

Nefrología

Nephrology

- NF-1 PRESENTACIÓN DE CASO: NEFROPATÍA AGUDA POR FOSFATOS. UNA CAUSA POCO RECONOCIDA DE FALLA RENAL CRÓNICA
- NF-2 NEFROPATÍA INDUCIDA POR COCAÍNA
- NF-3 TUBERCULOSIS RENAL EN UN PACIENTE CON TRASPLANTE RENAL
- NF-4 DIFERENCIA DE CIFRAS TENSIONALES EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA MEDIDAS EN CONSULTA DE NEFROLOGÍA Y VISITA DOMICILIARIA EN UNA UNIDAD RENAL DE LA CIUDAD DE CARTAGENA ENTRE JUNIO DE 2007 Y JUNIO DE 2008
- NF-5 PRESENTACION DE CASO: NEFROPATÍA POR INMUNOGLOBULINA M EN UN ADULTO JÓVEN CON SÍNDROME NEFRÓTICO
- NF-6 EXPRESIÓN “IN VIVO” DE PROTEÍNAS ASOCIADAS AL DIAFRAGMA DE FILTRACIÓN GLOMERULAR EN SÍNDROME NEFRÓTICO
- NF-7 PREVALENCIA DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN POBLACIÓN GENERAL DE BUCARAMANGA
- NF-8 REPORTE DE CASO: MUJER DE 42 AÑOS CON GLOMERULONEFRITIS RAPIDAMENTE PROGRESIVA Y NEFRITIS INTERSTICIAL ASOCIADA
- NF-9 ENDOCARDITIS BACTERIANA EN PACIENTES EN HEMODIÁLISIS. REVISIÓN DE CASOS CLÍNICOS EN EL PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE 1999-2007
- NF-10 CONCORDANCIA ENTRE DOS MÉTODOS PARA ESTIMAR LA TASA DE FILTRACIÓN GLOMERULAR
- NF-11 PRESENTACIÓN CASO: FRACASO RENAL AGUDO COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA POR STREPTOCOCCO BORIS
- NF-12 COMPARACIÓN ENTRE DEPURACIÓN DE CREATININA EN ORINA 24 HORAS Y ESTIMACION DE FUNCION RENAL POR FÓRMULA MDRD EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA, EXPERIENCIA EPS SUSALUD, 2005-2006
- NF-13 NEFRITIS INTERSTICIAL AGUDA DE ETIOLOGIA INFECCIOSA

NF-1**PRESENTACIÓN DE CASO: NEFROPATÍA AGUDA POR FOSFATOS. UNA CAUSA POCO RECONOCIDA DE FALLA RENAL CRÓNICA****TORRES JAIME JOSÉ, SERNA J, FLÓREZ A, MORENO M, GÓMEZ ME***Clínica Central del Quindío, Universidad del Quindío, Facultad de Medicina, Armenia – Colombia***Palabras clave.** Falla renal crónica, solución oral de fosfatos de sodio., colonoscopia**Objetivos.** Presentación de una causa poco reconocida de falla renal crónica**Diseño del estudio.** Reporte de un caso**Lugar del estudio.** Servicio de nefrología Clínica Central del Quindío**Pacientes.** Hombre de 46 años que acude a urgencias por emesis, astenia adinamia debilidad muscular. Antecedentes. Colonoscopia en enero de 2006. Niega hipertensión, diabetes, litiasis, consumo de aines alteraciones de sedimento urinario, consumo de drogas ilícitas. Al examen físico regular estado general deshidratado. TA 90/60 FC 110 mucosas secas ruidos cardiacos taquicárdicos resto sin alteraciones. Se interconsulta nefrología por falla renal. Se plantea falla renal aguda prerrenal, se inicia manejo con líquidos sin mejoría. Ecografía renal normal. Se solicita biopsia renal por insuficiencia renal de etiología desconocida**Intervenciones.** Biopsia renal percutánea bajo guía ecográfica**Mediciones.** Cr 2.6 mg/dl Bun 23 mg/dl sedimento urinario normal hipokalemia ANAS (-) AntiDna (-) Complemento normal HIV negativo Hepatitis B y C (-)**Resultados.** Biopsia renal: Daño tubular con presencia de gran cantidad de fosfatos de calcio.**Conclusiones.** La nefropatía aguda por fosfatos se presenta como una falla renal aguda con mínima proteinuria y sedimento urinario insignificante en pacientes que se exponen a soluciones orales de fosfatos de calcio como preparación para una colonoscopia. Dentro de los factores de riesgo favorecedores para el desarrollo de esta patología se encuentra: falla renal, depleción de volumen, edad, hipertensión y uso de medicamentos como aines, diuréticos IECA y ARA II. La biopsia renal muestra injuria renal aguda o crónica, depósitos de cristales de calcio en túbulos distales y colectores y ningún otro patrón histológico de injuria.

