



26 AL 29

NOVIEMBRE
2025

VIÑA 2025
DEL MAR

42

CONGRESO CHILENO
DE NEFROLOGÍA
HIPERTENSIÓN
Y TRASPLANTE RENAL

CAMINANDO HACIA LA
PRECISIÓN Y EQUIDAD
EN LA NEFROLOGÍA EN CHILE

VIÑA DEL MAR
2025
26 AL 29 DE NOV



Sociedad Chilena
de Nefrología

Talleres

ELECTROLITOS Y ACIDO BASE

NEFROLOGÍA CRÍTICA

TALLER DE ULTRASONOGRAFÍA Y PROCEDIMIENTOS EN LA
PRÁCTICA CLÍNICA DEL EQUIPO NEFROLÓGICO

ENFERMEDADES GLOMERULARES

Módulos

NEFROLOGÍA CRÍTICA

EJERCICIO Y ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

HERRAMIENTAS AL SERVICIO DEL NEFRÓLOGO

HEMODIÁLISIS CRÓNICA

NEFROLOGÍA INTERVENCIONAL

NUTRICIÓN

ENFERMEDAD GLOMERULAR

ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

HIPERTENSIÓN

REGISTROS

SALUD PÚBLICA

ENFERMERÍA NEFROLÓGICA

DIÁLISIS PERITONEAL

TRASPLANTE

GENÉTICA APLICADA AL DÍA A DÍA

Los invitamos a participar en nuestro XLII Congreso de Nefrología, Hipertensión y Trasplante Renal.

Con gran entusiasmo, les damos la más cordial bienvenida al XLII Congreso Chileno de Nefrología, Hipertensión y Trasplante Renal, que se llevará a cabo del 26 al 29 de noviembre de 2025 en el Hotel Sheraton Miramar de la ciudad de Viña del Mar.

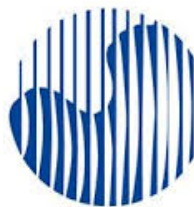
Este año, nos reunimos bajo el lema “Caminando hacia precisión y equidad en Nefrología en Chile”, una invitación a reflexionar y avanzar juntos hacia una atención nefrológica más justa, personalizada y de alto estándar para todos nuestros pacientes. Hemos preparado un programa científico de excelencia, que incluye conferencias magistrales, simposios, talleres clínicos, sesiones interdisciplinarias y espacios para la presentación de investigaciones emergentes.

Contaremos con la participación de destacados expertos nacionales e internacionales que abordarán temas clave en áreas como nefrología crítica, enfermedades glomerulares, diálisis, trasplante, genética, salud pública y más. Además, este encuentro será una valiosa oportunidad para compartir experiencias, fortalecer redes profesionales y proyectar juntos el futuro de nuestra especialidad.

Esperamos que esta edición del congreso sea para ustedes una instancia de aprendizaje, colaboración y crecimiento. ¡Nos vemos en noviembre!

Dra. Tamara Bórquez
Presidenta Sociedad Chilena de
Nefrología.

Dr. Álvaro Morales
Secretario Ejecutivo
XLII Congreso de Nefrología, Hipertensión y Trasplante Renal.



Sociedad Chilena de Nefrología

Directorio

Sociedad Chilena de Nefrología 2024-2026

Mesa Directiva

*Dra. Tamara Bórquez /Presidenta
Dra. Mireya Ortiz / Vicepresidenta
Dr. Sebastián Cabrera/ Tesorero
Dr. Rodrigo Orozco/ Past President*

Directores

*Fernando Jara / Hospital las Higueras –
Universidad de Concepción*

*Dra. Ingrid Arce / Hospital Regional de Valdivia –
Universidad Austral*

*Dra. Patricia Herrera/ Hospital del Salvador – S.S.
Sede Oriente D*

*Dra. Marcela Valenzuela / Hospital Sótero del Río –
S. S. Sede Sur Oriente*

*Dra. Pilar Acuña / Hospital San Juan de Dios - S.S.
Sede Occidente*

*Dra. Marina Leiva / Hospital Intercultural de Nueva
Imperial - Filial Austral*

Comité Científico

*Dr. Luis Michea
Presidente Comité Científico*

Dr. Leopoldo Ardiles

Dr Luis Toro

Dr. Sebastián Cabrera

Dr. Ricardo Valjalo

Dra. Maria Luisa Ceballos

Dra. Miriam Alvo

Dra. Paola Krall

Dr. Juan Pablo Huidobro

Dr. Cristian Amador

Dra. Elizabeth Hellman

Representante de Becados

*Dr. Camilo Díaz
Universidad de Chile*

Invitados Internacionales

Dr. Biff Palmer (USA)
Dra. Ashita Tolwani (USA)
Dr. Claudio Ronco (Italia)
Dr. Brad Rovin (USA)
Dra. Daniela Ponce (Brasil)
Dr. Eduardo Argaiz (México)
Dr. Hernán Trimarchi (Argentina)
Dra. Carmen De Miguel (USA)
Dr. Pablo Molina (España)
Dr. Marcelo Orias (Argentina)
Dr. Giovanni Montini (Italia)
Dr. Javier Arteaga (Argentina)
Dr. Jorge Rico (Colombia)

Invitados Nacionales

Dr. Rodrigo Julio
Dr. Rubén Torres
Dr. Vicente Torres
Dr. Luis Núñez
Dr. Gonzalo Ramírez
Dr. Ignacio Gacitúa
Dr. Fernando González
Nut. Macarena Arancibia
Dr. Ricardo Valjalo
Dra. Angela Poblete
Dr. René Clavero
Dra. Pilar Musalem
Dra. Andrea Lazcano
Dra. Paola Krall
Dr. Álvaro Ríos
Dr. Gonzalo Méndez
Dr. Vicente Sánchez Polo
Dra. Carolina Vásquez
Dra. Camila Melo
Dra. Carla Estremadoyro
Dr. Eduardo Lorca
Dr. Waldo Bernales
Dra. Carolina Garay
Dra. Maria Luisa Ceballos
EU Mag. Cristina Oteiza
EU Loreto González
EU Alejandra Rosas
Dr. Mauricio Espinoza
Dra. Paula Moscoso
Dra. Jacqueline Pefaur
Dr. Luis Toro
Dr. Jose Luis Rojas
Dra. Mireya Ortiz
Dr. Hugo Poblete
Dra. Carolina Sugg
Dr. Juan Pablo Huidobro
Dra. Magdalena Vera
Dra. Isabel Saldivia
Dra. Paulina Berthelón
Dr. Arturo Villalobos
Dra. Romyna Baghetti
Dr. Francisco Villagra
E.U. Carolina Oshiro

Invitado Nacional

“Conferencia Dr. Eduardo Katz”

**Reconocimiento a la trayectoria Médica
Dr. Jorge Münzenmayer**

Auspiciadores



Auspiciadores



MIÉRCOLES 26 DE NOVIEMBRE

08:00 - 08:30 ACREDITACIÓN

SALON SAUSALITO

ELECTROLITOS Y ACIDO BASE

- 08:30 - 09:00 Nuevos conocimientos sobre la fisiopatología y el tratamiento de la hiperpotasemia.
Dr. Biff Palmer (USA).
- 09:00 - 09:30 Acidosis metabólica en el paciente crítico: manejo médico y manejo dialítico
Dr. Rubén Torres (Chile)
- 09:30 - 10:00 Toma de decisiones en intoxicaciones.
Dr. Biff Palmer (USA).
- 10:00 - 10:30 Manejo de Hiperkalemia en urgencias.
Dr. Rubén Torres (Chile).
- 10:30 - 11:00 Preguntas

SALON BOMBAL A

NEFROLOGÍA CRÍTICA

- 08:30 - 09:00 Fenotipos de AKI
Dr. Rodrigo Julio
- 09:00 - 09:30 CVVH, CVVHD o CVVHDF: ¿Importa realmente la modalidad en la UCI?
Dr. Cristián Pedreiros (Chile)
- 09:30 - 10:00 El ABC de la prescripción de la TRRC
Dra. Ashita Tolwani (USA).
- 10:00 - 10:30 ¿Cuándo, a quién y cómo usar hemoadsorción?
Dr. Claudio Ronco (Italia).
- 10:30 - 11:00 Preguntas

SALON BOMBAL B

TALLER DE ULTRASONOGRAFÍA Y PROCEDIMIENTOS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DEL EQUIPO NEFROLÓGICO

- 08:30 - 10:30 PRIMER MÓDULO
- Valoración de volemia mediante ecoscopia con énfasis en sistema VExUS.
Dr. Eduardo Argaiz - Dra. Isabel Saldivia
 - Evaluación ecográfica de la fistula arteriovenosa y práctica en técnicas de punción vascular ecoguiada.
Dr. Francisco Villagra - Dr. Vicente Torres
 - Ecoscopia cardíaca en el paciente crítico.
Dra. Paulina Berthelón - Dra. Romyna Baghetti

11:00 - 11:15 RECESO

PLENARIA 1 - SALÓN BOMBAL A

- 11:15 - 11:45 Ecografía en el paciente cirrótico con lesión renal aguda.
Dr. Eduardo Argaiz (México).
- 11:15 - 11:45 Preguntas

ENFERMEDADES GLOMERULARES

- 12:00 - 12:30 ¿Cómo tratar Nefritis lúpica en adultos y niños al 2025?
Dr. Brad Rovin (USA).
- 12:30 - 13:00 Gammopatías monoclonales: lo que cambió y lo que viene.
Dr. Ricardo Valjalo (Chile).
- 13:00 - 13:15 Preguntas

NEFROLOGÍA CRÍTICA

- 12:00 - 12:30 Soporte Hepático.
Dr. Gonzalo Ramirez (Chile).
- 12:30 - 13:00 Complicaciones no clásicas en TRRC.
Dr. Álvaro Ríos (Chile).
- 13:00 - 13:15 Preguntas

TALLER DE ULTRASONOGRAFÍA Y PROCEDIMIENTOS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DEL EQUIPO NEFROLÓGICO

- 12:00 - 14:00 SEGUNDO MÓDULO
- Evaluación nutricional mediante ecografía + Bioimpedanciometría.
Dr. Pablo Molina - Nut. Macarena Arancibia
 - Ecoscopia de riñones nativos y técnica de biopsia renal percutánea.
Dr. Hans Müller - Dra. Beatriz Calderón
 - Taller de instalación de catéter peritoneal percutáneo.
Dr. Luis Nuñez - Dra. Valentina Ulloa

