



**XIV REUNIÓN DE LA SOCIEDAD CANARIA DE NEFROLOGÍA  
XI REUNIÓN DE LA SOCIEDAD CANARIA  
DE ENFERMERÍA NEFROLÓGICA**

18 y 19 de Abril de 1997 - Hotel Maritim - Los Realejos - Tenerife



S  
C  
N

S  
O  
C  
C  
E  
N

**ACTIVIDAD DE EXTRACCIÓN Y TRASPLANTE DE ÓRGANOS Y TEJIDOS EN LA COMUNIDAD CANARIA AÑO 1996**

Equipo de Coordinadores de Trasplante de Canarias. Servicio Canario de Salud. Consejería de Sanidad y Consumo del Gobierno de Canarias.

Durante el pasado año 1996 se valoraron como donantes potenciales 96 fallecidos en M.C. en los 4 hospitales canarios acreditados. El 30% presentaron alguna contraindicación médica para la donación por lo que fueron desestimados. De todas las familias entrevistadas, el 18,75% rehusaron la donación.

En 52 donantes (35,8/p.m.p.), se obtuvo al menos un órgano sólido. La tasa media de España fue de 26/p.m.p. El 71,2% de las extracciones fueron multiorgánicas.

Se extrajeron 104 riñones, 36 hígados, 1 corazón y 88 córneas. Fueron enviados a otras comunidades por no tener receptores idóneos en nuestra L. E. 24 riñones, 15 hígados y 1 corazón.

	1992	1993	1994	1995	1996
DP-DP / pmp	76-(52.4)	84-(58)	86-(59.3)	113-(78)	96-(66.2)
DR-DR / pmp	40-(27.5)	56-(38.6)	62-(42.7)	52-(35.8)	52-(35.8)
DR / 100 camas	1.8	2.5	2.8	2.3	2.3
RO / RE / RI	80/6/5	112/16/11	124/19/7	104/18/10	104/18/7
TxR-TxR / pmp	70-(48.2)	87-(60)	98-(67.5)	84-(58)	72-(49.6)

Durante el pasado año se realizaron en el Hospital Universitario de Canarias, 72 trasplantes renales (49,6/p.m.p.) a pacientes que se encontraban en diálisis en los distintos centros de la isla.

El programa de trasplante hepático se inició en abril de 1996, habiéndose realizado 9 trasplantes (6,21/p.m.p.).

Con respecto al trasplante de tejidos se efectuaron: 76 trasplantes de córneas (52,4/p.m.p.); 30 trasplantes de médula ósea autólogos (20,7/p.m.p.) y 10 trasplantes de médula ósea alogénico emparentado (6,7/p.m.p.).

Con esta actividad, la situación de L. E. a finales de 1996 era de: riñón: 118; hígado: 2; córneas: 141; corazón:

Concluimos que los índices de donación real se han mantenido estables en los últimos años a pesar del aumento de las negativas familiares. El nº de trasplantes renales disminuyó en un 14,2% debido al elevado nº de riñones enviados a otros centros.

**REGISTRO REGIONAL DE DIÁLISIS PERITONEAL DE LA COMUNIDAD CANARIA AÑO 1996**

N. Vega Díaz  
Hospital Insular de Gran Canaria y Ntra. Sra. del Pino (Las Palmas)  
Hospital Universitario de Canarias y Ntra. Sra. de Candelaria (Tenerife)

Décimo año del Registro de Diálisis Peritoneal (DP) de la Comunidad Canaria. Durante ésta década se han registrado 487 pacientes, de los que 47 se incluyeron durante el año 1996; 29 hombres y 18 mujeres con una edad media de 55.1 ± 5.6 (15-77) años. En 44 de estos pacientes la DP constituyó la primera técnica de tratamiento sustitutivo de la IRCT, los otros tres fueron transferidos de hemodiálisis. Durante este año 36 pacientes salieron del programa: 15 fueron transferidos a hemodiálisis, 12 fueron transplantados y se produjeron 9 exitus. Las causas de IRCT fueron: Diabetes 21, No Filiada 7, Gn Crónica 7, Nefroangiosclerosis 7, Nefropatía Tubulo-Intersticial 2, Poliquistosis renal 1 y Otras 2.

