre-diálisis y post-diálisis fueron 119.4±22.1/69.1±13.9 mmHg y 109.3±20.4/64.8±13.6 sistólica/diastólica respectivamente. Dentro de los FRNT el promedio de fosforemia 5.31±1.65 mg/dl, hematocrito 36.5±4.8%, la bicarbonatemia venosa 21.6±2.4 mEq/L, la azoemia prediálisis 1.12±0.39 g/L. La mediana de albuminemia 4.1 (3,6-4,3) g/dl, PTHi 293(158-434) pg/ml y el *Adragao Score* fue de 0 (0-2). La mediana de tiempo en diálisis fue 75 (16-225) meses. La PA central mediana fue de 115 mmHg (106-133) /77 mmHg (69-85) sistólica/diastólica respectivamente, 10/27 presentaron valores de PA sistólica central superiores a 120mmHg. La mediana de amplificación de pulso fue 1,30 (1,25-1,48), índice de aumentación promedio 27.4±10.9 y PWV 8.73±2.70 m/s. Finalmente, 7/27 pacientes presentaron PWV >10 m/s. Con excepción de la obesidad (P=0,02) ninguno de los FRT o FRNT se asoció con rigidez arterial aumentada (P>0,05).

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

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

Pérez D1, Burgstaller E1, Canon A 1, Recalde C1, Vieira M1, Galilea P1, Robaina M1, Ferreira A1, Pesca F1, Cerron E1, Hastein N1, Fratucchello A1, Sequeira S1, Carlazo P1, Gadea C1, Nin N 2, Marrón B 3, Hegbrant J 4, en representación del grupo de DP (Diaverum, 9 países).

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

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

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

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

Resultados: Un total de 858 pacientes (82% de la población total de DP) de 8 países [Argentina (AR), Rumanía (RO), Alemania (DE), Hungría (HU), Polonia (PL), Uruguay (UR), Chile (CL, 19 pt.) y Suecia (SE)] se registraron en el 2017. Demográficos: edad media: 54 años, hombres: 51.5%, diabetes: 18.4%, Índice de Charlson: 4.4, abdomen seco: 26%, tiempo medio en DP 41.7m. y DPCA: 75%. Los resultados de cumplimiento (con la excepción de CL cuyos datos fueron incompletos) se muestran en la tabla.

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

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

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

Diversas investigaciones demuestran que la administración de células estromales de médula ósea (CEM) promueve la recuperación renal. **Objetivos:** Evaluar el efecto de CEM o el Medio Condicionado (MC) en atenuar el daño parenquimatoso en los modelos a) nefrectomía 5/6 y b) de obstrucción (ligadura) ureteral unilateral y en el riñón contralateral no ligado. **Métodos:** En ratas Wistar hembras (bajo anestesia y máxima asepsia) se realizaron 8 grupos (4 de cada modelo): 1. Sham operated: incisión y cierre por planos (SHAM), 2. Ligadura ureteral unilateral (OUU) o nefrectomía 5/6 (NFX), 3. OUU o NFX + administración inmediata de 1x10⁶ CEM, por punción de vena cava inferior (OUU+CEM) o vía vena periférica (NFX + CEM) (7 ratas) y 4. OUU o NFX + administración de 400 ul MC (OUU+MC) y NFX + MC). Las CEM se obtuvieron previamente por cultivo primario de médula ósea de ratas Wistar macho, y se inyectaron en pasajes 2 a 6. A las 2 semanas (modelo OUU) o 10 semanas (modelo NFX), bajo anestesia, se extrae sangre de aorta (creatininemia) y riñones. Se analizaron los scores histológicos semi-cuantitativos (PAS) e inmunohistoquímicos (IHQ, anticuerpos anti alfa actina de músculo liso - alfaSMA-, E-cadherina y nitrotirosina) para evaluar transición epitelio-mesenquimal e injuria nitro-oxidativa. El proyecto fue aprobado por CEUA, Facultad de Medicina. El análisis estadístico se realizó con ANOVA post test Tukey. **Resultados.** Se observó que el grupo OUU+CEM presentó una creatininemia menor vs OUU (0,48±0,07 vs 0,59±0,06 mg/dl) (ANOVA, p<0.05). No se observaron diferencias significativas en los scores histológicos ni IHQ en los riñones obstruidos del grupo OUU+CEM ni OUU+MC vs OUU. En los riñones contralaterales se observó menor score MO túbulo-intersticial en OUU+CEM (0,03±0,05) vs OUU (0,1±0,06) y una menor injuria nitrooxidativa en grupo OUU+CEM vs OUU (0,05±0,05 vs 0,2±0,1) (p<0.05). No se observaron diferencias significativas en otros parámetros histológicos. En el grupo NFX+CEM se observó menor score tubulointersticial (PAS) e injuria nitrooxidativa tubulointersticial (ANOVA, p<0.05). En el grupo NFX+MC se observó menor score glomerular, tubulointersticial (PAS), alfaSMA tubulointersticial e injuria nitrooxidativa glomerular y tubulointersticial y mayor expresión de E-Cadherina (ANOVA, p<0.05).

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

RESÚMENES TRABAJOS

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

Ceretta M L, González M C, Ferreiro A, Ottati G, Noboa O.
Registro Uruguayo de Diálisis, SUN. Cátedra de Nefrología, Hospital de Clínicas, UdelAR. Contacto: m.l.ceretta@gmail.com

OBJETIVO: conocer las características de la población incidente en tratamiento de hemodiálisis crónica (HDC) según el acceso vascular (AV) permanente con el cuál ingresan, la tendencia en el uso de cada AV y su impacto en la sobrevida de los pacientes. **METODOLOGÍA:** Estudio de cohorte retrospectivo, a partir de los datos de los pacientes incidentes en HDC en Uruguay entre los años 2005 y 2014, proporcionados por el Registro Uruguayo de Diálisis (RUD). Se realizó análisis descriptivo de acuerdo a las características de las variables. Para el análisis de tendencia se utilizó el método de regresión de Poisson mediante *Joinpoint regression program* (versión 4.5.0.1, Junio 2017). Para el análisis de mortalidad atribuible se estimó la supervivencia mediante las curvas de Kaplan Meier y se realizó análisis multivariado según el modelo de regresión de Cox (SPSS versión 21). **RESULTADOS:** Los pacientes que iniciaron HDC con una fistula arteriovenosa nativa (FAVN), fueron más jóvenes (edad 61.4 ± 16,7 años), con mejor nivel funcional de actividad diaria (59.3%) y menor carga de comorbilidades (Cisq 16.6%, AOC 4.3%, DM 35.8%), al compararlos con aquellos que tenían fistula arteriovenosa protésica (FAVP) o catéter permanente (CP). El ingreso con FAVN disminuyó durante los diez años de estudio (-2.5% anual, IC 95% -4.9 a 0), mientras que a partir del 2008 hubo un aumento significativo del uso de CP (11.5% anual, IC 95% 0.2 a 2.4). Los pacientes de menor edad (< 45 años) mostraron el mayor aumento porcentual anual de CP (26.6% anual, IC 95% 12 a 43.2) y un aumento significativo de los casos de FAVP (7.7% anual, IC 95% 2.5 a 13.2). La FAVN mostró beneficio en la sobrevida a 10 años ajustado a sexo, edad y comorbilidades (HR ajustado FAVP 1.19, IC 95% 1.1 a 1.3; HR ajustado CP 1.86, IC 95% 1.6 a 2.1). El impacto positivo en la sobrevida de la FAVN en comparación con CP, se mantuvo para todas las categorías de edad, incluso en los mayores de 75 años (HR ajustado CP 1.57, IC 95% 1.3 a 1.9). **CONCLUSIONES:** el uso de CP al inicio de HDC ha aumentado en el período estudiado, sobre todo en los pacientes más jóvenes, con disminución global del uso FAVN. El impacto negativo en la sobrevida del inicio de diálisis mediante un CP versus FAVN, ajustado a las variables consideradas en el estudio, se mantiene en todas las edades incluso en los pacientes mayores de 75 años.

