

ESTUDIO PROTEÓMICO DIFERENCIAL ASOCIADO A POLIQUISTOSIS RENAL AUTOSÓMICA DOMINANTE EN MODELOS EMBRIONARIOS DE RATÓN

Calviño Louzao, Vanesa (1); Cordido, Adrián (1); Vizoso González, Marta (1); Bravo, Susana (2); Díaz Rodríguez, Cándido (3); García-González, Miguel A. (4)

(1)Laboratorio de Genética y Desarrollo de Enfermedades Renales, Instituto de Investigaciones Sanitarias de Santiago (IDIS), Santiago de Compostela (2)Unidad de Proteómica, Instituto de Investigaciones Sanitarias de Santiago (IDIS), Santiago de Compostela, (3)Servicio de Nefrología, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago (CHUS), Santiago de Compostela (4)Laboratorio de Genética y Desarrollo de Enfermedades Renales, Instituto de Investigaciones Sanitarias de Santiago (IDIS)- Fundación Pública Galega de Medicina Xenómica, Santiago de Compostela.

Introducción

La poliquistosis renal autosómica dominante (PQRAD) es una enfermedad genética que cursa con formación de quistes a lo largo de las nefronas y que pueden dar lugar a fallo renal. Está asociada a otras manifestaciones extrarrenales como son la formación de quistes hepáticos o pancreáticos, aneurismas, etc. La PQRAD está causada por mutaciones en los genes PKD1, PKD2 y GANA β . Las variantes homocigotas en los genes PKD1 y PKD2 son incompatibles con la vida, por lo que el estudio en edades embrionarias podría ser de utilidad para conocer los mecanismos moleculares implicados en el inicio de la formación del quiste.

Materiales y métodos

Se extrajeron los riñones de embriones a día 15,5 y 16,5 de dos modelos animales de PQRAD con mutaciones germinales en los genes PKD1 (PKD1^{del2-4}) y PKD2 (PKD2⁷¹¹⁻¹³). A estas edades embrionarias se empiezan a formar quistes renales y en edades posteriores la mortalidad de los mutantes es muy elevada no sobreviviendo al nacimiento. Se realizó un estudio combinado de dos tecnologías de espectrometría de masas: LC-MALDI mediante un MALDI TOF-TOF 4800 y LC-MS/MS mediante un MALDI-TripleTOF 6600 de mayor sensibilidad y se identificó el proteoma diferencial de dobles mutantes y de ratones sanos y las vías en las que están implicadas mediante la herramienta bioinformática Reactome.

Resultados

Hemos analizado el proteoma diferencial de riñones de embriones mutantes vs. sanos, e identificado así posibles proteínas candidatas implicadas en citogénesis. En el modelo de PKD1 hemos identificado 1 proteína en E15,5 y 6 en E16,5 y en el modelo de PKD2, 2 proteínas en E15,5 y 19 en E16,5 que sólo son detectadas en los dobles mutantes. También hemos identificado 37 proteínas en PKD1 E15,5; 20 en PKD1 E16,5; 20 en PKD2 E15,5 y 5 en PKD2 E16,5 que sólo son detectadas en los individuos sanos. Se analizó los procesos biológicos de estas proteínas y se vio que estaban implicadas en diferentes vías como metabolismo, transducción de señales, transcripción y sistema inmune pero que también lo estaban en otras vías como biología del desarrollo, transporte mediado por vesículas, hemostasis, ciclo celular, etc.

5º CONGRESO de la SOCIEDAD GALLEGA de NEFROLOGÍA

www.sgan.es

26 Y 27 DE OCTUBRE DE 2018

SEDE: AFUNDACIÓN, PONTEVEDRA



Conclusiones

Nuestros resultados permitirán conocer mejor los mecanismos moleculares implicados en los procesos de cistogénesis, así como identificar posibles dianas terapéuticas dirigidas a evitar la formación quística.

