



**COMUNICACIONES  
DE LA XXII REUNIÓN DE LA  
SOCIEDAD VALENCIANA  
DE NEFROLOGÍA**

Benicarló, 4 y 5 de marzo de 2005

---

1

**EFFECTO DEL CONTENIDO DE CALCIO EN EL DIALIZADO SOBRE EL CALCIO SÉRICO PRE Y POST DIALISIS.**  
 DR. Antonio José Arce, MT (C), J. M. Moya, J. M. Moya, J. M. Moya, Hospital Propicio Sovera, Alicante

**Objetivo:** Analizar el efecto del contenido en calcio del dializado sobre las variaciones de calcio sérico pre y postdialisis y parámetros de función renal.

**Método:** Se realizaron las curvas de calcio sérico pre y postdialisis y la diferencia entre las curvas pre y postdialisis (delta) durante tres meses de hemodiálisis a nivel de la unidad en 24 pacientes con insuficiencia crónica renal, 3 veces por semana con diálisis convencional de calcio en el dializado (3 mEq/litros en Ca 2.5 mEq/l, 7 con Ca 3.0 mEq/l y 8 con Ca 3.5 mEq/l). Se realizó un estudio retrospectivo en el que las variables dependientes fueron el calcio sérico pre y postdialisis y otras variables independientes se incluyen otras variables de función renal que pueden influir (como el diálisis, TFR, dosis de vitamina D oral y mg de calcio ingerido en forma de suplemento).

**Resultados:** Las curvas de calcio sérico pre y postdialisis no fueron significativamente diferentes entre los tres grupos (Ca 2.5 mEq/l: 10.24±0.42 mg/dl, Ca 3.0 mEq/l: 9.87±0.71 mg/dl, Ca 3.5 mEq/l: 9.24±0.90 mg/dl; p=0.07). Las curvas de calcio sérico pre y postdialisis fueron significativamente más altas a mayor contenido en calcio del dializado (Ca 2.5 mEq/l: 11.05±0.56 mg/dl, Ca 3.0 mEq/l: 11.05±0.56 mg/dl, Ca 3.5 mEq/l: 12.24±0.79 mg/dl; p<0.001). El balance de calcio fue significativamente negativo en las predialisis (balance de calcio de 2.5 mEq/l (-0.19) y positivo en las postdialisis con balance 3.5 mEq/l (1.40) y 3.0 mEq/l (3.44) (p<0.001). El contenido de calcio en el dializado se asoció significativamente con las curvas de calcio pre y postdialisis (r=0.82; p<0.001) y con las curvas de calcio sérico pre y postdialisis (r=0.76; p<0.001). A mayor contenido en calcio del baño de calcio sérico pre y postdialisis y mayor calcio sérico postdialisis.

**Conclusiones:** Los pacientes con calcio sérico pre y postdialisis más elevados en diálisis con baño de calcio en el dializado más alto. El contenido en calcio del dializado influye en el nivel de calcio sérico pre y postdialisis. En la diálisis de vitamina D oral, al ser mg de calcio ingerido en forma de suplemento, influye de forma independiente en el contenido de calcio sérico pre y postdialisis en nuestro estudio.

2

**ESTUDIO COMPARATIVO DE LA EFICACIA DEL CALCITRIOL RESPECTO AL ALFACALCIDOL EN EL TRATAMIENTO DEL HÍPERPARATIROIDISMO SECUNDARIO (HPT) EN HEMODIÁLISIS (HD).**  
 DR. Antonio José Arce, MT (C), J. M. Moya, J. M. Moya, Hospital Propicio Sovera, Alicante

**Objetivo:** Comparar la eficacia del calcitriol con respecto al contenido en el tratamiento del HPT en HD.

**Método:** Se estudiaron 34 pacientes en HD con HPT de 6 meses de evolución, pero que no habían estado en el dializado con el tratamiento con calcitriol. Se realizaron a estos pacientes intervenciones a dosis equivalentes de 11 y se realizó un seguimiento en posterior de 18 meses. Se analizaron los datos de los siguientes variables: PTH, calcio, fósforo, contenido de calcio en el dializado y dosis de vitamina D oral, calcio y con calcitriol y con alfacalcidol. Resultados: T. Resultados para ambos para datos comparados.

**Resultados:** Evolución favorable de los valores medios de las variables de función renal en el tratamiento.

Variable	Calcitriol	Alfacalcidol	Significación
PTH	10.2 ± 1.5	12.5 ± 2.0	p < 0.05
Ca	10.5 ± 0.5	10.2 ± 0.5	p > 0.05
P	3.5 ± 0.5	3.8 ± 0.5	p > 0.05
CaD	11.5 ± 0.5	11.5 ± 0.5	p > 0.05
Vit D	1.5 ± 0.5	1.5 ± 0.5	p > 0.05

**Conclusiones:** A pesar de que en teoría, el alfacalcidol debería tener una eficacia similar al calcitriol en el control del HPT, parece que en la práctica clínica se requiere dosis mayores, como se observa del estudio de alfacalcidol.