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

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

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

MÉTODOS: Se realizó un estudio observacional retrospectivo en que se incluyeron pacientes consecutivamente ingresados en nuestra Unidad de Grandes Quemados (UGQ). Criterios de inclusión: Pacientes ingresados en UGQ con estancia ≥ 3 días. Criterios de exclusión: ausencia de datos para diagnosticar FRA. Se diagnosticó FRA de acuerdo con los criterios KDIGO (Kidney Int 2012; 2: Suppl 1: 1-138) durante los primeros 7 días de ingreso en UGQ. Se consideraron los criterios que definen los estadios I, II y III, excluyendo la necesidad de TRS para el diagnóstico de estadio III. Se compararon mediante el test de la Chi cuadrado la mortalidad y la necesidad de TRS en tres grupos de pacientes según el criterio diagnóstico (A, D, A+D). Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$. Se solicitó la aprobación del Comité de Ética.

RESULTADOS: Estudiamos 840 pacientes (edad 44 [31-61] años; superficie corporal quemada 24% (15%-40%) [mediana y rango intercuartil]; sexo masculino 72%, mortalidad 13%); 466 (56%) desarrollaron FRA según KDIGO (estadio I, 395 pacientes; estadio II, 52 pacientes; estadio III, 19 pacientes). Considerando los 3 estadios, la mortalidad (n, %) de los 3 grupos diagnósticos (A, D, A+D) fue 55 (17%), 18 (15%), 4 (24%) ($p=0,601$); y la necesidad de TRS en los 3 grupos fue 11 (4%), 5 (4%), 3 (18%) ($p=0,017$). En el estadio I, la mortalidad y necesidad de TRS de los 3 grupos diagnósticos (A, D, A+D) fue, respectivamente, 48 (16%), 15 (16%), 1 (20%) ($p=0,972$); y 8 (3%), 3 (3%), 0 (0%) ($p=0,891$). En el estadio II, la mortalidad y necesidad de TRS de los 3 grupos diagnósticos (A, D, A+D) fue, respectivamente, 6 (43%), 2 (7%), 2 (20%) ($p=0,022$); y 2 (14%), 1 (4%), 2 (20%) ($p=0,250$). En el estadio III, la mortalidad y necesidad de TRS de los 3 grupos diagnósticos (A, D, A+D) fue, respectivamente, 1 (17%), 1 (33%), 1 (50%) ($p=0,632$); y 1 (17%), 1 (33%), 1 (50%) ($p=0,632$).

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

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

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

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

METODOLOGÍA: Se realizó un estudio observacional retrospectivo en que se incluyeron pacientes consecutivamente ingresados en nuestra Unidad de Grandes Quemados (UGQ). Criterios de inclusión: pacientes ingresados en la UGQ con estancia ≥ 3 días. Criterios de exclusión: ausencia de datos para diagnosticar FRA. Se diagnosticó FRA según criterios KDIGO (Kidney Int 2012; 2: Suppl 1: 1-138) durante los primeros 7 días de ingreso. Los enfermos con FRA se compararon con los enfermos sin FRA utilizando análisis univariante (test de la t de Student o de la Chi cuadrado para variables cuantitativas y cualitativas, respectivamente) y mediante un análisis multivariante de regresión logística estimativo para analizar la asociación del diagnóstico de FRA con desenlaces durante la estancia en UGQ (mortalidad, infección y necesidad de terapia renal sustitutiva [TRS]). La fuerza de la asociación se midió mediante la odds ratio (OR). Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$. Se solicitó la aprobación del Comité de Ética.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN: Estudiamos 840 pacientes (edad 44 [31-61] años; superficie corporal quemada (SCQ) 24% (15%-40%) [mediana y rango intercuartil]; sexo masculino 72%). Fallecieron 109 pacientes (13%), y 466 (56%) desarrollaron FRA según KDIGO (cualquier estadio). Los pacientes con FRA, en comparación con los pacientes sin FRA, presentaron una mayor mortalidad (17% vs. 8%, $p < 0,001$). En análisis multivariante (ajustando en el modelo máximo para edad, sexo, SCQ, necesidad de ventilación mecánica, SAPS, SOFA cardiovascular y SOFA respiratorio al ingreso) el diagnóstico de FRA se asoció de forma independiente con la mortalidad (OR 2,22 [1,21-4,08], $p=0,010$), infección (OR 1,36 [1,01-1,84], $p=0,044$) y TRS (4,29 [1,37-13,39], $p=0,012$) (los valores son OR, intervalo de confianza 95%).

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

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

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

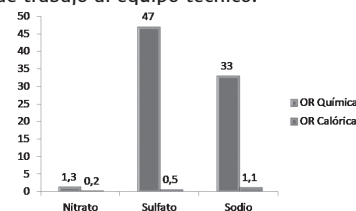
INTRODUCCION: La calidad de agua de diálisis es uno de los componentes más importantes para la calidad y seguridad del paciente. Existe poca experiencia del efecto de la utilización de una osmosis por calor de última generación en nuestro medio.

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

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

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

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



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



RESÚMENES TRABAJOS

41 Impacto de la utilización de un programa de accesos vasculares

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

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

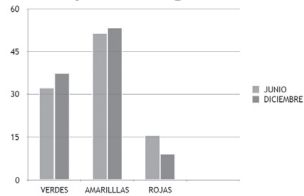
METODOLOGÍA:

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

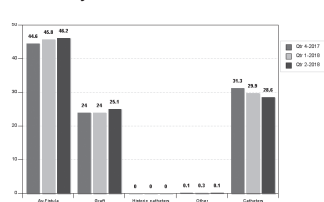
RESULTADOS Y DISCUSIÓN:

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

Porcentaje de FAV según color



Porcentaje de accesos vasculares



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

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

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

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

METODOLOGÍA:

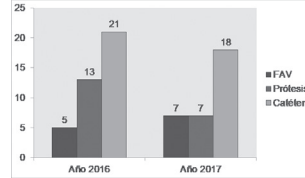
Se analizó en el período 2016 y 2017 el efecto del tipo de acceso vascular sobre desenlaces, incluyendo los días de hospitalización, el número de hospitalizaciones por año y la mortalidad en los pacientes en diálisis de los centros Diaverum. La mortalidad fue corregida por varios factores incluyendo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

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

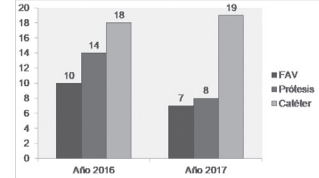
RESULTADOS Y DISCUSIÓN:

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

Mortalidad Bruta



Días de hospitalización paciente/año



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

43 Descripción de una población de pacientes con enfermedad renal crónica

Halty M, Cotel A, Aleman A, Pimienta I, Carames A, Perdomo S. Centro de Referencia Nacional de Defectos Congénitos y Enfermedades Raras (CRENADECER). Montevideo, Uruguay.

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

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

RESULTADOS Y DISCUSIÓN: Consultaron 138 pacientes, 124 presentaban ERC. El rango de edad fue de 0-36 años (mediana 13); 58% de sexo masculino y 35% de Montevideo. La frecuencia de estadios de la ERC fue: 57.3%, 16.1%, 6.5%, 8.9% y 8.9% del 1 al 5 respectivamente. La etiología malformativa, sola o combinada con patología genética o adquirida fue 73.5%: defectos nefrourológicos 49.2%, del tubo neural 24.3%. La causa genética aislada o con otra patología asociada se observó en el 23% de la población. El 52.4% de la población estudiada presentaba alteraciones nutricionales, 35% hipertensión arterial, 30% proteinuria y 21% anemia. De los 11 pacientes en estadio 5 de ERC, 9 presentaban malformaciones, 6 estaban en hemodiálisis, 4 en peritoneo diálisis y uno tenía un trasplante funcionando.

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

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

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

Baccino C, San Román S, Moliterno P, Rojas L, Core L, Moirano M, Tihista S, Poggio MV, Armand Pilon A, Bentancor MJ, Echeverría C, Pereira S, Taglioretti V, Zeballos S, Gadola L, Silvariño R. Centro de Nefrología, Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina y Centro de Diálisis Peritoneal CASMU-IAMPP.

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

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

Materiales y Métodos: Estudio transversal de pacientes con ERC 5D en Hemodiálisis (HD) y diálisis Peritoneal (DP) del Hospital de Clínicas y CASMU. Se registraron edad, sexo, medidas antropométricas, composición corporal por bioimpedancia eléctrica multifrecuencia, albuminemia y colesterolemia. Se determinó capacidad física por medida de fuerza de prensión, test "Up & Go" y escala de Barthel. Se calculó índice de masa muscular (IMM) en kg/talla² por bioimpedancia.