BIOIMPRESIÓN 3D DE PSEUDONEFRONAS COMO UN MODELO PARA EL ESTUDIO DE LA POLIQUISTOSIS RENAL

Calviño Louzao, Vanesa (1); R. Tubio, Carmen (2); Díaz Rodríguez, Cándido (3); Guitián, Francisco (2); Gil, Álvaro (2); García-González, Miguel A. (4)

(1)Laboratorio de Genética y Desarrollo de Enfermedades Renales, Instituto de Investigaciones Sanitarias de Santiago (IDIS), Santiago de Compostela, (2)Instituto de Cerámica, Universidad de Santiago de Compostela, Campus vida, Santiago de Compostela, (3)Servicio de Nefrología, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago (CHUS), Santiago de Compostela, (4)Laboratorio de Genética y Desarrollo de Enfermedades Renales, Instituto de Investigaciones Sanitarias de Santiago (IDIS)- Fundación Pública Galega de Medicina Xenómica, Santiago de Compostela

La poliquistosis renal autosómica dominante es un grupo de enfermedades genéticas que causa fallo renal y que está caracterizada por la presencia de múltiples quistes a lo largo de la nefrona. Está asociada con otras manifestaciones extrarrenales (formación de quistes hepáticos o pancreáticos, aneurismas, etc). Hasta el momento, los modelos *in vitro* para el estudio de la poliquistosis consisten en cultivos celulares en monocapa o en el interior de matrices. Es esencial un modelo de cultivo *in vitro* que reproduzcan con mayor precisión las condiciones *in vivo*, tales como la forma y disposición celular, uniones célula-célula o célula-matriz extracelular y que permita aplicar flujo.

Materiales y métodos

Utilizando la tecnología de bioimpresión 3D creamos una estructura tubular en la que poder someter a células epiteliales renales a un flujo, mimetizando así, el ambiente de una nefrona. Este modelo consiste en la creación de un canal embebido en una matriz por impresión de filamentos de una biotinta sacrificable (con o sin células epiteliales). Esta biotinta sacrificable es un material que va a ser eliminado con el tiempo lo que conlleva a un canal hueco dentro de la matriz donde las células pueden crecer. Mediante la bioimpresión 3D será posible imprimir canales con diferentes tipos celulares y morfología mimetizando así los diferentes segmentos de la nefrona.

Resultados

Esta técnica nos permite replicar pseudonefronas para monitorizar diferentes mecanismos relacionados a la detección del flujo por las células y la orientación celular. Hemos desarrollado un dispositivo por impresión 3D donde poder aplicar un flujo controlado a través de estos canales. Hemos estudiado las concentraciones óptimas para preparar diversas biotintas (gelatina, alginato) y matrices (colágeno, gelatina) que mejoren la resolución de la bioimpresión y la viabilidad celular.

5º CONGRESO de la SOCIEDAD GALLEGA de NEFROLOGÍA

www.sgan.es

26 Y 27 DE OCTUBRE DE 2018

SEDE: AFUNDACIÓN, PONTEVEDRA



Hemos conseguido que las células epiteliales desarrollan el cilio primario en el interior de los canales sin necesidad de serodeprivar las células (lo cual sí es necesario en un cultivo en monocapa), independientemente de la biotinta o matriz que se use.

Con este modelo *in vitro*, se han sometido a las células a un flujo de 100 μ l/min (similar al del túbulo proximal) durante un día y no se han observado diferencias en la disposición de las células epiteliales, lo que sí se observa cuando las células endoteliales están sometidas a flujo.

Conclusiones

Este nuevo modelo nos permitirá estudiar los mecanismos moleculares implicados en la citogénesis, en un contexto donde se puede aplicar flujo y que mimetice más fielmente las condiciones *in vivo*.