Los catéteres implantados fueron Tenckhoff 40, Tenckhoff 14, Swan Neck 3. La tasa de tratamiento inicial en 22 pacientes fué Diálisis Peritoneal Automatizada (DPA) y en 25 fué DPCA, de estos 5 fueron reciclados a la modalidad automatizada. La tasa de crecimiento de la DPA en los pacientes vivos a final de 1996 con respecto al año previo fué del 64%.

El número total de episodios de peritonitis fué de 92, y el de recidivas 6. Los cultivos negativos fueron el 23,9%. El 53% de los episodios corresponde a gérmenes gram positivos, el 30% a gram negativos, el 7% hongos, en el 9% se aislaron 2 o mas gérmenes, y el 1% a micobacterias. La tasa de peritonitis es de 1.04 episodios/paciente/año o 1 episodio/11.5 meses. Se produjeron 137 episodios de infección del orificio-túnel, de éstos 48 fueron recidivas. El 62% fueron causados por gram positivos, 27% por gram negativos y en el 11% restante se identificaron 2 o mas gérmenes. La tasa de IOT es de 1 episodio/7.7 meses o de 1.55 episodios/paciente/año. En 7 casos se objetivó simultáneamente peritonitis e IOT producidas por el mismo germen. Se retiraron 27 catéteres en relación al proceso infeccioso, 20 por peritonitis y 7 por IOT.

De los 133 pacientes expuestos durante el año, en el 45,3% la causa de la IRCT fué la Nefropatía Diabética. De los 97 pacientes que continuaban en la técnica a final del año, el 56% estaban en modalidad automatizada (DPA) y el 44% lo estaban en modalidad manual (DPCA) y de estos el 23,3% con dispositivo automático para último intercambio nocturno. En relación a la modalidad, la tasa de peritonitis es de 1.22 episodios/paciente/año en DPCA y de 0.89 en DPA.

**ESTUDIO COMPARATIVO DE LA FUNCION TUBULAR ENTRE NIÑOS Y ADULTOS DIAGNOSTICADOS DE HIPERCALCIURIA IDIOPATICA (HI)**

García Nieto, V.  
Unidad de Nefrología Pediátrica. Hospital Nuestra Señora de la Candelaria. Santa Cruz de Tenerife.

Se ha sugerido que algunas de las alteraciones tubulares presentes en la HI del adulto pueden ser consecuencia del tiempo de evolución o de sus complicaciones tales como la litiasis o la obstrucción urinaria. La comparación de la prevalencia de estas alteraciones entre niños y adultos con HI, puede contribuir a conocer cuales son primarias y cuales podrían ser consideradas secundarias.

Se estudiaron 67 niños (28V,39M) y 53 adultos (21V, 32M) diagnosticados de HI, comparándose los resultados con los de un grupo control (C) constituido por 52 niños (30V,22M) y 98 adultos (42V,56M) de edades similares.

Tanto en niños como en adultos, se observó en relación a C, pérdida renal de fosfato, ácido úrico y magnesio, reducción de la excreción de amonio en la prueba de acidificación con furosemida y aumento del volumen urinario. No se observaron diferencias en relación a C, en ambas edades, en relación con el aporte de sodio del túbulo proximal al distal calculado en la sobrecarga hiposalina (SH) y con la eliminación urinaria de PGE<sub>2</sub>. Sólo los pacientes adultos presentaron, en relación a C, valores significativamente más reducidos de osmolalidad urinaria máxima con DDAVP (UOsm) y de reabsorción distal de sodio calculada en la SH y significativamente más elevados tanto de osmolalidad urinaria mínima en la SH como de eliminación urinaria de NAG (UNAG). Únicamente, Uosm se relacionó con la presencia de cálculos en el parénquima renal y UNAG con el tiempo de evolución de la litiasis.

En resumen, algunos trastornos tubulares y del manejo renal del agua estan presentes desde la infancia. No obstante, la tubulopatía es progresiva y no atribuible, salvo en el caso de la capacidad de concentración y la eliminación urinaria de NAG, al tiempo de evolución o a las complicaciones litiasicas u obstructivas.

**EFECTOS DE LA TERAPIA RENAL RENOVACIONAL EN LA HIPERCALCIURIA IDIOPATICA (HI)**

Amelio P. Rodríguez Hernández  
Servicio de Nefrología - Hospital Universitario de Canarias - Tenerife

La evolución de la enfermedad metabólica renal con el tratamiento renal no es una línea recta, siendo modificada por la ausencia previa de síntomas y por las intervenciones terapéuticas tras el mismo.