13:15 - 14:15 RECESO

ENFERMEDADES GLOMERULARES

- 14:15 - 14:40 Diagnóstico y tratamiento actual de la glomerulopatía membranosa.
Dr. Brad Rovin (USA).
- 14:40 - 15:15 Podocitopatías en la era de la medicina de precisión.
Dr. Gonzalo Méndez (Chile).
- 15:15 - 15:30 Preguntas

NEFROLOGÍA CRÍTICA

- 14:15 - 14:40 Plasmaféresis: ¿estamos listos para una nueva terapia inmunomoduladora en sepsis?
Dr. Ignacio Gacitúa (Chile).
- 14:40 - 15:15 Desescalando terapia y transición de TRR.
Dra. Ashita Tolwani (USA).
- 15:15 - 15:30 Preguntas

15:30 - 15:45 RECESO

TALLER DE NEFROLOGÍA CRÍTICA

3 plenarios interactivas basadas en un caso clínico de paciente crítico con requerimiento de terapia de soporte renal y/o multiorgánico

- 15:45 - 16:30 FMC
- 16:30 - 17:15 Vantive
- 17:15 - 18:00 Vaicmedical
"Más allá del trasplante DPMAS como aliado en falla hepática aguda"
Análisis práctico del soporte hepático con DPMAS, desde la indicación clínica al armado del circuito"
Dr. Rodrigo Julio - E.U. Camilla Tabilo

JUEVES 27 DE NOVIEMBRE

08:00 - 08:30 ACREDITACIÓN

BIENVENIDA

08:30 - 08:45 Bienvenida
Dr. Álvaro Morales - Saludo Presidenta SCHN

SALON VERGARA A

MÓDULO 1. NEFROLOGÍA CRÍTICA

- 08:45 - 09:05 **Uso no convencional de plasmaféresis.**
Dr. Gonzalo Ramírez
- 09:05 - 09:25 **Diálisis peritoneal de flujo continua en pediatría.**
Dra. Carolina Garay (Chile).
- 09:25 - 09:45 **Optimizando el uso de citrato en trastornos hidroelectrolíticos.**
Dra. Ashita Tolwani (USA).
- 09:45 - 10:15 Preguntas

SALON VERGARA B

MÓDULO 2. EJERCICIO Y ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

- 08:45 - 09:05 **Complicaciones renales y Ejercicio.**
Dr. Mauricio Espinoza (Chile).
- 09:05 - 09:25 **Efectos del ejercicio físico en personas con trasplante renal.**
Dra. Paula Moscoso (Chile).
- 09:25 - 09:45 **Rehabilitación cardiometabólica como estrategia de renoprotección en personas con diabetes e hipertensión.**
Dr. Lucas Opazo (Chile).
- 09:45 - 10:15 Preguntas

SALON VERGARA C

MÓDULO 3. HERRAMIENTAS AL SERVICIO DEL NEFRÓLOGO

- 08:45 - 09:05 **Presentaciones Efectivas Para Nefrólogos Que Inspiran: Guía práctica para comunicar ciencia e inspirar a tu audiencia.**
Dr. Cristian Pedreros (Chile).
- 09:05 - 09:25 **To tweet or not to tweet: las redes sociales y la ciencia moderna**
Dra. Carmen De Miguel (USA).
- 09:25 - 09:45 **Inteligencia artificial en nefrología: Utilidad o Peligro.**
Dr. Fernando González (Chile).
- 09:45 - 10:15 Preguntas

10:15 - 10:45 Break: Coffee - Activa-te.

10:45 - 11:25 Simposio Científico AstraZeneca – Transforming the management of hyperkalemia in chronic kidney disease: Challenges, advances, and the impact of zirconium cyclosilicate
Dr. Biff Palmer

PLENARIA 2

- 11:25 - 12:05 **Remodelando la protección renal en DM2 con semaglutida**
Dr. Jorge Rico
- 12:05 - 12:20 Preguntas

12:00 - 13:00 Simposio científico GSK (Vacunas) Cuidando al paciente renal: Prevención de Herpes Zóster con Shingrix
Dra. Hebe Vázquez
Moderador: Dr. Ricardo Valjalo

13:00 - 14:30 Receso

13:15 - 14:05 Simposio Almuerzo Axon Pharma "Update en DOACs en pacientes con daño renal"
Dr. Eduardo Lorca
Moderador: Christopher Collins

13:15 - 14:05 Simposio Almuerzo Vaicmedical "Hemoadsorción en cardiocirugía: Un viaje más allá de la evidencia"
Dr. Rodrigo Julio

MÓDULO 4. HEMODIÁLISIS CRÓNICA

- 14:30 - 14:50 **Estrategias para lograr una eliminación adecuada de toxinas urémicas de tamaño mediano-grande**
Dr. Claudio Ronco (Italia).
- 14:50 - 15:10 **Hemodiálisis incremental mucho más allá de diálisis bisemanal.**
Dr. Cristian Pedreros (Chile)
- 15:10 - 15:30 **Sobrehidratación, ultrafiltración y mortalidad ¿Cuánto es mucho?**
Dr. Claudio Ronco (Italia).
- 15:30 - 16:00 Preguntas

MÓDULO 5. NEFROLOGÍA INTERVENCIONAL

- 14:30 - 14:50 **¿Existe el agotamiento de capital vascular? Técnicas avanzadas de recanalización en estenosis venosas centrales.**
Dr. Luis Nuñez (Chile)
- 14:50 - 15:10 **FAV de alto flujo ¿Es necesario cerrar?**
Dra. Angela Poblete (Chile).
- 15:10 - 15:30 **¿Qué debe saber el nefrólogo sobre las fistulas arteriovenosas?**
Dr. René Clavero (Chile).
- 15:30 - 16:00 Preguntas

MÓDULO 6. NUTRICIÓN

- 14:30 - 14:50 **Nuevos paradigmas en la prevención de sarcopenia: Soporte nutricional oral e intradiálisis.**
Dr. Pablo Molina (España).
- 14:50 - 15:10 **Herramientas para LA valoración del Peso seco en diálisis pediátrica.**
Dra. Carolina Sugg (Chile).
- 15:10 - 15:30 **Un puzzle complejo: prurito en ERC.**
Dr. Pablo Molina (España).
- 15:30 - 16:00 Preguntas

Sociedad Chilena
de Nefrología

42

CONGRESO CHILENO
DE NEFROLOGÍA
HIPERTENSIÓN
Y TRASPLANTE RENAL

CAMINANDO HACIA LA
PRECISIÓN Y EQUIDAD
EN LA NEFROLOGÍA EN CHILE

PROGRAMA CIENTÍFICO

JUEVES 27 DE NOVIEMBRE

PLENARIA 3

16:15 - 17:00 **Discusión de casos clínicos**
Residentes de Nefrología y Dr. Biff Palmer.

17:00 - 17:30 **Break: Coffee - Activa-te.**

17:30 - 18:10 **Simposio Científico Astrazeneca Enfermedades Raras "Uso de Bloqueo del Complemento... Más allá de lo evidente"**
Dra. Paola Krall O.
Dra. Nicole Bascur P

PLENARIA 4

18:10 - 18:40 **Salud Digital en Nefrología.**
Dr. Claudio Ronco (Italia).

18:40 - 18:55 **Preguntas**

CEREMONIA DE INAUGURACIÓN DEL CONGRESO

19:00 - 19:20 **Palabras de las autoridades.**

19:20 - 20:00 **Conferencia Dr. Eduardo Katz: Reconocimiento a la Trayectoria Médica del Dr. Jorge Münzenmayer - Presenta Dr. Eduardo Barra**

20:05 **Cóctel de bienvenida**

PROGRAMA CIENTÍFICO

VIERNES 28 DE NOVIEMBRE

PLENARIA 5

08:00 - 08:30 TRRC en insuficiencia hepática: ¿cuándo y cómo?
Dra. Ashita Tolwani (USA).

08:30 - 08:45 Preguntas

08:45 - 09:25 Simposio Científico Astrazeneca: Del canon a la frontera: Dapagliflozina. Entre la evidencia consolidada y las promesas en el trasplante renal.
Dr. Sebastián Cabrera.

09:25 - 10:40 Revisión de Posters (Salón Bombal B)

09:25 - 10:05 Taller Vantive (Salón Sausalito AB)

10:10 - 10:40 Break: Coffee - Activa-te.

SALON VERGARA A

MÓDULO 7. ENFERMEDAD GLOMERULAR

10:40 - 11:00 Abordaje individualizado de la vasculitis en contextos clínicos complejos.
Dr. Hernán Trimarchi

11:00 - 11:20 Terapias celulares en enfermedades autoinmunes.
Dr. Brad Rovin

11:20 - 11:40 Glomerulopatía por C3: diagnóstico complejo y terapias emergentes.
Dr. Hernán Trimarchi

11:40 - 12:10 Preguntas

SALON VERGARA B

MÓDULO 8. ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

10:40 - 11:00 Biología molecular de la enfermedad renal crónica: desde el laboratorio a la cabecera del paciente.
Dra. Carmen de Miguel (USA).

11:00 - 11:20 CAKUT como principal causa de enfermedad renal crónica en niños.
Dr. Giovanni Montini (Italia).

11:20 - 11:40 ¿Cómo enfrentar la enfermedad renal crónica sin etiología?
Dra. Pilar Musalem (Chile)

11:40 - 12:10 Preguntas

SALON VERGARA C

MÓDULO 9. HIPERTENSIÓN

10:40 - 11:00 Hipertensión arterial en escenarios clínicos complejos: enfoque práctico.
Dr. Marcelo Orias (Argentina).

11:00 - 11:20 ¿Cómo tratar la hipertensión resistente en niños?: Denervar, combinar o nuevos fármacos.
Dra. María Luisa Ceballos (Chile).

11:20 - 11:40 Farmacogenética en hipertensión: hacia un tratamiento verdaderamente personalizado.
Dr. Marcelo Orias (Argentina).

11:40 - 12:10 Preguntas

PLENARIA 6

12:30 - 13:00 Diferencias de sexo en el rol de la endotelina 1 en la Enfermedad Renal Crónica.
Dra. Carmen De Miguel (USA).