NEW TARGETS FOR RENAL AND HEPATIC CYSTOGENESIS. THE HELP OF PROTEOMIC IN THE UNDERSTANDING OF ADPKD

Vizoso-González, Marta (1); Cordido, Adrián (1); Calviño-Louzao, Vanesa (1); Díaz, Cándido (2); Bravo, Susana (3); García-González, Miguel A (4)

(1)Nephrology Laboratory, Instituto de Investigación Sanitaria de Santiago, (2)Nephrology Department, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela (CHUS), (3)Proteomic Unit, Instituto de Investigación Sanitaria de Santiago, (4)Nephrology Laboratory, Instituto de Investigación Sanitaria de Santiago de Compostela - Fundación Pública Galega de Medicina Xenómica

Introduction

Autosomal Dominant Polycystic Kidney Disease (ADPKD) is the most common monogenic disorder characterized by developing fluid-filled cyst derived from the tubule epithelial cells in kidney, and several extrarenal manifestations as hepatic cysts (Polycystic Liver Disease, PLD). Different mechanisms have been related to the pathogenesis of renal and hepatic cystogenesis. The identification of **the main cystogenic pathway has not been found**, and effective therapeutic approach to block cystogenesis remains undiscovered.

Material and methods

We have recollected kidney and livers from *Pkd1^{cond/cond}TamCre* mice. This model presents a cystogenesis developmental window, because the inactivation of *Pkd1* gene in different points of life determines cystic phenotype. We inactivated *Pkd1* at postnatal day 10/11 (cystic window) and postnatal day 15/16 (non-cystic window), which led us to study the differences between wild-type and mutant mice. Finally, we sacrificed them at postnatal day 30.

Liver and kidney protein were extracted and the proteome was sequenced using **mass spectrometry MALDI-TOF**. Finally, we used bioinformatics tools to identified the proteins and pathways involved in cystogenesis. By proteomic approaches, we described novel list of proteins implicated in renal and hepatic cystogenesis (up and down regulated), which are likely to be used as therapeutic targets.

Results

We have identified the renal and hepatic proteome of cysts from a good characterized animal model in the ADPKD field, the *Pkd1^{cond/cond}TamCre* mice. After comparing the different samples (kidney and liver), cystic and non-cystic, we have identified a list of proteins directly implicated in the process of cystogenesis. Related to liver, we found 26 proteins that appear only on cystic samples and 8 that not appear. However in kidney, we recognized 16 proteins that appear only on cystics and 6 that not appear on them.

Also, we studied the **pathways related to these proteins** to enlarge the understanding of molecular basis of renal and hepatic cystogenesis. We found that, in both cases, main altered pathways are immune system, signal transduction, metabolism and metabolism of proteins. Moreover, there are more specific pathways; vesicle-mediated transport and cell cycle in liver, in contrast to developmental biology and extracellular matrix organization in kidney.

Conclusion

Our results described a list of **new possible targets** which could be used as future and more specific therapeutic approaches **for renal and hepatic phenotype of ADPKD**. Furthermore, and given that the key factor or pathways of cystogenesis is still unknown, our data helps to a better understanding of molecular basis of the disease.

IDENTIFICATION OF A NEW THERAPIE FOR POLYCYSTIC KIDNEY DISEASE (PKD)

Cordido, Adrián (1); Díaz, Cándido (2); García-González, Miguel A (3)

(1)Nephrology Laboratory, Instituto de Investigación Sanitaria de Santiago, (2)Nephrology Department, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela (CHUS), (3)Nephrology Laboratory, Instituto de Investigación Sanitaria de Santiago de Compostela - Fundación Pública Galega de Medicina Xenómica

Introduction:

Polycystic kidney disease (PKD) is a heterogeneous group of monogenic disorders characterized by the bilateral formation and progressive expansion of renal cyst. Several Mendelian diseases including Autosomal Dominant PKD (ADPKD) and Autosomal Recessive PKD (ARPKD) can be grouped under this pathological entity. PKD can be associated with several extrarenal manifestations; the most common of these are the presence of liver cysts (Polycystic Liver Disease, PLD).

A number of different mechanisms have been related to pathogenesis of PKD. However, there is no effective therapy for this disease. Here, we focused on alteration in the extracellular matrix (ECM) and in the MTT, an inhibitor of the metalloproteinases of ECM, which is presented as a possible therapy for renal and hepatic phenotype of PKD.