Estudiamos prospectivamente 46 pacientes (33 varones, 13 mujeres) con HI desde 1973-1980, cuando recibieron un injerto renal procedente de cadáveres reemplazando todo el riñón, a lo largo del estudio, una eritropoyetina sintética (Eprex) y 2 p.m.p.

Los niveles de PTH y otros parámetros bioquímicos se midieron en el momento del trasplante y a los 3, 6, 12, 24 y 36 meses después del mismo.

A 36 meses de los niveles más altos de PTH, se observó un descenso de los niveles de PTH y un aumento de los niveles de calcio en el año de la cirugía.

Tras el trasplante se produjo un descenso significativo de los niveles de PTH (1187 ± 339 vs 229 ± 234) (p < 0,001) en los primeros meses tras la cirugía, descenso que se continuó a lo largo del seguimiento, la presencia que no se produjeron variaciones significativas con los valores de administración de vitamina. Los niveles de PTH al año del trasplante se compararon con los niveles pretraspante de la hormona paratiroidea (PTHrP). p < 0,01.

El metabolismo mineral durante el año del trasplante se produjo una reducción significativa de la actividad de fosfatasa alcalina (1304 ± 199 vs 1009) y un aumento de la superficie de superficie renal (5,95 ± 3,49 vs 3,3 ± 2,09).

En los pacientes con PTH antes del trasplante inferior a 100 p.m.p. se observó un incremento significativo de la superficie renal (5,09 ± 3,31 vs 11 ± 3,76) (p < 0,05) y de la superficie reabsorbedora (1,33 ± 1,23 vs 1,57 ± 1,44) (p < 0,05).

Los pacientes con PTH basal superior a 100 p.m.p. mostraron un descenso con significación de la actividad (1187 ± 339 vs 1009 ± 1,34) (p < 0,05) y de la superficie reabsorbedora (1,33 ± 1,23 vs 1,57 ± 1,44) (p < 0,05).

Los pacientes con PTH basal superior a 100 p.m.p. mostraron un descenso con significación de la actividad (1187 ± 339 vs 1009 ± 1,34) (p < 0,05) y de la superficie reabsorbedora (1,33 ± 1,23 vs 1,57 ± 1,44) (p < 0,05).

**Conclusiones:**  
1. Tras el trasplante renal renovacional se produce un descenso rápido, a los tres meses, de los niveles de PTH, pero luego estabilización.  
2. En el primer año del trasplante renal, el mejor condicionamiento de los niveles de PTH son los niveles de la hormona antes del trasplante.  
3. En el primer año tras el trasplante renal se produce una disminución del alto nivel de actividad de fosfatasa alcalina con niveles de calcio basales hipoparatiroides postquirúrgicos. En los pacientes con niveles de PTH antes del trasplante superiores a 100 p.m.p. se produce un aumento de la actividad de fosfatasa alcalina y de la superficie reabsorbedora.

**• VALORACIÓN DEL TRATAMIENTO CON TROMBECTOMÍA HIDRODINÁMICA PERCUTÁNEA (HYDROLYSER®) EN LA TROMBOSIS DE PRÓTESIS ARTERIOVENOSA PARA HEMODIÁLISIS**

A. Moreno; M. R. Palomar; N. Esparza; A. Toledo; S. Suria; P. Rossique; C. García-Cantón; T. Hernández\*; F. Martínez\*; M. D. Checa.  
Serv. de Nefrología y \*Radiodiagnóstico - Hosp. Insular de Gran Canaria - Gran Canaria.

La trombosis de la prótesis arteriovenosa (AV) es un problema común en los pacientes en hemodiálisis (HD). La etiología más frecuente es estenosis anatómica, compresión mecánica externa, hipotensión, episodios previos de infección o estado de hipercoagulabilidad. La trombectomía hidrodinámica percutánea (THP) se ha presentado como una alternativa al tratamiento quirúrgico que facilita una rápida actuación terapéutica en los episodios trombóticos de la prótesis.

**OBJETIVOS:**

Análisis durante el año 96 las características de los pacientes de nuestra Unidad con prótesis AV de politetrafluoroetileno, registrando las complicaciones del acceso vascular y actitud terapéutica. También se valoró el uso de la THP, su eficacia como tratamiento, coexistencia de estenosis en la prótesis susceptible de angioplastia trasluminal (ATP) y supervivencia del acceso.