13:00 - 13:15 Preguntas

14:00 - 14:40 Simposio Almuerzo Axon Pharma
Terapias combinadas en hipertensión: estrategias para la protección renal y cardiovascular
Dr. Marcelo Orias
Moderador: Christopher Collins

PROGRAMA CIENTÍFICO

VIERNES 28 DE NOVIEMBRE

MÓDULO 10. REGISTROS

- 15:00 – 15:10 **Glochi.**
Dr. Arturo Villalobos (Chile).
- 15:10 – 15:20 **Pre diálisis.**
Dr. Luis Toro (Chile).
- 15:20 – 15:30 **Donación y Trasplante.**
E.U. Carolina Oshiro (Chile).
- 15:30 – 15:40 **Diálisis peritoneal.**
Dra. Mireya Ortiz (Chile).
- 15:40 – 15:50 **Hemodiálisis.**
Dr. Hugo Poblete (Chile).
- 16:00 – 16:30 **Preguntas**

MÓDULO 11. SALUD PÚBLICA

- 15:00 – 15:15 **Mesa renal ¿Qué se ha hecho?**
Dr. René Clavero (Chile).
- 15:15 – 15:30 **Incentivando la derivación a diálisis peritoneal.**
Dr. Rubén Torres (Chile).
- 15:30 – 15:45 **Estrategias para mejorar el acceso al trasplante en Chile.**
Dra. Jacqueline Pefaur (Chile).
- 15:45 – 16:30 **Mesa redonda: Soluciones para brechas nefrológicas al 2025.**
Dr. Borquez/Dr. Cabrera/Dr. Toro /Dr. Lorca/ Dr. Clavero/FONASA/ DIGERA.

MÓDULO 12. ENFERMERÍA NEFROLÓGICA

- 15:00 – 15:20 **Primeros auxilios psicológicos en diálisis.**
EU Mag. Cristina Oteiza.
- 15:20 – 15:40 **Experiencias de modelos de cuidado interdisciplinario.**
EU Loreto González.
- 15:40 – 16:00 **¿Cómo monitorizar la hemodinamia en terapias de reemplazo renal continuo?**
EU Alejandra Rosas.
- 16:00 – 16:30 **Preguntas**

16:30 – 17:00 **Break: Coffee - Activa-te.**

17:00 – 17:40 **Simposio científico Boehringer – Empagliflozina en la frontera de la ERC: entre la evidencia y el desafío de la proteinuria residual**
Dra. Carla Estremadoyro Olivari, Nefróloga Hospital Barros Luco T., Residente de Unidad de Tratamiento Intermedio, Hospital Padre Hurtado.

PLENARIA 7

- 17:40 – 18:10 **Terapias innovadoras en nefropatía por IgA ¿hacia la remisión completa?.**
Dr. Brad Rovin (USA).
- 18:10 – 18:25 **Preguntas.**

PROGRAMA CIENTÍFICO

SÁBADO 29 DE NOVIEMBRE

SALON VERGARA A

PLENARIA 8

- 08:30 – 09:00 **Glomerulopatías recurrentes en el trasplante pediátrico: visión 2025.**
Dr. Giovanni Montini (Italia)
- 09:00 – 09:15 **Preguntas.**

SALON VERGARA B

- 09:15 – 09:45 **Simposio Novartis: Nuevas Perspectivas en Nefropatía por IgA**
Dr. Hernán Trímarchi
Moderador: Dr. Ricardo Valjalo
- 09:45 – 09:55 **Preguntas**

SALON VERGARA C

- 08:30 – 09:00 **Simposio Científico Nipro: "Hemodiálisis Expandida; Mucho más que una nueva opción para los pacientes en Latinoamérica".**
Dr. José Antonio Dorta – Director Médico Nipro LATAM.
Moderador: Sr. Francisco Javier Fernández – Gerente División Renal Nipro Chile
- 09:00 – 09:15 **Preguntas.**

SIMPOSIO SLANH/SOCHINEFRO

- Moderadores: Dra Tamara Borquez - Dr. René Clavero*
- 09:15 – 09:30 **Situación de la ERC en América Latina.**
Dr. Vicente Sánchez Polo. Presidente SLANH
- 09:30 – 09:45 **Situación de la diálisis peritoneal en América Latina. Retos y oportunidades.**
Dra Daniela Ponce. Consejera regional SLANH
- 09:45 – 10:00 **Situación actual del Trasplante en América Latina.**
Dra Carolina Vásquez, Presidenta electa SLANH
- 10:00 – 10:10 **Preguntas y respuestas**

TRABAJOS LIBRES

- 10:10 – 10:20 **Folio 46**
Síndrome riñón-pulmón por glomerulonefritis por C3 secundaria a mieloma múltiple: un desafío diagnóstico, donde la clave es la biopsia renal.
Dra. Tamara Jiménez
- 10:20 – 10:30 **Folio 92**
Impacto de la rehabilitación física en personas con enfermedad renal crónica avanzada: evidencia de un centro chileno.
Dr. Gianpiero Mas Nicovani
- 10:30 – 10:40 **Folio 93**
Hemodiafiltración de alto volumen en Chile: evaluación de costo-efectividad e implementación progresiva en el sistema público.
Dr. Cristian Pedreros
- 10:40 – 10:50 **Folio 106**
Eliminación de toxinas urémicas unidas a proteínas: ¿puede la combinación membranas de corte medio y hemoadsorción igualar la eficacia de la hemodiafiltración postdilucional?.
Dr. Gonzalo Ramírez
- 10:50 – 11:00 **Folio 116**
Carga oculta de la enfermedad renal crónica: resultados de un screening poblacional en el hospital clínico universidad de Chile.

TRABAJOS LIBRES

- 10:10 – 10:20 **Folio 66**
Desarrollo de una herramienta de predicción para la progresión de poliquistosis renal autosómica dominante basado en machine learning.
Dra. Paola Krall
- 10:20 – 10:30 **Folio 90**
Mediante Oxford Nanopore para pacientes con poliquistosis renal autosómica dominante.
Dra. Macarena Cajardo
- 10:30 – 10:40 **Folio 105**
Resultados clínicos de una estrategia de desensibilización en pacientes altamente sensibilizados candidatos a trasplante renal.
Dr. Camilo Díaz
- 10:40 – 10:50 **Folio 112**
Alta carga cardiometabólica en pacientes con enfermedad renal crónica derivados a nefrología digital: experiencia del Servicio de Salud Metropolitano Oriente (SSMO)
Dra. Camila Herrera
- 10:50 – 11:00 **Folio 118**
Síndrome de Sneddon asociada a microangiopatía trombótica renal.
Dr. Henry Aragón

TRABAJOS LIBRES

- 10:10 – 10:20 **Folio 32**
Las células dendríticas son necesarias para la fibrosis renal en la NXS/6 y presentan un perfil transcripcional pro-fibrótico en la UOU
Dr. Javier Reyes
- 10:20 – 10:30 **Folio 58**
Bloqueo farmacológico del receptor de alfa-cetoglutarato-1 (OXGR1) previene el aumento de la presión arterial en ratones con infusión crónica de angiotensina II.
Dr. Alexis González
- 10:30 – 10:40 **Folio 67**
La inhibición de histonas deacetilasa (HDAC) de clase I/IIA usando valproato promueve la mantención de la identidad celular en organoides humanos de riñón sometidos a ambiente diabético nefrótico.
Dr. Claudio Cappelli
- 10:40 – 10:50 **Folio 91**
NGAL modula la natriuresis durante la alta ingesta de sodio con dimorfismo sexual.
Dr. Patricio Araos
- 10:50 – 11:00 **Folio 109**
Glucagon, hipertensión y daño renal: ¿nuevas acciones anti-hipertensivas de glucagón en el nefrón?
Dr. Luis Michea

SÁBADO 29 DE NOVIEMBRE

11:00 – 11:30 Break: Coffee - Activa-te.

MÓDULO 13: DIÁLISIS PERITONEAL

- 11:30 – 11:50 ¿Cómo preservar la membrana peritoneal desde el niño al adulto?
Dr. Javier Arteaga (Argentina).
- 11:50 – 12:10 Avanzando hacia la diálisis peritoneal como modalidad inicial preferente.
Dra. Daniela Ponce (Brasil).
- 12:10 – 12:30 Evaluación de la falla de ultrafiltración: ¿es rescatable?
Dr. Javier Arteaga (Argentina)
- 12:30 – 13:00 Preguntas

MÓDULO 14: TRASPLANTE

- 11:30 – 11:50 Uso de riñones de "alto" riesgo: aumentando el pool para beneficiar a más pacientes.
Dr. Juan Pablo Huidobro
- 11:50 – 12:10 Reflujo postrasplante renal: ¿tolerar, intervenir o prevenir?
Dr. Giovanni Montini (Italia).
- 12:10 – 12:30 "A pesar de todo, si puede aumentarse el procuramiento en Chile"
Dr. Fernando González
- 12:30 – 13:00 Preguntas

MÓDULO 15: GENÉTICA APLICADA AL DÍA A DÍA

- 11:30 – 11:50 La ruta del ADN: desde la toma de muestra hasta el informe de resultados.
Dra. Camila Melo
- 11:50 – 12:10 Terapias innovadoras en nefropatías hereditarias: ¿a quién, por qué y cómo?
Dra. Andrea Lazzano (Chile)
- 12:10 – 12:30 Decisiones clínicas en nefrogenética: análisis de casos con expertos.
Dr. Waldo Bernales
- 12:30 – 13:00 Preguntas

PLENARIA 10

- 13:15 – 13:45 Diálisis peritoneal en escenarios clínicos complejos: ¿cómo y cuándo?.
Dra. Daniela Ponce (Brasil)
- 13:45 – 14:00 Preguntas

- 14:00-14:15 Cierre de Congreso
- 16:00 – 17:00 Reunión de Asamblea
- 21:00 Cena Clausura

