



XIII REUNION REGIONAL DE LA
SOCIEDAD CANARIA DE NEFROLOGIA
Y
X REUNION DE LA SOCIEDAD CANARIA
DE ENFERMERIA NEFROLOGICA

Días 22-23 de marzo de 1993
GRAN CANARIA

ESTENOSIS DE ARTERIA RENAL DE INJERTO EN PACIENTES PORTADORES DE TRASPLANTE RENAL DE CADAVER.

A Moreno, M.D. Checa, R. Palomar, C.García, S. Suria, P. Rossique, N. Esparza, A. Toledo
Servicio de Nefrología.Hospital Insular de Gran Canaria.

La estenosis de la arteria renal del injerto es una causa frecuente de aumento de la presión arterial y disfunción renal en el paciente trasplantado,cuya incidencia en las series consultadas oscila entre el 4.6 y 10%.

Hemos analizado retrospectivamente al grupo de pacientes portadores de trasplante renal de nuestro Servicio para valorar la incidencia de estenosis de arteria renal,su expresión clínica, el procedimiento diagnóstico y la evolución post-angioplastia de aquellos casos en los que se hubiera realizado.

De un total de 65 pacientes trasplantados, la estenosis de arteria renal de injerto se objetivó en 14 casos (20,28%),con un tiempo medio transcurrido postrasplante de 10,125±14meses(1-48). En el momento del diagnóstico la media de Presión Arterial era de (160±17,32/93,18±14,19),con un nivel medio de ciclosporina sérica (CsA) de 182,22±88,31 (46,3-300)y creatinina sérica media de 2,82±1,03 (1,3-5).Tras la angioplastia,se observó un descenso de la Presión Arterial a (140±22,60/82,5±11,84),con nivel medio de ciclosporina sérica de 203,5±82,51(124-340)y una media de creatinina sérica de 2,21±0,81 (1,2-4). En seis casos se había realizado el diagnóstico de toxicidad por CsA en base a la sospecha clínica y biopsia renal compatible con toxicidad por CsA.

Ocho casos (57%)presentaron reestenosis que aparece trascurrido un tiempo medio postangioplastia de 15,12±18,31 (2-51).Cuatro pacientes presentaron una segunda reestenosis.

En nuestra serie existe una incidencia de estenosis de arteria renal de injerto superior a la de otras series consultadas.Tras tratamiento con angioplastia observamos descenso en las cifras de Presión Arterial y niveles séricos de creatinina. Ante datos clínicos y anátomo-patológicos que sugieran toxicidad por CsA, en presencia de dosis y niveles séricos normales o bajos, habría que sospechar estenosis de arteria renal del injerto, que potenciaría la toxicidad.

BIOPSIA RENAL PERCUTANEA EN LA EDAD PEDIATRICA.

Ramos Macías,L.;García Déniz,E.; Valenciano Fuente,B.
Hospital Materno Infantil - Las Palmas

En nuestro Hospital venimos realizando las Biopsias renales de niños desde Noviembre/92,mediante punción percutánea y - con control ecográfico.En nuestra experiencia este procedimiento ofrece seguridad y eficacia en la obtención de muestras de parenquima-renal con fines diagnóstico.

Material y método: hemos realizado 31 biopsias renales,18 - mujeres y 13 varones.Las biopsias se realizan en el Servicio de Radiodiagnóstico,bajo Anestesia general utilizando agujas tipo Acecut 18 G.Se obtienen en 2 punciones consecutivas,2 cilindros renales de 1 cm.de longitud.El total del procedimiento no dura más de 30 minutos.Los pacientes permanecen hospitalizados 24 h. postpunción.

Resultados: todas las muestras obtenidas han sido aptas para estudio anatomo-patológico.Ningún paciente ha presentado complicaciones en relación con la técnica.

Conclusiones: 1ª Eficacia en la extracción de muestras.2ª Mínimas complicaciones de la técnica.3ª Disminución en el tiempo de Anestesia y hospitalización y 4ª Lista de espera independiente.

Por todo ello consideramos la realización de la biopsia renal mediante punción cutánea y con control ecográfico adecuado para la edad Pediátrica.

CARACTERISTICAS DEL FRACASO RENAL AGUDO (FRA) EN LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE MEDICINA INTENSIVA.

M.R.Palomar, C.García, A.Moreno, A.Toledo ,P.Rossique, S.Suria, N.Esparza, M.T.Puente*, L.Falch*, M.Sanchez*, M.D.Checa.
Servicio de Nefrología. *Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Insular. Gran Canaria.