NF-2**NEFROPATÍA INDUCIDA POR COCAÍNA****DURÁN CARLOS EDUARDO, POSADA JG, MESA L, SCHWEINEBERG J, BRAVO JC, MACÍAS C***Fundación Valle del Lili, Cali - Colombia***Palabras clave.** Cocaína, riñón, isquemia**Objetivos.** Describir los efectos patológicos de la falla renal inducida por cocaína.**Diseño del estudio.** Reporte de Caso**Lugar del estudio.** Fundación Valle del Lili**Pacientes.** Un paciente**Intervenciones.** Terapia dialítica**Mediciones.** Pruebas inmunológicas, infecciosas, biopsia renal**Resultados.** Proliferación celular y mesangial con infiltrado polimorfonuclear en glomerulos. Zonas isquémicas con necrosis tubular aguda del 90% con áreas de hemorragia y polimorfonucleares en el intersticio. El reporte final fue cambios isquémicos focales y nefropatía IgA por inmunofluorescencia**Conclusiones.** El abuso de cocaína es un problema de salud pública. Generalmente se observan complicaciones asociadas al sistema cardiovascular. No obstante tenemos que tener presente que el daño hemodinámico puede influir en cualquier órgano. En este caso se encontró un daño renal asociado al uso de cocaína en un paciente con nefropatía IgA.

NF-3**TUBERCULOSIS RENAL EN UN PACIENTE CON TRASPLANTE RENAL****DURÁN CARLOS EDUARDO, POSADA JG, MESA L, SCHWEINEBERG J***Fundación Valle del Lili, Cali – Colombia***Palabras clave.** Trasplante renal, Inmunosupresión, Tuberculosis Renal**Objetivos.** Describir la aparición de tuberculosis renal en un paciente trasplantado de riñón**Diseño del estudio.** Reporte de Caso**Lugar del estudio.** Fundación Valle del Lili**Pacientes.** Un paciente**Intervenciones.** Manejo médico de tuberculosis**Mediciones.** Cultivos en orina para tuberculosis y biopsia renal**Resultados.** Enfermedad granulomatosa, y cultivos positivos para bacterias ácido-alcohol resistentes**Conclusiones.** La tuberculosis pulmonar es una enfermedad prevalente a nivel mundial. Se deben buscar las manifestaciones extrapulmonares de la tuberculosis en pacientes de riesgo, como los que están sujetos a inmunosupresión.

NF-4**DIFERENCIA DE CIFRAS TENSIONALES EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA MEDIDAS EN CONSULTA DE NEFROLOGÍA Y VISITA DOMICILIARIA EN UNA UNIDAD RENAL DE LA CIUDAD DE CARTAGENA ENTRE JUNIO DE 2007 Y JUNIO DE 2008**

SUÁREZ MÓNICA, ARIZA A., MARTÍNEZ A., GONZÁLEZ H, CAICEDO S, ARIAS J, DÍAZ A, RICO V, SARMIENTO J, IMBETH P, ARELLANOS I, ZUÑIGA E, USTATE F

Universidad del Sinú. Renal Therapy Sevices, Cartagena- Colombia

Palabras clave. Hipertensión arterial, control ambulatorio de presión arterial, diálisis peritoneal, enfermedad renal crónica.

Objetivos. Identificar la diferencia entre las cifras tensionales medidas en consulta en relación con las medidas en casa en pacientes hipertensos con insuficiencia renal en terapia dialítica peritoneal en una unidad renal de la ciudad de Cartagena entre junio de 2007 y junio de 2008.

Diseño del estudio. Descriptivo, retrospectivo

Lugar del estudio. Unidad Renal en la ciudad de Cartagena, Colombia

Pacientes. Hipertensos con enfermedad renal crónica diálisis peritoneal en una unidad renal en la ciudad de Cartagena entre junio de 2007 y junio de 2008

Intervenciones. Revisión de historia clínica

Mediciones. Tensión arterial sistólica y diastólica en consulta médica de nefrología y en visita domiciliaria.