ÍNDICE

Características clínico-patológicas y genéticas de la podocitopatía difusa cortico-resistente. Reporte de casos en la zona norte de Chile.....	21
Atravesando fronteras en la glomerulopatía c3.....	24
Hemofilia a y diálisis. Primer caso descrito en Chile	25
Intervenciones basadas en alfabetización en salud mejoran conocimiento, autogestión y calidad de vida en pacientes renales: una scoping review	27
Cuidados y mantenimiento de la fístula arteriovenosa en hemodiálisis: una scoping review de la evidencia reciente.....	29
Manejo renal del agua en una serie de pacientes pediátricos con poliquistosis renal autosómica dominante.	31
Terapia trombolítica con alteplase en catéteres disfuncionantes de hemodiálisis: resultados de un estudio clínico chileno.....	33
Terapia anti-cd20 de segunda generación en síndrome nefrótico corticodependiente/recaedor frecuente: reporte de un caso con uso de obinutuzumab.....	34
Uso de rituximab en síndrome nefrótico pediátrico corticodependiente y corticorresistente. experiencia de un centro.....	35
Caracterización del uso de agonistas del receptor de glp-1 en enfermedad renal crónica 4-5 y pacientes con glomerulopatías.....	39
Tamizaje de deterioro cognitivo leve en adultos mayores en hemodiálisis crónica del hospital de Angol .41	
Hipocloremia de ingreso como factor de riesgo de morbimortalidad intrahospitalaria en pacientes con insuficiencia cardíaca aguda	44
Desafío en el ingreso a la diálisis peritoneal en agotamiento vascular severo: paciente con hernia gigante, obesidad, aumento de presión intraabdominal e inicio agudo.....	46
Síndrome nefrótico cortico dependiente y recaedor frecuente en pediatría. Serie de casos.....	47
“Más allá de la inmunofluorescencia: el rol de la pronasa en una nefropatía fibrilar con restricción de cadena liviana”	49
Las células dendríticas son necesarias para la fibrosis renal en la nx5/6 y presentan un perfil transcripcional pro-fibrótico en la uuo	52
Glomerulonefritis c3 asociada a gammapatía monoclonal: un desafío diagnóstico entre la glomerulopatía por complemento y la gammapatía monoclonal de significancia renal	53
Reversión de síndrome nefrótico refractario con infusión de plasma en glomerulopatía c3. Una terapia olvidada.....	55
Cuando dos clones hablan el mismo idioma: mieloma múltiple biclonal iga e igg con clínica típica.....	56
Podocitopatía secundaria a uso de inhibidor de check-point: a propósito de un caso	60
Bola fúngica por candida albicans en paciente trasplantada renal: reporte de un caso	65
Dispositivo kidney-on-a-chip de túbulo contorneado proximal, plataforma de estudio en nefrología.....	66

Síndrome nefrótico en paciente con vih: ampliando el diagnóstico diferencial.....	67
Glomerulopatía por c3 como manifestación histológica de vasculitis anca	68
Síndrome riñón-pulmón por glomerulonefritis por c3 secundaria a mieloma múltiple: un desafío diagnóstico, donde la clave es la biopsia renal.	69
Efectos del uso de inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 en pacientes con enfermedad renal crónica grado 4 y 5.....	72
Caracterización del uso de agonistas del receptor de glp-1 en enfermedad renal crónica 4-5 y pacientes con glomerulopatías.....	73
Síndrome nefrótico en embarazo, presentación de 5 casos clínicos biopsiados, manejo terapéutico y outcome materno-fetal.....	74
Tuberculosis renal, una realidad actual. Presentación de dos casos clínicos	76
Estudio descriptivo del perfil clínico y epidemiológico de pacientes en seguimiento ambulatorio en la unidad de cuidados renales avanzados del hospital guillermo grant benavente	77
Evolución de las vasculitis renales anca positivas en el período post pandemia covid-19 en complejo asistencial dr. Víctor ríos ruiz los ángeles provincia biobio chile.....	78
Dos hermanos, un mismo destino tubular: gitelman en familia	83
Acidosis tubular renal distal tipo i hipokalémica con nefrocalcinosis: integración longitudinal de hallazgos clínicos, bioquímicos y de imagen	84
Hipercalcemia dependiente de pth en paciente con cáncer de colon metastásico: importancia de un abordaje sistemático	85
Bloqueo farmacológico del receptor de alfa-cetoglutarato-1 (oxgr1) previene el aumento de la presión arterial en ratones con infusión crónica de angiotensina II	86
Glomerulonefritis anca negativo, a propósito de un caso.....	87
Depósitos de c3 en nefropatía por iga : análisis clínico – patológico de una cohorte.....	88
Relación entre la fuerza de presión manual y el riesgo de muerte y hospitalización en pacientes en hemodiálisis crónica en el hospital de ancud	89
Estudio de trombofilia y reanálisis de exoma: 2 casos pediátricos de trombosis de injerto renal	90
Test rápido inmunocromatográfico para la detección de anticuerpos anti-factor h en sospecha de microangiopatía trombótica mediada por complemento en una serie de casos.....	91
Desarrollo de una herramienta de predicción para la progresión de poliquistosis renal autosómica dominante basado en machine learning	93
La inhibición de histonas deacetilasa (hdac) de clase i/ii usando valproato promueve la mantención de la identidad celular en organoides humanos de riñón sometidos a ambiente diabético nefrópata	95
Endocarditis infecciosa y vasculitis asociada a anca: coexistencia, un reto diagnóstico.	98
Vasculitis asociada a anca mpo en paciente con aortitis y síndrome de sweet: reporte de un caso.....	99
Síndrome de wünderlich: un síndrome, dos casos, dos etiologías.....	100

Depósitos de c4d en membranas basales tubulares en nefritis por virus bk de presentación tardía: reporte de caso.....	101
Análisis descriptivo de un grupo de pacientes con glomerulonefritis membranosa. Experiencia de más de 20 años.....	103
Torquetenovirus como biomarcador de inmunosupresión: desarrollo de una estrategia de cuantificación por qpcr para trasplante renal.....	105
Variabilidad microbiológica de los gérmenes causantes de peritonitis más frecuentes en diálisis peritoneal revisión desde los años 2015 al 2025 y sus implicancias en el manejo médico y de enfermería del complejo asistencial barros luco trudeau.	107
Caracterización del uso de agonistas del receptor de glp-1 en enfermedad renal crónica 4-5 y pacientes con glomerulopatías.....	108
Microangiopatía trombotica secundaria a hipertensión maligna: reporte de caso	110
Síndrome de guillain-barré, un invitado inesperado en un brote de nefritis lúpica: reporte de caso	112
Recidiva de gefs en trasplante renal pediátrico, un caso complejo de final inesperado.....	114
Caracterización de la poliquistosis renal autosómica dominante (adpkd) basada en datos observados en vida real desde la perspectiva de la población beneficiaria del servicio de salud araucanía sur.....	115
Tocilizumab como causa rara de glomerulonefritis membranoproliferativa por complejos inmune en el post trasplante: reporte de un caso	117
Síndrome nefrítico hipocomplementemico con elevación de factor reumatoideo en vasculitis asociada a anca: reporte de 2 casos.....	119
Validación y desarrollo de estrategia de secuenciación de pkd1 mediante oxford nanopore para pacientes con poliquistosis renal autosómica dominante.....	120
Ngal modula la natriuresis durante la alta ingesta de sodio con dimorfismo sexual	121
Impacto de la rehabilitación física en personas con enfermedad renal crónica avanzada: evidencia de un centro chileno.....	123
Hemodiafiltración de alto volumen en chile: evaluación de costo-efectividad e implementación progresiva en el sistema público.....	125
Dieta muy baja en proteínas suplementada con cetanoálogos: prevención de la hipoalbuminemia y función renal en pacientes con erc avanzada del hospital provincial del huasco de la comuna de valleran.	129
Prevención de la infección urinaria recurrente post trasplante renal con inmunoprofilaxis con vacuna bacteriana sublingual: reporte de caso	134
Eficacia comparativa de la hemodiafiltración post- dilucional de alto volumen versus hemodiálisis con membrana de corte medio y hemoadsorción con ha130 en la depuración de moléculas medianas: estudio clínico cruzado	135
Aplicación integrada de herramientas nutricionales y funcionales en enfermedad renal crónica avanzada: estudio piloto.....	139
Enfermedad por citomegalovirus resistente en trasplante renal, a propósito de un caso.....	142
Nefritis intersticial por enfermedad relacionada con ig g4, un desafío diagnóstico	143
Filtración peritoneo pleural (fpp) en pacientes en diálisis peritoneal (dp), experiencia en hospital la serena	

con diagnóstico mediante peritoneografía por tac (pegrtac).....	145
Neoplasia hepatocelular mixta en paciente pediátrico con enfermedad renal terminal: integración nefro-oncológica para terapia quimio-dialítica coordinada	147
Resultados clínicos de una estrategia de desensibilización en pacientes altamente sensibilizados candidatos a trasplante renal.....	148
Caracterización del uso de agonistas del receptor de glp-1 en enfermedad renal crónica 4-5 y pacientes con glomerulopatías.....	151
Ketamina como tóxico nefro-urológico: dos casos de “pielonefritis” bilateral con urocultivo negativo...	153
Glucagon, hipertensión y daño renal: ¿nuevas acciones anti-hipertensivas de glucagon en el nefrón?.	155
Antibióticos y anuria, no todo es nefritis intersticial: a propósito de un caso.....	157
Manejo de comunicación pleuroperitoneal en diálisis peritoneal con retorno exitoso a la técnica: reporte de dos casos	158
Alta carga cardiometabólica en pacientes con enfermedad renal crónica derivados a nefrología digital: experiencia del servicio de salud metropolitano oriente (ssmo)	160
Síndrome hemolítico urémico atípico en paciente adulta mayor: recuperación renal tras inhibición de c5 con ravulizumab.	161
Infecciones urinarias postrasplante renal: incidencia, microbiología y factores asociados en una cohorte ambispectiva del hospital del salvador (2022–2024)	163
Objetivos altos de hemoglobina y disminución anual de vfge en trasplante renal: revisión sistemática y metanálisis de estudios clínicos aleatorizados.....	166
“Carga oculta de la enfermedad renal crónica: resultados de un screening poblacional en el hospital clínico universidad de chile”	168
Embarazo de mujer con diabetes mody tipo 5, con sistema automatizado de insulina, enfermedad renal crónica y síndrome hipertensivo del embarazo, con resultado materno-fetal exitoso: reporte de caso.....	173
Síndrome de sneddon asociada a microangiopatía trombótica renal.....	175
Alteraciones del metabolismo óseo en paciente oncológico: de los electrolitos urinarios a la fisiopatología.	176
El rol de la terapia de reemplazo renal continua en el paciente crítico séptico en una unidad de cuidados intensivo médico-quirúrgica.....	177
Ángulo de fase como predictor del estado nutricional y fragilidad en una cohorte de pacientes en hemodiálisis.....	179
Efectos de la terapia de alfa cetoanálogos en adultos mayores con enfermedad renal crónica avanzada.	181
Un delicado equilibrio: carcinoma de células renales de novo en injerto renal tratado con radiofrecuencia.....	183
Evaluación nutricional integral en pacientes con enfermedad renal crónica: dinamometría y antropometría como indicadores de masa magra	184
Caso lupus like.....	185
Impacto del uso de alfa cetoanálogos y del manejo nutricional en enfermedad renal crónica g4 y g5. expe-	