Resultados: Se incluyeron 29 pacientes (18 mujeres), 13 en HD y 16 en DP, con edad media 61.4 ± 12 años, 9/29 diabéticos. La media de IMC fue 27.1 kg/m^2 . De la analítica se destaca media de colesterol de 179 mg/dL , y media de albumina de 4.06 mg/dL . El test de Barthel fue superior a 80 en todos los pacientes. El test de fuerza de prensión fue débil en 7/28, no existiendo diferencias entre grupos HD vs DP (Chi²: no significativo (NS)). El área muscular braquial por antropometría fue percentil <25 en 9/27 pacientes (Chi²: NS) y el IMM por bioimpedancia fue percentil <25 (<7.1 kg/m² mujeres) y (<9.2 kg/m² hombres) en 7/29 pacientes (Chi²: NS). Los pacientes "débiles" por test de prensión tuvieron menor IMM que quienes tenían fuerza conservada (9.4 vs 10.7 kg, Test de Mann Whitney $p=0.06$). El test "Up & Go" de los pacientes con fuerza conservada fue significativamente mejor que en los "débiles" (16.7 vs 6.29 seg. Mann Whitney $p<0.02$).

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

RESÚMENES TRABAJOS

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

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

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

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

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

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

Tabla 1. Características de la población		Tabla 2. Características histológicas	
n = 10		n = 10	
Edad, años	24,8±11,3	No. de glomérulos, n	18±17
Creatinemia, mg/dL	1,59±1,27	Esclerosis glomerular, %	10±15
Sd No, n	8/9	Proliferación mesangial	5/9
Proteinuria >3,5 gr/dL	8/8	Proliferación endocapilar	6/9
Albuminemia, gr/dL	2,7±0,7	Proliferación extracapilar	4/9
Hematuria, n	7/7	Trombos hialinos, n	2/9
C3 bajo, n	4/7	Cariorrexis, n	0/9
C4 bajo, n	5/7	Necrosis fibrinoide, n	1/9
Anti DNA (+), n	5/6	FIAT (leve/mod/severa)	4/3/0
Linfopenia < 1.000, n	1/5		4/3/1

Datos expresados sobre el número de pacientes en los que la información estaba disponible.

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

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

Silva G, Tolstoi N, Sáez L, Cotelo A, Sivariño R, Lamadrid V, Gadola L, Solá L, Ferreiro A, Ríos P. Programa de Salud Renal. Montevideo. Uruguay

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

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

Metodología: Entre 1/1/2006 y el 15/9/2017 ingresaron al PSR 19611 pacientes (pts). Se seleccionaron 13385 (68.3%) sin control nefrológico previo. Se analizó en cada año el porcentaje de pts con Presión Sistólica < 140 mmHg, presión diastólica < 90 mmHg, colesterol < 200 mg/dl, índice de masa corporal normal, glicemia < 1.26 g/l, hemoglobina glicosilada menor 7%, uricemia, forforemia y hemoglobina normales, no fumadores, número de drogas antihipertensivas y estatinas. Se analizaron tendencias de proporciones mediante Chi² Linear by Linear Associations (SPSS15.0). **Resultados.** El promedio de pts por año fue 1115, sin mayores variaciones interanuales de edad sexo, etapas de ERC y proteinuria. Mediana de 70 años (IQT 60-78), hombres 57.6%, filtrado glomerular estimado (CKDEPI) mediana 40.7 ml/min/1.73m² (IQT 30.5-53.2), proteinuria > 0.3 g/día 18.4%, diabéticos 38.4%. Se encontró un mejor control con una tendencia estadísticamente significativa de: presión arterial sistólica y diastólica, colesterolesmia y tabaquismo. Resultados de primer y último año muestran estas diferencias: PAS<140 mmHg 62 vs 83%, PAD<90 mmHg 43 vs 66%, Colesterol < 200 mg/dl 50 vs 63%, No Fumadores 82 vs 96%. Estas tendencias se mantienen en ambos sexos, grupos etarios, asistencia pública y privada y Montevideo e Interior. No se encontraron cambios en el control glucídico, de uricemia, ni estado nutricional. En pts que ingresaron con FG < 30 ml/min se encontró una tendencia significativa a ingresar con menos hiperfosforemia y mas anemia. No se demostró un aumento significativo del uso de estatinas ni del número de drogas antihipertensivas.

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

46 Informe del registro URUGUAYO de glomerulopatías 2016-2017.

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

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

INTRODUCCIÓN: El registro uruguayo de glomerulopatías (RUG) recoge información acerca de las biopsias renales que se realizan en el Uruguay desde hace más de 20 años. Su objetivo es brindar la información epidemiológica actualizada en referencia a este grupo de enfermedades y ser fuente de datos para la investigación.

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

RESULTADOS: Analizamos 481 biopsias, de ellas 11 fueron biopsias en blanco, en 7 casos no contamos con el diagnóstico, y 37 no correspondieron a glomerulopatías (GP). De las 426 biopsias que correspondieron a GP, 234 se realizaron en 2016 y 192 en 2017; la tasa de biopsia de GP fue de 64,1 biopsias por millón de población (pmp), valor similar al del período 2010-2014 (65,6 GP pmp). El 48% se presentaron en personas de sexo femenino, el 3% a menores de 15 años. La mediana de edad fue de 46 años (5-87). Entre las 403 biopsias correspondientes a pacientes mayores a 14 años, las GP primarias más frecuentes fueron la nefropatía IgA (17,4%), esclerosis focal y segmentaria (EHFS) (16,1%) y membranosa (11,4%), y las secundarias la nefropatía lúpica (LES) (10,2%) y las vasculitis (15,4%). Un 11,7% resultó inconclusivo con las técnicas convencionales.

La tasa de biopsia de GP en mayores de 14 años fue de 75,9 GP pmp. En esta subpoblación las tasas de biopsia de GP más frecuentes fueron: IgA 13,2 pmp, la de EHFS 12,2 pmp, vasculitis 11,7 pmp, GP membranosa 8,7 pmp, lupus 7,7 pmp.

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

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

Dufort y Álvarez M, Rebori A, Carro G, Giachetto, Gonzalez C, Ferreiro A.

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

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

METODOLOGÍA: se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo. Se recabaron datos de 19 pts, asistidos en el programa de DPC pediátrica desde el ingreso hasta su último control en junio 2018. Se obtuvieron los parámetros antropométricos talla/ edad, peso/edad y se estandarizaron según Z score. Se vincularon con edad de ingreso a plan de diálisis peritoneal crónica, duración del tratamiento, dosis diálisis y función renal residual (FRR). Se analizó la relación entre el crecimiento y valores de PTHi, la implementación de un soporte nutricional y la administración de hormona de crecimiento. Para el análisis estadístico se aplicó el coeficiente de Pearson (r) considerándose significativo un valor de p < 0.05.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN: 19 pts, edad de 1.5 y 18 años, (x̄ = 12a, DE= 4.1a). Sexo: 11M/8F. Nefropatía de base: glomerulopatías=8, malformación nefrourológica=9, nefronoptosis=1, desconocida=1. Edad de ingreso a DPC fue de 1m a 14 a (x̄ = 8.1a, DE= 4.8a). El tiempo en DPC fue de 8 m a 10 a (x̄ = 4.1a, DE= 3a). 7/19 pts no presentaban FRR. La dosis de diálisis fue adecuada en 15/18. La PTHi fue superior al valor límite aceptable en 13/19. Presentaban soporte nutricional: 15/20, 5 de éstos con sonda nasogástrica. Solo un paciente recibía hormona de crecimiento recombinante. 14/19 pts presentaban talla baja para la edad, predominando los valores de severidad en 11/14. En 18/19 se observó un delta Z de talla negativo en el período en DPC (x̄ = -1.34, DE= 1.50). A menor edad de ingreso a diálisis mayor delta Z de talla negativo (p=0.012) y a mayor tiempo en diálisis mayor delta Z negativo (p=0.052). La ausencia de FRR se correlaciona con mayor delta Z negativo (chi cuadrado= 2.08). Si bien se pudo observar una tendencia entre dichas variables los resultados no fueron estadísticamente significativos. No se observó correlación estadísticamente significativa entre los valores de PTHi, soporte nutricional y la administración de hormona de crecimiento y crecimiento longitudinal.

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



RESÚMENES TRABAJOS

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

Ferreiro A, González M C, Chifflet L, Ceretta M L.

