

Nefrología

Nephrology

NF-1

DESENLACES CON EL USO DE RITUXIMAB EN PACIENTES CON NEFRITIS LÚPICA REFRACTARIA EN UNA COHORTE COLOMBIANA: PROTOCOLO DE ANÁLISIS DE COSTO-EFECTIVIDAD

SAAVEDRA MARÍA FERNANDA, ROJAS-GUALDRÓN DIEGO FERNANDO, GUERRA-ZARAMA SEBASTIÁN, MONSALVE-YEPES SANTIAGO, SERNA-GIRALDO JOSÉ DAVID, BARBOSA-ARANA JULIÁN E, LÓPEZ-LÓPEZ JUAN DAVID, DIAZ-CORONADO JC.

Universidad CES, Artmedica. Medellín, Colombia.

Introducción. La nefritis lúpica (NL) es la complicación de mayor impacto en lupus, siendo el 50% de los casos refractaria (NLR). Los protocolos para NL se basan en esteroides, ciclofosfamida (CYC) o Micofenolato Mofetil (MMF). En NLR se usa la misma base de medicamentos, por eso Rituximab (RIX) ha surgido como una opción terapéutica importante. El objetivo de nuestro estudio es comparar RIX con CYC o MMF en término de costoefectividad en el paciente con NLR.

Diseño. Estudio de cohorte retrospectiva basada en registros de la IPS Artmédica. Las utilizaciones y resultados al primer año se tomaron de historia clínica, los costos se tomaron de SISMED y del manual tarifario SOAT. Se analizarán costo-efectividad y costo utilidad. Se realizarán análisis de sensibilidad.

Métodos. Se incluyeron adultos entre 16 y 75 años con biopsia renal indicativa de NL clase III-IV (+/- V) refractaria. Evaluar adherencia a protocolo de NLR siendo la intervención RIX y MMF ó CF los comparadores, estableciendo desenlaces frente a respuesta y utilidad del estado de salud en el primer año de tratamiento. Se presentan resultados parciales de utilizaciones de consulta médica y costos del tratamiento con RIX, mediante estadísticos descriptivos.

Resultados. En el centro de referencia 1.169 pacientes cumplieron criterios clasificatorios para LES, 455 manifestaron compromiso renal y 29 pacientes presentaban NLR (25 mujeres, edad promedio 31.6 años). El costo anual de RIX fue de \$13.695.533 IC95% (12,966,000-14,418,000), SD 370.017. La utilización anual de consulta médica fue de 1,47 consultas (SD 3.44) por medicina general y de 5,53 (SD 3.60) por reumatología, con costos promedio de 48.737 (IC95% 44,104-53,360) y 312.956 (IC95% 286,516 -339,454), respectivamente.

Conclusión. El uso de RIX en NLR es una alternativa a considerar en términos de costo utilidad.

NF-2

DESENLACES CLÍNICOS DE PACIENTES TRASPLANTADOS RENALES DE ACUERDO A SU LUGAR DE RESIDENCIA

JOHN FREDY NIETO RIOS, DIANA CAROLINA BELLO MÁRQUEZ, LINA MARIA SERNA HIGUITA, JUAN JOSÉ GAVIRIA JIMENEZ.

Hospital Pablo Tobón Uribe. Medellín Colombia.

Introducción. La Enfermedad renal crónica es un problema de salud pública en Colombia con una alta morbilidad y elevados costos para el sistema de salud. El trasplante renal es el tratamiento de elección para los pacientes en estadio avanzado de la enfermedad porque mejora calidad de vida, disminuye morbilidad y ahorra costos al sistema de salud. **Objetivo:** comparar los desenlaces clínicos de los pacientes trasplantados renales en el Hospital Pablo Tobón Uribe que viven en el área Metropolitana de Medellín con los que viven por fuera de esta área.

Diseño y métodos. Estudio tipo descriptivo observacional, retrospectivo y de un único centro, donde se evaluaron los registros electrónicos de las historias clínicas de los pacientes trasplantados renales durante los años 2005-2015. Se incluyeron los pacientes con un tiempo de seguimiento mínimo de 6 meses.

Resultados. Durante el período 2005 – 2015 se trasplantaron 754 pacientes en el Hospital Pablo Tobón Uribe, 42% vivían por fuera del área metropolitana. La supervivencia del paciente y del injerto a 1, 3 y 5 años fue del 96%, 92.6%, 89.5% y del 91.3%, 83.3% y 76.3% respectivamente. Comparando el porcentaje de muertes de los pacientes a 1, 3 y 5 años, entre los pacientes del área metropolitana de medellín vs. los pacientes por fuera de Medellín, 3.2%, 6.3%, 8.2% y 5.6%, 9.7% y 14.8% de los pacientes murieron respectivamente, diferencia que fue estadísticamente significativa a favor de los que viven en Medellín (Long rank test $p=0.04$).

Conclusiones. La supervivencia fue inferior en los pacientes trasplantados renales que viven por fuera del área metropolitana de Medellín al compararlo con los que viven en el área metropolitana. Lo anterior motiva al desarrollo de un modelo de atención de estos pacientes por telemedicina para facilitar el acceso al seguimiento post trasplante.