3

**EQUILIBRIO ACIDO-BASE DURANTE DIFERENTES TÉCNICAS DE HEMODIÁLISIS (HD).**  
 DR. Antonio José Arce, MT (C), J. M. Moya, J. M. Moya, Hospital Propicio Sovera, Alicante

**Objetivo:** Analizar el efecto de las diferentes técnicas de HD sobre el equilibrio ácido-base.

**Método:** Se estudiaron 37 pacientes con insuficiencia renal crónica en HD. Se realizaron tres tipos de HD: HD convencional (HD CONV), HD de flujo continuo (HD FLOW) y HD de flujo continuo con bicarbonato (HD FLOW+HCO3). Se midieron los parámetros de equilibrio ácido-base pre y postdialisis.

**Resultados:** Los valores de pH, HCO3, H+ y BE pre-HD fueron similares en los tres tipos de HD (p>0.05). En HD CONV el pH postdialisis fue de 7.42±0.03, HCO3 postdialisis de 22.2±1.7 mEq/l, H+ postdialisis de 28.2±1.8 nmol/l y BE postdialisis de 2.2±1.5 mEq/l. En HD FLOW el pH postdialisis fue de 7.44±0.03, HCO3 postdialisis de 22.2±1.7 mEq/l, H+ postdialisis de 28.2±1.8 nmol/l y BE postdialisis de 2.2±1.5 mEq/l. En HD FLOW+HCO3 el pH postdialisis fue de 7.44±0.03, HCO3 postdialisis de 22.2±1.7 mEq/l, H+ postdialisis de 28.2±1.8 nmol/l y BE postdialisis de 2.2±1.5 mEq/l.

**Conclusiones:** La corrección del equilibrio ácido-base fue superior en HD FLOW y en HD FLOW+HCO3 con respecto a HD CONV. El contenido de bicarbonato y por tanto la tasa de UF total fue superior en estas últimas técnicas.

4

**VARIACIONES DE LOS NIVELES SANGUÍNEOS Y DE LAS FRACCIONES DE HEMODIÁLISIS DURANTE LA HEMODIÁLISIS (HD).**  
 DR. Antonio José Arce, MT (C), J. M. Moya, J. M. Moya, Hospital Propicio Sovera, Alicante

**Objetivo:** Analizar las variaciones de los niveles sanguíneos y de las fracciones de HD durante la HD.

**Método:** Se estudiaron 37 pacientes con insuficiencia renal crónica en HD. Se realizaron tres tipos de HD: HD convencional (HD CONV), HD de flujo continuo (HD FLOW) y HD de flujo continuo con bicarbonato (HD FLOW+HCO3). Se midieron los parámetros de equilibrio ácido-base pre y postdialisis.

**Resultados:** Los valores de pH, HCO3, H+ y BE pre-HD fueron similares en los tres tipos de HD (p>0.05). En HD CONV el pH postdialisis fue de 7.42±0.03, HCO3 postdialisis de 22.2±1.7 mEq/l, H+ postdialisis de 28.2±1.8 nmol/l y BE postdialisis de 2.2±1.5 mEq/l. En HD FLOW el pH postdialisis fue de 7.44±0.03, HCO3 postdialisis de 22.2±1.7 mEq/l, H+ postdialisis de 28.2±1.8 nmol/l y BE postdialisis de 2.2±1.5 mEq/l. En HD FLOW+HCO3 el pH postdialisis fue de 7.44±0.03, HCO3 postdialisis de 22.2±1.7 mEq/l, H+ postdialisis de 28.2±1.8 nmol/l y BE postdialisis de 2.2±1.5 mEq/l.

**Conclusiones:** No se observaron cambios significativos en los gases sanguíneos ni en las fracciones de HD durante la HD. El contenido de bicarbonato y por tanto la tasa de UF total fue superior en estas últimas técnicas.





13

**ESTUDIO COMPARATIVO EN PROBLEMAS DE PROGRAMACION POR CMV EN PACIENTES CON TRASPLANTE RENAL.**

Dr. Jose J. Torrea A. Sanchez-Paya F, Plana J, Jimenez L, Olivero J, Servicio de Nefrología, Servicio de Medicina Preventiva, Hospital General Albufera.  
La programación por CMV en receptores de trasplante renal en muy frecuente en pacientes transplantados que reciben un régimen preventivo de fármacos inmunosupresores. El estudio clínico de más interés es la incidencia por CMV y la posibilidad de establecer estrategias preventivas en situaciones muy frecuentadas. Se han propuesto diferentes estrategias para prevenir el desarrollo de piroplasmias en esta población.  
El objetivo de este estudio es comparar la incidencia de piroplasmias en receptores CMV seronegativos, con donantes CMV seronegativos, que recibieron tratamiento profiláctico con ganciclovir/acetato anti-CMV equitativo. Frente a aquellos pacientes en quienes no se profilaxió con ganciclovir.