riencia de 4 años de uso en hospital clínico san borja arriarán	187
Compromiso renal persistente en mieloma múltiple con remisión hematológica: reporte de caso	190
Proteinuria persistente y progresiva en esclerosis sistémica difusa: una forma de compromiso vascular.	191
Nefropatía por iga.....	192
Nefritis tubulointersticial por células plasmáticas igm-positivas (igmpc-tin): reporte de un caso.....	193
Evaluación e impacto de los factores de riesgo cardiovascular asociados a la progresión de la enfermedad renal crónica en el programa de salud cardiovascular.....	194
Falla renal secundaria a intoxicación por vitamina d.....	196
Bioimpedanciometría en la prevención del daño cardiovascular en pacientes pediátricos con enfermedad renal crónica en diálisis peritoneal	197
Glomerulopatía por c3: caracterización clínica, histológica y evolución de 11 casos en el hospital barros luco trudeau.....	199
Instalación de catéter percutáneo de diálisis peritoneal: 4 años de innovación en hospital regional.....	200
Púrpura trombocitopénica inmune de novo en receptor de trasplante renal: inusual caso clínico.....	201
Sobreposición de lupus eritematoso sistémico y vasculitis anca inducidos por hidralazina: una causa infrecuente de glomerulonefritis	202
Renal effects of chronic fructose consumption: sglt5 modulation and endothelial alterations	203
Cristaluria por foscarnet: el sedimento de orina al rescate para explicar alteraciones tubulares.....	204
Enfermedad renal por depósito de cadenas pesadas secundaria a plasmocitoma óseo solitario: primer reporte de la literatura.....	206
Fractura espontánea de catéter de diálisis peritoneal y disfunción asociada: reporte de dos casos sincrónicos.....	210
Shu atípico y mutacion gen cd46.Reporte de un caso.....	213
Excelente respuesta a anticuerpo anti-cd20 tipo II (obinutuzumab) en síndrome nefrótico multidroga-dependiente y resistente a rituximab.....	214
Simulación de la dosis objetivo en hemodiálisis incremental bisemanal para niños menores de 15 kg con función renal residual basada en el modelo cinético de la urea.....	215
Uso de monitoreo remoto (mr) en una cohorte de 29 pacientes en diálisis peritoneal automatizada (dpa).....	217
Caracterización del uso de agonistas del receptor de glp-1 en enfermedad renal crónica 4-5 y pacientes con glomerulopatías.....	218
Glomeruloesclerosis focal y segmentaria (gefs) en niños causada por variante del gen nup 160: reporte de un caso.....	219
Déficit de vitamina d, el olvidado de diálisis. Experiencia del hospital regional de valdivia.....	220
Hallazgos oncológicos incidentales en receptores de trasplante renal.....	221

Recurrencia de glomerulosclerosis focal y segmentaria (rgefs) en segundo trasplante. Tratamiento con ofatumumab. Reporte de caso	222
--	-----

CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-PATOLÓGICAS Y GENÉTICAS DE LA PODOCITOPATÍA DIFUSA CORTICO-RESISTENTE. REPORTE DE CASOS EN LA ZONA NORTE DE CHILE

Trabajo 12

Categoría de Trabajo: Caso Clínico

Tema de Trabajo: Nefrología

Autores: María Guadalupe Hernández Boscán, Francisco Cammarata Scalís, Carolina Peralta Aros, Ximena Rocca Solís, J. Daniel Carpio

Lugar de Trabajo: 1. Unidad de Nefrología y Diálisis. Servicio de Medicina Interna. Hospital Regional de Antofagasta. 2. Servicio de Pediatría. Policlínico de Genética Clínica. Hospital Regional de Antofagasta. 3. Servicio de Pediatría. Policlínico de Nefrología Infantil. Hospital Regional de Antofagasta. 4. Unidad de Nefrología, Diálisis y Trasplante Renal. Hospital del Salvador. Santiago. 5. Unidad de Nefrología. Laboratorio de Nefrología y Unidad de Microscopía Electrónica. Universidad Austral de Chile. Hospital Base Valdivia.

Introducción: Las podocitopatías son un grupo de enfermedades glomerulares que suelen presentarse como síndrome nefrótico. Frecuentemente, la biopsia renal muestra Glomeruloesclerosis Focal y Segmentaria (GEFS) o enfermedad de cambios mínimos (ECM). En adultos jóvenes (<20 años), 10-25 % evolucionan a Síndrome Nefrótico Cortico-resistente (SNCR) y generalmente presentan borramiento pedicelar difuso en la microscopía electrónica (ME). Aunque la causa genética es relativamente frecuente en este grupo, en Chile, hasta la fecha, su estudio no es rutinario. En la zona norte del país, por primera vez, se realiza como práctica clínica habitual.

Casos Clínicos: Se presentan 6 pacientes con SNCR entre 7 y 20 años (3 hombres) con biopsias renales de podocitopatía difusa sin presencia de inmunocomplejos. Cuatro con GEFS que evolucionaron a insuficiencia renal crónica (2 están en programa de hemodiálisis y 2 recibieron trasplante renal). Dos con ECM, sin falla renal. En los 6 casos se realizó estudio genético (panel de secuenciación masiva y exoma) que demostraron variantes genéticas de incidencia poco conocida en Chile. Dos de los 6 casos presentaron variantes genéticas relacionadas con etiopatogenia de la podocitopatía, ambos con GEFS. Un paciente con variante patogénica y de significado incierto del gen NPHS2 y otro con 2 alelos de riesgo para el gen APOL1.

Conclusiones: Pacientes <30 años con SNCR tienen indicación de biopsia renal y estudio genético. En esta revisión, 1/3 de los casos estuvieron relacionados a causa genética. En nuestro conocimiento, es el primer análisis genético de pacientes con podocitopatías y SNCR en la zona norte de Chile.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-PATOLÓGICAS Y GENÉTICAS DE LA PODOCITOPATÍA DIFUSA CORTICO-RESISTENTE. REPORTE DE CASOS EN LA ZONA NORTE DE CHILE

Tabla No. 1: Características clínico-patológicas y evolución.

No. Paciente	Edad (años) Inicio enfermedad	Edad * (años)	Sexo	Proteinuria* 24 hs (grs)	Albumina* Sérica (gr%)	Creatinina* (mg/dL)	Micro Hematuria*	HTA	Tratamiento de 2da línea	Resultado de biopsia	Evolución
1	3	19**	F	5.4	1.52	0.98	Si	No	MMF Después: CNI (Tacrolimus)	MO: ECM ME: Borramiento pedicelar difuso (>80%) sin inmunocomplejos.	Sin falla renal.
2	18	20	M	DND	DND	DND	DND	Si	MFS.	MO: GEFS ME: Borramiento pedicelar difuso (>80%) sin inmunocomplejos.	ERCT en HD, después: Trasplante renal: sin reaparición de enfermedad a un año de trasplante.
3	16	16	M	25.1	0.9	No	Si	Si	CNI (Tacrolimus). Después: RTX	MO: GEFS ME: Borramiento pedicelar difuso (>80%) sin inmunocomplejos.	ERCT en HD. En estudio pre-trasplante renal.
4	15	15	F	4.0	2.6	0.58	Si	Si	No	MO: GEFS ME: Borramiento pedicelar difuso (>80%) sin inmunocomplejos.	ERCT en HD, después: Trasplante renal: presentó reaparición de enfermedad a los 5 días del trasplante. Buena respuesta a TRP: 5 sesiones. Sin proteinuria actual.
5	11	20	M	5.19	DND	1.75	Si	Si	No	MO: GEFS ME: Borramiento pedicelar difuso (>80%) sin inmunocomplejos.	ERCT en HD. En estudio pre-trasplante renal.
6	14	16	F	7.17	1.98	0.7	No	No	MMF. Después: CNI (Tacrolimus).	MO: ECM ME: Borramiento pedicelar difuso (>80%) sin inmunocomplejos.	Sin falla renal.

*: Al momento de la biopsia renal. **: Edad al momento de la 3ra biopsia renal.

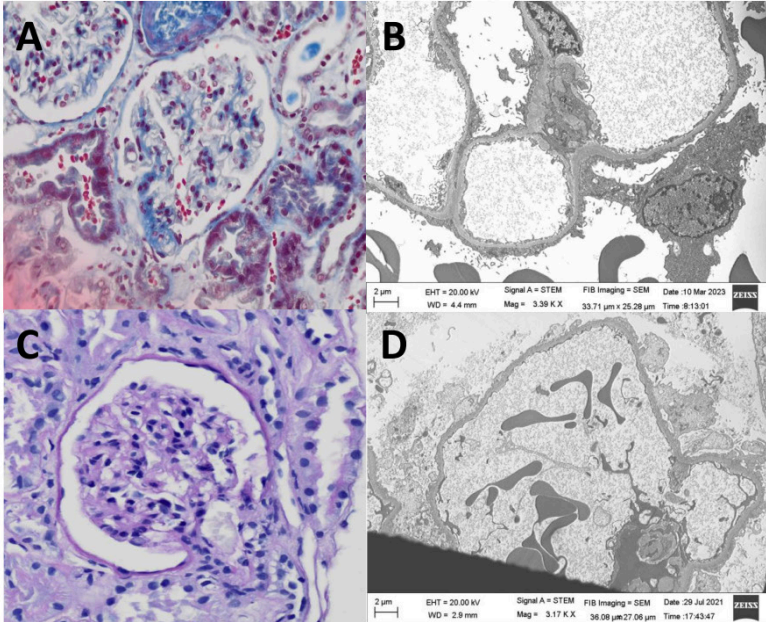
HTA: Hipertensión arterial. CNI: inhibidor de calcineurina. MFS: Micofenolato sódico. MMF: Micofenolato mofetil. RTX: Rituximab. MO: Microscopía óptica. ME: Microscopía electrónica. ERCT: Enfermedad renal crónica terminal. HD: Hemodiálisis. TRP: Terapia de recambio plasmático. DND: Dato no disponible.

Tabla No. 2: Resultados de estudio genético para variantes de genes asociados a Síndrome Nefrótico/Podocitopatía.