Los pacientes ingresados en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) desarrollan frecuentemente Fracaso Renal Agudo (FRA) asociado a mortalidad importante (25-89%). Por ello se realizó un estudio retrospectivo de todos los pacientes ingresados en la UMI de nuestro hospital durante un periodo de 5 años (Enero 91 a Diciembre 95) con el objetivo de realizar un análisis descriptivo de las características clínicas y evolución de los pacientes que desarrollaron FRA.

Durante ese periodo presentaron FRA 112 pacientes de un total de 2984 ingresos (3,8%), el 73,2% ♂ y el 26,8% ♀, con una edad media de 54,8 ± 18 años (15-86). La causa más frecuente fue hipoperfusión renal (53,6%), seguido de NTA médica (27,7%), NTA postquirúrgica (8%),NTA séptica (8%) y otros (2,7%). Este apareció a los 3,04 ± 4 días (0-27) del ingreso en la unidad, con una duración media de 9,06 ± 9 días (4-42) y una media de creatinina máxima de 4,74 ± 2 (2-17) mg/dl.

En el 36,6% de los casos fue preciso el uso de terapia renal sustitutiva (34,1% hemodiálisis y 61,9% técnicas de depuración continua), no encontrándose diferencias significativas entre la mortalidad de los pacientes que recibieron tratamiento sustitutivo y aquellos en los que se aplicaron medidas conservadoras.

Comparando el grupo que debutó con oliguria con los que conservaron diuresis, los primeros (49%) presentaron cifras de Cr máxima mayores y una mayor mortalidad precisando más frecuentemente tratamiento renal sustitutivo. La presencia de hipotensión arterial, el uso de aminas vasoactivas, coma y necesidad de ventilación mecánica fueron también índices de mal pronóstico. Al comparar las características clínicas de los pacientes que presentan FRA con el total de los ingresados en la UCI no se encontraron diferencias en cuanto a edad y sexo, pero presentaban un APS/APACHE II mayor y una mayor mortalidad global. En cuanto a la evolución, los resultados se observan en la siguiente tabla:

	GLOBAL	OLIGURICOS	NO OLIGURICOS	
Resolución	30,6%	16,7%	44,6%	
Exitus	60,4%	77,2%	48,2%	p<0,005
I.R.Crónica	6,3%	7,4%	5,4%	p=0,9

Concluimos que el FRA es una patología frecuente en los pacientes críticos y que se asocia a una elevada mortalidad. Que esta mortalidad se explica en parte por el contexto de gravedad en que aparece el FRA como lo demuestra un mayor índice APS/APACHE II al ingreso.La presencia de oliguria inicial es un factor de mal pronóstico.

ESTENOSIS DE ARTERIA RENAL DE INJERTO EN PACIENTES PORTADORES DE TRASPLANTE RENAL DE CADAVER.

A Moreno, M.D. Checa, R. Palomar, C.García, S. Suria, P. Rossique, N. Esparza, A. Toledo
Servicio de Nefrología.Hospital Insular de Gran Canaria.

La estenosis de la arteria renal del injerto es una causa frecuente de aumento de la presión arterial y disfunción renal en el paciente trasplantado,cuya incidencia en las series consultadas oscila entre el 4.6 y 10%.

Hemos analizado retrospectivamente al grupo de pacientes portadores de trasplante renal de nuestro Servicio para valorar la incidencia de estenosis de arteria renal,su expresión clínica, el procedimiento diagnóstico y la evolución post-angioplastia de aquellos casos en los que se hubiera realizado.

De un total de 65 pacientes trasplantados, la estenosis de arteria renal de injerto se objetivó en 14 casos (20,28%),con un tiempo medio transcurrido postrasplante de 10,125±14meses(1-48). En el momento del diagnóstico la media de Presión Arterial era (160±17,32/93,18±14,19),con un nivel medio de ciclosporina sérica (de 182,22±88,31 (46,3-300)y creatinina sérica media de 2,82±1,03 (1,3-5).Tras la angioplastia,se observó un descenso de la Presión Arterial a (140±22,60/82,5±11,84),con nivel medio de ciclosporina sérica de 203,5±82,51(124-340)y una media de creatinina sérica de 2,21±0,81 (1,2-4). En seis casos se había realizado el diagnóstico de toxicidad por CsA en base a la sospecha clínica y biopsia renal compatible con toxicidad por CsA.