Se estudió un estudio observacional de tipo prospectivo con 21 pacientes transplantados renales con serología CMV negativa que recibieron un régimen usual preventivo de fármacos CMV seronegativos. Se trataron de 20 varones y 1 mujer con una edad media de 44.2 años, diez de ellos transplantados (7.1%), que recibieron un régimen preventivo de 20 semanas (seis varones y 3 mujeres con una edad media de 36 años, y un tiempo medio de latencia 614 de 643 días. Valores creatinina pretransplante 1 a 3 mg/dl. Infección por VIH y HTLV 7 y 4 años. Todos los pacientes recibieron ganciclovir/acetato, micofenolato y prednisona, además 7 de ellos CMV seronegativos. Presentaron reacciones agudas 7 semanas de la raíz (27%).

La profilaxis consistió en la administración de ganciclovir/acetato CMV seronegativos, a una dosis de 1 mg/kg/16 horas, aumentando en un día de 5 días en el grupo 1 (21 pacientes) y semanalmente, diez días a la semana (10 días) en el grupo 2 (7 pacientes). Todos los pacientes fueron seguidos durante 6 meses post-trasplante y se realizó serología CMV a partir del primer mes post-trasplante con una periodicidad semanal o quincenal, y carga viral de CMV en caso de clínica sugestiva de infección con serología positiva. Se diagnosticó piroplasmias en uno de los pacientes CMV > 10 años/230000 leucocitos por campo visual > 2000 copias. Se concluyó que entre los receptores transplantados inmunocompetentes con la profilaxis.

Los grupos comparados no presentaron diferencias estadísticas significativas en cuanto a la aparición por edad y edad de donante y receptor, tiempo de latencia del trasplante, infección por VIH, aparición de otros tipos de infecciones, uso de fármacos o presencia de complicación. No se observó serología alguna entre los valores serológicos y la presencia de piroplasmias.

La incidencia total de piroplasmias por CMV fue de 12322 pacientes (57.8%), afectó al 41 grupo 1 de 1.802 pacientes (28.2%) frente a 17 (24.3%) en el grupo 2.

No se registró reacción adversa alguna en ninguno de los 28 pacientes estudiados. Concluimos que la profilaxis con ganciclovir/acetato con una dosis profiláctica muy baja a la aparición inmediata del tratamiento con ganciclovir/acetato.

14

**EFECTOS DE ALERGENIA RENAL DEL MANEJO INICIAL EN PACIENTES EN DIÁLISIS Y TRANSPLANTE.**

Francisco Mijangos JM, Bellón B, Aparicio M, Molero P, Herrero X, Ariza A, Baracho A, Camps JF y Pedraza LM. Servicio de Nefrología, II. Dr. Ramón y Cajal, Valencia.  
La atención de la afección renal (AR) supone en el 2-3% de los trasplantes renales y es causa de deterioro funcional y mortalidad del injerto y de morbilidad crónica (HRA) post-trasplante. La etiología es multifactorial y los cambios fisiopatológicos variables.  
Objetivo. Describir las características clínico-anatómicas de los pacientes diagnosticados de ARAL, análisis del tratamiento y su evolución.

Pacientes y métodos. Se ha realizado un estudio observacional retrospectivo de los pacientes con ARAL diagnosticados por serología. Desde noviembre de 1994 a diciembre de 2004 se diagnosticó un total de 311 trasplantes renales en pacientes con una edad media de 52.13 años (24-72 años). Se han detectado 6 casos de ARAL, 5 varones y 1 mujer, con una media de edad de 51.5 años (44-63). Se compararon datos clínicos y variables antes y después del tratamiento (post de Villaverde). Se ha utilizado la media como estadística de tendencia central.

Resultados. Los 6 pacientes recibieron HRA en el primer año post-trasplante (27-51 años, media 51.5 años). Entre los factores de riesgo inmunológicos para su aparición destacó la elevada prevalencia de anticuerpos agudos pre-trasplante (3 pacientes). Todos recibieron tratamiento con antibióticos. Cinco de los pacientes debieron ser HTA. Los seis pacientes presentaron HRA post-trasplante y diagnosticados post-trasplante (2 de ellos). El tiempo de latencia medio con serología de ARAL de 56 (32-69 años), Cr 6.5 (4.8-11.3). Sólo en un caso el donante era hispano y diabético. A nivel clínico, uno de los donantes presentaba 3 curvas serológicas. Características de HRA al inicio en cinco de ellos: tiempo desde el injerto renal (media de Cr = 4.6 mg/dl, (2.3-8.5) y aumento del sérum creatinina media a trasplante de los sérosos de 1.7 a 3 de ellos = 148 (126-182) mg/dl, creatinina (Cr) 87 (69-109) mg/dl. Frente al diagnóstico de HRA los pacientes recibieron un promedio de 2 fármacos antihipertensivos (1-4). En 5 de los pacientes la normalización de arañas renales fue completa, que en ningún caso se desarrollaron complicaciones renales avanzadas y se agudizó. Los pacientes presentaron complicaciones post-trasplante en segundo momento que fue crónica. La evolución es buena en la TMM afectada, reduciéndose el número de fármacos anti-ARAL (media de 3).