NF -3

NEFROTOXICIDAD POR LITIO: TRAS LAS PISTAS DE UN VIEJO CONOCIDO

RODRÍGUEZ-SÁNCHEZ MARTHA PATRICIA, RONDÓN-CARVAJAL JULIÁN, FLÓREZ-VARGAS ADRIANA ALEJANDRA.

Servicio de Nefrología, Clínica de Marly. Departamento de Patología, Fundación Santafé de Bogotá. Bogotá, Colombia.

Introducción. El carbonato de litio es el prototipo de fármaco utilizado en la práctica clínica como estabilizador de ánimo. Sin embargo, tiene un rango terapéutico estrecho condicionado por su potencial de toxicidad. Entre los órganos más afectados, se encuentra el riñón. Se presenta el caso de un paciente expuesto crónicamente al metal, quien desarrolló daño glomerular, sin confirmarse lesión tubulointersticial concomitante.

Diseño y Método. Estudio descriptivo. Reporte de caso.

Resultados. Hombre de 61 años con antecedente de trastorno esquizoafectivo, en manejo con carbonato de litio durante 20 años. Evaluado por deterioro progresivo de función renal dado por elevación de azoados. Se suspendió el litio y se inició manejo con valproato de sodio. Se descartó diabetes insípida. Se documentó hipotiroidismo, con inicio de suplencia hormonal. Se encontró hiperplasia prostática manejada quirúrgicamente. Tras 20 días de suspensión del fármaco, litemia: 0.17 mEq/L (0.5 a 1.5 mEq/L), proteinuria 0.75 g/día, volumen urinario en 24 horas: 3000 cc, depuración de creatinina: 43.3 mL/min/1.73m². Ante persistencia de edemas periféricos e HTA, riñones de tamaño límite por ecografía (RD: 99x44x43 mm, corteza: 11 mm; RI: 94x 47 x 42 mm, corteza: 10 mm) y estudios de secundarismo negativos para VIH, VHB, VHC, sífilis y perfil de autoinmunidad. Se llevó a biopsia renal documentando glomeruloesclerosis focal y segmentaria con cambios de cronicidad moderados. El manejo con bloqueo neurohumoral llevó a estabilidad de azoados a los 6 meses (proteinuria 340 mg/día, volumen urinario en 24 horas: 2650 ml, depuración de creatinina 33.3 mL/min/1.73m²). Función renal estable hasta la actualidad, con última creatinina sérica de 1.49 mg/dL y relación albuminuria/creatinuria: 20.2 mg/g. Continúa seguimiento por nefrología.

Conclusiones. Pese a su habitual asociación con diabetes insípida nefrogénica, hasta 15% de pacientes con litio a largo plazo pueden desarrollar compromiso glomerular, evolucionando hacia enfermedad renal crónica a pesar de su suspensión.

NF-4

ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON LA TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL

VILLEGAS-ALZATE JUAN DIEGO, MARTÍNEZ-SÁNCHEZ LINA MARÍA, RODRÍGUEZ-GÁZQUEZ MARÍA DE LOS ÁNGELES, VERAHENAO SEBASTIÁN, ROLDAN-TABARES MABEL DAHIANA, HERNÁNDEZ MARTÍNEZ ALEJANDRO, PRÉSIGA-RIOS PAULA ANDREA, VARELA DIANA-CRISTINA, RODRÍGUEZ VALERO KONNIEV ALEXEI.

Universidad Pontificia Bolivariana, Sede Central Medellín. Escuela de Ciencias de la Salud, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.

Introducción. Los pacientes con enfermedad renal crónica en diálisis peritoneal tienen mejor pronóstico a medida que mejora la adherencia terapéutica, la cual puede ser evaluada objetivamente por cuestionarios que ayudan a identificar problemas en estos pacientes. El objetivo fue evaluar la adherencia terapéutica de los pacientes con terapia de reemplazo renal en una unidad renal de alta complejidad en el 2018.

Diseño. Estudio prospectivo de corte transversal

Métodos. Participaron personas > 18 años con diagnóstico de enfermedad renal crónica en diálisis peritoneal. Para la recolección de información se emplearon datos de la historia clínica y los test de Batalla y Morisky-Green. El análisis de los datos se realizó en el programa SPSS v.23, a las variables cuantitativas se les calculó el promedio y la desviación estándar y a las cualitativas se les estimaron proporciones. Este trabajo contó con aprobación ética.

Resultados. Participaron 56 pacientes, la edad promedio fue de 54,8 años y predominó el sexo femenino (53,6%). Los antecedentes patológicos más frecuentes fueron hipertensión arterial (85,7%), diabetes (41,1%) e insuficiencia renal aguda (26,7%). Se encontró que el 37,5% de los participantes fueron cumplidores según el test de Batalla de conocimiento de la enfermedad mientras que por el test de Morisky-Green la adherencia fue 67,9%.

Conclusiones. Se evidencia baja adherencia terapéutica por parte de los pacientes con enfermedad renal crónica, esto implica que los equipos a cargo de los pacientes en terapia de reemplazo renal revisen sus procesos de educación enfocados en empoderamiento del paciente, que permita posicionarlo como un influenciador directo de sus resultados clínicos y nivel de calidad de vida relacionada con la salud en la terapia dialítica.

NF-5

TERAPIA DE RECAMBIO PLASMÁTICO TERAPÉUTICO COMO TRATAMIENTO EXTRACORPÓREO DE INTOXICACIÓN POR MÚLTIPLES FÁRMACOS.