Material and methods:

We have studied the effect of MTT in different animal models: *Pkd1^{cond/cond} TamCre* (ADPKD model) and *Pkhd1^{del3-4/del3-4}* (ARPKD model). Both mice are good characterized and known models in PKD field.

MTT was tested in the two mice, and after sacrifice kidney/livers and blood serum were collected for study with histological (immunohistochemistry and immunofluorescence) and biochemistry (analysis of renal and hepatic function) techniques.

Results:

Our study shows the MTT as possible therapy for PKD. First; we have study the hepatic phenotype in *Pkd1^{cond/cond} TamCre* and *Pkhd1^{del3-4/del3-4}* mice and we saw an inhibition in hepatic cystogenesis for both models at level of parenchyma cysts and bile duct dilatations. Second; we have found that MTT inhibits, in a specifically way, cysts from the collecting duct of the nephron (DBA+ cysts) in the *Pkd1^{cond/cond} TamCre* mouse and that improves kidney function.

Finally, we combined the MTT with Tolvaptan (Samsca®), the only therapy approved and commercialized for ADPKD. The combination between the two drugs proved a very significant improvement in renal cystogenesis and recovering the renal function.

Conclusions:

5º CONGRESO de la SOCIEDAD GALLEGA de NEFROLOGÍA

www.sgan.es

26 Y 27 DE OCTUBRE DE 2018

SEDE: AFUNDACIÓN, PONTEVEDRA



With this work, we demonstrated the effectiveness of a novel therapy called MTT for PKD. We tested MTT in animal models seeing inhibition in hepatic cystogenesis and collecting duct cyst in renal phenotype. More interesting, the combination of MTT with Tolvaptan resulted in a potent therapeutic approach to block cystogenesis.

¿SON LAS PREOCUPACIONES DE LOS PACIENTES LAS MISMAS QUE LAS NUESTRAS?

Astudillo Cortés, Elena; Rivas Oural, Alba; Sánchez Álvarez, J. Emilio; Peláez Requejo, Beatriz; Fernández Pérez, Mónica; Fernández Díaz, Reyes; Núñez Moral, Miguel; Quintana Fernández, Aurora; González Díaz, Isabel; Rodríguez Suárez, María del Carmen

Hospital Universitario Central Asturias

Introducción:

Las encuestas en el ámbito sanitario se utilizan, fundamentalmente, para conocer el grado de satisfacción de los pacientes con el tratamiento, con el trato que reciben o para conocer posibles opciones de mejora de los procesos. En el ámbito de la diálisis peritoneal (DP) en numerosas ocasiones no coinciden los problemas que nos preocupan a los médicos (eficacia, sobrehidratación hiperparatiroidismo ...) con los que perciben los propios pacientes.

Objetivo:

Conocer las principales preocupaciones a las que se enfrenta un paciente en programa de DP según su perspectiva.

Material y métodos:

Usamos un cuestionario con 26 preguntas relacionadas con quejas y comentarios que habitualmente refieren los pacientes durante el entrenamiento de DP o revisiones. Con cuestiones relacionadas con la información recibida en la etapa prediálisis, complicaciones relacionadas con la colocación del catéter o con la propia técnica, interferencia con las actividades de la vida diaria, ansiedad, seguridad y con la organización de la Sección de DP de nuestro Centro. Cada pregunta tenía 5 posibles opciones de respuesta, desde el valor 1: "puntuación más negativa", hasta el valor 5: "puntuación más positiva". Entre Julio - Septiembre de 2.017 se invitó a participar a todos los pacientes de nuestra Unidad de DP en esta encuesta anónima. Excluimos pacientes en programa de ultrafiltración peritoneal por Insuficiencia cardiaca refractaria a diuréticos.