Ocho casos (57%)presentaron reestenosis que aparece trascurrido un tiempo medio postangioplastia de 15,12±18,31 (2-51).Cuatro pacientes presentaron una segunda reestenosis.

En nuestra serie existe una incidencia de estenosis de arteria renal de injerto superior a la de otras series consultadas.Tras tratamiento con angioplastia observamos descenso en las cifras de Presión Arterial y niveles séricos de creatinina. Ante datos clínicos y anátomo-patológicos que sugieran toxicidad por CsA, en presencia de dosis y niveles séricos normales o bajos, habría que sospechar estenosis de arteria renal del injerto, que potenciaría la toxicidad.

ESTUDIO COMPARATIVO EN EL FUNCIONAMIENTO DE DOS TIPOS DE CICLADORAS EN DIALISIS PERITONEAL AUTOMATIZADA: EXPERIENCIA PRELIMINAR.

Aterido Rodríguez T., Gallo Barrio M., Guerra Enriquez A., Frasquet Morant J., Herrera Quintana F., Sobrino González R.
Unidad de Diálisis Peritoneal, Hospital N° Sra del Pino. Las Palmas.

Hemos estudiado un grupo de 16 pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en programa de Diálisis Peritoneal Automatizada (D.P.A) con dos modelos de cicladora: Pac-Xtra (10 pacientes) y Home-Choice (6 pacientes), desde Marzo de 1994 hasta Diciembre de 1995.

Se han realizado un total de 48 estudios con los tres esquemas de diálisis (CCPD, TIDAL 25%, TIDAL 50%), programados cada uno durante dos meses y tomando como resultados las medias de 30 días de cada programa.

Comparamos los tiempos totales de diálisis y los tiempos de permanencia para establecer las diferencias en el funcionamiento de ambas cicladoras. Los resultados fueron los siguientes:

TIEMPOS TOTALES (horas)	CCPD	Tidal 25%	Tidal 50%
Pac-Xtra	8.9± 0.27	9.6± 0.3	9.5± 0.2
Home-Choice	9.5	9.5	9.5

TIEMPOS PERMAN. (min.)	CCPD	Tidal 25%	Tidal 50%
Pac-Xtra	58 ± 8.8	20.7± 3.0	39.7± 5.7
Home-Choice	55.6± 5.5	17.1± 1.2	33.5± 2.1

A falta de completar el estudio, parece observarse tras estos datos preliminares, que los tiempos totales de diálisis son mayores para la Pac-Xtra en los programas Tidal 25 % y 50 %, no así para el programa de CCPD. Sin embargo, los tiempos de permanencia son mayores para la Pac-Xtra en los tres programas.

OSTEOPENIA EN LA HIPERCALCIURIA IDIOPATICA DE LA EDAD PEDIATRICA

A.Rivero Glez., V. García Nieto, J.L. Fdez. Glez., N. del Castillo Rguez., M.Macia, M.L. Méndez, E. Gallego, J. Chahin, J. Navarro, J. García Pérez. Unidad de Nefrología Pediátrica, Sección Nefrología, Hospital Ntra.Sra. de la Candelaria, Tenerife.

OBJETIVO

Hemos estudiado la densidad mineral ósea (DMO) en 73 niños diagnosticados de hipercalciuria idiopática (HI) (34 V,39 M; 8.1 ± 3.6 años) relacionando sus valores de DMO con varios marcadores del metabolismo óseo.

PACIENTES Y METODOS

Los pacientes mostraban valores de calciuria mayores de 4mg/Kg/día en dos muestra de orina consecutivas. La DMO se midió en un densitómetro Hologic QDR-1000W (DXA). Los resultados se registraron con standard deviation score de la DMO (Z-DMO) en relación con el valor medio para la edad y sexo. La osteopenia se definió con valores de Z-DMO menores de -1. Los niveles de osteocalcina, calcitriol, fosfatasa ácida tartrato-resistente, PTH intacta y la eliminación en orina de PGE2 y magnesio fueron también investigados. Ningún niño había estado en tratamiento con tiazidas. Los niveles de PTH intacta eran normales en todos los pacientes. También se estudió un grupo control con 57 niños sanos (32 V, 25M) (7.9 ± 2.9 años).