Resultados. Del total de 25 pacientes hipertensos la diferencia en la PAS medida en consulta con relación a la medida en forma ambulatoria fue de 28% > 40 mmHg, 16% $> 10 \leq 15$ mmHg, 16% $> 20 \leq 25$ mmHg, 12% < 5 mmHg, 8% $> 10 \leq 15$, $> 15 \leq 20$ y $> 35 \leq 40$ mmHg y 4% $> 30 \leq 35$ mmHg. La diferencia de la PAD ambulatoria con relación a la de la consulta fue de 36% $> 5 \leq 10$ mmHg, 32% $> 10 \leq 15$ mmHg 12% < 5 , > 20 mmHg y 8% $> 15 \leq 20$ mmHg. Sólo 3 (12%) cumplen metas de cifras tensionales tanto en forma ambulatoria como en consulta, cuatro cumplen metas sólo en tomas ambulatorias (16%) y solamente 1 paciente alcanzó metas de cifras tensionales en consulta en forma aislada.

Conclusiones. Sí existen diferencias de la presión arterial sistólica y diastólica de los pacientes hipertensos en diálisis peritoneal, mostrando un comportamiento inverso. La PAS estuvo más elevada durante la consulta y la PAD se encontró más alta en forma ambulatoria. Se necesita una muestra mayor para comprobar la variabilidad de la presión arterial en estos pacientes así como la influencia de este hecho sobre su pronóstico y tratamiento.

NF-5**PRESENTACION DE CASO: NEFROPATÍA POR INMUNOGLOBULINA M EN UN ADULTO JÓVEN CON SÍNDROME NEFRÓTICO****MIRANDA ANTONIO CARLOS, VARELA C, ARBELÁEZ A, MEDINA J, OTERO LM***Servicio de Nefrología, Hospital Universitario del Valle, Departamento de Medicina Interna, Universidad del Valle. Cali-Colombia.***Palabras clave.** Nefropatía, glomerulonefritis, IgM, hematuria, nefrítico**Objetivos.** Ilustrar la historia natural, el abordaje diagnóstico, el enfoque terapéutico y el pronóstico de un paciente con nefropatía por IgM.**Diseño del estudio.** Presentación de caso clínico**Lugar del estudio.** Servicio de Nefrología, Hospital Universitario del Valle, Departamento de Medicina Interna, Universidad del Valle. Cali-Colombia**Pacientes.** Uno**Intervenciones.** No**Mediciones.** Observación clínica

Resultados. Presentamos el caso de un paciente masculino de 19 años de edad, de raza blanca, procedente de Palmira, con historia de 6 años de evolución consistente en edema facial y de miembros inferiores el cual disminuye al transcurrir el día, asociado a sensación de disminución del volumen urinario, el cuadro se autolimita, no era constante en el tiempo con exacerbaciones de 1 a 2 veces por año, la sintomatología aumentó desde hace un mes. Al ingreso presentaba edema generalizado de predominio en miembros inferiores y congestión pulmonar. El hemograma reportó: leucocitos:9990, hb:15.2, hto:46%, plaquetas:267000, uroanálisis: D:1.028, amarillo, ph:7.5, eritrocitos escasos, albúmina+, cilindros grasos+, cilindros granulados 2xC, fosfatos amorfos++, perfil lipídico: colesterol total:750, ldl:560, hdl:37, triglicéridos 766, albúmina sérica 1.4, creatinina:1.7, BUN:55, glucémia :77, calcio:7.6, fósforo:3.8, TSH:2.01(normal), C3-C4: normal, ANAS: negativos, proteinuria 24 horas: 4.28gramos, volumen urinario:900ml, ecografía renal: riñones con aumento de la ecogenicidad, derecho:129,6mmX62.3mmX84mm e izquierdo: 115.2mmX45.5mmX10.8mm. concluyendo: alteración en la diferenciación corticomedular con prominencia del sistema piramidal, PyC Ancas: negativos, HCV3:negativo, HbsAg: negativo, drepanocitos:negativos, gota gruesa: negativa, endoscopia de vías digestivas altas normal, colonoscopia normal. Se considera glomerulopatía primaria, manejo con diurético de asa, ieca, ara2, pulsos con metilprednisolona, estatina, asa, medidas higienicodietéticas, presenta mejoría en su evolución clínica, disminución de edemas, proteinuria 24 horas:55mg, depuración creatinina 24 horas: 97.7, creatinina sérica:0.8, se realiza biopsia renal: inmunofluorescencia: IgA: 3 glomérulos: +/+++, IgG 3 glomérulos +/+++, IgM 4 glomérulos +++/+++, C3: 3 glomérulos: negativo, C4: 3 glomérulos: negativo. Proliferación mesangial leve a moderada. Se da alta tras mejoría clínica.