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

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

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

Métodos: se evaluó la comorbilidad, la modalidad de tratamiento y la supervivencia de todos los pacientes nuevos en DP y HD en Uruguay, desde el 1 de enero de 2005 hasta el 31 de diciembre de 2016 e ingresados a la base de datos del RUD, que recopila información prospectiva sobre la comorbilidad, la calidad y los resultados del tratamiento de todos los pacientes en TSR. El análisis de supervivencia a largo plazo (10 años) se realizó según intención de tratamiento, y fue analizado por el método de Kaplan Meyer, la prueba de rango logarítmico, y el ajuste a covariables mediante el modelo de riesgos proporcionales de Cox. Ho fue rechazado con un valor de $p < 0.05$. (*)

Resultados: 5364 pacientes ingresaron al TSR dialítico en el período, 548 (10.2%) en DP. La mediana de supervivencia global fue de $4,9 \pm 0,06$ años, mayor en DP (5,6 años) que en HD (4,9 años) ($p < 0,05$). En el análisis multivariado (Cox), los factores de riesgo asociados con la mortalidad a largo plazo fueron (OR): cardiopatía isquémica (1,24); Diabetes (1,32); enfermedad vascular isquémica (1,17); enfermedad pulmonar obstructiva (1,28); rendimiento físico (4 categorías de Karnofsky: 1,12); neoplasia (1,23); edad en años (1,034); sexo masculino (1,14). La modalidad de TSR no se asoció de manera independiente con la mortalidad remota en esta población.

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

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

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

Servicio de Nefrología, Hospital Español "J. Crotogini" – Laboratorio de Anatomía Patológica, H. Maciel, ASSE – Centro de Nefrología, H. de Clínicas, Facultad de Medicina, UdelaR.

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

Se trata de una paciente de 60 años, sexo femenino, antecedentes de resección de adenoma vellosos colónico. Se realiza FCC por PSI positivo. Posteriormente a la ingesta de fosfato de sodio (48 gr monobásico y 18 gr dibásico) presenta alta tasa de diarrea. Al mes agrega síntomas de uremia y disminución de la diuresis. Al examen físico se destacaba deshidratación moderada e hipotensión. Laboratorio: Creatinemia (Cr) 8 mg/dl, Azoemia 1,4 g/l, Na 132, K 4,1, Cl 90 mEq/l; Ca 8 mg/dl, PO4 6,2 mg/dl; examen de orina sin alteraciones. Ecografía: Riñones de tamaño normal, espesor parenquimatoso y ecogenicidad conservadas, sin dilatación ni litiasis. Se descartaron causas de insuficiencia renal rápidamente progresiva: Anticuerpos antinucleares, Anticitoplasmáticos y Anti MBG negativos. Complemento normal. PEF normal. Cadenas livianas en sangre negativas. Hemograma y hepatograma normales. Doppler de arterias renales sin estenosis. Recupera función renal parcialmente con Cr de 3,4 mg/dl. Al mes reingresa con Cr 5,8 mg/dl y FG 7,5 ml/min, sin factores corregibles quedando dependiente de hemodiálisis. Ecografía: Riñones de tamaño normal y ecogenicidad aumentada. Histología renal: Glomérulos sin alteraciones. Fibrrosis intersticial y atrofia tubular del 20 % con infiltrado linfomonocitario. Necrosis tubular aguda. Depósitos tubulares de cristales débilmente eosinófilos con tinción de von Kossa positivo. Inmunofluorescencia negativa. Esclerohialinosis vascular. **Discusión.** La incidencia de NAF sigue siendo desconocida y se presenta con 2 patrones clínicos de lesión: uno agudo reversible y otro tardío generalmente irreversible que puede determinar una enfermedad renal crónica extrema que requiera sustitución de la función renal. Se han identificado factores de riesgo: edad avanzada, hipertensión arterial, enfermedad renal previa, uso de IECA y/o ARA II y deplección de volumen como en este caso. El diagnóstico es de sospecha clínica y confirmación histológica caracterizada por la precipitación de cristales de fosfato de calcio a nivel de la luz tubular, células tubulares e intersticio y activación de la respuesta inmune como consecuencia del aumento del fosfato sérico. **Conclusiones.** Varios reportes confirman la necesidad de evaluar con precisión el riesgo/beneficio del uso de Fosfato sódico oral como preparación para FCC e identificar poblaciones de riesgo. La única estrategia exitosa es evitar su administración ya que existen disponibles otras alternativas como el polietilenglicol.

50 INTOXICACION SEVERA POR VALPROATO – ROL DE LA HEMODIÁLISIS

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

Hospital Español J. J. Crotogini – Montevideo, Uruguay

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

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

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

Resultados: Caso 1 – 22 años, alcoholista, patología psiquiátrica. IAE previo. Ingreso por IAE con Valproato. Tratamiento inicial con Carbón activado y L-carnitina. Depresión de conciencia, ingreso a UCI. Ácido valproico (AV) 1028 ug/ml. Función renal, hepática, ionograma y gasometría sin alteraciones. Hiperamonemia. Crasis alterada y plaquetopenia. Hemodiálisis (2 sesiones) y descenso de AV. Mejoría clínica y paraclínica. Se extuba al 4º día y alta a sala.

Caso 2 – 41 años, patología psiquiátrica IAE previos. Ingreso por IAE con Valproato, tratamiento con lavado gástrico y carbón activado. Depresión de conciencia, ingreso a UCI. Hipotensión arterial / vasopresores. Hipoglicemia, acidosis metabólica, hiperamonemia e hiperlactacidemia. AV 1140 ug/ml. Función renal, hepática, ionograma, hemograma y crasis sin alteraciones. Hemodiálisis de urgencia con descenso de AV. Rápida mejoría clínica y paraclínica. Se extuba al 2º día y transfirió a sala.

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

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

Carlino C, Dip L², Torales S², Lamadrid V², Silviani R², Gadola L², Solá L², Ferreiro A², Ríos P², Alles A¹.

1 Programa de Salud Renal de Santa Fe, Argentina.

2 Programa de Salud Renal de Uruguay.

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

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

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

	SANTA FE	URUGUAY
	Nov.2015 a Jun 2018	Oct 2004 a Jun 2018
Nº ptes	469	17283
Edad años (DE)	56,8 (16,1)	70,1 (12,1)
Sexo Masculino %	56,4	57,7
ERC etapa III n(%)	259 (54,4)	12970 (75)
ERC etapa IV n(%)	146 (30,7)	3766 (21,8)
ERC etapa V n(%)	64 (10,2)	547 (3,2)
Protu/Albu > 300 mg/d n(%)	101 (63,1)	2928 (17,7)
Diabéticos n(%)	144 (30,7)	6304 (36,5)
PAS >= 140 mmHg n(%)	77 (16,4)	2251 (13)
N. Diabética n (%)	54 (11,4)	1901 (11)
N. Vascular n(%)	13 (2,7)	9177 (53,1)
Glomerulopatías	29 (6,1)	467 (2,1)
Sin especificar	367 (77,4)	2869 (16,6)
Bloqueo SRA n(%)	356 (74,8)	10987 (63,5)
Nº drogas antihipertensivas	1,57	1,53

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

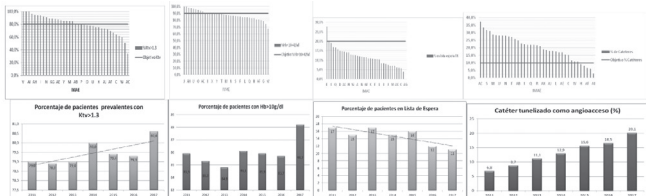
RESÚMENES TRABAJOS

53 SEGUIMIENTO DE LA CALIDAD EN HEMODIÁLISIS:

Una herramienta para la mejora continua.

Chifflet L, Leiva G, Bazzano J, Gambogi R.
Fondo Nacional de Recursos (FNR). Uruguay.