Resultados: 91 pacientes (64 ±18 años, 80% varones). Un paciente rechazó hacer cuestionario. Principales quejas (puntuaciones más bajas en la pregunta): problemas para viajar (2.9±1.6), interferencia con su ocio (3.4±1.5), alteraciones del sueño (3.7±1.3), sexualidad (3.7±1.4), uso de laxantes (3.7±1.5) y problemas para el aseo diario (en fase de cicatrización tras la colocación del catéter) (3.8±1.2). No reflejaron problemas en relación al servicio de transporte del material ni el volumen del mismo; tampoco con los desplazamientos al Hospital, la calidad y el tiempo de la enseñanza, la dieta ni el disconfort abdominal. Más de la mitad presentaban algún grado de ansiedad los primeros días tras el inicio del tratamiento dialítico en el domicilio y a 2 tercios les resultaba muy interesante que las cicladoras estuvieran conectadas al Hospital

5º CONGRESO de la SOCIEDAD GALLEGA de NEFROLOGÍA

www.sgan.es

26 Y 27 DE OCTUBRE DE 2018

SEDE: AFUNDACIÓN, PONTEVEDRA



Conclusiones: En no pocas ocasiones las preocupaciones que refieren los pacientes no son las mismas que nos preocupan a los médicos. Es necesario acercarse a esas dificultades, con frecuencia paramédicas, que condicionan una disminución de la calidad de vida o del grado de satisfacción con la técnica de diálisis, para implementar medidas que puedan subsanarlos.

CARACTERÍSTICAS Y COMPLICACIONES RELACIONADAS CON LAS TÉCNICAS CONTINUAS DE REEMPLAZO RENAL EN PACIENTES CON FRACASO RENAL EN UCI

Astudillo Cortés, Elena; Rivas Oural, Alba; Rodríguez García, Minerva; Marques Álvarez, Lara; Vidau Argüelles, Pedro; Escudero, María Dolores; Díaz Corte, María del Carmen

Hospital Universitario Central Asturias

OBJETIVO: conocer las características de los pacientes con fracaso renal que recibieron tratamiento con TCRR en la UCI polivalente y describir las complicaciones asociadas.

MÉTODOS: estudio observacional, descriptivo, retrospectivo. Se incluyeron a todos los pacientes mayores de edad que ingresaron con fracaso renal (RIFLE) y que recibieron terapia con TCRR (1/01/2015-31/12/2015). Se excluyeron coronarios. Se recogieron variables demográficas, clínicas (APACHE II), tratamientos y complicaciones.

RESULTADOS: 68 pacientes. Edad media 64 años. Varones (68%). La causa más frecuente de ingreso fue la sepsis (31%). El APACHE II medio 26. La TCRR más utilizada fue la HDFVVC que se inició precoz y se mantuvo como media 9 días. Los niveles medios preterapia de creatinina y urea fueron 4,2 y 134 mg/dl respectivamente. El 97% recibieron antibióticos, 90% vasopresores y el 81% VM. Las complicaciones más frecuentes relacionadas con la terapia fueron: metabólicas (96%), anemia (92%), trombopenia (69%), shock (69%), hipotermia (64%), coagulopatía (53%), arritmias (46%), acceso vascular (23%), infección (6%) y trombosis catéter (1,5%). La hipoNa fue la alteración metabólica más frecuente seguida de hipoK e hipoP. El 82% de los pacientes se transfundieron: CH (76%) y plaquetas (37%). La FA fue el trastorno del ritmo más frecuente. El 16% precisaron al menos un reemplazo del catéter venoso y el 65% un cambio de filtro porque se coagularon. El 66% de los pacientes que sobrevivieron mantuvieron el fallo renal al alta de UCI. Precisaron HD intermitente un 19%.

CONCLUSIONES: los pacientes con fracaso renal que precisan TCRR en UCI, son varones de edad media que ingresan muy graves a causa de una sepsis. Las complicaciones más frecuentes relacionadas con la terapia son metabólicas y hematológicas. Las relacionadas con el catéter son raras. Son pocos los pacientes que precisan continuar con terapias intermitentes al alta.

RETIRADA DE CATÉTER VENOSO CENTRAL TUNELIZADO PARA HEMODIÁLISIS: UNA FORMA FÁCIL Y MENOS AGRESIVA.