Conclusiones. El diagnóstico de nefropatía por IgM debe ser considerado un diagnóstico de exclusión después de haber descartado causas infecciosas, neoplásicas, inmunoreumatológicas, entre otras causantes de síndrome nefrótico si éste es su presentación, existe una variabilidad en la respuesta a esteroides clasificándose como respondedores, no respondedores y dependientes a esteroides

NF-6**EXPRESIÓN “IN VIVO” DE PROTEÍNAS ASOCIADAS AL DIAFRAGMA DE FILTRACIÓN GLOMERULAR EN SÍNDROME NEFRÓTICO****ARIAS LUIS F, VIECO BE, ARTETA AA, HENAO DE, GIRALDO RD***Grupo PRYT, Departamento de Patología, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín – Colombia***Palabras clave.** Síndrome nefrótico, podocitos, nefrina, podocina, CD2Ap**Objetivos.** Determinar alteraciones en la expresión de proteínas asociadas al diafragma de filtración (PA-DF) en el tejido renal de pacientes con glomeruloesclerosis focal y segmentaria (GEFyS) y otras causas de síndrome nefrótico (SN).**Diseño del estudio.** Tejido renal provenientes de donantes renales (normal), pacientes con GEFyS, SN de otra causa y pacientes con enfermedad glomerular sin SN, fueron estudiados para expresión glomerular de nefrina, podocina, NEPH1, actinina-á4 y CD2AP, por inmunofluorescencia usando tejido fresco congelado.**Lugar del estudio.** Departamento de Patología, U. de A. Medellín.**Pacientes.** 7 donantes, 14 pacientes con GEFyS, 16 con SN por otras glomerulopatías, 7 con proteinuria no nefrótica y 2 con hematuria aislada.**Intervenciones.** Inmunofluorescencia indirecta en tejido renal**Mediciones.** Expresión de PA-DF, localización y patrón: granular o lineal.**Resultados.** En todos los pacientes con SN de diversa etiología la expresión de nefrina y actinina-á4 es irregular, discontinua y/o granular en la parte basal de los podocitos (parte externa de la membrana basal). En tejido renal normal y de pacientes sin proteinuria esta expresión es lineal. La podocina, NEPH1 y CD2AP muestran una expresión más uniforme, finamente granular, en la mayoría de casos con y sin síndrome nefrótico; sólo algunos casos con síndrome nefrótico presentaron pérdida de la expresión de podocina, nefrina o NEPH1.**Conclusiones.** En pacientes con SN hay pérdida de la distribución normal de la nefrina y de actinina-á4, indicando una desestructuración del diafragma de filtración (primaria o secundaria). Sólo en algunos casos de pérdida de la expresión o alteración particular de la expresión de PA-DF podemos sugerir que la enfermedad sea debida a alteraciones genéticas.