No. Paciente	GEN	Variante	Zigocidad	Forma de herencia	Clasificación de variante	Estudio segregación familiar	Interpretación de resultado
1	COL4A6	c.2809C>T (p.Arg937Cys)	heterocigoto	Recesivo Ligado a X.	Variante de significado incierto		No explica causa genética pero tampoco la descarta, se realizará estudio genético ampliado: exoma.
2	APOL1	c.1024A>G (p.Ser342Gly)	homocigoto (G1/G1)		Variante de significado incierto		Si explica causa genética de podocitopatía: las variantes G1 y/o G2, homocigoto o heterocigoto se asocia a alto riesgo de desarrollo de GEFS.
3	XPO5	c.2159G>A (p.Arg720Gln)	heterocigoto	Autosómico Recesivo.	Variante de significado incierto		No explica causa genética pero tampoco la descarta, se realizará estudio genético ampliado: exoma.
4		No encontrada					No explica causa genética de podocitopatía.
5	NPHS2	c.851C>T (p.Ala284Val)	heterocigoto	Autosómico	Patogénico.	Paterno: Patogénico Materno: VSI (posteriormente reclassificada como patogénico)	Si explica causa genética de podocitopatía: presenta variante patogénica para NPHS2 de ambos padres, heterocigoto compuesto.
	NPHS2	c.686G>A (p.Arg229Gln)	heterocigoto	Recesivo.	Variante de significado incierto (VSI)		
6	INF2	c.2877T>C (Silent)	heterocigoto	Autosómico Dominante	Variante de significado incierto (VSI)	Padre: VSI	No explica causa genética pero tampoco la descarta. Padre sano, se plantea posible penetrancia incompleta en el padre.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-PATOLÓGICAS Y GENÉTICAS DE LA PODOCITOPATÍA DIFUSA CORTICO-RESISTENTE. REPORTE DE CASOS EN LA ZONA NORTE DE CHILE

Figura No. 1: Hallazgos de biopsia renal en pacientes No. 3 y 6.



Paciente No. 3 (A,B): MO: patrón de GEFS de tipo tip lesion con fibrosis polo urinario del glomérulo (tinción de Masson) ME: desaparición pedicular extensa (90%) con extensa transformación microvellostaria y vacuolización plasmática de los podocitos. **Paciente No. 6 (C,D)** MO: patrón de ECM: glomérulos sin lesiones, sin daño tubulointersticial, ni vascular. ME: desaparición pedicular extensa (90%) transformación microvellostaria y condensación de filamentos de actina en citoplasma. MO: microscopía óptica. ME: microscopía electrónica.

Trabajo 13

Categoría de Trabajo: Caso Clínico

Tema de Trabajo: Hipertensión

Autores: Rodrigo Muñoz Isla, Gabriel Bravo Rodríguez, Hernán Jaramillo Mendoza

Lugar de Trabajo: 1. Hospital Regional Guillermo Grant Benavente 2. Hospital Regional Guillermo Grant Benavente.

Introducción: Las Glomerulopatías Mediadas por C3 (C3G) constituyen un grupo infrecuente de enfermedades renales causadas por activación desregulada de la vía alternativa del complemento, con depósito glomerular de C3 y sus fragmentos, responsables de inflamación y daño progresivo. Su incidencia estimada es de 1–3 casos/millón/año y el diagnóstico definitivo requiere biopsia renal, apoyada por estudios genéticos. Reportamos un caso inicialmente catalogado como nefropatía lúpica que, tras reevaluación, se confirmó como C3G, enfrentando dificultades diagnósticas y terapéuticas en un sistema de salud con acceso limitado a terapias dirigidas.

Caso Clínico: Mujer de 23 años, con proteinuria desde la infancia. A los 12 años debutó con síndrome nefrótico, microhematuria y complemento C3 persistentemente bajo, siendo diagnosticada como nefropatía lúpica probable. Se inició tratamiento con prednisona, micofenolato e hidroxycloroquina, además de inhibidores del sistema renina-angiotensina, espironolactona y estatinas. Evolucionó con proteinuria masiva (Prot/Creat hasta 6,0), marcada hipocomplementemia y función renal preservada durante la primera década. Ante refractariedad, en 2015 se realizó estudio genético que demostró mutación en CFH, confirmando C3G. Persistió con proteinuria y C3 bajo, evolucionando a enfermedad renal crónica G2A3. Intervención y discusión: La paciente recibió diversos esquemas inmunosupresores sin respuesta. La ausencia de terapias anti-complemento disponibles en el sistema público nacional llevó a considerar plasmaféresis como estrategia transitoria, apoyada en reportes de beneficio parcial en casos refractarios. Este caso destaca la importancia del estudio genético en glomerulopatías atípicas, la dificultad para establecer diagnóstico diferencial con nefropatía lúpica y las brechas existentes en el acceso a terapias específicas.

Conclusión: Se presenta la evolución de un caso inicialmente diagnosticado como nefropatía lúpica hacia glomerulopatía mediada por C3 confirmada genéticamente. El cuadro ilustra las limitaciones terapéuticas locales y enfatiza la necesidad de ampliar el acceso a estudios moleculares y a tratamientos dirigidos en enfermedades mediadas por complemento.

Trabajo 14

Categoría de Trabajo: Caso Clínico

Tema de Trabajo: Hemodiálisis

Autores: Dr. Walter Evans, Medicina Interna y Nefrología. Dra. Marah Alshahaf, Medico cirujano. Dr. Moshref Alset, Medico Cirujano. Centro de Hemodiálisis Municipal de Caldera, Atacama, 3era Región. Chile.

Introduccion: Asociar hemofilia A y diálisis es infrecuente, los datos estadísticos son separados a nivel mundial, la prevalencia de hemofilia A representa un 0.01%, con un total de 8000 casos, y de la enfermedad crónica terminal representan un 8,5%, con un total de 800.000.000 casos. En Chile no hay casos descritos de hemofilia A y diálisis, por lo cual no se ha establecido protocolos de acción ante la presentación, es por ello que este caso se presenta como el primero diagnosticado, y plantea las posibles acciones para desarrollar un protocolo nacional, luego de investigar a través de la literatura mundial.

Datos del Paciente: Caso clínico autorizado bajo formulario autorizado de consentimiento informado para presentación y publicación, por el propio paciente.

Nombre: E: V-R.M.

Edad: 35 años

Fecha de Nacimiento: 14/07/1989

Antecedentes:

- Hemofilia A moderada (activ. F. VIII: 3%).
- Hipertensión arterial crónica con control irregular
- Infección viral previa por HVC-HVB-HIV: negativos (expuesto a poli transfusiones de PFC) y GRD
- PO: Fx cadera der. 2012 y prótesis de rodilla izquierda.
- Hemartrosis recurrente de rodillas derecha y codo izquierda.
- Hematomas muslos ocasionales.
- Tabaquismo crónico detenido 3 meses previo al ingreso hospitalario en marzo del 2025.
- Primo de línea materna con hemofilia A, sin daño renal.

Historia Actual: Paciente ingresó al hospital regional de Copiapó en fecha 14/03/2025 por diagnóstico de insuficiencia renal terminal secundaria, HTA severa y NAC multilobar, por 3 días y egresa del recinto, para continuar por HDOM, con esquema de antibióticos (ceftriaxona y azitromicina) y antihipertensivos (losartan, doxazocina, amlodipino, carvedilol, furosemida), porque no acepta continuar hospitalizado. Reingresa el 16/05/25 por misma sintomatología. El paciente habría manifestado interés por Peritoneo diálisis como modalidad de TRR, por ello se decide traslado a centro de mayor complejidad, a través de la plataforma de redes asistenciales.

HEMOFILIA A Y DIÁLISIS. PRIMER CASO DESCRITO EN CHILE

Requiere inicio de diálisis bajo modalidad hemodiálisis lenta en agudos con CVC tunelizado YD en pabellón y bajo guía ecográfica, además de confección de fav izda., y en UCI (HDVVCC de 6 horas), en la Clínica BUPA de Antofagasta a cargo de un grupo multidisciplinario de especialistas (intensivista, cirugía vascular, hematólogo y nefrólogo), ingresando el 20/05/25, y egresó el 05/06/25. Posteriormente continúa TRR modo HDC trisemanal de 4 hrs. (L-M-V), en monitor Fresenius 4008 S, sin heparina, buffer bicarbonato 35, filtro low flux para superficie 1.8 y potasio 1,5, además de uso FVII, inicialmente pre-sesión, luego post-sesión en el Centro de Hemodiálisis Municipal de Caldera, donde reside. Posteriormente, se verá uso de fav autóloga y retiro del CVC tunelizado, y se analizará si procede en cambiar de modalidad de TRR a PD, previo a corregir una hernia abdominal.

Evaluación hospitalaria:

1. Problema inicial: Alto riesgo de sangrado durante la colocación del CVC para hemodiálisis y la confección de FAV autóloga.
 2. Manejo: Administración profiláctica de concentrado de FVIII recombinante (50UI/kilo) antes del procedimiento invasivo (CVC tunelizado + FAV autóloga).
 3. Complicaciones: No hubo complicaciones al utilizar CVC tunelizado ni el uso de FVIII pre/post diálisis. Hubo necesidad de transfusiones de glóbulos rojos concentrados.
 4. Evolución en diálisis: El paciente tolera sesiones de 4 horas de HDC, 3 veces por semana, convencional con Filtro Low Flux con bicarbonato. Se evitó el uso rutinario de heparina sistémica, empleando diálisis sin anticoagulación.
 5. Hubo cobertura antibiótica de amplio espectro por 10 días.
- Posible etiología de ERC: HTA/ hematuria recurrente/ aines.

Discusión:

- Dilema clínico: la combinación de hemofilia A + diálisis es extremadamente rara.
- Riesgos:
 1. Sangrados en intervención quirúrgica para confeccionar accesos vasculares.
 2. Hemorragias espontáneas durante y fuera de las sesiones de diálisis.
- Recomendaciones:
 1. uso de guías ecográficas en la confección de accesos vasculares.
 2. profilaxis con FVIII en procedimientos invasivos.
 3. evitar heparina sistémica, preferir técnicas de diálisis sin anticoagulantes o mejor peritoneo diálisis.
 4. Manejo integral entre nefrología, hematólogos y cirugía vascular.

Conclusión: Este caso clínico, único descrito en Chile, ilustra la complejidad del manejo de un paciente con hemofilia A y ERC terminal en diálisis, donde se debe balancear la reposición de FVIII y la necesidad de anticoagulación para la terapia sustitutiva renal y de la necesidad de contar con un protocolo de manejo.

INTERVENCIONES BASADAS EN ALFABETIZACIÓN EN SALUD MEJORAN CONOCIMIENTO, AUTOGESTIÓN Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES RENALES: UNA SCOPING REVIEW

Trabajo 15

Categoría de Trabajo: Estudio Clínico

Tema de Trabajo: Hemodiálisis

Autores: Mirliana Ramirez Pereira, Amalia Silva Galleguillos, Denisse Parra Giordano, Valeria Diaz Videla, Cristina Oteiza Diaz

Lugar de Trabajo: Departamento de Enfermería. Universidad de Chile.