**PACIENTES Y MÉTODOS:**

Retrospectivamente se estudiaron 22 pacientes, 8 hombres y 14 mujeres, con una edad media de 53±6 años (16-74), con un período medio en HD de 25±6,5 meses (4-84). Se establecieron dos grupos: A de 11 pacientes con prótesis normofuncionante, y B de 11 pacientes que presentaron trombosis (8 tratados con THP y 3 no tratados) en el período de estudio. Se registraron episodios hipotensivos previos, infección del acceso vascular, perfil lipídico, niveles de PTH, hemograma, adecuación de diálisis, Ob, dosis de anticoagulación utilizada y tratamiento.

**RESULTADOS:**

Comparando ambos grupos se encontró que el grupo B presentó: necesidad de mayores dosis de heparina de bajo peso molecular (HBPM) (4375±2200 vs 4250±1600 UI, p<0.02), mayor dosis de EPO semanal (5312.5±1680 vs 3772±1745 UI, p<0.06), mayor ganancia de peso inter-Hd (1.5±0.83 vs 1.4±0.98 kg, p<0.02), y menor tiempo de funcionamiento de la prótesis (10.13±2.69 vs 37.55±6.78 meses, p<0.017). No hubo hipotensiones previas y ningún paciente presentaba infección localizada en la prótesis. No se observaron diferencias significativas en el resto de parámetros analizados.

En el grupo B, 3 no recibieron tratamiento; 8 fueron tratados con THP. De estos, 7 recuperaron función tras el procedimiento y en 1 la prótesis permaneció trombada. En los que se realizó THP con éxito, el 71.4% tenía estenosis proximal y el 100% estenosis distal, procediéndose a angioplastia secuencial en todos los casos, colocándose endoprótesis en 4. De las prótesis tratadas, 1 permanece funcionando en la actualidad tras 12 meses de seguimiento, el resto se retrombosó. El período medio de funcionamiento tras THP fue de 13.5±6.8 semanas (n=7); en los que sólo se realizó angioplastia de 7.5±4.5 (n=3) y en los que además se colocó endoprótesis de 14.6±8.03 semanas (n=4) (p=ns). En todos los casos de retrombosis se realizó un nuevo acceso vascular por imposibilidad de reparación quirúrgica.

**CONCLUSIONES:**

- 1.- Todos los pacientes con prótesis trombada tenían estenosis anatómica, mayor hipercoagulabilidad (mayores requerimientos de heparina) y recibían dosis mayores de EPO.
- 2.- La THP no fue rentable a medio plazo en los pacientes con estenosis a pesar de la repermabilización y corrección con ATP y/o endoprótesis de los problemas anatómicos detectados (85% de retrombosis).
- 3.- Sería interesante valorar la utilidad de la THP en casos de trombosis no relacionados con estenosis.

**• ELIMINACIÓN DE ENDOTOXINAS Y BACTERIAS DEL LÍQUIDO DIALIZANTE MEDIANTE UN ULTRAFILTRO.**

Del Castillo N., Velasco J. L., Rivero A., Maciá M., Navarro J. M., Gallego E., Méndez M. L., Chahin J., García V., García J. J.  
Servicio de Nefrología - Hospital Ntra. Sra. de Candelaria - Santa Cruz de Tenerife.

**INTRODUCCION:** La presencia de bacterias (B) y endotoxinas (ET) en los líquidos dializantes (LD) es habitual, a pesar de los métodos de tratamiento del agua. La incorporación de ultrafiltros (UF) a los sistemas dialíticos se ha relacionado con disminución de reacciones anafilactoides agudas durante la hemodiálisis (HD) y de la enfermedad amiloide.

**OBJETIVO:** Comprobar, tanto "in vitro" como "in vivo", la eficacia de los métodos de esterilización de los circuitos de tratamiento del agua y monitores de HD, y la eficacia del uso de UF para la obtención de un LD sin ET.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** FASE A: Utilización de 4 métodos de desinfección (aP al 3%, aP con permanencia nocturna (aPN), solución de clorito sódico 1.15% con ác. láctico 5.8% y lejía (IL) e IL con permanencia nocturna (ILN) por períodos continuados de 1 mes y realización de contajes bacterianos (CB). FASE B: Incorporación de UF a monitor de HD, simulando tratamiento de HD, realizando determinaciones de ET (L.A.L.) y CB, utilizando en total 2 UF. FASE C: Incorporación a monitor de HD de "Clean Dialysate" para la aplicación clínica de UF "Dyaclear" con determinaciones de ET y CB en el tiempo; utilizando tres UF en total.