ZÚÑIGA EDUARDO, MOLANO ALEJANDRA, GUTIÉRREZ JUAN, CORDERO ALVARO, MORA KEVIN

Fundación Cardioinfantil, Bogotá, D.C., Colombia.

Introducción. El ácido valproico se encuentra dentro de las estrategias del tratamiento para patologías neuropsiquiátricas. Con el aumento de la prevalencia de dichas entidades se ha registrado un incremento en la prescripción de este fármaco, a su vez aumentado los reportes de intoxicaciones. El grupo de trabajo EXTRIP ha emitido recomendaciones sobre el manejo extracorpóreo de la intoxicación por ácido valproico. En Colombia no hay casos reportados de intoxicación con tratamiento exitoso por terapia de recambio plasmático para intoxicaciones por ácido valproico.

Diseño y Métodos. Describimos un caso de intoxicación por ácido valproico y múltiples fármacos no susceptibles de manejo con diálisis por alta unión a proteínas, indicándose terapia de recambio plasmático la cual ha sido descrito excepcionalmente en la literatura.

Resultados. En el presente caso una paciente femenina de 21 años con intento de suicidio, niveles iniciales de ácido valproico de 154,4 mcg/ml, con compromiso neurológico y hemodinámico que requirió de ventilación mecánica y soporte vasopresor sin mejoría, por lo que se motivó para terapia de recambio plasmático recibiendo dos sesiones con niveles de ácido valproico en 65 mcg/dl, con retiro de los soportes a las 24 horas y evolución satisfactoria.

Conclusiones. Las terapias de soporte extracorpóreos se han descrito como procedimientos seguros y efectivos en el tratamiento de diversas intoxicaciones. En el presente caso la ingestión de 30 gr de ácido valproico múltiples fármacos con alta unión a proteínas fue tratado exitosamente con terapia de recambio plasmático terapéutico, dichos hallazgos van en concordancia con los demás reportes de casos descritos con desenlaces positivos.

NF-6

SÍNDROME DE DESEQUILIBRIO POSTDIÁLISIS: REPORTE DE CASO

ROSADO KATIANA, MAIGUEL JORGE, SUÁREZ DANIEL.

Hospital Santa Clara, Bogotá, D.C., Colombia.

Introducción. El síndrome de desequilibrio post-diálisis es una complicación importante pero poco frecuente de la hemodiálisis. Los signos y síntomas varían desde cefalea, hasta coma y muerte. Los principales contribuyentes son el edema cerebral e hipertensión endocraneana; los mecanismos fisiopatológicos exactos permanecen desconocidos y el tratamiento es poco exitoso.

Diseño y métodos. Estudio descriptivo: reporte de caso.

Resultados. Se presenta reporte de caso en el que se detectó síndrome de desequilibrio post-diálisis, por manifestación aguda de síntomas neurológicos, desequilibrio hidroelectrolítico y edema cerebral asociados.

Resultados. Paciente femenina de 29 años, con antecedentes de hipertensión arterial tras pre-eclampsia, consulta por cuadro clínico de fiebre, tenesmo vesical y dolor lumbar bilateral. Al ingreso deshidratada, taquicárdica, extremidades con edema grado I. Paraclínicos con leucocitosis, hiperazoemia (creatinina 9.0, BUN 115), hiponatremia hipoosmolar euvolémica, hiperkalemia severa, acidosis metabólica con anión gap elevado y uroanálisis sugestivo de infección urinaria; se consideró infección urinaria y lesión renal aguda Kdigo 3, se iniciaron cristaloides, manejo antibiótico y terapia de reemplazo renal. Durante la hemodiálisis presenta hipotensión, taquicardia y encefalopatía; se suspende sesión, tomografía de cráneo con edema cerebral difuso, paraclínicos con disminución marcada de azoados e hipokalemia leve. Se considera síndrome de desequilibrio postdiálisis indicándose manejo con solución salina hipertónica y manitol, presentando mejoría de síntomas neurológicos, tomografía de control con resolución de edema cerebral. Comentada en junta médica, se realizan controles, evolución favorable y posterior egreso.

Conclusiones. El síndrome de desequilibrio postdiálisis es una complicación relacionada con la hemodiálisis que puede comprometer la vida y estado neurológico del paciente. Su identificación temprana y tratamiento dirigido a recuperar el estado hidroelectrolítico podrían mejorar los desenlaces clínicos; se presenta caso para contribuir a la experiencia respecto a manifestaciones y manejo de estos pacientes.

NF-7

SÍNDROME DE GITELMAN. PRIMER CASO REPORTADO DEL NORORIENTE COLOMBIANO

SANTAMARÍA-ALZA YEISON, SÁNCHEZ-BAUTISTA JULIÁN DAVID, ARDILA REY GLADYS MILENA, BAUTISTA GRANADOS DIANA PATRICIA.

Hospital Universitario de Santander. Bucaramanga, Colombia.

Introducción. El síndrome de Gitelman es una tubulopatía hereditaria secundaria a mutaciones del gen SLC12A3, el cual codifica al cotransportador Na+Cl- sensible a tiazida (NCC), desencadenando alteración en la reabsorción de sodio en el túbulo contorneado distal lo conlleva a alteraciones hidroelectrolíticas tales como: alcalosis metabólica e hipocalemia asociada a hipomagnesemia e hipocalciuria. Presentamos el caso de una paciente femenina quien durante su estancia hospitalaria secundaria a infección de tejidos blandos presentó este trastorno hidroelectrolítico.