Introducción: La alfabetización en salud (health literacy en inglés) ha emergido como una estrategia clave en salud, al superar las limitaciones de la educación tradicional. Su implementación busca mejorar la comprensión de la enfermedad, la adherencia terapéutica y la calidad de vida en pacientes con Enfermedad Renal Crónica (ERC) y en terapias de reemplazo renal. Sin embargo, la evidencia es heterogénea, lo que justifica una revisión que sintetice hallazgos recientes.

Objetivo: Analizar la efectividad de intervenciones basadas en alfabetización en salud frente a la educación tradicional en pacientes renales, identificando beneficios, limitaciones y vacíos de investigación.

Población: Pacientes adultos con ERC en etapas prediálisis, hemodiálisis, diálisis peritoneal y postrasplante renal.

Metodología: Se realizó una scoping review siguiendo los lineamientos PRISMA 2020. Se efectuaron búsquedas sistemáticas en inglés, español y portugués en PubMed, Semantic Scholar y Consensus. Se identificaron 947 referencias, de las cuales 358 fueron cribadas, 261 evaluadas en texto completo y 50 finalmente incluidas (ensayos controlados aleatorizados, revisiones sistemáticas y estudios observacionales) publicadas entre 2015 y 2025. Los desenlaces analizados fueron conocimiento, autogestión, adherencia terapéutica, calidad de vida y resultados clínicos. Palabras clave utilizadas: health literacy, chronic kidney disease, dialysis, patient education, self-management, quality of life.

Resultados: Las intervenciones de alfabetización en salud mostraron mejoras significativas en conocimiento y autogestión: mayor comprensión de la enfermedad y conductas de autocuidado. Calidad de vida: reducción de depresión y mejor adaptación a la diálisis y postrasplante. Adherencia terapéutica: mejor cumplimiento farmacológico y dietético. Los enfoques más efectivos fueron los personalizados, multimedia, visuales y con participación familiar. La educación tradicional fue útil como base, pero con menor sostenibilidad. Persisten brechas en resultados clínicos duros (progresión a diálisis, mortalidad).

INTERVENCIONES BASADAS EN ALFABETIZACIÓN EN SALUD MEJORAN CONOCIMIENTO, AUTOGESTIÓN Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES RENALES: UNA SCOPING REVIEW

Conclusiones: La alfabetización en salud constituye una estrategia superior a la educación tradicional en pacientes renales, con impacto positivo en variables intermedias y subjetivas. Su implementación óptima requiere personalización y refuerzo continuo.

CUIDADOS Y MANTENIMIENTO DE LA FÍSTULA ARTERIOVENOSA EN HEMODIÁLISIS: UNA SCOPING REVIEW DE LA EVIDENCIA RECIENTE

Trabajo 16

Categoría de Trabajo: Caso Clínico

Tema de Trabajo: Hemodiálisis

Autores: Mirliana Ramirez Pereira, Natalie Figueredo Borda, Loreto González González, Hugo Lazo Rejano

Lugar de Trabajo: Departamento de Enfermería. Universidad de Chile 2. Universidad Católica del Uruguay. Uruguay 3. Hospital Claudio Vicuña. San Antonio, Chile 4. Diálisis Nordial . Antofagasta, Chile.

Introducción: La Fístula Arteriovenosa (FAV) es el acceso vascular de elección en hemodiálisis por su menor tasa de complicaciones y mayor supervivencia en comparación con injertos y catéteres. Sin embargo, persisten brechas en la práctica clínica respecto de los mejores cuidados de mantenimiento y estrategias de vigilancia que aseguren su permeabilidad y reduzcan eventos adversos. Ante la diversidad de protocolos y realidades clínicas, resulta relevante mapear la evidencia existente mediante una scoping review.

Objetivo: Explorar, sintetizar y mapear la literatura reciente sobre cuidados, mantenimiento y vigilancia de la fístula arteriovenosa en pacientes en hemodiálisis, identificando prácticas efectivas, brechas de conocimiento y líneas futuras de investigación.

Población: Pacientes adultos con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis con fístula arteriovenosa.

Metodología: Se realizó una scoping review siguiendo los lineamientos de la guía PRISMA-ScR para revisiones de alcance. La estrategia de búsqueda abarcó publicaciones entre enero de 2020 y junio de 2025, con el fin de mapear la evidencia biomédica más reciente y relevante. Se consultaron bases internacionales como PubMed, Semantic Scholar y Consensus, en tres idiomas: inglés, español y portugués. Se identificaron 969 referencias iniciales; tras el cribado de títulos y resúmenes, 570 pasaron a revisión detallada, 500 fueron evaluadas en texto completo y finalmente se incluyeron 50 estudios (ensayos clínicos, estudios observacionales y revisiones sistemáticas). Los resultados se organizaron en cuatro ejes temáticos: tipos de acceso vascular y resultados clínicos, estrategias de mantenimiento y monitorización, rol de equipos especializados y formación de personal y factores individuales y toma de decisiones compartida.

CUIDADOS Y MANTENIMIENTO DE LA FÍSTULA ARTERIOVENOSA EN HEMODIÁLISIS: UNA SCOPING REVIEW DE LA EVIDENCIA RECIENTE

Resultados: La FAV autóloga mostró consistentemente menor riesgo de complicaciones, infecciones y mortalidad frente a otros accesos. Protocolos estructurados de mantenimiento y vigilancia (incluyendo exploración física y ecografía Doppler), junto con bundles de cuidados, redujeron complicaciones y prolongaron la permeabilidad. La participación de equipos especializados y la formación continua de personal y pacientes se asociaron a mejores resultados clínicos. Persisten desafíos en pacientes ancianos y con comorbilidades, así como vacíos de investigación en predictores de fracaso de maduración y efectividad comparativa de bundles versus intervenciones aisladas.

Conclusiones: La evidencia respalda que la combinación de FAV autóloga, protocolos estructurados, monitorización regular y equipos especializados constituye la mejor estrategia de cuidado en hemodiálisis. No obstante, la práctica debe individualizarse según características y preferencias del paciente. La scoping review identifica la necesidad de más estudios en contextos diversos y de intervenciones comparativas que orienten guías de práctica clínica más robustas.

MANEJO RENAL DEL AGUA EN UNA SERIE DE PACIENTES PE- DIÁTRICOS CON POLIQUISTOSIS RENAL AUTOSÓMICA DOMI- NANTE.

Trabajo 17

Categoría de Trabajo: Caso Clínico

Tema de Trabajo: Hipertensión

Autores: Carolina Peralta Aros, Maria Isabel Luis Yanez, Victor Garcia Nieto, Melanie Peña, Gyngell Lozano, Francisco Cammaratta Scalisi

*Lugar de Trabajo: 1. Hospital Regional Leonardo Guzmán Antofagasta 2. Hos-
pital Universitario Nuestra Señora de Candelaria Santa Cruz de Tenerife 3. Hos-
pital Universitario Nuestra Señora de Candelaria 4. Hospital Regional Leonardo
Guzmán Antofagasta.*

Introducción: Se ha descrito una reducción en la osmolalidad urinaria máxima (UOsm) en un 58 % de niños con poliquistosis renal autosómica dominante (PQRAD). La sobreactivación de los receptores renales V2R por la ADH debido al defecto de concentración aumentaría la producción intracelular de AMPc y favorecería el desarrollo de modificaciones en la homeostasis del calcio intracelular que desempeñaría un papel central en la cistogénesis. Hemos estudiado el manejo renal del agua en un grupo de pacientes con PQRAD en dos periodos de evolución (P1 y P2).

Pacientes y Métodos: Estudio longitudinal ambispectivo en el que se incluyeron 30 pacientes con PQRAD (16V, 14M) que tenían determinado el volumen corregido por 100 ml FGR (V/FGR) tanto en el periodo 1 ($8,7 \pm 4,3$ años) como en el periodo 2 ($15,9 \pm 3,6$ años). En 25 pacientes se realizó el estudio genético que fue positivo para PKD1 (n=24) y PKD2 (n=1). En 26 pacientes en P1 y en 21 en P2 se determinó la osmolalidad urinaria máxima (UOsm) con estímulo de desmopresina. Se calculó el valor z del diámetro longitudinal renal y se anotó la edad en la que se observó el primer quiste renal. En la estimación del FGR se utilizaron las ecuaciones CKiD Under 25 basadas en las determinaciones de creatinina (método enzimático con trazabilidad a IDMS) y de cistatina C (método nefelométrico).

Resultados: No se comprobaron diferencias en los valores de V/FGR en P1 ($0,30 \pm 0,06$ ml/100 ml FGR) y P2 ($0,31 \pm 0,06$). Solo dos pacientes tenían los valores de V/FGR elevados en cada uno de los periodos estudiados. Los valores de UOsm en P1 fueron $916,7 \pm 189,4$ mOsm/Kg y en P2 $941,5 \pm 134,2$ (ns). UOsm estaba reducida en 6/26 niños (23,1 %) en P1 y en 5/21 (23,8 %) en P2. No se comprobó correlación entre los valores de UOsm y V/FGR en ambos periodos, aunque sí entre los valores de V/FGR en ambos momentos ($r=0,47$; $p=0,01$). En P2 no se observó correlación entre UOsm y FGRe.

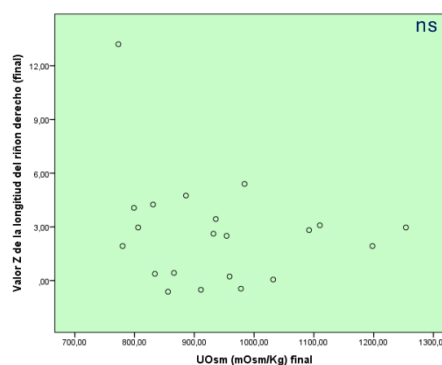
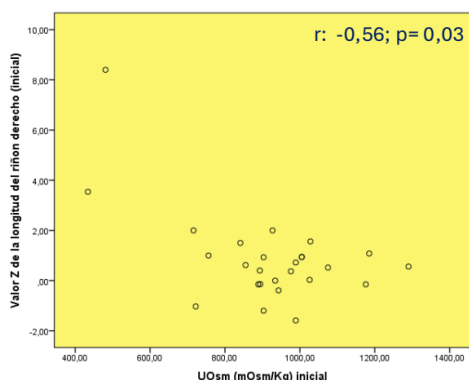
Conclusiones: En nuestra serie, los valores medios de V/FGR fueron inferiores a lo normal en ambos periodos y las alteraciones en UOsm fueron escasas. El crecimiento renal excesivo y el volumen urinario reducido en la PQRAD podrían no estar influenciados directamente por la ADH en las dos primeras décadas de la vida.