Astudillo Cortés, Elena; Sánchez Álvarez, J. Emilio; Morán Fernández, Luis; Martínez Villoria, Azucena; Fernández Merayo, Carmen; Rodríguez García, Minerva; Vidau Argúelles, Pedro; Díaz Corte, Carmen

Hospital Universitario Central Asturias

Introducción:

La retirada del CVC tunelizado yugular es un proceso cruento, agresivo para el paciente y laborioso. Desde hace dos años en el Hospital Universitario Central de Asturias estamos poniendo en práctica una nueva técnica para la retirada de CVC tunelizado yugular. Esta técnica se basa en la colocación adecuada (en región del Cuff) de anestesia local, la tracción continua y en mismo ángulo de orificio de salida, compresión de 15 minutos tras extracción del CVC. Es un procedimiento que apenas dura 30 min y no requiere de sutura.

Objetivo: describir características de pacientes a los que se le retiró CVC tunelizado yugular, y ver si se dieron complicaciones con el fin de protocolizar dicha técnica.

Material y Método:

Desde Enero 2016-Marzo 2018 fueron 32 paciente a los que se retiró CVC tunelizado, 93.9% yugulares derechas 3% izquierda. El tiempo medio de portar el CVC fue 41.8 ± 10 meses (un paciente de 100 meses). El tiempo medio de procedimiento fue 31 ± 11 min Edad media 61.5 ± 13.6 años. 75.8% varones. La etiología de Enfermedad Renal Crónica más frecuente fue la Nefropatía Diabética (24.2%) igualada con Glomerulopatía (24.2%). Un 36.3% eran Diabéticos. La causa de retirada de CVC más frecuente fue ser trasplantado (39.4%) y paso a Diálisis Peritoneal (18.2%). Un 18.2% estaban anticoagulados y se retiró anticoagulación 7 días previos. Un 42.4% estaban antiagregados, con retirada 24h. Un 36.4 % recibían tratamiento inmunosupresos (Tacrolimus) un 33.3% corticoides ninguno Rapamicina. Respecto a tipo de CVC el más frecuente fue el SplitIII (51.5%). Sólo 3% tenían signos de infección. El cultivo de la punta fue negativo en un 69.7%, 9.1% crecía *S. Epidermidis*. En ningún paciente de presentaron complicaciones.

Conclusiones:

La retirada de CVC tunelizado en un método cruento y agresivo para los pacientes, dado que en la mayoría de los casos de realiza en pacientes que reciben trasplante renal es muy importante llevar a cabo este procedimiento de la forma menos dañina y con mínima manipulación para evitar infecciones. Por otro lado esta técnica es rápida media 31 ± 17 minutos pudiendo dedicar tiempo a otros procedimientos.

PERITONITIS FÚNGICAS EN PACIENTES EN DIÁLISIS PERITONEAL: NUESTRA HISTORIA EN MÁS DE VEINTE AÑOS.

Astudillo Cortés, Elena; Bande Fernández, J. Joaquín; Sánchez Álvarez, J. Emilio; Peláez Requejo, Beatriz; Fernández Pérez, Mónica; Fernández Díaz, Reyes; Núñez Moral, Miguel; Quintana Fernández, Aurora; González Díaz, Isabel; Rodríguez Suárez, María de Carmen

Hospital Universitario Central Asturias

Introducción:

Las peritonitis fúngicas (PF) constituyen son poco frecuente en Diálisis Peritoneal (DP), pero asocian un peor pronóstico y mayor mortalidad que las bacterianas. Hasta el momento los factores predisponentes y su tratamiento no están esclarecidos.

Hipótesis de trabajo/objetivos.

Describimos características de los pacientes con PF. Valoramos causas potencialmente modificables, que condicionan la aparición de PF.

Material y Método:

Revisamos retrospectivamente los casos de PF a lo largo de veinticinco años en un total de 870 pacientes DP.

Características demográficas, antecedentes patológicos, causas de inmunosupresión, variables asociadas a técnica, existencia de infecciones y vinculadas con PF.