El FNR es un organismo público, jurídicamente reviste la forma de Persona Pública no Estatal, es parte del Sistema Nacional Integrado de Salud de Uruguay, y financia, entre otras prestaciones, el tratamiento sustitutivo de la enfermedad renal extrema con diálisis y trasplante a través de Institutos de Medicina Avanzada Especializada (IMAE). Desde el año 2004 el equipo de Seguimiento de IMAE de diálisis del FNR ha definido indicadores de estructura, equipamiento, procesos y resultados. Su análisis y difusión sistemática, son una herramienta para impulsar la mejora continua en la prestación que se financia, y forma parte del proceso de diseño y validación de una escala de indicadores compuestos (en proceso de elaboración) basada en el cumplimiento de la normativa vigente en el país y guías de buenas prácticas regionales vigentes. **Objetivo:** mostrar resultados de una selección de estos indicadores para todos los centros y pacientes del año 2017, y su evolución en los últimos años. **Métodos:** Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo de indicadores de tratamiento: KT/V, hemoglobina, angioaccesos, inclusión en lista de espera de trasplante (LETR). La cohorte corresponde a pacientes mayores de 18 años prevalentes en hemodiálisis al 31/12/2017, constituida x 2489 pacientes, edad promedio 62,3 años, 49,7% mayores de 65 años, 32,8% diabéticos. 37 IMAE, 17 en Montevideo. Los resultados 2017 se muestran como porcentaje de cumplimiento de los objetivos establecidos por FNR (línea roja horizontal), para cada IMAE (barra azul). Los resultados de toda la población en los últimos años se muestran en barras de colores. **Conclusión:** Se destaca que la mayoría alcanza los objetivos planteados, sin embargo es necesario analizar causas y trabajar en mejorar resultados, sobre todo en porcentaje de inclusión en LETR y accesos vasculares.



55 NEFROPATÍA ASOCIADA A VIRUS BK EN RIÑÓN TRASPLANTADO. Implementación del diagnóstico en Uruguay.

Banchero M, López P, Auchayna MH, Astesiano R, Carbia M, Santiago J, Seija M, Ferrari S, Nin M, Noboa O, Gadola L, Kurdián M.
Unidad de Trasplante, Centro de Nefrología - Laboratorio de Biología Molecular - Laboratorio de Anatomía Patológica - Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, UdelaR. -

La Nefropatía por BK virus (NBKV) es una causa emergente de pérdida del injerto renal debido a la potente inmunosupresión (IS) actual para evitar el rechazo del mismo. El tamizaje de la replicación viral en sangre y el diagnóstico de NBKV se realiza por primera vez en Uruguay con la implementación de la técnica de Reacción en Cadena de Polimerasa en Tiempo Real (RT-PCR) cuantitativa para BK Virus (BKV) en plasma y la histología renal con marcación de las inclusiones virales (Ag SV40) por inmunohistoquímica (IHQ). **Metodología.** Estudio retro-prospectivo, descriptivo-analítico, aprobado por el Comité de Ética del Hospital de Clínicas. Se inicia tamizaje de viremia por RT-PCR al mes 1, 3, 6, 12 y 24 luego del trasplante en todos los pacientes (pac) que reciben un injerto renal a partir de 11/2015. Se incluyeron en el estudio los pac con un seguimiento ≥ 6 meses. Se analizaron 2 grupos: Grupo 1 (47 pac) en los que se realizó tamizaje de viremia (Vr) y estudio histológico renal ante la presencia de replicación viral. Grupo 2 (25 pac) en los que se realizó Vr e IHQ en la histología renal ante la sospecha de NBKV por deterioro de la función, lesiones sugestivas de la misma en la biopsia por causa y/o tratamiento de rechazo agudo. Los 2 grupos se dividieron según la replicación viral $< 10^4$ copias/ml dado su alto valor predictivo positivo para NBKV. La IS de mantenimiento fue con Tacrolimus (Tac), Micofenolato Mofetilo (MMF) y Prednisona. Se realizó inducción con Ac antilinfocitarios o antiCD25 según el riesgo inmunológico o el riesgo vascular del receptor. **Resultados y Discusión.** Grupo 1: 2/47 pac desarrollaron Vr $< 10^4$ sin NBKV. 2/47 pac presentaron Vr $\geq 10^4$ y NBKV (2%). En 3 pac con Vr se suspendió MMF, descendió Tac y asoció Everolimus (Eve), la función renal permaneció estable. La carga viral (CV) disminuyó en los 4 pac. Grupo 2: 5/25 pac desarrollaron Vr $\geq 10^4$ y en 4/5 pac se confirmó NBKV por histología (20%). Perdieron el injerto 2 pac cuyo diagnóstico fue retrospectivo. En 3 pac el diagnóstico fue precoz, en 2/3 se suspendió MMF, descendió Tac y asoció Eve. La CV disminuyó y la función renal permaneció estable. El tratamiento inmunosupresor por inducción o por rechazo no presentó asociación estadística significativa probablemente por el reducido número de pacientes con Vr y NBKV. **Conclusiones.** Es necesario el tamizaje de Vr para BKV y el diagnóstico histológico oportuno de la NBKV. La misma se manifiesta tardíamente por deterioro de la función renal y las lesiones histológicas son similares a las del Rechazo Agudo Celular pero las conductas son opuestas. Disminución o aumento de la IS respectivamente.

54 INJURIA RENAL AGUDA. EXPERIENCIA EN UN CENTRO HOSPITALARIO

Kurdián M, Nin N, Pinato M, Acuña G, Gonzalez S, Menoni R, Oyamburo A, Perez G, Priario A, Hurtado J, Alvarez A.
Servicio de Nefrología y Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Español "J.J. Crottogini" - ASSE

La Injuria Renal Aguda (IRA) tiene una incidencia creciente en los pacientes hospitalizados, sobre todo en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), y se asocia con estadios hospitalarios prolongados y un riesgo aumentado a corto y mediano plazo de mortalidad y evolución a la enfermedad renal crónica (ERC). Se analizaron las características demográficas y clínicas y los factores asociados a mortalidad de los pacientes con IRA que requirieron consulta con el Servicio de Nefrología del Hospital Español "Dr. J.J. Crottogini" - ASSE.

Metodología. Estudio retrospectivo, observacional, analítico, de cohorte única. Se revisaron las historias clínicas de los pacientes ingresados a UCI y sala convencional del Hospital Español que requirieron consulta con el Servicio de Nefrología y que cursaron una IRA durante el período 7/2016 - 3/2018. El fin del seguimiento fue el alta hospitalaria o el fallecimiento del paciente. Las variables continuas se expresaron como medias \pm desvío standard (DS) y se analizaron con el test de Student. Los datos categóricos se expresaron como porcentajes y analizaron con test de Chi cuadrado. Se definió IRA de acuerdo a las pautas KDIGO 2012.

Resultados y Discusión. Presentaron IRA 204 pacientes del total de las consultas nefrológicas en dicho período, de los cuales 85 fueron consultas de UCI (42%). Las características demográficas fueron: 61% sexo masculino, edad media 65 años (DS 16) y las comorbilidades: hipertensión arterial 82%, tabaquismo 65%, diabetes 38%, EPOC 38%, cardiopatía isquémica 35%. Presentaban una ERC previa 62% de los pacientes. Las causas más frecuentes de ingreso fueron la enfermedad cardiovascular (20%) y la sepsis (19%). Las causas de IRA fueron: hipovolemia (36%), sepsis (21%), síndrome cardiorenal (15.8%) y obstrucción urinaria (5,5%). La mortalidad intrahospitalaria fue 28% en los pacientes en UCI y 17.6% en los pacientes en sala. La causa de muerte más frecuente fue la sepsis (88%). Ingresaron a hemodiálisis crónica 2 pacientes por Vasculitis Anca P y Nefropatía aguda por fosfatos. La Cr media al ingreso del paciente fue igual en el grupo de pacientes fallecidos y los no fallecidos: 3.3 mg/dl con DS 3.5 y 2.6 respectivamente. La Cr media al alta del paciente fue 1.8 mg/dl (DS1.4) y 3.2 mg/dl (DS1.8) en el grupo de pacientes fallecidos. El tabaquismo, la ERC previa, el score APACHE II y la Creatininemia al final del seguimiento fueron factores de riesgo independientes para mortalidad.

Conclusiones. La mortalidad de los pacientes con IRA es elevada y se asocia a la comorbilidad previa, a la gravedad de la enfermedad aguda y a la severidad de la IRA.

56 EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS AL TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS CRÓNICA

Campistrús N, Petraglia A, Cha M, Márquez M, Pinato M, Zinno E, Iglesias S.
Centros de Diálisis: INU, Uruguayana, CAMOC. Uruguay.

Objetivo. Determinar incidencia de eventos adversos (EA) vinculados a la hemodiálisis, analizar su severidad y repercusión clínica e identificar sus factores de riesgo.

