



IV REUNION
DE LA SOCIEDAD
EXTREMEÑA DE NEFROLOGIA

26 y 27 de abril de 1996
EVORA (Portugal)

TÍTULO: CATETERES ENDOVENOSOS COMO ACCESO VASCULAR TRANSITORIO PARA HEMODIALISIS (HD). NUESTRA EXPERIENCIA.
 SANCHEZ O; COVARI S; MARIGLIANO N; CASTELLANO I; HERNANDEZ T.
 HOSPITAL SAN PEDRO DE ALCANTARA. CACERES

OBJETIVO 1.- Analizar nuestra experiencia en cateterizaciones endovenosas, utilizadas como acceso vascular transitorio para HD.
 2.- Establecer correlaciones con factores que puedan condicionar la aparición de complicaciones secundarias.
 3.- Análisis económico de los costes originados por los catéteres.

MATERIAL Y METODOS Se estudian 321 catéteres, implantados a 135 pacientes, entre enero de 1998 y octubre de 1995. Para el análisis estadístico se utilizó el programa R. Sigma.

RESULTADOS
 . El 67,3% de los catéteres se insertaron en vena femoral, 29,4% en subclavia y 3,1% en yugular. El 58% fueron de doble luz. Tiempo medio de permanencia: 41,4 días. No hubo complicaciones durante la inserción en el 82%. El primer motivo de retirada fue la infección, el segundo la punción de la FAV y el tercero la trombosis.
 . El 51% no presentaron ninguna complicación tardía, el 42,1% se infectaron, siendo el *Stafilococcus Aureus*, seguido del *epidermis*, el germen más habitual.
 . El tiempo de permanencia fue significativamente más largo para los catéteres subclavios y se correlacionó con los 7 casos de embolización séptica; pero no con la presencia de infección.
 . La infección fue más frecuente en glomerulonefritis y diabéticos y en la localización femoral, aunque no alcanzó nivel de significación.
 . La trombosis del catéter fue significativamente más frecuente en los catéteres de doble luz, ocasionando estos 11 de las 16 trombosis venosas profundas fémoro-iliacas sintomáticas.
 . Los costes económicos, derivados solo de los catéteres, ascendieron a 4.186.652 pts, en un año, (octubre 94 a octubre 95).
CONCLUSIONES La utilización de catéteres endovenosos, motivada por la no disponibilidad de accesos vasculares para HD, condiciona elevada morbilidad y considerable incremento de los gastos económicos.
 - A nivel femoral, los catéteres de doble luz, presentan más episodios trombóticos que los de una luz.
 - En vena subclavia se producen menos infecciones que en femoral.
 - Nuestra experiencia en catéteres yugulares es limitada.

TÍTULO: PLASMAFERESIS: REVISIÓN DE 176 SESIONES
 NEFROLOGÍA: HOSPITAL "SAN PEDRO DE ALCANTARA"
 *NEUROLOGÍA: HOSPITAL "SAN PEDRO DE ALCANTARA" CACERES

Autores: MARIGLIANO, N. COVARI, A. NOVILLO, R. GOMEZ-MARTINO, JR. CASTELLANO, INES. SÁNCHEZ, O. HERNÁNDEZ, T. CASADO, I*.

NEFROLOGÍA: HOSPITAL "SAN PEDRO DE ALCANTARA"
 *NEUROLOGÍA: HOSPITAL "SAN PEDRO DE ALCANTARA" CACERES

OBJETIVO: Revisar las plasmaféresis (PF) realizadas en nuestra Unidad en un periodo de 8 años.

PACIENTES Y MÉTODOS: Desde enero de 1988 a enero del 96 se han practicado 176 sesiones de PF en 18 pacientes (11 hombres, 7 mujeres) con una edad media de 52,1±18,2 años.

Del grupo tratado, 9 presentaron Glomerulonefritis rápidamente progresiva (GNRP), 6 Síndrome de Guillain-Barré, 2 Miastenia Gravis y 1 Poliradiculoneuropatía no filiada. Se efectuaron como media 9,7±5,3 sesión/paciente, el volumen medio de intercambio fue 2800 ml/sesión (min 1600-max 4000).

Se estudiaron antes y después del tratamiento con PF: Ht, Hb, leucocitos, plaquetas, fibrinogeno, inmunoglobulinas, complemento, urea, creatinina, proteinuria, calcio, proteínas totales, albúmina e inmunocomplejos circulantes.