Diseño y métodos. Presentación de caso.

Resultados. Paciente femenina de 59 años quien presentó infección de tejidos blandos: Fascitis necrotizante, por lo cual requirió manejo intrahospitalario. Durante este periodo curso con sintomatología de espasmos musculares, fasciculaciones y dolor torácico, documentándose hallazgos bioquímicos: hipocalemia (1.9 meq/litro), hipomagnesemia (0.27 meq/litro), hipofosfatemia (1.1 meq/litro) hipocalcemia (4.4 meq/litro), alcalosis metabólica y hipermagnesiuria: fracción excretada de magnesio en orina de 26.3%, con mejoría clínica posterior a suplementación electrolítica y administración de diuréticos ahorradores de potasio. Se realiza diagnóstico por hallazgos clínicos y bioquímicos de síndrome de Gitelman, el primer caso reportado en nororientes colombiano. Desafortunadamente la evaluación genética no pudo ser llevada a cabo por razones administrativas.

Conclusiones. El síndrome de Gitelman es un trastorno hidroelectrolítico asociado a herencia autosómica recesiva, sus manifestaciones clínicas pueden iniciar en la infancia, con mayor frecuencia de presentación clínica y diagnóstico en la edad adulta debido al espectro de síntomas, debe ser considerado diagnóstico diferencial en caso de hipomagnesemia, tal y como sucedió en nuestro caso.

NF-8

PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA TROMBÓTICA EN PACIENTE CON INFECCIÓN AGUDA POR VIRUS HEPATITIS C.

CABARCAS OMAR, GÓMEZ LUISA, AROCA MARTINEZ GUSTAVO, CADENA BONFANTI ANDRES, MOLINA RODRIGO, CASTRO JORGE LEMUS.

Universidad Simón Bolívar, Clínica de la Costa. Barranquilla, Colombia.

Introducción. Las microangiopatías trombóticas (MAT) son un amplio espectro de síndromes donde existe un defecto en la pared vascular de arteriolas y capilares que inducen a trombosis microvascular, como consecuencia afectación de órganos, con características clínicas de anemia hemolítica no inmune, trombocitopenia y compromiso de órganos. La purpura trombocitopénica trombótica (PTT) es una MAT causada por disminución de la actividad de la proteasa de escisión del factor de Von Willebrand (ADAMTS13), estas pueden ser hereditarias o adquiridas. Las presentaciones clínicas de la PTT son diversas, desde anomalías mínimas hasta pacientes críticamente enfermos, la tasa de mortalidad es de aproximadamente 90%; el tratamiento se basa en plasmaféresis, glucocorticoides y el uso de Rituximab.

Diseño y métodos. Caso clínico

Resultados. Masculino de 36 años, sin antecedentes, consultó por cefalea frontoparietal de intensidad moderada y desorientación en tiempo, lugar y persona. Estudios iniciales hemograma con anemia normocítica normocrómica leve y trombocitopenia severa; se sospecha proceso séptico vs MAT, marcadores de hemólisis positivos, deshidrogenasa láctica elevada, hiperbilirrubinemia a expensas de la indirecta, combs directo negativo, extendido de sangre periférica de capilar con esquistocitos, se inicia plasmaféresis y corticoides sistémico.

Estudios de etiologías secundarias de MAT anticuerpos contra virus de la hepatitis C positivo, se inició antiviral. Luego de cinco días de manejo presenta mejoría del estado neurológico y ascenso plaquetario.

Conclusiones. Las MAT son potencialmente mortales si no se realiza un enfoque clínico adecuado e inicio de tratamiento oportuno. Se ha han publicado casos donde se demuestra las MAT pueden ser iniciadas por Infecciones Virales como VIH y Citomegalovirus. Este es el primer caso reportado en Colombia de una PTT en un paciente con infección aguda por Virus de Hepatitis C.

NF-9

CONCORDANCIA DE LAS MEDICIONES DE FILTRACIÓN GLOMERULAR ESTIMADA SEGÚN LAS FÓRMULAS UTILIZADAS EN COLOMBIA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA NO EN DIÁLISIS

CORONADO-DAZA JORGE, FRAGOZO-RAMOS MARÍA CAROLINA, REYES-FONTALVO LINA FERNANDA.

Universidad de Cartagena. Cartagena, Colombia.

Introducción. Las guías colombianas de enfermedad renal crónica (ERC) recomiendan estimar la filtración glomerular (FG) con la fórmula de Epidemiología de la Enfermedad Renal Crónica (CKD-EPI). No se han realizado estudios que comparen en la población colombiana la exactitud de esta fórmula con otras utilizadas en la práctica clínica.

Diseño y Métodos. En 757 pacientes adultos evaluamos el desempeño para estimar la FG por las fórmulas de la Modificación de la Dieta en la Enfermedad Renal (MDRD4), Cockcroft-Gault (CG) y Cockcroft-Gault corregida para la superficie corporal (CG-SC) comparada con la fórmula de CKD-EPI. El desempeño se evaluó con mediciones del sesgo, precisión y exactitud.