**RESULTADOS:** FASE A: Sólo el método aPN evitó crecimientos bact. >2000 UFC/ml y ninguno evitó crecimientos entre 200-2000 UFC/ml. FASE B: Comprobación de niveles de ET no detectables en LD ultrafiltrado durante las 1ª 36 h. de ultrafiltración continuada, y presencia de cultivos del LD ultrafiltrado negativos durante todo el ensayo, siendo los cultivos del LD pre-UF reiteradamente positivos. FASE C: Determinación de ET del LD ultrafiltrado <0.03 UE/ml, y en LD pre-UF niveles >0.25 UE/ml, con los distintos UF. Aparecen CB positivos con ausencia de ET en el LD ultrafiltrado sin existir diferencia significativa entre el LD pre y post-UF. Durabilidad media del UF de 3000 h.

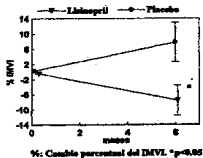
**CONCLUSIONES:**

- 1.- Los métodos químicos de desinfección de los monitores de HD son insuficientes para obtener una adecuada esterilización.
- 2.- Eficacia del Dyaclear para lograr LD libres de ET y B.
- 3.- La incorporación del Dyaclear no supone una complicación del método, con alta eficacia en la eliminación de ET y larga durabilidad.
- 4.- Creemos que la incorporación de los UF debe generalizarse dado los beneficios que supone, con bajo costo.

**• REGRESIÓN DE LA HIPERTROFIA VENTRICULAR IZQUIERDA (HVI) CON UN INHIBIDOR DE LA ENZIMA DE CONVERSIÓN DE LA ANGIOTENSINA (ECA), EN PACIENTES CON INJERTO RENAL E HIPERTENSIÓN ARTERIAL.**

D. Hernández Marmore; J. Lacaizada; J. D. Linares; I. Laynez; L. M. Higuera; A. Barragán; V. Lorenzo; A. Rodríguez; J. M. Miralles; E. de Bonis; M. Rufino; S. García; B. Martín; B. Maceira; M. Losada; R. Miquel; A. Armas; E. Salido; A. Torres.  
Servicios de Nefrología y Cardiología - Hosp. Universitario de Canarias - Tenerife.

La HVI y la HTA son frecuentes después del Tx (60-70%) y contribuyen a la elevada morbi-mortalidad cardiovascular en estos pacientes. Los ECA reducen la HVI, generalmente por un mecanismo no dependiente de la tensión arterial, pero este efecto ha sido poco investigado tras el Tx. Para aclarar estos aspectos estudiamos prospectivamente 38 pacientes no diabéticos (24 V, 14 N; 45.7±2.2 a; tiempo post-Tx 66±4.5 m) portadores de un Tx normofuncionante (Crp<2 mg%) con HTA e HVI, que fueron randomizados para recibir Lisinopril 10 mg/día (Grupo A; n=17; 3 se excluyeron por deterioro reversible del GFR) o placebo (Grupo B; n=21) durante 6 meses. Se realizó una ecocardiografía (modo-M, 2-D y doppler) antes y después del tratamiento. Ambos grupos recibieron además una proporción similar de fármacos hipotensores (B-Blockeantes 65% vs 47%; Ca-antagonistas 85% vs. 90%;  $\alpha$ 1-bloqueantes 28% vs 33%) y la tensión arterial media fue similar entre ambos grupos durante el estudio. Asimismo, la función renal final no fue diferente entre los dos grupos (Crp: 1.5±0.3; 1.5±0.4 mg%). Partiendo de criterios de HVI y de índices de masa ventricular (IMV) similares, los pacientes del Grupo A presentaron un descenso significativo del IMVI a los 6 meses con respecto a sus valores basales (Grupo A Pre: 188±11.2 vs Posttratamiento: 173±11.5, p<0.05; Grupo B Pre: 161±9.9; Post: 165±7.7g/m<sup>2</sup>). Asimismo, el cambio porcentual del IMVI también fue diferente entre ambos grupos al finalizar el estudio (Grupo A: -7.4±4 vs Grupo B: +7.8±5.1%; p<0.05) (fig.). A los 6 meses el 71% de pacientes del Grupo A mostraron una reducción del IMVI, frente a sólo el 33% del Grupo B (p<0.05). El efecto del tratamiento sobre el IMVI fue independiente del peso, tiempo postrasplante, HTA, parámetros bioquímicos, dosis acumulada de esteroides o niveles de CsA.