RESULTADOS: Nuestros resultados muestran un descenso estadísticamente significativo de los valores de inmunoglobulinas, complemento, fibrinogeno, plaquetas y leucocitos. El resto de los parámetros estudiados no mostró significación estadística.

CONCLUSIONES: Podemos concluir que la PF es eficaz en el tratamiento del Síndrome de Guillain-Barré y la Miastenia Gravis, pero en las GNRP su utilidad sigue siendo controvertida.

TÍTULO: LAS DETERMINACIONES SÉRICAS DE TNF α SON SIGNIFICATIVAMENTE MÁS VALORABLES QUE LAS DE IL-1 PARA EL ESTUDIO DE LA COMPATIBILIDAD DE MEMBRANAS HD

Se realiza un estudio con 10 pacientes en HD que estaban, al menos, 6 meses dializándose con membrana de cuprofan y se cambia a membrana de TC otros tres meses. Se hacen determinaciones de IL-1 y TNF α séricas pre y post HD al final de los 6 meses con cuprofan y al final de los 3 meses con TC.

Se observa que las cifras de IL-1 no son significativas (pre 0,69 ± 0,95, post 0,22 ± 0,32 con cuprofan y pre 5,76 ± 5,03, post 5,8 ± 5,0 con TC) mientras que con TNF α sí fue significativo (pre 40 ± 27,5 post 56,1 ± 20,4 PLO,05 con Cu y pre 72,7 ± 30,9 post 44,13 ± 23,4 con TC PL 0,05).

No hubo diferencias significativas con las determinaciones de un grupo control con IRC avanzada (IL-1 7,45 pg/ml y TNF α 50,85 pg/ml).

Concluimos que el TNF α sérico es una determinación sencilla y significativa para ver el grado de compatibilidad de una membrana, no siendo así para las determinaciones de IL-1 sérico.

AUTORES: SANCHEZ CASADO E, ARROBAS N, CARAVACA F.A., CUBERO J.J., ESPARRAGO J.F., GARCIA M.C., PIZARRO J.L., ROBLES N.R., BARQUILLA J.F., FERNANDEZ, A, GONZALEZ J.

TÍTULO: ALTERACIONES DE LAS SUBPOBLACIONES LINFOCITARIAS DURANTE LA HD CON DIFERENTES TIPOS DE MEMBRANA.

Se estudian 37 pacientes en HD con edad de 20 a 65 años y distribución análoga por sexos. Diez de ellos se dializaban con membrana de cuprofan, trece con PAN y catorce con triacetato de celulosa.

Se determinan pre y post HD las subpoblaciones linfocitarias: CD3+, CD3+/DR+, CD4, CD8+/ CD16-, CD16+/DR + y CD19, mediante anticuerpos monoclonales marcados con fluorocromos y citometría de flujo.

Se observan aumentos significativos de CD3 y CD4 y/o descenso de CD16.

Estos cambios son más acusados con Cu que con PAN y TC.

Concluimos que durante la HD se producen un aumento de linfocitos CD3 a expensas de los linfocitos T Helper inducidos, con una disminución de células NK CD16+. Estos cambios son más acusados con Cu que con PAN o TC.

AUTORES: SANCHEZ CASADO E, ARROBAS N, CARAVACA F.A., CUBERO J.J., ESPARRAGO J.F., GARCIA MC, PIZARRO J.L., ROBLES N.R. BARQUILLA J.F., FERNANDEZ A, GONZALEZ J.

TÍTULO:

RESULTADOS DEL PROGRAMA DE TRASPLANTE DEL HOSPITAL INFANTA CRISTINA A LOS 5 AÑOS.

AUTORES: GALÁN J., GARCÍA C, CUBERO J.J., SANCHEZ E, ESPARRAGO J.F. FERNANDEZ A, BARQUILLA J.F., RAYO I. HOSPITAL INFANTA CRISTINA. BADAJOZ

El estudio comprende la revisión de los 108 trasplantes realizados en el Hospital Infanta Cristina durante un periodo de 60 meses (de Octubre/90 a Octubre/95).