Resultados. La media de la FG por CKD-EPI fue 37.32 ± 12.71 ml/min/1.73m², por MDRD4 de 39.8 ± 13.2 ml/min/1.73m², por CG fue 35 ± 12.6 ml/min y por CG-SC de 34.52 ± 11.34 ml/min/1.73m². Todas las fórmulas tuvieron un sesgo con relación a la FG por CKD-EPI. El sesgo fue negativo para las fórmulas CG y CG-SC (sesgo: -2.23 y -2.8 ml/min/1.73m²) y positivo para la MDRD4 (sesgo: 2.49 ml/min/1.73m²). La precisión fue similar en las fórmulas de CG y CG-SC (8.15 y 6.1 ml/min/1.73m²); la más precisa fue la MDRD4 (2.35 ml/min/1.73m²). La exactitud se midió calculando la proporción de pacientes que difirió más del 15% y 30% de la FG por CKD-EPI. La fórmula más exacta fue la MDRD4 que sólo difirió una proporción >15% y del 30% en el 2.9% y 0.26% de las mediciones respectivamente, y la menos exacta fue la FG estimada por CG sin corregir para la superficie corporal que difirió en el 40.3% y 18.23% de las mediciones respectivamente. El coeficiente de correlación entre la FG por CKD-EPI y MDRD4 fue de 0.97, con CG y CG-SC de 0.78 y 0.85.

Conclusiones. Las fórmulas más exactas para estimar la filtración glomerular son la CKD-EPI y la MDRD que tienen una alta concordancia y correlación. Se debe abandonar la estimación de la FG con la fórmula de CG por ser menos precisa y la menos exacta.

NF-10

PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA TROMBÓTICA

TORRES NATALIA, GONZÁLEZ CAMILO.

Clínica Universitaria Colombia. Fundación Universitaria Sanitas. Bogotá, D.C., Colombia.

Introducción. La Púrpura trombocitopénica trombótica (PTT) es una enfermedad sistémica caracterizada por la agregación plaquetaria en trombos y la oclusión resultante de la microvasculatura, con una incidencia de 3.7 casos por millón de habitantes y una mortalidad del 90% sin tratamiento. Se define como una deficiencia severa de Adamts 13 (Actividad <10 %), pero el diagnóstico inicial se basa en el juicio clínico, ya que las mediciones frecuentemente tardan varios días. La deficiencia puede ser hereditaria o adquirida, como resultado de la inhibición de la actividad por un auto anticuerpo.

Diseño y métodos. Reporte de caso.

Resultados. Hombre de 65 años, con antecedente de diabetes mellitus e hipertensión arterial quien ingresa por dolor abdominal de inicio agudo asociado a ictericia, se documenta trombocitopenia con lesión renal aguda, anemia normocítica, hiperbilirrubinemia a expensas de indirectas, LDH aumentada y Coombs indirecto negativo hallazgos todos que sugieren anemia hemolítica no inmune mediada. Frotis de sangre periférica con esquistocitos sugiriendo microangiopatía trombótica sin hallazgos clínicos o paraclínicos de foco infeccioso, hepatotropos negativos. Se solicitó estudio de autoinmunidad, pruebas de alteración del complemento y Adamts 13. Se inició plasmaféresis y corticoide sistémico, reporte posterior de actividad de Adamts 13 en 1%. Recibió 8 sesiones de plasmaféresis con estabilidad del conteo plaquetario y niveles de LDH normales, egreso con corticoide sistémico y azatioprina.

Conclusiones. El diagnóstico de la PTT es un reto por sus diversas manifestaciones clínicas, la superposición con otras microangiopatías trombóticas y disponibilidad limitada de ADAMTS13. Un nivel de actividad inferior al 10% apoya el diagnóstico en contextos clínicos apropiados, pero muchos centros no ofrecen la prueba o deben enviarla a un laboratorio de referencia. En tales casos, las decisiones de manejo iniciales deben tomarse sin el beneficio de las pruebas de laboratorio.

NF-11

TASA DE FILTRACION GLOMERULAR EN ADULTOS MAYORES DE 70 AÑOS POR DEPURACION DE CREATININA EN 24 HORAS VS ESTIMACION POR FORMULAS

VARELA DIANA-CRISTINA, GUARÍN MAYRA, RESTREPO MARY ALEJANDRA, RUIZ ALEJANDRA, ROLDAN-TABARES MABEL DAHIANA, MARTÍNEZ-SÁNCHEZ LINA MARÍA, LAMBIS LOAIZA LAURA ALEJANDRA, URIBE MAURICIO.

Universidad Pontificia Bolivariana, Laboratorios Echavarría, Universidad Nacional de Colombia. Medellín, Colombia.

Introducción. En Colombia, la prevalencia de la enfermedad renal crónica (ERC) se encuentra alrededor del 10% de la población y viene en ascenso. La tasa de filtración glomerular estimada (TFGe) se realiza para clasificar su estadio, usando las ecuaciones Cockcroft-Gault (CG), la Modificación de la Dieta en la Enfermedad Renal (MDRD), la Colaboración de Epidemiología de la Enfermedad Renal Crónica (CKD-EPI) y Berlin Initiative Study (BIS).