En conclusión, la administración de un IECA (Lisinopril) a pacientes con injerto renal e HTA disminuye la masa ventricular. De mantenerse este efecto, a más largo plazo, podría contribuir a disminuir la morbi-mortalidad cardiovascular en esta población.

**• EFECTO DE LA SIMVASTATINA Y FLUVASTATINA SOBRE EL PERFIL LIPÍDICO DE PACIENTES TRASPLANTADOS RENALES EN TRATAMIENTO CON CICLOSPORINA A**

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

**INTRODUCCION:**

La enfermedad arteroesclerótica es una causa importante de morbi-mortalidad en los pacientes portadores de injerto renal, siendo la hiperlipidemia asociada al trasplante parcialmente responsable de esta complicación y por lo tanto un objetivo terapéutico.

**OBJETIVO:**

Valorar la respuesta al tratamiento hipolipemiante en pacientes trasplantados renales dispépicos que recibían Ciclosporina A (CsA) y que fueron tratados con dos inhibidores de la hidroximetilglutari-CoA reductasa (HMG-CoA r), así como su posible interacción con la CsA.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se estudiaron retrospectivamente un total de 51 pacientes (12 M, 39 H) trasplantados renales con una edad media de 41.7±12.8 años. La etiología de la IR fue DM 10 (19.6%), GNC 16 (31.4%), NAE 3 (5.9%), NI 7 (13.7%), POR 7 (13.7%), No filiada 6 (11.8%) y Otras 2 (3.9%). 39 de ellos estaban en programa de HD y 12 en DP, con un tiempo medio en tratamiento sustitutivo previo al trasplante de 15,15 (2-61) meses. Todos ellos con injerto normofuncionante y en tratamiento inmunosupresor (35 cuadruple y 16 con triple terapia) con Ciclosporina A (CsA) y corticoides. Anteriormente al trasplante 18 (35.3%) pacientes ya sufrían dislipemia (11 hipertrigliceridemia y 7 hipercolesterolemia), 11 de ellos tenían otro factor de riesgo asociado para dislipemia (9 DM, 1 obesidad y 1 con ambos). El tiempo medio desde el trasplante hasta el inicio del tratamiento con inhibidores de la HMGCoA-r fue de 22,75 (0.5-108) meses; 29 de ellos recibieron Simvastatina (Grupo A) a razón de 9.48 mg/d como media y 22 Fluvastatina (Grupo B) 20 mg/d dosis única nocturna, con un seguimiento del tratamiento entre 2 y 20 meses. 27 de los 51 (52.9%) estuvieron así mismo con otros agentes hipolipemiantes (22 clofibrato, 1 colestiramina y 4 ambos). Se determinaron niveles de colesterol total (CT), HDL-c, LDL-c, TG, perfil renal, hepático y CsA en sangre antes, durante y al finalizar el tratamiento.

**RESULTADOS:**

Se observó un descenso significativo de los niveles de CT y TG en ambos grupos (p<0.01); los niveles de LDL-c también disminuyeron en ambos grupos aunque sólo fue estadísticamente significativo en el Grupo (p<0.01); en ninguno de los grupos hubo mejoría de la HDL-c. En el grupo A fue preciso reducir la dosis diaria de CsA (mg/kg/d) para mantener estables sus niveles sanguíneos (p<0.01); en el grupo B no se modificaron significativamente.

En el 70.6% de los casos el perfil lipídico se normalizó, en el 21.6% mejoró aunque sin llegar a normalizarse y en 4 casos (7.8%) no se observó respuesta. No se apreciaron alteraciones en los parámetros de función hepática ni renal; en ningún caso hubo efectos secundarios importantes que obligaran a suspender el tratamiento.

**CONCLUSIONES:**

- 1.- El uso de ambos inhibidores de la HMGCoA-r es eficaz en el control de los trastornos lipídicos de los pacientes trasplantados renales.
- 2.- En nuestro grupo el uso de estos hipolipemiantes no produjo las mismas interacciones sobre el metabolismo de la CsA, ya que los niveles plasmáticos no se modificaron con la luvastatina y sí con el uso de Simvastatina.
- 3.- Su prescripción en los pacientes portadores de injerto renal con C.A parece justificada dada su eficacia, sus escasos efectos secundarios y su leve interacción con la misma.