NF-7**PREVALENCIA DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN POBLACIÓN GENERAL DE BUCARAMANGA****TORO MÓNICA, VALENCIA L, GAMARRA G***Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga - Colombia.***Palabras clave.** Enfermedad renal crónica, insuficiencia renal, riesgo cardiovascular**Objetivos.** Determinar la prevalencia de enfermedad renal crónica (ERC) en adultos aparentemente sanos.**Diseño del estudio.** Estudio de corte transversal anidado en el proyecto INEFAC**Lugar del estudio.** Bucaramanga**Pacientes.** Sujetos adultos que participaron en el estudio INEFAC.**Intervenciones.** No se realizaron.**Mediciones.** Se determinó la tasa de filtración glomerular (eTFG) usando la fórmula de Cockcroft-Gault ajustando por el área de superficie corporal. Se determinó la frecuencia de otros factores de riesgo: antecedente de hipertensión y diabetes y la medición de presión arterial, glicemia en ayunas, perfil lipídico e índice de masa corporal.**Resultados.** Se incluyeron 1555 sujetos de 19 a 75 años (promedio 42.87); 67.14% fueron mujeres. El promedio de eTFG fue 98.32 mL/min/1.73 m² (IC 95% 97.21–99.43) y la creatinina sérica 0.86 (IC 95% 0.84–0.88). 971 sujetos (62.44%) fueron normales, 19 (1.22%) correspondieron a estadio 1 de ERC, 519 (33.38) a estadio 2, 44 (2.83%) a estadio 3. No hubo casos de estadio 4 y hubo 2 (0.13%) pacientes que estaban en terapia de reemplazo renal (estadio 5). La prevalencia de ERC (estadios 1-5) fue 37.56%; de ellos 7.88% tuvieron insuficiencia renal (estadios 3-5). Hubo mayor proporción de hipertensos y diabéticos dentro del grupo de participantes con ERC.**Conclusiones.** Existe una alta prevalencia de ERC en población de individuos aparentemente sanos que se detecta si se busca activamente. En individuos hipertensos y diabéticos existe mayor prevalencia de ERC.

NF-8**REPORTE DE CASO: MUJER DE 42 AÑOS CON GLOMERULONEFRITIS RAPIDAMENTE PROGRESIVA Y NEFRITIS INTERSTICIAL ASOCIADA****MONCADA VALLEJO PABLO ANDRÉS, POSADA JG, SCHWEINEBERG J, MESA L***Fundación Valle del Lili, Cali Colombia***Palabras clave.** Falla renal aguda, nefritis intersticial, glomerulonefritis, crescética.**Objetivos.** Describir la ocurrencia de dos entidades causantes de falla renal aguda y crónica en un mujer adulta.**Diseño del estudio.** Descripción de Caso Clínico**Lugar del estudio.** Fundación Valle del Lili, Cali**Pacientes.** Uno

Intervenciones. Mujer de 42 años con cuadro de disuria, polaquiuria y tenesmo vesical. Con alteraciones en sedimento urinario, interpretadas como infecciones urinarias recurrentes sin positividad en urocultivos. Con uso de múltiples tratamientos antibióticos incluyendo; ceftriaxona, nitrofurantoina, ampicilina, gentamicina, ampicilina, ciprofloxacina. Ingresó a nuestra institución con 2 semanas de edema facial y miembros inferiores, dolor abdominal epigástrico y náuseas, con orina turbia y fétida. Al ingreso presión arterial 107/66 frecuencia cardíaca de 84 por minuto. Con elevación marcada de azoados, sedimento urinario con células cilindros eritrocitarios, hematíes dismórficos y células altas escasas, sin bacterias, sí proteinuria. Se realiza diagnóstico de falla renal aguda con requerimiento de terapia sustitutiva renal (hemodiálisis). Ecografía Renal mostró cambios de nefropatía, con aumento difuso de su ecogenicidad.

Mediciones. Paciente se programa para la realización de biopsia renal guiada por ecografía.

Resultados. Reporte de biopsia renal con glomerulonefritis con proliferación celular y crescentes celulares. Asociado a nefritis intersticial asociado a infiltrado inflamatorio agudo. Inmunofluorescencia Renal IgM 3 glomérulos depósitos mesangiales granulares+/+++, C3; 3 glomérulos depósitos mesangiales granulares +/+++

Conclusiones. La asociación entre estas dos entidades en una paciente, es rara, la glomerulonefritis rápidamente progresiva se presenta en 7 personas por millón de habitantes. La asociación entre estas entidades es poco frecuente y generalmente asociada a un proceso vasculítico sistémico tal como la enfermedad de Churg-Strauss. Sin embargo la exposición de múltiples tratamientos antibióticos previo al desarrollo de falla renal podría producir la nefritis intersticial en este paciente