La edad media de los pacientes fue de 41.5 ± 13.2 (19-67) años, siendo 58 de ellos varones y 50 hembras, con un tiempo medio de estancia en diálisis de 44.5 ± 41 (1-168) meses. El total de donantes fue de 61 siendo la causa de la muerte el traumatismo craneoencefálico en 39 casos y ACVA en 22 casos. La cirugía empleada fue la implantación heterotópica en cualquiera de las fosas iliacas y la inmunosupresión basal fue siempre la triple terapia (Pred+Azar+CyA) excepto en hiperinmunizado o retrasplantados en que se usó la terapia secuencial con OKT3.

De los 108 trasplantes el 34% desarrollaron FRA post-operatorio. Entre las complicaciones quirúrgicas hubo dos roturas de injerto 4 hematomas, 1 desgarró de la arteria renal, 2 trombosis de la arteria renal, 2 trombosis de la vena renal, 3 estenosis en la arteria renal, 11 fistulas, 10 Linfocelares, 2 Linforragias.

Se presentaron 32 episodios de rechazo agudo de los cuales 24 fueron cortico-sensibles y 8 cortico-resistentes; de estos últimos 4 fueron sensibles a OKT3 y 2 resistentes, y otros dos fueron rechazos vasculares severos que no se trataron con OKT3.

Al final del estudio habían fallecido 12 pacientes, siendo las infecciones la principal causa de mortalidad. Continúan con buena función renal 80 pacientes. Se presentan las curvas de supervivencia actuarial de pacientes e injerto.

TÍTULO:

*** ESTUDIO DE LA NEFROPATIA DIABETICA EN LA PROVINCIA DE CACERES ***
CASTELLANO I; HERNANDEZ T; COVARRI A ; NOVILLO R; GOMEZ-MARTINO J.R.
HOSPITAL SAN PEDRO DE ALCANTARA - CACERES

La diabetes mellitus y la HTA constituyen las causas principales de IR en el mundo occidental. En EEUU la nefropatía diabética supone el 36% de los pacientes en diálisis y un coste de 1,4 millones de dólares en EEUU y de 800 millones de dólares en Europa, por año.

OBJETIVO: Revisar la incidencia de nefropatía diabética en la provincia de Cáceres.

MATERIAL Y METODOS: Clasificamos la Diabetes Mellitus (D.M.) como tipo I en aquellos pacientes con edad inferior a 30 años y/o un comienzo en administración de insulina de menos de 2 años y como tipo II aquellos mayores de 40 años y/o comienzo de insulino terapia después de 2 años o no tratamiento con insulina.

La existencia de hiperfiltración glomerular (Ccr > 120 ml/a) definió la fase I, la presencia de microalbuminuria la fase III, la presencia de proteinuria la fase IV y la insuficiencia renal (Ccr < 30 ml/min) la fase V. HTA se consideró con cifras de TA superior a 140/90 mmHg. Se valoró la presencia de retinopatía, cardiopatía y vasculopatía periférica.

RESULTADOS: de 293 pacientes estudiados, 46 (23,8%) se clasificaron como DM-I y 147 (76,1%) como DM-II.

La edad de comienzo de los pacientes de DM-I fue claramente menor (28,7 a) que los DM-II (51,3 a); sin embargo el tiempo de evolución hasta la aparición de la nefropatía fue similar (15,8 a vs 12 a).

En el momento de ser visto por primera vez se incluyeron como fase I 8,6% y 1,3 %; fase III 15,8% y 4%, fase IV 39,1% y 24,4 % y fase V 36,9% y 78% respectivamente.

De 42 pacientes con DM-I 13 (30,9%) y 10 de los 141 con DM-II presentaron hiperfiltración glomerular, y 17 (36,9%) y 103 (78%) insuficiencia renal (2).

La HTA se presentó en 25 (54,3%) de los pacientes DM-I y en 123 (83,6%) de los tipos II.

La retinopatía fue de incidencia similar en los dos grupos (65,2 % vs 62,9 %); la cardiopatía (8 vs 25,1 %) y la arteriopatía periférica (15,2 % vs 24,4 %) fue mayor en la DM-II.

Al final del seguimiento, similar para ambos grupos (38,6 vs 33 meses), la nefropatía diabética se presentaba en fase I 18,8 % y 4,2 %; fase III 13% y 8,7 %; fase IV 19,5 % y 14,1 % y en fase V 56,5 % y 88,8%, respectivamente, 15 pacientes de DM-I fueron incluidos en HD y 25 en el grupo DM-II.