• EFICIENCIA DE LA DIÁLISIS A PARTIR DE LA RECOLECCIÓN PARCIAL DE LÍQUIDO EFLUENTE DIALÍTICO. UNA COMPARACIÓN ENTRE TRES MÉTODOS DE CUANTIFICACIÓN DIALÍTICA.

J. L. Velasco; N. del Castillo; M. Maciá; J. Chahin; E. Gallego; J. F. Navarro; M. L. Méndez; J. J. García.  
Serv. de Nefrología - Hosp. Ntra. Sra. de Candelaria - Santa Cruz de Tenerife.

El modelo convencional de la cinética de la Urea (UKM) tiene varias desventajas, entre ellas la complejidad de los cálculos que se requieren y la necesidad de una correcta medición de parámetros de difícil cuantificación (Aclareamiento del dializador, Flujo Arterial, etc). Una alternativa al método del MCU se basa en la recolección de una pequeña cantidad del líquido efluente del dializado. El objetivo del presente estudio fue valorar la recolección parcial del líquido efluente dialítico (LED) como método para determinar la eficacia de la diálisis y establecer si existen diferencias al compararlo con el UKM y el método basado en la monitorización continua de la urea (MCU). Se estudiaron 12 pacientes estables (6V y 6M, 44±17 años) donde se realizaron 50 sesiones de hemodíalisis, con flujo arterial y dialítico de 350 y 500 ml/min. respectivamente y con una duración de la diálisis de 240 min. Se utilizaron dializadores de alta permeabilidad (AN69). La Cuantificación de la eficacia dialítica (Kt/V, PCRn) se basó en tres métodos.

- 1) Convencional, usando el UKM (Daugirdas, 2ª generación para el Kt/V).
- 2) La MCU (Biosat 1000, Baxter) y
- 3) el método basado en la recolección parcial del LED (Quantispa, Hospital).

Con anterioridad al estudio no se objetivaron diferencias significativas en la cantidad de urea removida por diálisis usando la recolección parcial y total de LED (parcial 0.25±0.02 mg/dl vs total 0.24±0.03 mg/dl, p<0.001). Cuando utilizamos el Kt/V observamos buenas correlaciones para los tres métodos de cuantificación dialítica: Daugirdas vs LED (r= 0.66, p<0.01), Daugirdas vs MCU (r= 0.85, p<0.01), MCU vs LED (r= 0.77, p<0.01); No se apreciaron diferencias significativas para los Kt/V entre los tres métodos. (LED Kt/V 1.34±0.23, MCUkt/v 1.37±0.13 y Daugirdskt/v 1.32±0.12). Los valores de PCRn obtenidos no fueron significativamente diferentes para los tres métodos aunque si se aprecian buenas correlaciones entre: Daugirdas vs LED (r= 0.55, p<0.05), LED vs MCU (r=0.68, p<0.05) y Daugirdas (r= 0.60, p<0.05). No se objetivaron diferencias significativas entre la urea extraída para la recolección parcial de LED y la MCU. En conclusión, nuestros datos sugieren que la recolección parcial del líquido efluente dialítico es un método útil y sencillo para determinar parámetros de diálisis adecuada como Kt/V y PCRn. No se objetivaron diferencias entre dicho método y los basados en la monitorización continua de la urea y la cinética de la urea.

• ESTUDIO COMPARATIVO DE 2 TÉCNICAS DIFERENTES DE ACCESO VASCULAR PROVISIONAL PARA HEMODIÁLISIS (HD).

Rivero, A. del Castillo N.; Gallego E.; Comas V.\*; Maciá M. L.; Chahin J.; Navarro J.; Méndez M. L.; Velasco J. L.; García J. J.  
Secc. de Nefrología y Radiología Vascular - Hosp. Ntra. Sra. de Candelaria - Tenerife.

La utilización de accesos vasculares provisionales es una práctica habitual en las unidades de HD. Dichos accesos generan una importante morbilidad sobre todo en pacientes que precisan de su utilización durante largos periodos de tiempo. El objeto de nuestro trabajo ha sido analizar los resultados obtenidos con dos diferentes modalidades de implantación de accesos provisionales y su posible diferente incidencia en la morbilidad.