Resultados:

Detectamos 12 episodios de PF. Edad media 70 años. 50% eran varones, tenían sobrepeso (IMC 25,23). 33% diabéticos, la etiología de ERC más frecuente fue la Nefroangiosclerosis (33,3% vs Nefropatía DM 25%). La albumina 2.7 g/dl, pero no se correlacionó con PF ($p=0.6$). Tiempo en DP 4 años, cuanto más tiempo en DP existía más riesgo de PF ($p=0.010$). Un 91.7% CAPD, un 66,7 % realizaban 3 intercambios y la mitad usaban Icodextrina, no encontramos asociación de uso de Icodextrina con PF ($p=0.77$). La CAPD asocia riesgo a desarrollar PF ($p=0.006$), mayor con más intercambios ($p<0.042$). 50% asociaban infección del OS mayoritariamente *S. Aureus* (16.7%) y *Pseudomona* (16.7%). Las peritonitis bacterianas previas fueron 66.7%, por *S. Aureus*, no se asoció con PF ($p=0.38$). La etiología más frecuente fue *Candida Albicans* (58.3%/p=0.023), seguida de *C.Parapsilosis* (16.7%). Habían recibido profilaxis con Fluconazol un 58,3%. A todos ellos se les retiró el catéter de DP ($p=0.006$).

5º CONGRESO de la SOCIEDAD GALLEGA de NEFROLOGÍA

www.sgan.es

26 Y 27 DE OCTUBRE DE 2018

SEDE: AFUNDACIÓN, PONTEVEDRA



Conclusiones:

La PF es una complicación infrecuente, ocurre en mayor parte en pacientes que llevan un período prolongado en programa de DP, con mayor riesgo cuantos más intercambios realicen. Proponemos aumentar los reentrenamientos como medida de protección.

CONSULTA DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA AVANZADA: ¿INFLUYE LA EDUCACIÓN SANITARIA SOBRE LA MODALIDAD DE TRATAMIENTO ELEGIDO?

Astudillo Cortés, Elena; Rivas Oural, Alba; Sánchez Álvarez, J.Emilio; Rodríguez García, Minervar; Vidau Argüelles, Pedro; Rodríguez Suárez, María del Carmen; Díaz Corte, María del Carmen

Hospital Universitario Central Asturias

Introducción

Uno de los objetivos principales en la consulta de Enfermedad Renal Crónica Avanzada (ERCA) es mejorar la preparación psicológica y física de los pacientes para su entrada en diálisis. Tenemos herramientas para la ayuda de la toma de decisión de técnica de tratamiento renal sustitutivo (HATD) y tratamos de caminar hacia una decisión compartida.

Hipótesis de trabajo/objetivos

Valorar la existencia de causas potencialmente modificables que condicionan la elección TRS en los pacientes con ERCA y conocer la posible influencia de la educación sanitaria sobre la modalidad de tratamiento.

Material y Método:

Observacional, retrospectivo-transversal de pacientes que recibieron información de modalidades de TRS en la consulta de ERCA 1/1/2015 a 31/12/2016.

Analizamos: edad, sexo, etiología de ERC, Hipertensión/Diabetes, eventos cardiovasculares, hábitos tóxicos, I. Chralson, número de consultas ERCA, nivel de estudios, actividad laboral, nivel social, estado civil, apoyo familiar, técnica elegida, inicio en técnica elegida, permanencia en la técnica e inicio programado. Analíticas: función renal (MDRD) primera consulta ERCA, Hemoglobina, proteinuria, calcio, fósforo y PTH.

Resultados

208 pacientes atendidos en la consulta ERCA, fueron informados de TRS 93 (44.7%). Iniciaron TRS 65 (31.25%). Hemodiálisis (HD) fue elegida un 53% vs Diálisis Peritoneal (DP) 36%, 8% Tratamiento Conservador y un 3% recibieron Trasplante Renal de Donante Vivo Anticipado.

21% que se habían decantado por DP iniciaron HD y pasaron posteriormente a la técnica elegida.

Los pacientes activos elegían DP (60%) vs HD (33%) (P0.06). Sin diferencias significativas: sexo, apoyo familiar, estado civil, inicio programado, permanencia en técnica elegida y número de consultas.