CONCLUSIONES: 1. La Nefropatía diabética en la diabetes mellitus tipo I, se presenta en pacientes más jóvenes y en una menor incidencia que en la tipo II. 2. En la DM-I mayor incidencia de formas precoces (fase I y III), en la DM-II mayor incidencia de insuficiencia renal. 3. La retinopatía presentó igual incidencia en ambos grupos con aumento de la cardiopatía y la vasculopatía periférica en la diabetes tipo II.

TÍTULO:

HIPERTENSION SECUNDARIA A HIPERALDOSTERONISMO: CASO CLINICO

* Bitar,R., * Rivas-Cabañero L., Zaherí M. # Sánchez-Casado G, \$ Rubio-Clemente F, & Muñoz-Sanz A. * Departamento de Fisiología y Farmacología. Universidad de Salamanca. + Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Infanta Cristina, Badajoz, # Servicio de Nefrología, Hospital Infanta Cristina, Badajoz. \$ Servicio de Nefrología, Hospital Universitario de Salamanca., & Servicio de Medicina Infecciosa, Hospital Infanta Cristina, Badajoz España.

Introducción: De lo recogido en la literatura se deduce que el tratamiento de la hipertensión secundaria a adenoma suprarrenal es, sin duda, la extirpación quirúrgica del adenoma.

Caso clínico: Mujer de 61 años, con historia de hipertensión arterial no controlada de 3 años de evolución. Ha recibido tratamiento combinado con verapamil, espironolactona, suplemento de potasio, e hidralacina. La hipertensión asociada a alcalosis hipopotasémica hizo sospechar de hiperaldosteronismo, que posteriormente se confirmó por determinación de aldosterona selectiva en vena suprarrenal izquierda (1764 pg/ml). Los estudios de TAC revelaron la presencia de una masa hipodensa con mínima captación de contraste de tamaño de 2.2/2.7/3 cm. El estudio histológico mostró células claras de adenoma cortical suprarrenal.

Resultados y Observaciones: Tras la extirpación del tumor suprarrenal, la paciente presentó unos valores de presión arterial estables, recibiendo como único tratamiento un diurético. Los niveles de potasio y aldosterona volvieron a la normalidad tras la cirugía.

CONCLUSIÓN: La extirpación quirúrgica del adenoma es la terapia de elección en este tipo de patología.

TÍTULO:

HIPERTENSION ARTERIAL SECUNDARIA A ADENOMA SUPRARRENAL. IMPORTANCIA DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO

* Bitar R., # Zaherí M., * Rivas-Cabañero L., + Ramos-González I, \$ Muñoz-Sanz A, & Robles NR.

* Departamento de Fisiología y Farmacología. Universidad de Salamanca., # Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Infanta Cristina, Badajoz + Servicio de Nefrología, Hospital Universitario, Salamanca, \$ Servicio de Medicina Infecciosa, Hospital Infanta Cristina, Badajoz, & Servicio de Nefrología, Hospital Infanta Cristina, Badajoz. España

Introducción: La hipertensión arterial moderada, cuando cursa con alcalosis hipopotasémica, poliuria, e hiperglucemia suele tener un origen endocrino. El interés de este caso es fundamentalmente sociocultural.

Caso clínico: Mujer de raza gitana, de 58 años de edad, diagnosticada de hipertensión arterial desde hace 15 años. Inició el tratamiento con captopril y un diurético. Acude a la consulta por cefaleas de localización frontoparietal izquierda. En el estudio analítico se observó una elevación de los niveles de aldosterona en la vena suprarrenal izquierda. El estudio de imagen reveló la presencia de una masa hipodensa en la corteza suprarrenal izquierda de tamaño 1.5/1.5 cm. Estos hallazgos son compatibles con hiperaldosteronismo primario, por lo que a la paciente se le indicó la extirpación del adenoma como terapia de elección. La enferma rechazó la cirugía.

Comentario y observaciones: La clínica de la paciente persiste a pesar del tratamiento con espironolactona. El seguimiento posterior y la ecografía cardiaca mostraron cardiomegalia, trastorno diastólico e hipertrofia ventricular concéntrica.

Conclusión: La terapia de elección en este tipo de caso debe ser sin duda la extirpación quirúrgica del adenoma.