**Material y método:** A lo largo de 10 meses se implantaron 153 catéteres. 108 tipo Mahurkar (MAH) de 19.5 cm y 11.5 Fr a través de vena femoral siguiendo la técnica convencional, y 45 tipo Hickman (HIC) de 23 cm y 13.5 Fr a través de vena yugular interna con tunelización subcutánea. No había diferencias entre los dos grupos en: edad, sexo, % diabéticos ni indicación para la colocación del catéter. Se analizaron los problemas infecciosos, trombóticos, supervivencia de los catéteres, motivo de la retirada e ingresos hospitalarios.

**Resultados:** La duración media de los catéteres fue muy superior en el caso de del HIC (58.8±55.0 días) frente al MAH (10.8±12.7) (p<0.001). Así mismo, el 66.6% de los HIC se retiraron por buen funcionamiento del acceso vascular definitivo mientras que el 68.3% de los MAH tuvieron que retirarse por problemas infecciosos o trombóticos. El tiempo hasta la aparición de la primera infección mostró también diferencias significativas, siendo de 63.2±26.9 días en el caso del HIC y 14.7±10.9 días para el MAH (p<0.01). Un 39% de los MAH terminaron por dar problemas de flujo a lo largo de una duración media de 2 semanas mientras que los HIC presentaron los mismos problemas tan solo en un 15% de los casos a lo largo de una utilización media de 2 meses. La supervivencia de los catéteres medida por el método de Kaplan Meier mostró también significación estadística: a los 12 días sólo quedaban el 38% de los MAH con una duración máxima de 65 días, mientras que más del 50% de los HIC permanecían implantados después de 2 meses, con una duración máxima de 200 días). Ningún paciente del grupo del HIC precisó ingreso hospitalario por motivo del catéter mientras que tres pacientes del grupo MAH ingresaron por Tromboflebitis de miembro inferiores.

**Conclusiones:** El catéter de HIC es una alternativa fiable y segura a los convencionales catéteres femorales para HD. Su tasa de complicaciones infecciosas y trombóticas es significativamente menor que con otras técnicas, por lo que su duración es mucho más prolongada, presentando por tanto importantes beneficios que precisan mantener accesos provisionales durante más de 15 días.

REGISTRO DE BIOPSIAS RENALES DE LA SOCIEDAD CANARIA DE NEFROLOGIA (1987-1996)  
Sociedad Canaria de Nefrología

En un período de 10 años (1987-1996) se han recogido los informes histológicos correspondientes a 1534 biopsias renales. La distribución según Hospitales es la siguiente: Insular (15.4%), Materno-Infantil de Las Palmas (3.1%), Nuestra Señora de la Candelaria (21.5%), Nuestra Señora del Pino (13.8%) y Universitario de Canarias (46.2%). El 5.5% de las biopsias (n=84) se han realizado en las dos Unidades de Nefrología Pediátrica de las islas.

Los dos grupos diagnósticos más frecuentes son las Glomerulonefritis (GN) primarias (41.1%) y los estudios biopsicos relacionados con el trasplante renal (30.2%). La frecuencia de biopsias en los otros grupos diagnósticos son: GN secundarias (16.4%), enfermedades vasculares (4.3%), tubulopatías y patología intersticial (3.8%), nefropatías hereditarias y congénitas (2.1%) y un grupo de miscelánea (2.1%).

Los diagnósticos de patología glomerular más frecuentes son: Nefropatía IgA (n=201), nefropatía lúpica (n=172), lesiones glomerulares mínimas (n=99), glomerulosclerosis segmentaria y focal (n=80) y GN membranosa (n=56).

Excluidas las biopsias relacionadas con el trasplante, se ha observado una tendencia a la reducción del número de las que se realizan en nuestra Comunidad (131 en 1990; 99 en 1993; 77 en 1996).

En los dos últimos años del Registro, sólo se han comunicado dos casos de GN membranoproliferativa, lo que contrasta con los 16 casos registrados en el bienio 1991-1992.

Se siguen observando diferencias regionales con respecto a la frecuencia de algunas glomerulopatías:

- Nefropatía IgA: 38.8% del total de GN primarias en Tenerife vs 24.7% en Las Palmas (p< 0.001)
- Glomerulosclerosis segmentaria y focal: 5.6% en Tenerife vs 20.1% en Las Palmas (p<0.001)
- GN mesangial con depósitos de IgM: 9.6% en Tenerife vs 2.3% en Las Palmas (p<0.001).