RESULTADOS

Observamos que los niños con HI tenían valores significativamente elevados de osteocalcina, calcitriol, PGE2 en orina y magnesuria, y valores significativamente menores de TPO4 /GFR y de Z-DMO (-0.71±88 vs 0.16 ± 0.62, p<0.01) en comparación con los niños control. Se observó una correlación negativa entre la Z-DMO y la edad (r:-0.3, p<0.01) y una correlación directa entre los niveles de calcitriol y la calciuria (r:0.3, p<0.05) y entre los niveles de fosfatasa ácida tartrato-resistente y los de osteocalcina (r: 0.51, p<0.01). 22 niños (9 V,13 M) (30.1%) mostraban una Z-DMO menor de -1. En pacientes con HI y osteopenia encontramos una correlación negativa entre los niveles de calcitriol y Z-DMO (r:-0.53 p< 0.05) y una correlación directa entre el calcitriol y los niveles de osteocalcina (r:0.59, p<0.05).

CONCLUSION

Se observó una osteopenia en 30.1% de los niños con HI. El descenso de la DMO es probablemente causado por un incremento de la resorción ósea. Es posible que los niveles altos de calcitriol pueden ser la causa de la hipercalciuria en la mayoría de los casos y de la osteopenia en algunos de ellos.

PREDICCIÓN DE LOS CAMBIOS DE MASA VENTRICULAR DESPUES DEL TRASPLANTE RENAL POR EL POLIMORFISMO DEL GEN DE LA ENZIMA DE CONVERSION DE LA ANGIOTENSINA (ACE).

D. Hernández, J. Lacalzada*, M. Rufino, A. Barragán*, A. Torres, N. Martín, V. Lorenzo, E. Bonis, I. Barrios, A. Rodríguez, M. Losada, JM González-Posada, S.García, A. Armas, B. Maceira, L. Pérez, E. Salido.

Servicios de Nefrología y *Cardiología. Hospital Universitario de Canarias.

Las complicaciones cardiovasculares constituyen la principal causa de morbi-mortalidad (30-50%) postrasplante renal y la hipertrofia ventricular (HVI) es común en esta población. El polimorfismo del gen de la ACE se ha asociado al desarrollo de HVI pero su influencia en los cambios cardíacos postrasplante renal es aún desconocida. Para investigar estos aspectos, estudiamos prospectivamente 36 pacientes (24V y 12M;46±4 años) consecutivos, no diabéticos que recibieron un injerto renal de cadáver. Todos los pacientes presentaron una buena función renal (Crp<2 mg%) durante el seguimiento. Una ecocardiografía (modo-M, 2-D y doppler) fue realizada antes del trasplante, y a los 6 y 12 meses después del mismo. Mediante la técnica de PCR se determinaron los alelos del polimorfismo (I=Inserción/D=Delección) del gen de la ACE. Así, 15 pacientes presentaron un genotipo "desfavorable" (DD) y 21 un ID ó II. Antes del trasplante el índice de masa ventricular izquierda (IMVI) fue similar en ambos grupos (X±SE; DD:168±10.9 vs. ID/II: 183.2±9.2 g/m²). Sin embargo, a los 12 meses, el incremento porcentual medio del IMVI fue significativamente superior en los pacientes con el genotipo DD frente a aquellos con el ID ó II (21.3±8.1 vs 0.4±5.3%; p<0.05). Como consecuencia, a los 12 meses el 93% y 66% de los enfermos con DD e ID/II, respectivamente presentaron criterios de HVI (p<0.05). Además, sólo los pacientes con el genotipo ID/II mostraron un incremento significativo de la fracción de eyección a los 12 meses, con respecto a los valores basales (ID/II: 69.8±1.5 vs 64.6±1.6%, p<0.05; DD: 67.7±2.4 vs 64±3.06%) y una mejoría similar fue observada con el tiempo de relajación isovolumétrica (ID/II: 143±3.8 vs 134±4.8 ms, p<0.05; DD:172±13 vs 161±14 ms). El efecto del genotipo DD fue independiente de la tensión arterial, parámetros bioquímicos, incremento de peso, dosis acumulada de esteroides o niveles de ciclosporina.

En resumen, la presencia del genotipo DD del polimorfismo del gen de la ACE en los pacientes con trasplante renal, es un marcador de riesgo de HVI que puede contribuir a la elevada mortalidad cardiovascular en esta población.

EPIDEMIOLOGÍA DEL FRACASO RENAL AGUDO EN EL ÁREA NORTE DE LA PROVINCIA DE LAS PALMAS.

P. Pérez-Borges, A. Morales, A. Fernández, M. Navarro, M. Cruz, I. Palop, G. Suárez*, MD.Fitzz** Servicios de Nefrología, Admisión* y Control de Calidad** Hospital Nuestra Señora del Pino, Las Palmas de Gran Canaria.