Diseño y métodos. Estudio de cohorte retrospectivo. Se incluyeron 1439 pacientes mayores 70 años, quienes consultaron entre enero y diciembre de 2017, con estadios de 1 al 4, se realizó una correlación entre CG, MDRD, CKD-EPI y BIS-1 con la depuración de orina de 24 horas en pacientes con y sin proteinuria.

Resultados. La distribución por sexo fue 790 mujeres (54.9%) y 649 hombres (45.1%), la mediana de edad fue 77 años (73-82 años), la mediana de peso fueron 65 kg (57-74 Kg), la mediana de creatinina fue 1.18 (0.93-1.5). En 746 pacientes mayores de 70 años sin proteinuria las fórmulas que presentan una menor variación con respecto a la depuración en orina de 24 horas es MDRD-4 en el estadio 2 y CG en el estadio 4. En 693 pacientes mayores de 70 años con proteinuria las fórmulas que presentan una menor variación con respecto a la depuración en orina de 24 horas es MDRD-IDMS y CKD-EPI en el estadio 3 y CG en el estadio 4.

Conclusiones. Las fórmulas de la TFGe en la población colombiana tiene una correlación regular al compararse con la depuración en orina de 24 horas, la mayoría de las fórmulas subestiman en estadios iniciales y sobre estiman en estadios avanzados, en el estadio 3 y 4 las fórmulas de estimación tienen una mejor correlación al compararla con la depuración de orina de 24 horas.

NF-12

PANTOEA DISPERSA COMO CAUSA DE PERITONITIS ASOCIADA A DIÁLISIS PERITONEAL: REPORTE DE CASO

RODRÍGUEZ MP, VARGAS DC, MEJÍA CA, CONTRERAS K, GARCÍA PK, GONZÁLEZ CA.

Hospital Universitario San Ignacio, Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, D.C., Colombia.

Introducción. La peritonitis bacteriana (PB), es una complicación frecuente en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) en diálisis peritoneal y una de las principales causas de transferencia a hemodiálisis. Se describe un caso de peritonitis por *Pantoea dispersa*.

Diseño y métodos. Reporte de caso

Resultados. Mujer de 68 años con ERC etiología desconocida en diálisis peritoneal automatizada, antecedente de deficiencia de factor VII y peritonitis recurrente por *S. aureus* meticilino sensible. Ingresó con dolor abdominal y líquido turbio, con extrusión del cuff externo. El citoquímico de líquido peritoneal confirmó peritonitis y se aisló *Enterococcus hirae* y *Pantoea dispersa*. Recibió tratamiento con ampicilina intravenosa y amikacina intraperitoneal por 21 días, según sensibilidad reportada en el antibiograma para cubrimiento de ambos gérmenes. Debido a la recurrencia de la peritonitis, se indicó retiro y colocación del catéter peritoneal en el mismo procedimiento, previa administración de factor VII por antecedente de déficit del mismo.

Discusión. La PB, es una condición frecuente en diálisis peritoneal, ocasiona mayor morbimortalidad, riesgo de falla y pérdida de la membrana peritoneal requiriendo transferencia a hemodiálisis. El dolor abdominal y el líquido peritoneal turbio son manifestaciones comunes. En el 65% de casos, los microorganismos gram positivos son los agentes responsables, en especial, estafilococos coagulasa negativos. Es muy rara la identificación de *Pantoea dispersa* como agente etiológico de peritonitis.

Conclusiones. La *Pantoea dispersa* es un germen muy infrecuente, hasta el momento no ha sido descrito en pacientes en diálisis peritoneal. El cubrimiento antibiótico y el cambio del catéter peritoneal, permitieron una mejoría significativa de la paciente y la continuidad en diálisis peritoneal.

NF-13

REPORTE DE UN CASO DE INFECCIÓN POR DENGUE CON COMPROMISO RENAL

RAMÍREZ GIRALDO SANTIAGO, ZEA LOPERA JULIÁN, LONDOÑO TABARES SERGIO, VILLEGAS MOLINA JUAN PABLO, VILLEGAS MOLINA JOSÉ DAVID, CÁRDENAS CAROLINA, PÉREZ CASTAÑO KAREN JOHANA.

Hospital Universitario San Vicente Fundación. Medellín, Antioquia.

Introducción. La fiebre del dengue es una enfermedad viral transmitida por vectores, con una incidencia muy alta en Latinoamérica y especialmente en Colombia. Las manifestaciones clínicas típicas son fácilmente reconocibles, pero en ocasiones puede tener una presentación muy heterogénea, afectando cualquiera de los sistemas del organismo.

Diseño y métodos. Resumen de Caso.

Resultados. Varón de 35 años sin antecedentes. Consultó por cefalea pulsátil de moderada intensidad asociada con fiebre subjetiva y dolor en fosa renal derecha de aparición súbita y alta intensidad. Sospecharon una infección urinaria (ITU) y fue remitido a un centro de salud de segundo nivel, donde hicieron estudios infecciosos iniciales que fueron negativos. Se documentó leucopenia, neutrofilia y trombocitopenia y adicionalmente hipoalbuminemia, sedimento activo en el uroanálisis y proteinuria en rango nefrótico (6.1 gr/24h), por lo cual fue remitido al HUSVF. Durante su estancia hospitalaria su cuadro clínico se resolvió de forma satisfactoria sin necesidad de manejo médico, con mejoría de su función renal y de las alteraciones de las líneas celulares del hemograma. A pesar de que los estudios para dengue habían sido negativos previamente, se decidió volver a estudiar para esta etiología, obteniendo IgM positiva. Se descartaron otras causas y se realizó vigilancia clínica y paraclínica durante varios días, evidenciando mejoría significativa. Finalmente fue dado de alta en buenas condiciones, para seguimiento y control ambulatorio.