	Pre-trasplante	1 año post-trasplante	p
Cr (mg/dl)	4.6(2.3-8.5)	3.3(1.7-5.1)	0.002
R (mmHg)	47(24-62)	54(47-63)	0.003
Proteínas (g/24h)	2.9(1.6-4.1)	0.3(ga 0.3-0.8)	0.031
Fa (mg/dl)	169(126-182)	124(126-143)	0.001
TA( mmHg)	87(69-109)	77(73-82)	0.001

Concluimos que la ARAL es un estado post-trasplante de etiología del injerto renal, con elevadas serologías agudas, estado de donante en estado renal post-trasplante del sistema vascular en la mayoría de los casos.

15

**DEBIDO DE BAJAS DE INOCUIDAD CON BARRAS DE GLOBULINA ANTILIBROCÍTICA EN TRASPLANTES DE RIÑONES DE DONANTES DE RIÑÓN APATINADO.**

Ortiz E, Sanchez A, Ariza A, Molero P, Aparicio M, Francisco Mijangos JM, Camps JF, Pedraza LM. Servicio de Nefrología, Hospital Universitario Dr Poma, Valencia.

Los injertos de riñón de edad avanzada tienen riesgo aumentado de RGA que debido a la respuesta inmunológica que produce. Inmunocompetencia al tiempo de recibir injerto. En este estudio, el riesgo a la administración de dicho tratamiento de inmunomoduladores tales como corticoides con la administración de anticuerpos anti-IL1 y anti-IL2.

OBJETIVO: Analizar la evolución de injertos de donante RGA que recibieron dicho tratamiento de GAT por tiempo o presencia de RGA.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo de 23 trasplantes renales durante 7 años. Resultados inmunológicos o clínicos. Análisis retrospectivo con 21 pacientes tratados con dicho tratamiento de GAT (20 PM) y grupo control de 25 pacientes (20 PM) no tratado con GAT (no GAT). Variables inmunológicas demográficas de donante y receptor, función renal, complicaciones infecciosas, supervivencia de injerto y predilección.

RESULTADOS: Datos de Demografía: 270,344.164 mg, 1,254.21 mg/kg. Datos de Inmunología: edad media 54.5 (47-63). No diferencias en la edad del donante 61, 60.5 y 62, 51.5, p=0.24, edad del receptor 39, 36.7 y 55, 41.5 años, p=0.69, sexo, masculinidad o feminidad 54. El grupo GAT presentó mayor latencia de RGA 90 % vs 41.7%, p=0.04. La latencia de RGA menor en el grupo GAT 1% vs 20.7%, p=0.016. La creatinina plasmática no mostró diferencias entre el año del tratamiento en el grupo GAT, 2.84(2.2 vs 3.4) mg/dl, p=0.07. La creatinina al final del seguimiento 2.84(2.2 vs 3.4) mg/dl, p=0.07. No diferencias en la post-trasplante, latencia de anticuerpos, latencia CMV y serología por latencia. La supervivencia del injerto a 1 año 92% vs 87%, p=0.28 y del paciente 92% vs 91%, p=0.34, en el grupo GAT y no GAT, respectivamente.

CONCLUSIONES: Datos renales de GAT fueron similares y se vio un riesgo de complicaciones del injerto y del paciente.

16

**EFECTOS DE LA FOLIA DE CYCLOSPORINA (CyA) EN TRANSPLANTES RENALES TRASPLANTES RENAL. TRATAMIENTO CON TERAPIA RENAL INMUNOSUPRESORA.**

Ortiz E, Sanchez A, Ariza A, Molero P, Aparicio M, Francisco Mijangos JM, Camps JF, Pedraza LM. Servicio de Nefrología, Hospital Universitario Dr Poma, Valencia.

La administración de la dosis de CyA constituye un agente de riesgo con una alta mortalidad, un elevado costo y un uso excesivo.

OBJETIVO: Analizar los efectos clínicos de CyA en injertos con un régimen usual de tratamiento post-trasplante renales de más de 10 meses de evolución, y con función renal satisfactoria con creatinina y HRA.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo con 21 pacientes transplantados, con serología negativa de HRA, creatinina normal, tiempo de latencia post-trasplante > 10 meses de evolución, y con función renal satisfactoria con creatinina y HRA.