NF-9**ENDOCARDITIS BACTERIANA EN PACIENTES EN HEMODIÁLISIS. REVISIÓN DE CASOS CLÍNICOS EN EL PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE 1999-2007****TORRES SALTARÍN JAIME JOSÉ, SERNA J, SERRANO D, MORALES A, VALENCIA L***Nefrosalud RTS. Programa de Medicina, Facultad Ciencias de la Salud, Universidad del Quindío, Armenia – Colombia***Palabras clave.** Hemodiálisis, acceso vascular, endocarditis bacteriana.**Objetivos.** Identificar factores de riesgo para endocarditis bacteriana en pacientes sometidos a hemodiálisis crónica.**Diseño del estudio.** Revisión de casos clínicos.**Lugar del estudio.** Unidad Renal Nefrosalud RTS (Armenia, Quindío)**Pacientes.** Se presentan cinco casos de pacientes (3 hombres y 2 mujeres) sometidos a hemodiálisis crónica con catéter temporal funcionante con promedio de duración postimplante de 16 meses. Cuadro clínico consistente en síndrome febril, hipotensión sintomática, sobrecarga hídrica, intolerancia a la ultrafiltración y uno de ellos con manifestaciones de embolismo periférico en extremidades.**Intervenciones.** Hemocultivo, ecocardiograma transtorácico y antibiótico-terapia.**Mediciones.** Aislamiento de germen por hemocultivo y presencia de vegetaciones por ecocardiograma transtorácico.**Resultados.** El ecocardiograma transtorácico reportó las vegetaciones en el 100% de los casos. La válvula más comprometida fue la aórtica (60%), seguida por mitral (20%) y tricúspide (20%). Los hemocultivos fueron positivos para *S. Aureus* (40%) y *P. Aureginosa* (20%), en el 40% restante no se aisló germen. Recibieron tratamiento antibiótico con vancomicina y aminoglucósidos por cuatro a seis semanas. La mortalidad fue del 40%, la complicación valvular más frecuente fue la insuficiencia aórtica (40%) requiriendo recambio valvular. El principal factor de riesgo en éstos pacientes fue la presencia de catéter temporal para hemodiálisis.**Conclusiones.** La incidencia de esta complicación en esta Unidad Renal fue del 0,7% similar a la reportada en la literatura (1-6%). Todo paciente en hemodiálisis con catéter que presente síndrome febril, hipotensión y trastornos en la ultrafiltración se debe descartar endocarditis bacteriana debido a su alta tasa de mortalidad. El *S. Aureus* es el germen más común, pero bacterias gramnegativas han sido asociadas. La válvula aórtica es la más afectada seguida en frecuencia por la válvula mitral, tal como se encontró en este grupo de pacientes. La realización temprana de fístula arterio-venosa disminuiría la incidencia de endocarditis bacteriana en este grupo de pacientes.

NF-10**CONCORDANCIA ENTRE DOS MÉTODOS PARA ESTIMAR LA TASA DE FILTRACIÓN GLOMERULAR****HIGUERA JUAN DIEGO, VALENCIA L, OROZCO LC, URREGO JC, GAMARRA G***Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga - Colombia***Palabras clave.** Tasa de filtración glomerular, Cockcroft-Gault, MDRD**Objetivos.** Determinar la concordancia entre las ecuaciones de Cockcroft-Gault (CG) y MDRD usadas para estimar la tasa de filtración glomerular (eTFG)**Diseño del estudio.** Estudio de evaluación de pruebas diagnósticas.**Lugar del estudio.** Bucaramanga**Pacientes.** Sujetos entre 19 y 75 años que participaron en el estudio de cohortes INEFAC.**Intervenciones.** No se realizaron intervenciones.**Mediciones.** Se determinó la eTFG usando las fórmulas CG y MDRD. Se determinó además la frecuencia de comorbilidades: hipertensión y diabetes.**Resultados.** Se incluyeron en el análisis 1546 sujetos, 67,14% fueron mujeres y el promedio de edad fue 42.9 años (DE 13.26). La prevalencia de hipertensión, diabetes mellitus, o ambas fue 21.6%, 5.43% y 2.39%, respectivamente. El promedio de eTFG usando CG fue 98.47 mL/min/1.73m² (DE 22.01); 99.59 en mujeres y 96.18 en hombres. Utilizando MDRD el promedio fue 89.39 mL/min/1.73m² (DE 16.97); 87.88 en mujeres y 92.49 en hombres. La diferencia promedio global entre los dos estimados fue 9.08 mL/min/1.73m², 11.71 en mujeres y 3.69 en hombres. El coeficiente de correlación intraclass fue 0.70; 0.67 en mujeres y 0.78 en hombres.**Conclusiones.** Existe una buena concordancia en las mediciones obtenidas de la eTFG por los métodos CG y MDRD. La variabilidad observada en hombres fue menor que en mujeres.