TÍTULO: GLOMERULONEFRITIS ASOCIADAS A ANTICUERPOS ANTICITOPLASMA DEL NEUTRÓFILO (ANCA) . EXPERIENCIA EN HOSPITAL GENERAL DE CACERES .-

HERNANDEZ HT; CASTELLANO I; GOMEZ-MARTINO JR; COVARRI A;
NOVILLO R
HOSPITAL GENERAL SAN PEDRO DE ALCANTARA. CACERES

Hemos revisado las Glomerulonefritis (GN) asociadas a Anticuerpos anticitoplasma del neutrófilo (ANCA) vistas en nuestro Servicio entre Octubre 98 y Diciembre 95 (63 meses).

En este tiempo hemos realizado un total de 168 Biopsias renales de las que 23 (14%) han sido GN asociadas a ANCA. Los diagnósticos histológicos han sido: diez GN extracapilares idiopáticas (GNIEI) y trece GN extracapilares asociadas a Vasculitis. Los pacientes fueron tratados con bolus de metilprednisona (3 bolus) seguido de prednisona y ciclofosfamida por vía oral. A nueve pacientes además se les administró plasmaféresis. Un paciente no fue tratado por presentar importantes lesiones de cronicidad en la histología renal.

Los ANCA se determinaron por inmunofluorescencia habiendo correspondido 19 de las GN al patrón p-ANCA y 4 al patrón c-ANCA. De las GN asociadas a p-ANCA, nueve han sido idiopáticas y diez han sido GN asociadas a vasculitis. De las GN asociadas a c-ANCA, una fue GNIEI idiopática y tres se correspondieron a GN asociadas a vasculitis.

Después de un seguimiento medio de 14,8 meses realizado a los 23 pacientes estudiados, ocho viven actualmente con una insuficiencia renal crónica (IRC) leve, otro paciente es portador de una IRC terminal precisando tratamiento sustitutivo y ocho fallecieron.

CONCLUSIONES.

1.- El porcentaje de GN asociadas a ANCA en nuestro Servicio en el período de tiempo estudiado es de un 14%. Ha sido más frecuente la asociación a p-ANCA (82%).

2.- No hemos encontrado diferencias ni en la forma de presentación renal, ni en los síntomas extrarenales en las GN asociadas a un tipo u otro de patrón ANCA.

3.- Existe una mayor incidencia de presentación (52%) de la enfermedad entre los meses de Marzo a Junio.

4.- Los factores que han marcado el mal pronóstico de la enfermedad han sido la presencia o no de necrosis, el porcentaje de semillas superior al 50% y la presencia o no de hemorragia alveolar difusa en el curso de la enfermedad.

5.- La supervivencia global de los pacientes al cabo de 63 meses es del 55%, sin que hayamos encontrado diferencias entre pacientes con enfermedad limitada al riñón o aquellos con vasculitis sistémica.

TÍTULO:

FRACASO RENAL AGUDO SECUNDARIO A RABDOMIOLISIS. ESTUDIO DE 7 CASOS
HERNANDEZ HT ; CASTELLANO I; NOVILLO R; GOMEZ-MARTINO JR; COVARRI A.
HOSPITAL SAN PEDRO DE ALCANTARA . CACERES

Hemos estudiado durante un periodo de 5 años (91-95) los casos de fracaso renal agudo (FRA) secundario a rabdomiolisis vistos en nuestro Servicio. Se han diagnosticado un total de 7 casos, todos ellos hombres, con edades comprendidas entre 26 a 68 años. Cuatro casos correspondieron a pacientes adictos a drogas por vía parenteral y nasal, que además ingirieron etanol a dosis elevadas. Los 3 restantes fueron pacientes con golpe de calor (60), de los cuales uno de ellos, además, estaba en tratamiento con psicofármacos (neurolepticos).

A los 7 pacientes se les hizo estudio de función renal, estudio de coagulación, marcadores de lisis celular, equilibrio ácido-base y mioglobinuria.

En el momento de ser vistos, todos menos uno se presentaron con afectación neurológica de mayor o menor grado. Todos presentaban elevación de la creatinina plasmática con cifras entre 4 - 10,3 mg/dl. Tres presentaron datos de coagulación intravascular diseminada. La creatinfosfokinasa (CPK) tomada como principal marcador de lisis muscular se elevó en todos los enfermos (619 - 131.000 UI) siendo significativamente mayor en los enfermos con FRA secundario a rabdomiolisis por drogas.