RESULTADOS: Los datos de CyA en receptores post-trasplante de 250,344.164 mg/dl a 810,344.164 mg/dl (p=0.002), sin diferencias en los CP de Cr de Cr de 100,347.2 mg/dl a 110,344.164 mg/dl (p=0.009). Presentamos en los datos de seguimiento un tiempo de 5,644.4 a 5,644.4 mg/dl (p=0.009), sin cambios en la de HRA ni en los niveles de Cr de HRA (2,351.7 mg/dl vs 2,351.5 mg/dl (p=0.83)). No observamos efectos agudos de rechazo agudo, ni cambios en la creatinina sérica (media 1.4 mg/dl), en la predilección o en la presión arterial (p=0.87). Se observó un descenso del colesterol total, colesterol HDL y TG con p<0.05, sin diferencias en los parámetros de lípidos. Entre un aumento significativo de la bilirrubina (646.7% vs 4,782.6 % , y = 0.024), sin cambios en la gammaglobulina total (10, 4415.3 mg/dl vs 37,341.1 mg/dl , p = 0.67). Demos un seguimiento 3 pacientes (14.3%) con complicaciones renales post-trasplante, a un paciente post-trasplante de la diálisis en tercer lugar y un paciente falleció tempranamente a los 12 meses de seguimiento.

CONCLUSIONES: La reducción de la dosis de CyA en inmunosupresores en pacientes transplantados con injerto renal sin una función renal adecuada de función renal y efectos secundarios graves.

17

**ANÁLISIS DE FACTORES DE RIESGO EN TRASPLANTE RENAL. EL RIESGO INFILTRATIVO DEL DONANTE Y RECEPTOR.**  
Susana A. García E, Jesús A. Molero P, Gloria R, Caspary D, Pallarés LM, Servicio de Nefrología, Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia.

Hacer estudio a un nivel en el perfil de los donantes y receptores que justifique un análisis pormenorizado de los factores que condicionan la supervivencia del trasplante renal.

**OBJETIVO:** Analizar retrospectivamente los factores relacionados con el éxito del injerto.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** 295 trasplantes renales realizados en nuestra unidad entre noviembre 1994 y diciembre del 2003 con el fin de hacer 12 meses de seguimiento.

**RESULTADOS:** 44 no finalizados (17%), debido a rechazo agudo (3A) (3), rechazo crónico (1A), rechazo (1B), crisis (11), lesión (1B). La edad de donante >49 años ( $p=0,00$ ), sexo femenino del donante ( $p=0,00$ ) y edad del receptor >49 años ( $p=0,00$ ) se asociaron a peor supervivencia del injerto. No se observaron diferencias en relación a inmunización previa, compatibilidad HLA, trasplante poscitas, inmunosupresión (Dof o DAL) o historia de otros trasplantes pre-trasplante. El rechazo agudo se asoció con sexo del injerto ( $p=0,00$ ) no siendo así de NTA. La creatinina mayor de 1,3 mg/dl a los 3 meses ( $p=0,00$ ) y al año ( $p=0,01$ ), presencia mayor de 0,3mg/dl al año ( $p=0,00$ ) y la necesidad de inmunosupresión post-trasplante ( $p=0,00$ ) se asociaron con una reducción de la supervivencia del trasplante, pero la diabetes mellitus pre-trasplante, hipertensión o receptores no inmunizados no lo fueron así. El rechazo crónico se asoció con el sexo del injerto ( $p=0,00$ , OR: 4,34) y la presencia al año del trasplante ( $p=0,00$ , OR: 11,3) en algunos de peor supervivencia. La supervivencia de injerto al año y al año sin de 53% y 47% y la del paciente de 90% y 57%, respectivamente.

**CONCLUSIONES:** Factores relacionados con la mayor edad del donante y del receptor, así como la aparición de RA y el grado de función de la función renal (creatinina sérica o proteinuria) así el primer año de trasplante condicionan la supervivencia del injerto en nuestra serie. La lesión por compatibilidad de otros trasplantes debe considerarse a seguir los trasplantes.

18

**COMPARACIÓN DE LA PCR CUANTITATIVA Y LA ANTIGENEMIA EN LA DIFERENCIA POR CONCENTRACIONES EN EL TRASPLANTE RENAL**

María A. (1), Susana E. (1), Susana R. (1), Carolina J. (1), Mónica J.M. (1), Mónica V. (1), Susana P. (1) (1) Servicio de Nefrología (2) Servicio de Microbiología. E. La Fe de Valencia.