NF-11**PRESENTACIÓN CASO CLÍNICO: FRACASO RENAL AGUDO COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA POR STREPTOCOCCO BORIS****MONTAÑA LÓPEZ JAIME ANDRÉS, TORRES J, SERNA J, GÓMEZ ME, MORENO M***Clínica Armenia. Nefrosalud RTS Armenia, Quindío - Colombia***Palabras clave.** Falla renal aguda, glomerulonefritis extracapilar, endocarditis(EI), CIV.**Objetivos.** Reporte de un caso de falla renal aguda en un paciente con endocarditis.**Diseño del estudio.** Caso Clínico**Lugar del estudio.** Clínica Armenia. Nefrosalud RTS Armenia**Pacientes.** Hombre de 43 años, conductor procedente de Caicedonia Valle, con antecedentes de comunicación interventricular (CIV) diagnosticada a los 17 años, historia de repercusión general de 6 meses de evolución que ingreso a urgencias por fiebre disnea progresiva y hemoptisis. Al examen físico regular estado general soplo holosistólico en precordio. Los paraclínicos de ingreso mostraban hematuria, cilindros hemáticos, Cr 10 mg/dl BUN 90 acidosis metabólica anemia trombocitopenia, hemocultivos positivos a streptococo bovis Se trato con hemodiálisis, ampicilina sulbactam 12 gm/IV día por 6 semanas gentamicina ajustado a la función renal.**Intervenciones.** Hemocultivos, hemodiálisis, Ecocardiograma transesofágico, antibioticoterapia, biopsia renal, cateterismo cardiaco y cierre de CIV**Mediciones.** Perfil inmunológico función renal, electrolitos, diuresis diaria, hemograma.**Resultados.** Hemocultivos: Positivo a estreptococo bovis. Ecocardiograma transesofágico: Presencia de tres vegetaciones móviles en válvula tricuspídea. Biopsia renal: Nefropatía asociada a complejos inmunes en estadios avanzados con componente de glomerulonefritis extracapilar (40%) con marcados cambios de cronicidad dados por esclerosis glomerular del 40% y fibrosis intersticial del 60%. Cateterismo cardiaco coronarias sanas**Conclusiones.** La EI bacteriana puede producir distintas lesiones renales como infartos, émbolos sépticos, glomerulonefritis aguda y nefritis intersticial. En este paciente la presentación como un síndrome nefrítico agudo con cilindros hemáticos es muy sugestiva de glomerulonefritis. La incidencia de glomerulonefritis en la EI oscila entre un 22-26%. La insuficiencia renal en la EI implica una mayor morbilidad y los pacientes que precisan diálisis fallecen con frecuencia. Este paciente respondió favorablemente a el tratamiento instaurado, hemodiálisis, ampicilina sulbactam 12gm/día por 6 semanas, gentamicina ajustada a la función renal por 4 semanas, prednisolona 1mg/kg día por un mes y se retiró paulatinamente. Se corrigió la CIV a los 2 meses, no hubo complicaciones. En la actualidad el paciente está fuera de diálisis y controles ambulatorios