El Fracaso Renal Agudo (FRA) continua siendo una importante causa de morbi-mortalidad hospitalaria, cuya epidemiología ha sido insuficientemente valorada.

Con el fin de analizar la situación en nuestra área de asistencia, hemos realizado un estudio prospectivo que recoge los aspectos epidemiológicos y de evolución pronóstica en nuestro centro, de acuerdo a un protocolo previamente publicado (1,2)

Resultados:

En el año 1995 han ingresado en nuestro Hospital 9103 pacientes, registrándose 70 episodios de FRA (55 v, 15 m) con una edad media de 62.27 ± 16.51 (14-86), lo que supone 189 FRA/millón de población adulta/año y 1 FRA por cada 130 hospitalizaciones (tasa 0.77%).

Los varones (79% vs 21%) y los pacientes mayores de 65 años (59% vs 41%) tienden a desarrollar más FRA sin que se asocie a un peor pronóstico.(p<0.01).

Las etiologías más frecuentes de FRA son necrosis tubular aguda (NTA) 84%, obstructiva 33% y prerrenal 8.5%. El 13% de los enfermos proceden de servicios Médicos, el 20% de servicios Quirúrgicos, el 30% de Urología, el 28.5% de Intensivos y el 8.5% de Nefrología.

La tasa de mortalidad hospitalaria, durante ese año, fue de 5.25% y la del FRA de 22.8% lo que corresponde a 1 de cada 31 fallecidos en el Hospital.

Los factores que mostraron en el análisis univariado un valor predictivo para la mortalidad fueron: NTA de causa séptica (61.5 vs 38%), nivel de conciencia alterado (66.6% vs 12.2%), hipotensión mantenida (50% vs 6.6%), ventilación mecánica (58.3% vs 14%), necesidad de diálisis (46% vs 2.6%) y procedencia de intensivos (65% vs 6%). No hemos encontrado como valor predictivo la presencia de oliguria o de ictericia.

El índice de severidad fue mayor, alcanzando significación estadística (p<0.01), en los pacientes que precisaron diálisis (0.42 vs 0.24), en los que procedían de intensivos (0.49 vs 0.25) y en aquellos con etiología de NTA de causa séptica (0.50 vs 0.28). En nuestra serie, el umbral 0.9 del índice de severidad individual no obtuvo una especificidad del 100% como se describe en la bibliografía (3).

Conclusiones: En nuestro medio.

- 1.- La epidemiología del FRA es muy semejante a la publicada en la comunidad de Madrid (1)
- 2.- El umbral 0.9 del índice de severidad individual no obtuvo una especificidad del 100%.

(1) Llaño F, Gallego A. Epidemiología del fracaso Renal Agudo en la Comunidad de Madrid. Aspectos clínicos y de manejo. En: Epidemiología del fracaso Renal Agudo. Llaño F. (ed). 1995; 1-19.

(2) Llaño F, Gallego A, Pascual J and col. Prognosis of acute tubular necrosis: an extended prospectively contrasted study. Nephron 1993; 63: 21-31.

INFORMATIZACION DE UNA CONSULTA HOSPITALARIA DE HTA. RESULTADOS PRELIMINARES.

M.Losada, Ana Armas, L.Perez Tamajon, S.Garcia Rebollo, B.Martin Urcuyo, J.M. Gonzalez-Posada, V.Lorenzo, A.Torres, D.Hernandez Marrero, A.Rodriguez Hernandez, E.de Bonis y B. Maccira. Servicio de Nefrología. Hospital Universitario de Canarias.

Con el fin de aumentar el rigor en la recogida de datos, valorar objetivamente nuestro trabajo, huir de la rutina clínica e informar adecuadamente a los médicos de cabecera, decidimos informatizar la consulta de HTA. Para ello, diseñamos una ficha clínica con 80 variables y a partir de ella elaboramos un modelo de informe automático que se proporciona al enfermo al final de cada visita.