5º CONGRESO de la SOCIEDAD GALLEGA de NEFROLOGÍA

www.sgan.es

26 Y 27 DE OCTUBRE DE 2018

SEDE: AFUNDACIÓN, PONTEVEDRA



La edad 67 ± 17 años, 71% varones. Etiología de ERC más frecuente Nefrosclerosis 37% vs Diabética 17%, HTA 93% vs diabéticos 34%.

Conclusión

Las HATD son útiles en nuestra población. Objetivamos una tendencia importante en el grupo que eligió DP a presentar una mayor actividad laboral vs grupo de HD (P0.06).

EXPERIENCIA CON TOLVAPTAN EN PQRAD TRAS 18 MESES DE TRATAMIENTO

González Tabarés, Lourdes (1); Cobelo Casas, Carmen (1); Quispe, Jamsen (1); Cillero Rego, Sonia(1); García Enríquez, Alba María(1); Otero Alonso, Pablo(1); González Ramírez, Jorge(1); Cigarrán Guldrís, Secundino(2); García Merino, María Luisa(1); Calviño Varela, Jesús(1)

(1)Hospital Universitario Lucus Augusti, (2)Hospital da costa

Descripción del caso:

Paciente de 32 años, HTA desde los 22 años a tratamiento con 3 fármacos y poliquística. Herencia materna con inicio de diálisis precoz, y actualmente trasplantada renal. Afectas por el gen policistina 1.

Ingreso en julio de 2016 por quiste complicado con deterioro de la función renal basal, que por otra parte estaba ya en periodo evolutivo de deterioro progresivo, con declives anuales de aproximadamente 5 mL/año.

Se realizó resonancia para volumetría renal y proponerle tratamiento con tamaño renal de riñón derecho de 255mm craneocaudalmente y volumen de 1703 y 249,1 mm en riñón izquierdo, y volumen de 1997 mL. Volumen total de 3967 mL.

En marzo de 2017 con FG estimado por CKD-EPI de 42 mL/min, declive de función renal y clase 1E en volumen renal con RMN en la predicción de rápida progresión; se propuso para tratamiento con Tolvaptán que inició a dosis de 45-0-15 mg, y se fue titulando la dosis mensualmente hasta dosis máxima de 90-0-30 mg.

La evolución desde el inicio de tratamiento fue con el deterioro fisiológico establecido en ficha técnica, pasando tras tres meses de tratamiento y titulación a dosis máxima a 31,21 mL/min

Tras 18 meses el FGe por CKD-EPI continua en 30,67 mL/min.

No hubo complicaciones quísticas ni alteración en transaminasas; elevación discreta del ácido úrico sin clínica y los efectos acuaréticos fueron los habituales con poliuria de 7 litros al día y nicturia que tras meses de tratamiento controla con una sola vez. No dificultad en la conciliación laboral, con frecuencia miccional diurna cada dos horas

Al año se realiza resonancia de control aun sin indicación, evidenciándose disminución de volumen en riñón derecho de 1703 a 1682 y en el riñón izquierdo de 2095 a 2044 mL; y se aprecia discreta disminución de tamaño de los quistes dominantes de ambos riñones medidos en el estudio previo, de aproximadamente 4,3 cm en riñón derecho (5,3 en el estudio previo) y 4,2 cm en el riñón izquierdo (5 cm en estudio previo).

Conclusión:

5º CONGRESO de la SOCIEDAD GALLEGA de NEFROLOGÍA

www.sgan.es

26 Y 27 DE OCTUBRE DE 2018

SEDE: **AFUNDACIÓN**, PONTEVEDRA



Tras la aprobación de ficha técnica de tolvaptán por la EMA en Mayo 2015, se aprobó en España su uso en marzo de 2017 para enlentecer la progresión del volumen quístico y de la insuficiencia renal en la PQRAD en adultos con ERC estadio 13.

En nuestra experiencia tras 18 meses de tratamiento, la evolución es positiva con enlentecimiento del volumen, y del deterioro de la función renal.