NF-12**COMPARACIÓN ENTRE DEPURACIÓN DE CREATININA EN ORINA 24 HORAS Y ESTIMACION DE FUNCION RENAL POR FÓRMULA MDRD EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA, EXPERIENCIA EPS SUSALUD, 2005-2006****DELGADO JORGE FERNANDO, RODRÍGUEZ MA, MESA AM, TORO A***U.P.B. SUSALUD, Medellín - Colombia***Palabras clave.** Depuración de creatinina, MDRD**Objetivos.** Comparar depuración de creatinina orina 24 horas con depuración por fórmula MDRD**Diseño del estudio.** Estudio descriptivo, retrospectivo tipo correlacional en pacientes adscritos a SUSALUD, Medellín. Pacientes que asistieron a consulta de Medicina Interna del Programa de Protección Renal (PPR) con depuración de creatinina orina 24h. La fórmula MDRD se usó la disponible en: http://www.kidney.org/professionals/kdoqi/gfr_calculator.cfm**Lugar del estudio.** Medellín**Pacientes.** Pacientes que asistieron a consulta de Medicina Interna del Programa de Protección Renal (PPR) con depuración de creatinina orina 24h.**Intervenciones.** Ninguna**Mediciones.** Depuración de creatinina orina 24h.**Resultados.** 1416 pacientes, predominio femenino (53%), edad promedio 56,3 años, promedio depuración de creatinina orina 24h, 69,3 (DE 24,2); promedio depuración por MDRD, 62,3 (DE 17,5); promedio creatinina 1,19 (DE 0,4). Estadios: según depuración de creatinina: 1: 14,3%; 2: 53,9%; 3: 29%; 4: 2,5%; 5: 0,2%; según MDRD: 1: 6,7%; 2: 46,9%; 3: 44,1%; 4: 2,1%; 5: 0,3%. El valor de concordancia de las dos pruebas, medida a través del estadístico Kappa fue del 0,254 (z: 13,26, valor de $p < 0,00001$), con fuerza de concordancia débil, siendo la probabilidad que el resultado se deba al azar es de menos de 1 en 100.000. La correlación altamente significativa entre la MDRD y la depuración de creatinina en orina de 24h, del 57,8% ($p < 0,0001$), siendo el coeficiente de determinación del 33,4%, quiere decir que el 33,4% de la varianza de la MDRD es explicado por la depuración de creatinina orina de 24h. El análisis del test de los signos mostró que el 2,8% tuvieron el mismo valor de depuración, el 65,8% tuvo mayores valores en la depuración de creatinina que con MDRD, y el 31,3% dio el caso contrario, diferencias estadísticamente significativas (z: 13,14, $p < 0,001$).**Conclusiones.** la débil concordancia entre la depuración de orina 24h y la depuración por MDRD en este grupo de pacientes no permite sugerir el uso de ésta última, y teniendo en cuenta las dificultades con la depuración en su recolección e interpretación, se hace necesario nuevos estudios para poder recomendar la fórmula MDRD en población nuestra.

NF-13**NEFRITIS INTERSTICIAL AGUDA DE ETIOLOGIA INFECCIOSA****GIRALDO RICARDO, CARRIZOSA E***Fundación Santa Fé Bogotá, Bogotá, D.C. - Colombia***Palabras clave.** Nefritis intersticial aguda, leptospirosis**Diseño del estudio.** Reporte de caso**Lugar del estudio.** Fundación Santa Fe

Pacientes. Enfermedad actual 10 días evolución consistente en cefalea intensa, artralgia, dolores musculares intensos, fiebre intermitente para lo que tomo acetaminofen sin mejoría valorado en hospital local donde encuentran leucopenia y trombocitopenia. •Hospitalizado. Manejo soporte UCI •Evolución “desfavorable”. Compromiso hematológico, renal, hepático •Persistencia síntomas. •Valoración infectología, nefrología •PATOLÓGICOS: no refiere •QUIRÚRGICOS: no refiere. •FARMACOLÓGICOS: consumo previo de acetaminofen y dipirona. •TÓXICOS: no refiere. •TRANSFUSIONALES: no refiere Realizado 22 de marzo de 2008. UCI. •Buen estado general •SV: TA 100/70, FC: 110 lpm, FR: 20 rpm, T°: 36,5°C. Peso : 80 kg. •Orl: inyección conjuntival, mucosas ictericas •Cardio-pulmonar crépitos bibasales, Abdomen sin ascitis. •Petequias en miembros inferiores. •Resto normal. •Rápida evolución síntomas. •Artralgia, mialgia, cefalea, fiebre, petequias, rash miembros inferiores •Disnea, tos escasa con expectoración •Inyección conjuntival •Ictericia •Elevación rápida de azoados. •Proteinuria rango no nefrótico, leucocituria. •Trombocitopenia y neutropenia. •acidosis metabólica. •Riñones ecográficamente normales. •Sin otros antecedentes importantes.

Intervenciones. MANEJO ANTIBIOTICO CON AMPICILINA

Resultados. Hemograma con Leucopenia de 1690, N 83,6% (1480), L 8,16%, Hb 15.1 Hcto 44.1, Trombocitopenia de 56000, Pt 13,7/10,4, Inr 1,36, Ptt 31,7/26,4. Hiperbilirrubinemia de 8,96, con directa de 6,33, Indirecta de 2,63, Aumento de fosfatasa alcalina de 191, Ast 377, Alt 291 Creatinina 1,38, Bun 19,7 Serología dengue negativa Leptospira icterohemorrágica 1:200