Métodos. Estudio retrospectivo en base a datos registrados en la historia electrónica de pacientes (pac) de 3 Centros de hemodiálisis (HD) crónica tratados entre el 18/3/2017 y el 18/3/2018 con ≥ 12 sesiones de HD. Además de los EA registrados en planillas de HD se considera si hubo internaciones o muertes relacionadas a los mismos. Los eventos de trombosis de FAV son analizados aunque no ocurran durante la sesión de HD. Se calcula la Tasa de EA por pac por 100 sesiones de HD. Las variables se expresan por promedio y desvío típico. Las asociaciones se analizan por ANOVA. Son significativas si $p < 0,05$.

Población. Se analizan datos de 191 pacientes, de 63,9 años \pm 15,4, 56% son varones. Las nefropatías más frecuentes son: Vascular (25%), Diabetes y Glomerulopatías (24,6% cada una). Se dializan 3 veces/semana 93% de pac.

Resultados. Se analizaron 26016 HD. La incidencia global y la Tasa de EA/pac más frecuentes y relevantes, por generar morbilidad, son: hipotensión leve: 851 (3,3 \pm 6,1), hipotensión severa: 55 (0,22 \pm 0,6), calambre: 141 (0,58 \pm 1,4), cefalea: 113 (0,41 \pm 1,3), chusco: 13 (0,09 \pm 0,6), dolor precordial: 11 (0,05 \pm 0,3), arritmia: 15 (0,07 \pm 0,4), alteración de conciencia: 12 (0,1 \pm 0,8), hipertensión: 37 (0,15 \pm 1), trombosis de FAV: 28 (0,14 \pm 0,5), infección de acceso vascular: 4 (0,02 \pm 0,1). No se registró ninguna convulsión ni hemólisis ni embolia gaseosa ni error de dializado. Error de capilar y de medicación son registrados en una ocasión cada uno. No se halló asociación entre EA en HD y género, diabetes o edad > 65 años, salvo que los calambres son más frecuentes en pac diabéticos y las cefaleas afectan más en edad ≤ 65 años. Se observan 10 internaciones asociadas a EA en HD, dos de las cuales finalizan con la muerte: Accidente cerebro-vascular y Sepsis endovascular de origen no aclarado. En el período fallecen otros 14 pac: mortalidad bruta=8,4%, por causas no vinculadas al tratamiento.

Discusión y Conclusiones. Muy pocos estudios analizan incidencia de EA en HD siendo difícil cualquier comparación al usarse métodos diferentes. **Conclusiones:** aunque la incidencia de EA no es elevada deben incentivarse medidas preventivas protocolizadas que mejoren la seguridad del paciente en HDC



RESÚMENES TRABAJOS

57 OPORTUNIDADES DE MEJORA DE LA ASISTENCIA. NEFROLOGÍA NACIONAL

Ríos P, Silvairiño R, Gadola L, Lamadrid V, Solá L, Ferreiro A.

Comisión Asesora de Salud Renal. Programa de Salud Renal de Uruguay.

Introducción. El Programa de Salud Renal (PSR) se creó en octubre de 2004 con el propósito de mejorar la asistencia nefrológica. Existe la percepción de diferencias en la calidad de asistencia nefrológica entre el subsector público y privado y dentro de ambos subsectores. **Objetivo.** Analizar las características de la asistencia nefrológica departamental en ASSE, para poder generar oportunidades de mejora. **Metodología.** Se analizaron para cada departamento el número de habitantes, sexo, edad de muerte, índice de envejecimiento, índice de desarrollo humano (fuente Instituto Nacional de Estadística). Se valoró el porcentaje de pacientes seguidos por nefrólogo previo al ingreso a terapia de reemplazo renal (TRR) mediante datos del PSR y del Registro Uruguayo de Diálisis (RUD). En el período 1/1/2013 a 31/12/2017 se determinó la Tasa bruta y ajustada (por edad y sexo) de ingreso a TRR del sector público y se comparó con el sector privado. **Resultados.**

Departamentos	IDH	Edad Muerte	Ind. Envejec	N° TRR	%en PSR	Control 1 año	TRR ajustada
Artigas	0,74	67,6	11,6	26	0	47,4	7,5
Canelones	0,71	70,2	15,4	85	29,4	53,6	7,0
Cerro Largo	0,74	69,1	15,9	21	9,5	61,5	5,8
Colonia	0,77	73,5	18,5	17	17,6	56,3	4,3
Durazno	0,76	70,7	14,1	9	22,2	50	4,5
Flores	0,77	72,6	16,9	5	20	25	5,3
Florida	0,77	73,0	16,7	16	75	92,9	6,5
Lavalleja	0,75	72,9	16	10	30	50	5,0
Maldonado	0,77	68,1	11,6	18	4,1	57,1	4,3
Montevideo	0,84	72,8	15,9	261	36	57,7	11,1
Paysandú	0,75	70,9	13,5	23	34,8	35	5,7
Río Negro	0,75	69,5	14	10	40	37,5	5,7
Rivera	0,71	68,1	14	34	14,7	46,9	7,9
Rocha	0,76	70,6	14,2	26	3,8	34,8	9,6
Salto	0,74	69,0	11,5	21	0	52,6	4,8
San José	0,73	72,8	14,7	15	60	64,3	5,0
Soriano	0,75	70,0	15,4	25	52	36,4	8,6
Tacuarembó	0,75	69,3	13,1	24	8,3	47,1	5,8
Treinta y Tres	0,74	70,4	13	12	8,3	55,6	6,2

IDH: índice de desarrollo humano departamental, Edad Muerte población gral (años), Índice de envejecimiento población gral número de ingresos a

TRR en período. Porcentaje de ingresos a TRR en Programa de Salud Renal, Control Nefrológico previo a TRR mayor de un año (%), Tasa ajustada TRR en ASSE

Conclusión: Existe heterogeneidad en la asistencia nefrológica en ASSE entre los departamentos y se abren oportunidades de mejoras a implementar.

59 DIÁLISIS EXTENDIDA (SLED) ASOCIADA A HEMODIAFILTRACION DE ALTO VOLUMEN CON REPOSICIÓN EN LÍNEA, PARA EL TRATAMIENTO DE LA INJURIA RENAL AGUDA SEVERA

Guerisoli A, Yandian F, Miranda V, González A, Miedzowicz L, González C, Labella M, Ferreiro A. Departamento de Nefrología. CASMU-IAPPP.

Introducción: La hemodiafiltración con reposición on line (HDF-OL) está altamente difundida para el tratamiento de la ERC. Incrementa la eliminación de moléculas de pequeño y de mediano peso molecular al asociar depuración por difusión y convección. Se ha demostrado que la SLED asociada a HDF-OL mejora la tolerancia hemodinámica al procedimiento (p) de diálisis aguda, por lo que sería una herramienta útil en el tratamiento de pacientes críticos con IRA. **Objetivo:** Evaluar la tolerancia hemodinámica y la eficacia de la SLED-HDF-OL en la eliminación de moléculas de mediano y pequeño peso molecular en pacientes críticos con IRA en contexto disfunción orgánica múltiple (DOM). **Método:** Estudio retro-prospectivo, observacional y unicéntrico, que incluye todos los (p) de HDF-OL realizados a pacientes con DOM de cualquier causa e IRA severa. Los p se realizaron con equipo Fresenius 4008 S con módulo de HDF, reposición on-line de dializado, cálculo de dosis de diálisis administrada con OCM. En todos los (p) se utilizó agua ultrapura generada con ósmosis de doble paso y desinfección fría adicional con ultrafiltro. Se utilizaron fibras de HDF comerciales marca Fresenius o Nipro. Se analizó la tolerancia, depuración de moléculas pequeñas (urea, Kt/V urea), de mediano tamaño (fosfato, β_2 microglobulina), y de gran tamaño (proteína C reactiva). Análisis estadístico según tipo de variable. Significación: $p < 0,05$ (*)

Resultados: Desde agosto 2017 a junio 2018 Se realizaron 16 (p) a 11 pacientes, con IRA severa, DOM, ARM y soporte inotrópico endovenoso. El volumen de reposición fue de $20,7 \pm 4,4$ lt, el Kt/V obtenido de $1,26 \pm 0,3$. Los (p) demostraron ser bien tolerados (PAS pre 126 ± 29 mmHg, PAS pos 133 ± 28 mmHg, $p = NS$), mostrando reducción porcentual de urea de $63,1 \pm 7,1\%$ (pre 129 g/l vs pos 42 g/l (*)), de β_2 microglobulina: $51,1 \pm 15,4\%$ (pre 12 U vs pos $3,6$ U (*)), de fosforo $42,4 \pm 16\%$ (pre $5,4$ mg/dl vs pos $2,2$ mg/dl (*)). No hubo cambios en valores de PCR. Un p se suspendió a las 2 horas por intolerancia hemodinámica. El p se aplicó por indicación no nefrológica en 2 oportunidades (intoxicación por metformina e intoxicación por litio)

Conclusiones: La SLED-HDF-OL puede instrumentarse en pacientes graves, demuestra una gran capacidad de remover moléculas de tamaño pequeño y medio (pero no de gran tamaño), con buena tolerancia hemodinámica.