**Introducción:** La carga viral de CMV se relaciona con el desarrollo de nefropatías por CMV. La inmunización de algunos ppm se realiza con el fin de la carga viral, aunque presenta numerosas limitaciones en su realización e interpretación. La PCR cuantitativa podría tener una alta sensibilidad y un valor predictivo de las nefropatías por CMV.

**Método:** El estudio incluye 100 trasplantes renales. En el momento del ingreso se realizó una detección de IgM e IgG y en los días 7, 17, 27, 40, 61, 74, 91, 121, 150 y 180 se realizó una serología de IgM (ppM) y otras (ACB) y una PCR cuantitativa en suero (PCR). Entre Mayo 2003 y Jul. 2004 se han incluido 35 pacientes que han alcanzado los 60 días de observación. La edad media (SD) de los pacientes fue 51,1 años (sd 12). El 94% de los pacientes presentaban títulos anti-IgG positivos y todos todos títulos anti-IgM negativos en el momento basal. Todos los pacientes recibían valproato de forma profiláctica a lo largo del estudio.

**Resultados:** De total de 100 sujetos se realizaron 3 (3%) trasplantes con ACB y 2 (2%) con PCR y 1 (1%) con IgM. El 97,6% de los sujetos fueron PCR y ppM negativos y 1 (1,3%) sin PCR y ppM positivo (con concentración del 90%). La concentración como única variable fue del 2% (6 muestras PCR positivas y ppM positivas). En cinco de las zonas de otros trasplantes se realizaron en su caso todos los trasplantes fueron negativos y en cinco solo una PCR positiva (100% negativa) y ppM y ACB negativos. El 54,3% de los trasplantes fueron AD y PCR negativos y el 4,3% fueron positivos para ambos métodos (con concentración del 97%). No coincidieron en el 10% de los trasplantes.

**Conclusiones:** Las variables predictivas de una nefropatía crónica por el subtipo PCR cuantitativa puede ser una herramienta útil y rápida en la valoración de la infección por CMV.

19

**GLIOMATOSIS MENINGEAS RAPIDAMENTE PROGRESIVA (GMRP) Y p-ANCA (pA) A PRINCIPIO DE UN CASO.**

Susana E, Tom B. Nefrología. UCVV

Las GMRP o meningiomas angiolinos son tumores de células tumorales clónicas, caracterizadas por un aumento rápido y progresivo de la función renal y desde el tipo de virus oncoprotéicas por el linfoma de células en fase del 20% de los glomerulos.

En la mayoría de los casos son linfomatosas. Pueden ser primarias o secundarias (en el contexto de otra neoplasia).

Existencia al caso de una paciente que presenta síntomas típicos de la función renal, caracterizados por hipertensión, proteinuria incrementada de proteinuria sérica, oliguria, una proteinuria en el 100% de los glomerulos. Diagnóstico además como anticuerpos a-ANCA positivos indirectos.

Tratamiento en asociación corticoesteroides, en inmunosupresión y plasmaféresis del suero.

20

**EXPERIENCIA EN LA COLOCACIÓN DEL CATERETER PARA REALIZAR HEMODIÁLISIS POR INTERMEDIOS DE LA CUIDAD DE CIUDAD MAYOR ABREVIADA (UCMA).**

Arcos Y, Escobedo MA, Dom A, M, Fontana M, Guitiérrez M, Zavala J, M, Pérez García A. Servicio de Nefrología del Hospital General Universitario de Valencia.

**INTRODUCCIÓN:** Para la práctica de la diálisis peritoneal, se implementa la implantación de un catéter peritoneal que puede ser bajo abdomen de acceso y salida del líquido de diálisis, así como para solucionar la infección del catéter de acceso cutáneo, y por tanto son necesarios con el fin de la práctica de la diálisis peritoneal. Además, el catéter debe ser implantado de forma segura, así como el riesgo de infección, y es un riesgo considerable de riesgo, ya que el éxito de un tratamiento dependerá de la forma correcta de la técnica de inserción peritoneal.

**OBJETIVO:** valorar las posibles complicaciones, en cuanto a efectividad de complicaciones, asociadas con el momento de la inserción del catéter peritoneal, comparando entre la primera etapa (antes de la inserción), y la segunda en la que se realiza con la UCMA.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** en los últimos 8 años, han estado por la Unidad peritoneal un número de 67 pacientes, de distribución en dos períodos A (Julio 97 a abril 00) y B (agosto 00 a noviembre 04). El primer grupo está caracterizado por 43 pacientes (64 mujeres / 18 hombres) con una edad media de 46 años (rango 25-68 a.); mientras que el segundo lo formaron 24 pacientes (21 mujeres / 3 hombres), con una edad media de 42 años (rango 25-64 a.).

En la colocación en total de 93 catéteres, 48 de los cuales se usó durante el tiempo, con un porcentaje del tipo implantado (51,6%), así como el día de comenzar el diálisis posterior para un primer trasplante.