Conclusiones. La fiebre del dengue es una enfermedad frecuente, cuyo diagnóstico es fácil en la mayoría de los casos debido a que la presentación clínica suele ser típica, sin embargo, en algunas ocasiones las manifestaciones pueden ser atípicas, como es el caso de la glomerulonefritis por dengue. El conocimiento sobre este tipo de presentación clínica permite un diagnóstico más temprano y un tratamiento acertado, evitando intervenciones potencialmente peligrosas.

NF-14

EMBARAZOS NO PLANEADOS EN UNA COHORTE DE PACIENTES TRASPLANTADAS DE RIÑÓN

OCAMPO KOHN CATALINA, NIETO RIOS JOHN FREDY, TORO BERMÚDEZ RODRIGO, ARISTIZABAL ALZATE ARBEY, SERNA HIGUITA LINA, ZULUAGA VALENCIA GUSTAVO.

Hospital Pablo Tobón Uribe. Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.

Introducción. El embarazo en mujeres trasplantadas renales conlleva a una serie de riesgos tanto para la madre como para el feto, por lo cual debe ser muy bien planeado. Lo recomendado para embarazarse es que la paciente lleve más de un año de trasplante, sin rechazos previos, con la función renal adecuada, con la tensión arterial controlada, sin infecciones que puedan comprometer la salud del feto, sin medicación inmunosupresora teratogénica. **Objetivo.** Evaluar los desenlaces de pacientes con embarazos no planeados llevados a término en una cohorte de pacientes trasplantadas renales años 2005-2019.

Diseño y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes trasplantadas renales embarazadas en un único centro.

Resultados. El grupo de Trasplante Renal del Hospital Pablo Tobón Uribe ha trasplantado 1002 pacientes, desde 2005 hasta la actualidad. En total 388 casos femeninos trasplantados (38.72%), 65% en edad reproductiva, 5 mujeres presentaron gestación, 6 embarazos exitosos. Ninguno de los embarazos fue planeado. Todas habían estado previamente en hemodiálisis antes del trasplante por tiempo promedio de 14.5 meses (4-36), Creatinina promedio al inicio de la gestación 2.5 mg/dL (0.91 - 4.9), con TFG promedio calculada por CKD-EPI de 55.83 ml/min/1.73 m² (11 - 118). Se presentaron complicaciones en 66% de los embarazos, siendo la más común Preclampsia en 33%, bajo peso al nacer con peso promedio del producto 2029 gramos, complicaciones en puerperio inmediato 50%, complicaciones neonatales 50%. No mortalidad materno-fetal. Tasa de filtración glomerular 1 año post-parto 52.75 ml/min/1.73 m² (10.5 - 101). En el seguimiento, 3 casos de pérdida del injerto no relacionado con la gestación. Se presentó un caso de paraplejia por polio infantil relacionado con inmunosupresión adquirida por lactancia materna en neonato que recibió la vacuna de polio oral.

Conclusiones. Los embarazos no planeados en pacientes trasplantadas renales tienen una alta tasa de complicaciones para la madre y el feto.

NF-15

MODELO DE SEGUIMIENTO DE PACIENTES TRASPLANTADOS RENALES POR TELEMEDICINA

BELLO MÁRQUEZ DIANA CAROLINA, NIETO RIOS JOHN FREDY, SERNA HIGUITA LINA MARIA, GAVIRIA JIMÉNEZ JUAN JOSÉ.

Hospital Pablo Tobón Uribe – Universidad de Antioquia. Medellín Colombia.

Introducción. El trasplante renal es el tratamiento de elección para la enfermedad renal crónica terminal por las claras ventajas que ofrece frente a las otras modalidades de tratamiento en términos de calidad de vida, supervivencia, reincorporación a la vida cotidiana y costos. El seguimiento adecuado y oportuno favorece mejores desenlaces a mediano y largo plazo. **Objetivo:** Formular un modelo de seguimiento para pacientes trasplantados renales por Telemedicina, que sea costoefectivo para el sistema de salud, manteniendo iguales estándares de calidad y oportunidad al compararlo con la atención presencial.

Diseño y métodos. Con metodología Delphi, se recolectó información y recomendaciones de expertos en trasplante renal sobre seguimiento de pacientes trasplantados renales, utilizando estrategias de Telemedicina. Se calculó el ahorro potencial en pesos de esta modalidad de atención.

Resultados. El modelo de seguimiento estratégico de los pacientes trasplantados renales, que mezcla la atención presencial con algunos seguimientos por telemedicina, podría alcanzar a reducir el número de sesiones de seguimiento presencial de 30 a 21 (reducción del 30% en los desplazamientos del paciente y su acompañante), implicando ahorros hasta de \$10.035.621 por el total de los seguimientos a 3 años post-trasplante, por cada paciente, sin comprometer la calidad de la atención y ofreciendo mayor oportunidad y comodidad.