De los 7 pacientes estudiados a 5 se les determinó por nefelometría la mioglobina en orina, con valores entre 92 y 5638 mcg /24h.

Un paciente falleció en menos de 24 horas del ingreso, y 5 de ellos precisaron tratamiento sustitutivo y uno tuvo un episodio autolimitado que se resolvió con sueroterapia. Todos recuperaron íntegramente la función renal.

CONCLUSIONES.

1.- El FRA de los pacientes con rabdomiolisis en nuestra serie ocurre de forma precoz.

2.- La prolongación del FRA y la necesidad de tratamiento sustitutivo guardó relación con el grado de lisis muscular, valorada por la elevación de CPK, LDH y mioglobinuria.

3.- La elevación de la CPK, LDH y mioglobinuria fue mucho más marcada en los pacientes con rabdomiolisis secundaria a drogas.

4.- La supervivencia ha sido del 85,7% con una recuperación íntegra de la función renal en los pacientes que sobrevivieron.

TÍTULO: RECUPERACION FUNCIONAL RENAL CON TRATAMIENTO TUBERCULOSTATICO EN UN PACIENTE CON TUBERCULOSIS RENAL Y PULMONAR

* Barquero-Romero J, # Bitar,R., # Rivas-Cabañero L, * Vera Tomé A, + Sánchez-Casado E, * García de Llana F. * Servicio de Medicina Interna/UEI, Hospital Infanta Cristina, Badajoz, # Departamento de Fisiología y Farmacología. Universidad de Salamanca., + Servicio de Nefrología, Hospital Infanta Cristina, Badajoz. España.

Varón de 28 años con antecedentes de cólicos nefríticos e infección urinaria, fiebre y hematuria. Acude al Servicio de Urgencias por deterioro de su estado general, padeciendo anorexia y astenia de 4 meses de evolución. La sintomatología se acompaña en los últimos 15 días de disnea, tos con expectoración hemoptoica y fiebre. No presenta sintomatología urinaria. El analítico mostró los siguientes valores: creatinina 8.4 mg/dl, urea 138 mg/dl, sodio 137 mEq/L y potasio 4.6 mEq/L. Igualmente, se observó anemia normocítica y normocromica. En orina se encontró hematuria y piuria sin bacteriuria. La radiografía de tórax mostró infiltrado alveolar apical bilateral sin cavitaciones. La ecografía abdominal mostró riñones aumentados, con hiperecogena corticomedular delgada y dilatación del sistema excretor, especialmente en el lado derecho (hidronefrosis). A su ingreso requirió hemodiálisis por acidosis metabólica. Posteriormente se realizó una nefrostomía percutánea derecha bajo control TAC, con pielografía anterógrada observándose el sistema pielocalicial derecho dilatado, uréter estenótico y arrosariado hasta tercio inferior. Riñón izquierdo mastec. El estudio microbiológico en orina y esputo reveló la presencia de *Mycobacterium tuberculosis complex*. El tratamiento con un tuberculostático y nefrostomía percutánea derecha consiguieron una mejoría gradual de la función renal, que al mes de tratamiento estaba en niveles normales.

TÍTULO:

DETERIORO DE LA FUNCION RENAL PRODUCIDO POR LOS INHIBIDORES DEL ENZIMA DE CONVERSION DE LA ANGIOTENSINA. ¿CUAL ES LA CAUSA?

Bitar,R., * Rivas-Cabañero L, + João Paris M, # Robles NR, # Sánchez-Casado E, § Macías-Núñez JF. * Departamento de Fisiología y Farmacología. Universidad de Salamanca. + Hospital Espíritu Santo, Evora, Portugal, # Hospital Infanta Cristina, Badajoz. § Hospital Universitario de Salamanca. España.

Introducción: La introducción de inhibidores del enzima de conversión de la angiotensina (IECA) ha supuesto un importante avance terapéutico. Sin embargo, además de su efecto positivo, estos agentes producen efectos negativos y no son fármacos seguros en algunas patologías. El principal problema de los IECA es la insuficiencia renal aguda (IRA) que se desarrolla cuando la tasa de filtración glomerular depende de la vasoconstricción de las arteriolas eferentes. Esta situación se observa, sobre todo, en la estenosis de ambas arterias renales o de la arteria renal en el contexto de un único riñón funcional.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo de 100 pacientes (período 1990-1995), donde se observaron casos de IRA producida por el IECA (definida como incremento 50% de los niveles séricos de creatinina).