58 Creando conciencia sobre injuria renal aguda: una experiencia latinoamericana

Raúl Lombardi^{1,2}, Alejandro Ferreiro^{1,2}, Guillermo Rosa-Diez^{1,3}, Álvaro Margolis⁴, Luis Yui^{1,5}, Mauricio Younes-Ibrahim^{1,6}, Emmanuel A. Burdman^{1,5}, Fátima Oeyen⁴, Walter Douthat⁷

¹ Comité de IRA, Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión. ² Centro de Nefrología, Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad de la República, Montevideo, Uruguay. ³ Departamento de Nefrología, Instituto Universitario del Hospital Italiano, Buenos Aires, Argentina. ⁴ EviMed. Montevideo, Uruguay. ⁵ División de Nefrología, Escuela de Medicina de la Universidad de Sao Paulo, Sao Paulo, Brasil. ⁶ Departamento de Medicina Interna, Facultad de Medicina, Universidad de Río de Janeiro, Brasil. ⁷ Sociedad Latinoamericana de Nefrología, Presidente. Departamento de Nefrología, Hospital Universitario Privado, Córdoba, Argentina.

Introducción. Mejorar el conocimiento y crear conciencia sobre la injuria renal aguda (IRA), es una estrategia esencial para minimizar la carga asociada a esta condición. La Comisión de IRA de la Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión (SLANH) llevó a cabo un programa educativo basado en el aprendizaje en red. **Métodos.** Se desarrollaron dos cursos en línea con metodologías similares, uno para nefrólogos y el otro para médicos de atención primaria (AP). Los cursos se desarrollaron bajo una modalidad de educación a distancia, asincrónica, en línea, utilizando múltiples estrategias educativas: textos, videos, foros clínicos y simulación clínica. Se exploró la ganancia de conocimiento mediante una prueba de 10 preguntas realizada antes del inicio del curso y luego de finalizado el mismo (pre y post-test). **Resultados.** El curso para nefrólogos tuvo 779 participantes que provinieron de 21 países. El 52% fueron hombres y el 46%, menores de 35 años. La calificación promedio aumentó de 5,87 en el pre-test a 8,01 en el post-test (36% de ganancia de conocimiento). El curso para AP tuvo 2011 participantes, el 81% de los cuales fueron médicos. El 52% de los participantes tenían menos de 5 años de graduados. En ambos cursos, la simulación clínica se consideró lo mejor del curso y la falta de tiempo, la principal limitación para el aprendizaje. Debido a que el 48% de los asistentes al curso de nefrólogos expresaron interés en participar en actividades sobre IRA, el Comité de IRA de SLANH lanzó en noviembre de 2016 la Red Latinoamericana de IRA (RedIRA), un espacio en la web de educación, comunicación, intercambio e integración de médicos y otros profesionales involucrados en el cuidado de pacientes con IRA. El contenido de la RedIRA, que se actualiza mensualmente, está compuesto por un artículo de revisión, un foro clínico, una autoevaluación y bibliografía de interés. A la fecha tiene 335 usuarios de 18 países. **Conclusiones.** Las técnicas de educación a distancia demostraron su efectividad en el proceso de aprendizaje y actualización en IRA, revelándose también, como una herramienta potencial para el desarrollo de una estructura sostenible para la comunicación, el intercambio y la integración de los médicos involucrados en la atención de pacientes con IRA.

61 HEMODIAFILTRACIÓN-EN LÍNEA (HDF-L) CRÓNICA. SEGUIMIENTO DE LOS PRIMEROS 17 PACIENTES

Flores R, Guerisoli A, Yosi C, Gauronas P, Iglesias P, Baccino C, Larreborges P, Gadola L, Noboa O, Silvairiño R

Centro de Nefrología, Hospital de Clínicas (HC), Facultad de Medicina, UdelAR

Introducción. La técnica de HDF-L se instauró en 2014 en el HC como modalidad de tratamiento dialítico crónico en nuestro medio. En un reporte previo se mostró más efectiva que la hemodiálisis convencional (HD) en la depuración de moléculas medias (Beta2-microglobulina y transferrina)⁽¹⁾. **Objetivo:** Describir resultados del seguimiento de los primeros 17 pacientes en la técnica. **Metodología:** Estudio retrospectivo. Se incluyeron todos los pacientes (n=17) bajo HDF-L durante un periodo ≥ 6 meses. Se registró sexo, edad y complicaciones. Se analizaron los resultados analíticos de pacientes provenientes de HD que se mantuvieron ≥ 6 meses consecutivos sin interurrencias infecciosas/quirúrgicas (n=10) y se los comparó con el promedio de los últimos 6 meses en HD. **Estadística.** La edad se expresa como mediana y pc 25-75, los datos de laboratorio como mediana (mínimo-máximo). Las diferencias entre medianas se calcularon con test de Mann-Whitney y se consideró significativa una $p < 0,05$. **Resultados.** La edad fue 62,5 años, 10 sexo masculino. En la totalidad de los procedimientos se alcanzó un volumen de reposición de 24 ± 2 lt. No hubo reacciones pirogénicas intradialíticas vinculadas al agua, ni complicaciones del angioacceso cuando se comparó con los pacientes en HD en el mismo período de tiempo. Cuando se comparó los parámetros de laboratorio hubo una tendencia a un menor requerimiento de EPO y hierro en el grupo bajo HDF (si bien no alcanzó la significación estadística), sin cambios significativos en otros parámetros (Tabla).

	HD	HDF	Dif (HDF-HD)
Promedio de sesiones	12,99 (11-14)	12,99 (12-13)	
Peso seco estimado	70,12 (52,32-89,83)	70,5 (52,3-85,17)	
Peso seco pre-procedimiento	72,4 (53,52-91)	72,9 (53,4-86,41)	
Peso seco post-procedimiento	67,75 (52,67-89,83)	70,7 (52,9-85,56)	
Ganancia interdialítica	2,9 (0-6,34)	2,53 (0-5,76)	-0,385 (-1,74-1,02)
Hemoglobina	11,9 (9,9-13,3)	11,55 (10,7-13,6)	-0,65 (-1,70-2,10)
Ferritina	385 (85-541)	315 (65-500)	-25 (-476-117)
EPO requerimiento/mes	18769 (0-73472)	15578 (0-74654)	-771 (-10942-67307)
Hierro i/v requerimiento/semana	138 (100-200)	122 (100-197)	
Fosforo	6,3 (3,7-9,3)	6 (3,3-7,2)	-0,7 (-2,4-1,10)
Calcio	8,3 (7,2-9,7)	8,3 (6,8-9,7)	0,05 (-0,5-0,6)
Albumina	4 (3,6-4,4)	4,1 (3-4,5)	0,05 (-0,9-0,5)
PAS pre-procedimiento	118,2 (111,2-157)	119 (99,46-157,7)	
PAD pre-procedimiento	68,2 (64,79-87,99)	70,3 (58,46-90,7)	
PAM pre-procedimiento	84,63 (80-113)	86,2 (72,1-111)	
PAS post-procedimiento	114,8 (92,48-146,4)	113,53 (89,6-149,8)	-0,62 (-16,4-7,3)
PAD post-procedimiento	67,5 (54,59-80,78)	66,9 (51,43-82,33)	-0,22 (-9,4-4,37)
PAM post-procedimiento	83,46 (68,1-101,7)	82,6 (64,2-105,1)	-2,27 (-11,2-5,81)

Conclusiones. La HDF-L ha sido una técnica segura y bien tolerada en nuestra experiencia. En el periodo de seguimiento no determinó cambios significativos en parámetros bioquímicos comparado con la HD.