Conclusiones. La alternativa de implementar un modelo de atención de seguimiento por telemedicina, en pacientes trasplantados renales que residen en zonas por fuera del área de influencia directa de los centros de trasplante, se considera viable y costoefectivo al reducir los gastos derivados del traslado y alojamiento del paciente y su acompañante, con iguales o mejores estándares de calidad en la atención en salud.

NF-16

NEFROPATÍA POR BK VIRUS EN RIÑONES NATIVOS EN UNA PACIENTE CON TRASPLANTE CARDÍACO

NIETO RÍOS JOHN FREDY, BENAVIDES HENAO DIEGO, SERNA HIGUITA LINA, ARISTIZABAL ALZATE ARBEY, OCAMPO KOHN CATALINA, MORALES CONTRERAS CAROL, CHACÓN JAIMES DIANA, ZULUAGA VALENCIA GUSTAVO.

Hospital Pablo Tobón Uribe, Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.

Introducción: El BK virus afecta los riñones de pacientes inmunosuprimidos, produciendo una nefritis tubulointersticial que puede terminar en enfermedad renal crónica.

Diseño y métodos. Presentación del caso.

Resultados. Mujer de 39 años, trasplantada de corazón por cardiomiopatía periparto, antecedente de 2 episodios de rechazo; en manejo inmunosupresor con tacrolimus 7 mg día, everolimus 1 mg cada 12 horas, prednisolona 5 mg día. Creatinina basal 0.88 mg/dl. Consultó por fatiga, náuseas, hiporexia. El examen físico sin hallazgos relevantes. Estudios con creatinina 2.7mg/dl, uroanálisis sin proteinuria, sin hematuria, ecografía con riñones de tamaño normal ecogénicos, ecocardiograma normal; estudio inmunológico negativo, complemento normal; serologías para VIH, sífilis, virus B, C negativas. Biopsia renal con nefritis tubulointersticial crónica activa asociada a nefritis por poliomavirus en estadio tardío (C), carga viral de BK virus log. 4.5. Con este informe se decide suspender tacrolimus y realizar vigilancia. La creatinina se estabilizó en 2.4 mg/dl. Con la disminución de la inmunosupresión negativizó la carga viral de BK virus y no ha tenido episodios de rechazo cardíaco.

Conclusiones. La nefropatía por BK virus afecta principalmente pacientes trasplantados de riñón, produciendo una nefritis tubulointersticial grave que puede acabar con la funcionalidad del injerto. La infección renal por este virus en otro tipo de trasplantes es menos frecuente pero igual de agresiva, por lo cual debe ser sospechada en todo paciente inmunosuprimido que presente deterioro inexplicado de la función renal, porque su detección tardía empeora el pronóstico llevando a enfermedad renal crónica progresiva irreversible que puede terminar en diálisis.

NF-17

COMPORTAMIENTO INUSUAL DE NEFROPATÍA POR IGA Y MEMBRANA BASAL DELGADA EN MUJER ADULTA CON SÍNDROME NEFRÓTICO

RODRÍGUEZ MARTHA PATRICIA, PARRA PAOLA, GONZÁLEZ CAMILO, CONTRERAS KATEIR, GARCÍA PAOLA, DÁVILA VALENTINA.

Pontificia Universidad Javeriana, Hospital Universitario San Ignacio. Bogotá, D.C., Colombia.

Introducción. La enfermedad glomerular más frecuente en el mundo es la nefropatía IgA; puede ocasionar enfermedad renal crónica avanzada hasta requerir terapia de reemplazo renal. La presentación, curso clínico e histología son variables; el síndrome nefrótico es infrecuente y de peor pronóstico. Más raro aun, es encontrar asociación con membrana basal delgada en esta patología.

Diseño y métodos. Reporte de caso.

Resultados. Informamos el caso de una mujer de 51 años que consultó por edema generalizado asociado a orinas espumosas; se encontró proteinuria en rango nefrótico con estudios de secundarismo negativos; la biopsia renal fue compatible con nefropatía IgA inmunomediada y anomalía estructural del colágeno tipo enfermedad de membrana basal delgada, compatible con nefropatía por IgA atípica. Recibió manejo con IECA, estatina y corticosteroide oral a dosis de 1 mg/kg/día con mejoría de la proteinuria hasta alcanzar remisión completa.

Conclusión. Un 10-20% de pacientes con nefropatía IgA pueden lograr remisión espontánea. Del 25-30% progresan hacia enfermedad renal crónica avanzada. La progresión suele ser lenta entre 5-20 años. El síndrome nefrótico como manifestación de nefropatía IgA tiene prevalencia de 5-10%. La biopsia renal es la única prueba diagnóstica confirmatoria. Hallazgos histológicos de enfermedad de cambios mínimos asociados son frecuentes. En nuestra paciente se documentó adicionalmente membrana basal delgada con poca evidencia en la literatura de las implicaciones que puede suponer esta asociación. Existen pocos estudios de nefropatía por IgA que debuta como síndrome nefrótico. La remisión de la proteinuria se asocia a mejor pronóstico y sobrevida renal, la progresión del daño renal es baja si se logra proteinuria < a 1g/24 horas y es mayor si supera 3g. El tratamiento se enfoca en retardar la progresión de la enfermedad renal. La aproximación terapéutica óptima no se conoce y la evidencia es limitada. La lenta progresión del deterioro de la tasa de filtración glomerular reduce la posibilidad de realizar estudios adecuados.