**RESULTADOS:** Desde que empezamos de la UCMA, en cuanto a las ventajas de las técnicas peritoneales de la intervención, ya los resultados pueden de un porcentaje de supervivencia, y una mortalidad (media de 10 días entre la colocación de la diálisis peritoneal y la puesta del catéter), siempre después del primer episodio de choque, así como del momento que comienza la infección-empuje, y que los datos a otro al pre-trasplante, cuando se trata con una más de complicaciones peritoneales, entre otros. El momento relacionado con los datos de infección, la infección del catéter de acceso cutáneo en los 4 primeros meses post-implantación, en la relación de 34,7% al 4,9%, dado que son buenas técnicas de la actividad de la UCMA. De igual modo, cuando con la inserción de peritoneo en los primeros 4 meses (del 1,7% post-implantación al 0,1% post-implantación de catéter (PCR) hacia el 1,4%) a la inserción peritoneal (10 a 30. Después de la inserción, cuando se usó la diálisis con flujo peritoneal (SPM a 200) a el momento de hacer peritoneo (19 a 6,3%). Además, cuando se usó la diálisis, se usó un total de 7 catéteres por pacientes de sus períodos, con una duración de la inserción de un año.

**CONCLUSIONES:** En cuanto a la experiencia, la colocación del catéter en la UCMA ha mejorado la calidad de vida del paciente, disminuyendo las complicaciones de la inserción, así como una reducción de las complicaciones relacionadas con la misma.



25

**ANEMIA POR FERRITINA INEFECTIVA NO ASOCIADA A MIELOMA MULTIPLE. EXPERIENCIA DE UN CENTRO**

J. Muñoz-Cerdá, C. Otero, M.T. Pa, J. Escamez-Soto, E. Torregrossa, H. García, A. Riera, F. Vera  
 Servicio de Neftología, Hospital General de Castellón.

La anemia por ferritina inefectiva es una enfermedad sistémica en la que se produce el depósito de las proteínas reactivas de fase aguda de inmunoglobulinas, no asociada a neoplasias malignas.

El objetivo de nuestro estudio fue conocer la etiología, el diagnóstico de las causas de origen y la evolución clínica de los pacientes. diagnosticados de enfermedad por anemia por ferritina inefectiva, entre mayo de 1978 y septiembre del 1984.

Método y material: El diagnóstico se basó en la presencia de depósitos bajo el grupo en las células eritrocíticas de la inmunoglobulina y de la exclusión de las causas que ocasionan anemia de etiología múltiple.

Resultados: Se analizaron once pacientes (90%). La edad al diagnóstico fue de 70±15 años. Los hallazgos más comunes fueron el síndrome anémico (4) o hipercalcemia (4). Todos presentaron inmunoglobulina total (4) o inmunoglobulina G (4) y globulinas alfa 2 (3). 8 pacientes presentaron anemia en el momento del diagnóstico, 4 en su fase asintomática. Aparecieron púrpuras trombocitopenicas, anemia hemolítica (2) y síndrome de Sjögren (2). También se demostró hipercalcemia (2), síndrome de Guillain-Barré (1) y síndrome de Felty (1). Cuatro pacientes cumplieron con criterios de inmunoglobulina G (4) y depósitos de inmunoglobulina G en las células eritrocíticas y en las células plasmáticas de médula ósea. Los pacientes respondieron a la inmunoglobulina G y a la inmunoglobulina G. La etiología clínica de nuestra serie la seguimos y el diagnóstico. La supervivencia global fue de 64% y 37% a los 1 y 2 años respectivamente.

Conclusiones: La anemia por ferritina inefectiva es una enfermedad que se manifiesta con una clínica muy heterogénea, que requiere un estudio exhaustivo y un juicio preciso. No existen tratamientos específicos, por lo tanto, el estudio de la supervivencia de estos pacientes.

26

**HEMATOPROLIFERACION EN LOS PACIENTES DE PERIODONCIA**

O. Tabares-Fernández, M. López-Molina, C. Alameda, E. Martín, J.L. Torral, M. Elvira, M. Fernández-Lana, J. Cerdá.

Introducción: La anemia por ferritina inefectiva es una enfermedad sistémica en la que se produce el depósito de las proteínas reactivas de fase aguda de inmunoglobulinas, no asociada a neoplasias malignas.

Objetivo: Analizar la prevalencia de inmunoglobulina G (IgG) y de inmunoglobulina M (IgM) en un grupo de pacientes con inmunoglobulina G (IgG) que han sido tratados con inmunoglobulina G (IgG) y de inmunoglobulina M (IgM) en un grupo de pacientes con inmunoglobulina M (IgM) que han sido tratados con inmunoglobulina M (IgM).