⁽¹⁾Larreborges P, Zulberti C, Villegas N, Sarantes R, Ferrari S, Luzzardo L, San Roman S, Gauronas P, González X, Oyamburo A, Moreno V, Villamil N, López E, Massaro R, Buccalo P, Olascoaga A, Gadola L, Noboa O. Aumento de la depuración de moléculas medias con hemodiafiltración on line en el paciente crónico. Póster International Society of Nephrology, World Congress of Nephrology 2017

RESÚMENES TRABAJOS

62 INJURIA RENAL AGUDA SEVERA SECUNDARIA A RABDOMIÓLISIS NO TRAUMÁTICA.

Yandian F, Miranda V, Guerisoli A, González A,
Miedzowicz L, González C, Labella M, Ferreiro A.
Departamento de Nefrología. CASMU-IAMPP. Uruguay.

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

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo que incluye todos los pacientes con IRA severa (KDIGO, 2012) diagnosticada en el contexto de rabdomiólisis de causas no traumáticas (tóxicas, infecciosas y metabólicas) que se asistieron en la institución en un período de 10 años (01/2008 a 05/2018). Los resultados se expresaron en media, mediana y frecuencia absoluta, con medidas de dispersión, según las características de las variables. **Resultados:** Se identificaron 9 pacientes, 7 hombres y 2 mujeres, edad media de 29,6 años (19-55 años). La creatinemia (Cr) máxima fue $7,63 \pm 4,64$ mg/dl y la azoemia máxima fue de $1,28 \pm 0,76$ mg/dl. La mediana de creatinquinasa (CK) fue de 13.623 U/L (rango: 1.812-4.000.000). Seis pacientes recibieron tratamiento de hemodiálisis (HD), por un período de $13,3 \pm 2,1$ días. Las indicaciones de HD fueron IRA KDIGO III. Las causas de rabdomiólisis fueron: a) consumo de drogas: 6 casos (5 cocaína y 1 efedrina), b) hipopotasemia severa ($1,5$ mEq/l): 1 caso y c) infecciosa: 2 casos (leptospirosis y viral no identificada). El 100% de los pacientes recuperaron función renal sin necesidad de diálisis al alta. La Cr al alta fue de $1,54 \pm 0,68$ mg/dl. No se registraron episodios posteriores de IRA en estos pacientes. **Conclusión:** La rabdomiólisis no traumática es una causa poco frecuente de IRA. Se desarrolla en una población joven y la causa más frecuente se relacionó con el consumo de drogas. La mayoría de los casos requirió HD con recuperación de la función renal, en un período corto de tiempo en todos los pacientes.

VIERNES 31 DE AGOSTO

BALL ROOM A		BALL ROOM B		BALL ROOM C	
07.00 - 08.00	DESAYUNO CON EXPERTOS Aspectos prácticos de la hemodiafiltración en el tratamiento de la ERC Auspicia: Bioerix Experto: Dr. Guillermo Rosa Diez (Argentina)	I JORNADAS RIOPLATENSES DE ENFERMERÍA Coordinan: Lic. Sandra Figueroa, Lic. Soledad Fumero			
08.00 - 10.00	MESA Factores de riesgo de ERC Coordinan: Dra. Ana Díaz, Dra. Alicia Sans Participan: Dra. Marta Adragna (Argentina), Dr. Guillermo Alvarez (República Dominicana), Dr. Guillermo Rosa Diez (Argentina), Dra. Milagros Samaniego (USA), Dra. Rossana Astesiano	08.00 - 10.00	Participan: Lic. Susana Marcos (Argentina), Lic. Uber Amador, Lic. María Olivera, Lic. Patricia González, Aux. Gerardo Núñez, Aux. Alberto Pérez, Lic. María Miotti, Lic. Andrea Caltieri, Dr. Alejandro Ferreiro, Lic. Sandra Figueroa, Lic. Soledad Fumero	08.00 - 10.00	E-POSTERS Coordinan: Dra. Sofía San Roman, Dra. Catherine Zulberti N°: 2 - 24 - 27 - 29 - 48 - 52 - 53 - 57
10.00 - 10.30	Descanso - Café	10.00 - 10.30	Descanso - Café	10.00 - 10.30	Descanso - Café
10.30 - 12.00	MESA Nefrología integrada Coordinan: Dra. Cristina Fernández, Dra. Liliana Chifflet Participan: Dra. Marta Adragna (Argentina), Dr. Gustavo Laham (Argentina), Lic. Psic. Mercedes Viera, Dr. Javier De Arteaga (Argentina)	10.30 - 12.30	Participan: Lic. María Colli (Argentina), Lic. Valeria Quintero, Lic. Miriam Tritten, Lic. Graciela Leiva, Lic. Rocío Bentancor, Lic. Patricia Rodríguez, Lic. Marcelo Martínez	10.30 - 12.00	E-POSTERS Coordinan: Dr. Rodrigo Sarantes, Dra. Lucía Orihuela N°: 19 - 42 - 49 - 54 - 56 - 58 - 61 - 62
12.00 - 12.30	CONFERENCIA Estado actual del conocimiento en nefropatía IgA Dr. Hernán Trimarchi (Argentina) Presenta: Dr. Ricardo Martínez (Argentina)			12.00 - 12.30	Actividad en Ball Room A
12.30 - 14.00	SIMPOSIO Abordaje nutricional del paciente con enfermedad renal Coordinan: Dra. Mariana Seija, Dr. Ricardo Martínez (Argentina) Participan: Dr. Alejandro Operti, Dr. Bernard Canaud (Francia) Auspicia: Libra Lunch cupos limitados	12.30 - 13.45	Intervalo	12.30 - 14.00	Intervalo
		VIII JORNADAS DE NUTRICIÓN Coordina: Lic. Nut. Sonia Dergazarián			
		13.45 - 16.00	Participan: Dra. Estela Olano, Dr. Alejandro Ferreiro, Lic. Nut. Mario Pereira, Lic. Nut. Cristina Milano (Argentina), Lic. Nut. Patricia Urrutia, Lic. Nut. Silvia Bancoff, Dra. Anabella Rébora, Lic. Nut. Gabriela Carro	14.00 - 16.00	E-POSTERS ENFERMERÍA Coordina: Lic. Soledad Fumero N°1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 - 11
14.00 - 16.00	MESA Lesión endotelial en nefropatías Coordinan: Dra. Asunción Alvarez, Dr. Nelson Acosta Participan: Dra. Marta Adragna (Argentina), Dr. Hernán Trimarchi (Argentina), Dr. Gustavo Greloni (Argentina), Dr. Oscar Noboa, Dr. Ricardo Silvariño				
16.00 - 16.30	Descanso - Café	16.00 - 16.30	Descanso - Café		
16.30 - 18.30	MESA Nuevos horizontes en nefrología Coordina: Dra. Hena Caorsi Participan: Dra. Adeera Levin (Canadá), Dr. Francisco González, Dr. Bernard Canaud (Francia), Dr. Raúl Lombardi, Dr. Rafael Selgas (España)	16.30 - 18.00	Participan: Lic. Nut. María del Verdún Poggio, Dra. Laura Fajardo, Lic. Nut. Estela Fernández, Mag. Q. Teresa Pagano, Lic. Nut. Mónica Fernández, Psic. Carla Francolino		
18.30 - 19.00	CEREMONIA DE CLAUSURA Y ENTREGA DE PREMIOS Dra. María Carlota González (Presidente Congreso) Dr. Pablo Ríos (Presidente SUN)	18.30 - 19.30	Actividad en Ball Room A		
19.00 - 19.30	CONFERENCIA DE CLAUSURA ¿Es la hemodiafiltración de alto volumen la respuesta para mejorar el pronóstico de los paciente en diálisis? Dr. Bernard Canaud (Francia) Presenta: Dra. María Carlota González				

XI CONGRESO URUGUAYO DE NEFROLOGÍA V JORNADAS RIOPLATENSES DE NEFROLOGÍA

I Jornada Rioplatense de Enfermería en Nefrología
VIII Jornadas de Nutrición en Nefrología
VI Jornadas de Psiconefrología

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

30 y 31 de Agosto de 2018
Radisson Montevideo
Victoria Plaza Hotel



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

Bioerix

Biofast

Celsius

Ciame - Fresenius

Conaprole

Diaverum

Equimed - Electromedical

Fármaco Uruguayo

Gamma

Humana IT


Libra


Nipro Medical


Roemmers

Salus

Sanofi

 ateneaeventosuy

 atenea eventos

 @ateneaeventosuy

Secretaría e Informes: Atenea Eventos srl
Av. 8 de Octubre 2254 of. 205 - Montevideo - Uruguay
Telefax: ++598 2 4005444 - E-mail: nefro2018@atenea.com.uy
Web: www.atenea.com.uy