Resultados y Observaciones: En dicho período de tiempo, 11 enfermos, de los cuales la media de edad era de 76 años (rango 62-85), fueron hospitalizados por IRA secundaria al IECA (captopril en 6 pacientes, enalapril en 3 y, lisinopril en 2). La mediana de creatinina al ingreso fue 4.4 (2.03-10.80)mg/dl, revirtiendo al alta a 1.43 (1.00-1.60) mg/dl; sin embargo, el estudio ecográfico no demostró estenosis de arterias renales en ningún caso.

CONCLUSIONES: La IRA asociada a tratamiento con IECA, no implica la existencia de una estenosis arterial renal. La hipoperfusión glomerular inducida por hipovolemia, la administración conjunta de otras moléculas que comprometan la hemodinámica intrarenal y la existencia de lesiones microvasculares ateromatosas intrarenales, son los principales factores que desencadenan una IRA bajo el tratamiento con IECA.

**TÍTULO:
NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA: EXPERIENCIA DE LOS DOS PRIMEROS AÑOS EN NUESTRO HOSPITAL (1.993 - 1.994)**

ROMERO F.J.; BARRIO A.R.; LOPEZ M.J.; GARCIA A.; PITARCH V.; LANCHAS I.; MORENO P.
H. SAN PEDRO DE ALCANTARA. CACERES.

Con el fin de mejorar y centralizar la asistencia nefrológica de la población infantil de la provincia, se integró en el Servicio de Pediatría del Hospital "San Pedro de Alcántara" de Cáceres un pediatra con formación y especial dedicación a la Nefrología Pediátrica. Para evaluar estos objetivos revisamos los 291 pacientes estudiados desde el 1 del XII de 1.992 al 31 del XII de 1.994.

RESULTADOS

Procedencia: 57% del propio Hospital, 34% de Atención Primaria y Hospitales Comarcales y 9% de Hospitales de referencia. **Sexo:** 54% niñas, 46% niños. **Edad al inicio:** 22% menores de 3 meses, 58% menores de 3 años. **Motivo de consulta:** 24% fiebre, 14% síntomas inespecíficos de ITU, 8% perinatológicos (eco prenatal y hallazgos RN), 6% control del niño sano. **Antecedentes familiares:** 44% litiasis renal. **Exploración física:** 14 y 19% talla y peso <p10; TA en condiciones óptimas 61.5% niños, HTA en 5 (1.7%). **Exploraciones complementarias:** protocolo 88%; BCO renal 96%, CUMS 38%, UIV 23% y Gammagrafía R. 12%. **Diagnósticos:** A) Más frecuentes: 1. **ITU confirmada** 39%: neonatal 5%, febril 12%, recurrente 8%; 2. **Anomalías del tracto urinario** 28%: RVU 33 niños (11%) con 56 unidades refluentes (61% III y IV) y 7 nefropatías por reflujo, Ectasia Pielocalicial 17 (6%), Duplicidad pielouretal 8 (3%), Estenosis vésicoureteral 6 (2%), Estenosis pielouretal 4 (1.4%), Válvulas de uretra posterior 3 (1%); 3. **ITU no confirmada** 24%; 4. **Hipercalcemia y litiasis** 14%; 5. **Hematuria de origen renal** 10%; 6. **Emuresis** 7%; B) Otros: S. Nefrótico 4 (1.4%); IRC 5 (1.7%); 3 leve, 1 prediálisis y 1 en hemodiálisis tras rechazo de trasplante renal. **Intervenidos quirúrgicamente:** 28 niños: 25 (89%) tenían patología ya presente al nacimiento, siendo diagnosticadas 17 (68%) antes de los 3 meses. 12 niños (43%) fueron intervenidos en nuestro hospital desde 1.990.

CONCLUSIONES

1. Las patologías más frecuentemente encontradas fueron: ITU y anomalías del tracto urinario, seguidas de hipercalcemia.
2. Destacamos la importancia de la detección precoz mediante diagnóstico perinatal y reconocimiento de síntomas gúas.
3. Consideramos necesaria la existencia de pediatras con formación y especial dedicación nefrológica que centralicen y coordinen los distintos niveles de la atención de estos pacientes (asistenciales y docentes). Esto ha permitido en nuestro medio detectar patologías más precozmente y tratar otras que antes debían ser derivadas