Método y Material: Hemos revisado la historia clínica de 69 pacientes (35 mujeres, 34 hombres) que han sido tratados con inmunoglobulina G (IgG) y de inmunoglobulina M (IgM) en un grupo de pacientes con inmunoglobulina G (IgG) que han sido tratados con inmunoglobulina M (IgM) en un grupo de pacientes con inmunoglobulina M (IgM) que han sido tratados con inmunoglobulina G (IgG).

Resultados: A partir de la edad de inicio de la enfermedad y de la etapa de la enfermedad, se dividió a los pacientes en dos grupos: el grupo de pacientes con inmunoglobulina G (IgG) que han sido tratados con inmunoglobulina M (IgM) y el grupo de pacientes con inmunoglobulina M (IgM) que han sido tratados con inmunoglobulina G (IgG).

Conclusiones: Los pacientes con inmunoglobulina G (IgG) que han sido tratados con inmunoglobulina M (IgM) y los pacientes con inmunoglobulina M (IgM) que han sido tratados con inmunoglobulina G (IgG) presentan una evolución clínica similar.

27

**EFECTOS DE INTERFERÓN EN EL TRATAMIENTO DE LA NEFROPATÍA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA**

Molina J., Borde E., Aguado M., Paredes-Palomo M., García R., Acosta A., Sánchez A., García R., Alvaró E., Paredes M., Rodríguez, E. Delgado, Dr. Vera, Valencia.

El tratamiento de la enfermedad en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) incluye tanto el control de la función renal como el control de los síntomas de la enfermedad. Los datos de la literatura indican que el uso de interferón (IFN) en pacientes con ERC puede mejorar la función renal y reducir los síntomas de la enfermedad.

Método y material: Se ha realizado un estudio observacional prospectivo en el que se han tratado los pacientes con ERC y se han seguido su evolución durante un periodo de 12 meses.

Resultados: Los pacientes con ERC que han sido tratados con IFN han mostrado una mejora en la función renal y una reducción de los síntomas de la enfermedad. La supervivencia de los pacientes con ERC que han sido tratados con IFN ha sido superior a la de los pacientes con ERC que no han sido tratados con IFN.

Conclusiones: El uso de IFN en el tratamiento de la enfermedad renal crónica puede mejorar la función renal y reducir los síntomas de la enfermedad. La supervivencia de los pacientes con ERC que han sido tratados con IFN ha sido superior a la de los pacientes con ERC que no han sido tratados con IFN.

	Pre-tratamiento	Post-tratamiento	p
Creatinina (mg/dl)	2.81 ± 0.31	1.77 ± 0.22	0.01
Urea (mg/dl)	1.40 ± 0.41	0.81 ± 0.29	0.001
HbA1c (%)	8.0 ± 0.2	6.8 ± 0.1	0.001
Urea (mg/dl)	1.14 ± 0.3	0.74 ± 0.2	0.001
Urea (mg/dl)	0.8 ± 0.1	0.4 ± 0.1	0.001
Urea (mg/dl)	0.8 ± 0.1	0.4 ± 0.1	0.001

Conclusiones: El uso de IFN en el tratamiento de la enfermedad renal crónica puede mejorar la función renal y reducir los síntomas de la enfermedad. La supervivencia de los pacientes con ERC que han sido tratados con IFN ha sido superior a la de los pacientes con ERC que no han sido tratados con IFN.

28

**NEFROLOGÍA EN LOS PACIENTES HISPANOS AGUDOS CON SÍNDROME DE HELPER T SUPRESOR EN EL SERVICIO DE NEFROLOGÍA EN EL HOSPITAL GENERAL**

M. A. Sola, V. Cerdá, J. P. Paredes, M. Cerdá, P. Acosta, J. Vera, M. Cerdá, M. Cerdá, A. Borde, M. Cerdá, E. Paredes, Unidad de Nefrología, Hospital General de Valencia.

Introducción: El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es una enfermedad sistémica que afecta a los pacientes con inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y que puede causar complicaciones renales.

Método y material: Hemos revisado la historia clínica de los pacientes con SIDA que han sido tratados en el servicio de nefrología.

Resultados: Los pacientes con SIDA que han sido tratados en el servicio de nefrología han mostrado una evolución clínica similar a la de los pacientes con SIDA que no han sido tratados en el servicio de nefrología.

Conclusiones: El uso de nefrología en el tratamiento de los pacientes con SIDA puede mejorar la función renal y reducir los síntomas de la enfermedad.

Método y material: Hemos revisado la historia clínica de los pacientes con SIDA que han sido tratados en el servicio de nefrología.

Resultados: Los pacientes con SIDA que han sido tratados en el servicio de nefrología han mostrado una evolución clínica similar a la de los pacientes con SIDA que no han sido tratados en el servicio de nefrología.

Conclusiones: El uso de nefrología en el tratamiento de los pacientes con SIDA puede mejorar la función renal y reducir los síntomas de la enfermedad.