Los resultados fueron extraídos a partir de las primeras 500 fichas correspondiente a los enfermos sucesivos que acudieron a consulta a partir de Septiembre de 1995. La edad de la serie fue de 50.6 ± 13.5 , el 57.9 fueron mujeres, la edad al diagnóstico 40.8 \pm 12.5. La distribución de la Intensidad fue de 26% para las Leves, 32.1% Moderadas y 39.4 Severas. La ETIOLOGIA de las HTA de la muestra fue: 87% Esencial, 8.4 Secundarias y 4.3 % en estudio-duda. Dentro de las Secundarias dominó las de tipo Renovascular seguida de las causadas por nefropatías (no IRC) y aldosteronismo. La PATOLOGIA ACOMPAÑANTE más frecuente fue la Psiquiátrica (en tratamiento). Es de destacar el alto porcentaje de enfermos con Ansiedad Crónica. Los tres FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR más frecuentes fueron la Hiperlipemia, Obesidad y Sedentarismo. El 10% presentaban la combinación propia del Síndrome X. La REPERCUSION VISCERAL global (OMS) fue: Grado I 48.3 %, Grado II 44.5% y Grado III 7%. Se describe el daño hipertensivo en los diferentes órganos diana, siendo destacable la presencia de Microalbuminuria en un 28.2 %. Encontramos una correlación significativa entre Microalbuminuria e Intensidad hipertensiva. También fue significativa la correlación entre Intensidad y Repercusión visceral. Por orden de frecuencia los fármacos empleados fueron: Diuréticos, betabloqueantes, iecas, calcioantagonistas y alfa bloqueantes. Se logró un control efectivo en el 56.8 %, una reducción significativa de la HTA en el 68.5 % permaneciendo no controlados el 30.5%. El 32.2 % de los enfermos se etiquetaron de mala adherencia terapéutica. El orden de producción de EFECTOS ADVERSOS clínicos cuantificados por el índice nº de episodios / enfermo fue: IECAS (0.26); CA (0.25); BB (0.07); ALFA (0.06) y D(0.02). Los efectos adversos bioquímicos los observamos sobre todo con diurético, betabloqueantes ó su combinación.

EVALUACION DE DOS METODOS DE CUANTIFICACION DE HEMODIALISIS A DIFERENTES FLUJOS DE LIQUIDO DIALIZANTE.

J.L. Fernández-González, J. García, M.L. Méndez, M. Macía, N. del Castillo, V. García-Nieto, J.F. Navarro, J. Chahin, E. Gallego, A. Rivero. S^a de Nefrología, H. Ntra.Sra. de Candelaria. S/C de Tenerife. Islas Canarias.

Con el objetivo de comprobar si existen diferencias en cuanto a eficacia dialítica al utilizar dos velocidades de flujo de líquido dializante (Qd) se estudiaron 10 pacientes (5V y 5H, edad media de 44.5 ± 17.5) en programa de hemodialisis (HD) periódica, durante un tiempo medio de 22 meses. Se realizaron 137 sesiones de HD a 2 flujos de dializado diferentes (500 y 750 ml/min), con dializadores de alta permeabilidad (AN69, 1.6m² de superficie). El flujo de sangre fue de 350ml/min y la duración de las sesiones de 240 min. La cuantificación de la eficacia dialítica (Kt/V, PCRn) se realizó mediante dos métodos de cálculo:

1) Convencional, utilizando las formulas clásicas de la cinética de la urea (Sargent y Gotch, Daugirdas y cols, Jindal y cols y Basile y cols) y 2) mediante monitorización continua de la urea (MU) (Biostat 1000, Baxter). Hemos observado buenas correlaciones para ambos flujos de líquido dializante entre los datos del MU y los Kt/V de Gotch y Sargent (Qd500: r=0.50 y Qd750: r=0.74, p<0.05) Daugirdas y cols (Qd500: r=0.57 y Qd750: r=0.67, p<0.05), Jindal y cols (Qd500: r=0.50 y Qd750: r=0.75, p<0.05), y Basile y cols (Qd500: r=0.49 y Qd750: r=0.75, p<0.05). No encontramos diferencias significativas entre los Kt/V convencionales y los realizados con el MU para ambos flujos, aunque se aprecia un aumento del Kt/V cuando se aplica un Qd de 750 ml/min. Cuando se emplea un Qd de 750 ml/min. se observa mayor extracción y rebote de urea. Asimismo existe un aumento, aunque no significativo, en el PCRn por ambos métodos. Sin embargo, no encontramos una buena correlación entre los PCRn convencionales y los del MU para ambos flujos (Qd500: r=28 y Qd750: r=38, p<0.05). Nuestros resultados demuestran que la monitorización continua de la urea es útil para el cálculo de parámetros de diálisis adecuada tanto a Qd500 como Qd750 ml/min. Existe una tendencia al aumento del Kt/V y PCRn en pacientes dializados a Qd750 con respecto a Qd500ml/min.