MANEJO RENAL DEL AGUA EN UNA SERIE DE PACIENTES PE- DIÁTRICOS CON POLIQUISTOSIS RENAL AUTOSÓMICA DOMI- NANTE.

Poliquistosis gráficos:

Resultados		Tamaños renales		
	Longitud del riñón derecho (cm)	Valor z de la longitud del riñón derecho	Longitud del riñón izquierdo (cm)	Valor z de la longitud del riñón izquierdo
P1	9,43 ± 1,82	0,9 ± 1,84	9,66 ± 1,81	1,29 ± 1,76
P2	12,11 ± 2,52	2,49 ± 2,79	12,10 ± 1,84	2,51 ± 1,99

) p < 0,001) p = 0,03



Manejo renal del agua		
	UOsm (mOsm/Kg) (Normal: > 800-850)	V/FGR (ml/100 ml FGR) (Valor medio en niños: 0,59; valor medio en adultos: 0,73)
P1	924,0 ± 210,3 Reducido en 6/26 (23,1%)*	0,54 ± 0,30 Incrementado en 2/30 (6,7%)
P2	941,5 ± 134,2 Reducido en 5/21 (23,8%)**	0,53 ± 0,31 Incrementado en 2/30 (6,7%)

) ns) ns

FGRe CKiD under 25 (ml/min/1,73 m ²)	
P2	Según creatinina: 99,1 ± 26,1 Según cistatina C: 92,5 ± 13,3

) ns

*434, 481, 716, 722, 756, 841

** 773, 780, 799, 806, 834

7: < 90 ml/min/1,73 m²

7: > 90 ml/min/1,73 m²

4: No coincidentes

TERAPIA TROMBOLÍTICA CON ALTEPLASE EN CATÉTERES DISFUNCIONANTES DE HEMODIÁLISIS: RESULTADOS DE UN ESTUDIO CLÍNICO CHILENO

Trabajo 18

Categoría de Trabajo: Caso Clínico

Tema de Trabajo: Hipertensión

Autores: Silvia Cristina Barrios Araya, María Elisa Espinoza Coya, Rodrigo Sépulveda, Nicolás Severino Cuevas, Loredana Elizabeth González Muñoz, Ivica Damaris Rot Cisternas, Eric Roessler Barón

Lugar de Trabajo: 1. Escuela de Enfermería Pontificia Universidad Católica de Chile 2. Red de Salud UC Christus/Unidad de Procedimiento Crítico Nefrológico 3. Departamento Nefrología, Pontificia Universidad Católica de Chile 4. Unidad de Farmacia Red de Salud UC Christus 5. Unidad de Paciente Crítico Nefrológico, Red de Salud UC Christus.

Introducción: La disfunción de catéter venoso tunelizado (CVT) es una complicación frecuente en hemodiálisis, con impacto en la morbilidad, hospitalizaciones y agotamiento del acceso vascular. El uso de alteplase intraluminal ha demostrado eficacia internacionalmente, pero en Chile no existían protocolos validados.

Objetivo: Evaluar la efectividad y seguridad de alteplase intraluminal en CVT disfuncionantes y establecer un protocolo de administración aplicable a la práctica clínica.

Métodos: Estudio prospectivo, pre-post, cuasi-experimental, realizado en 2024 en la Red de Salud UC Christus (Santiago, Chile). Se incluyeron 37 pacientes adultos con CVT disfuncionante ($Q_b < 300$ mL/min). Se administró alteplase intraluminal (2 mg/lumen) bajo condiciones estériles, registrándose variables clínicas, demográficas y parámetros dialíticos antes y después de la intervención, con seguimiento a 30 días.

Resultados: El flujo promedio aumentó significativamente de 250,9 mL/min a >300 mL/min tras la intervención ($p < 0,001$), con mejora en el Kt/V. La efectividad fue independiente de edad, sexo, comorbilidades, tiempo en diálisis y uso de anticoagulantes. En la mayoría de los casos se evitó el recambio quirúrgico, sin complicaciones ni eventos adversos. Además, se validó un protocolo institucional para el uso de alteplase; se confirmó la seguridad y eficacia de una preparación magistral fraccionada, realizada en cabina de flujo laminar, con almacenamiento congelado (-25 a -35 °C), que aseguró esterilidad y efectividad del fármaco. El protocolo demostró un impacto económico positivo, optimizando el uso del medicamento y reduciendo costos asociados a procedimientos quirúrgicos y hospitalizaciones.

Conclusiones: El uso intraluminal de alteplase es una estrategia segura, eficaz y costo-efectiva para el manejo de CVT disfuncionantes en hemodiálisis. Este estudio, con la cohorte más amplia reportada en Chile, respalda la implementación rutinaria de protocolos de trombolisis en unidades de diálisis y proyecta futuras investigaciones multicéntricas comparativas. Palabras clave: Hemodiálisis, Catéter venoso tunelizado, Alteplase, Terapia trombolítica, Protocolo clínico.

TERAPIA ANTI-CD20 DE SEGUNDA GENERACIÓN EN SÍNDROME NEFRÓTICO CORTICODEPENDIENTE/RECAEDOR FRECUENTE: REPORTE DE UN CASO CON USO DE OBINUTUZUMAB

Trabajo 19

Categoría de Trabajo: Caso Clínico

Tema de Trabajo: Nefrología Pediátrica

Autores: Catalina Fernandez Leon, Francisca Muller Sandoval, Maria Hortencia Maldonado Pinto, Carolina Sugg Herrera

Lugar de Trabajo: 1. hegc2. HEGC

Introducción: El síndrome nefrótico afecta entre 1.15-16.9 casos por cada 100.000 niños. Cerca de un 90% de los casos son corticosensibles y un 70% de ellos presentará una o más recaídas. Su manejo requiere el uso de ahorradores de esteroides tales como inhibidores de calcineurina, levamisole o micofenolato mofetilo para evitar los efectos secundarios del uso de corticoides por plazos prolongados. En los casos de difícil manejo se ha incorporado un anticuerpo antiCD20 (rituximab) que ha logrado disminuir la tasa de recaídas en un tiempo promedio de 10 meses. Sin embargo, existe un subgrupo que continúan presentando recaídas a pesar de este tratamiento. En este contexto, se ha evaluado el uso de obinutuzumab, un anticuerpo monoclonal anti-CD20 tipo II, que ha reportado una tasa de remisión de hasta 92% a los 12 meses con un perfil de seguridad comparable.

Caso Clínico: Se presenta un caso clínico de un síndrome nefrótico corticodependiente recaedor frecuente, resistente a rituximab, y su evolución tras tratamiento con obinutuzumab, en el Hospital Exequiel González Cortés. Paciente de 11 años con debut de síndrome nefrótico corticosensible a los 6 años de vida (2019) que evoluciona con recaídas frecuentes, por lo que se agrega tacrolimus (2020). Evoluciona con recaídas frecuentes entre 2022 y 2023, por lo que se indica un primer curso de rituximab 375 mg/m² en dos dosis separadas por una semana. A los 3 meses presenta nueva recaída que se maneja con esteroides, manteniéndose tacrolimus. Se agrega un segundo curso de rituximab 375mg/m² por dosis (2024), recayendo a los 2 meses durante el descenso de esteroides. Se realiza estudio genético negativo y biopsia renal sugerente de enfermedad de cambios mínimos. Dado evolución desfavorable se agrega tercer inmunosupresor micofenolato mofetilo (1200mg/m²/día), presentando una recaída al mes con niveles plasmáticos adecuados. Dado evolución desfavorable y con resistencia a uso de rituximab se plantea el uso de obinutuzumab en dosis única 1000 mg/1,73 m² en julio 2025, evolucionando sin eventos adversos y sin nuevas recaídas a la fecha. Actualmente en remisión clínica y de laboratorio logrando suspender prednisona y tacrolimus y en descenso de micofenolato.

Conclusión: El uso de obinutuzumab es una alternativa eficaz y con un perfil de seguridad aceptable en pacientes refractarios. Sin embargo, se requieren estudios clínicos más amplios, con seguimiento a largo plazo, para validar su seguridad y eficacia.

USO DE RITUXIMAB EN SÍNDROME NEFRÓTICO PEDIÁTRICO CORTICODEPENDIENTE Y CORTICORRESISTENTE. EXPERIENCIA DE UN CENTRO

Trabajo 20

Categoría de Trabajo: Estudio Clínico

Tema de Trabajo: Hipertensión

Autores: Karen Cuevas Allar, Maria Pia Rosati Maldifasi, Nicole Rosales, Maria Alejandra Ortega, Mario Arellano

Lugar de Trabajo: 1. Hospital San Juan de Dios.

Introducción: El Síndrome Nefrótico pediátrico tiene incidencia de 1,15 a 16,9 x 100000 hab, 90% es cambios mínimos y 10% GEFS. 80% responde a corticoides y 50% evoluciona con recaídas frecuentes o corticodependencia. Múltiples inmunosupresores se han usado como ahorradores de corticoides. El rituximab es una alternativa que permite mayor tiempo libre de recaídas y menor dosis acumulada de corticoides. Con el descubrimiento de los Ac antiantinefrina, se plantea como una opción más selectiva de tratamiento.

Objetivo: Analizar número de recaídas, tiempo libre de recaídas y reacciones adversas post rituximab para plantear este fármaco como primera alternativa de ahorrador de corticoides.

Metodología: Se analizaron 32 pacientes, 26 con Sd nefrótico corticodependiente y 6 corticorresistente (estos con estudio genético negativo). Edad al diagnóstico de síndrome nefrótico promedio 4 años 7 my edad promedio a la administración de rituximab 6 años 4 m. Se administraron en total 64 dosis. Se comparan 2 , grupo 1: 18 pacientes (2008-2022) que recibieron otros ahorradores de corticoides previo a rituximab y grupo 2: 14 pacientes (2022 al 2025), que recibieron rituximab como primera opción de ahorrador de corticoides. Este grupo usó el siguiente protocolo: menores de años 2 dosis 375 mg/m² separadas x 1 semana, mayores 5 años una dosis de 375 mg/m².

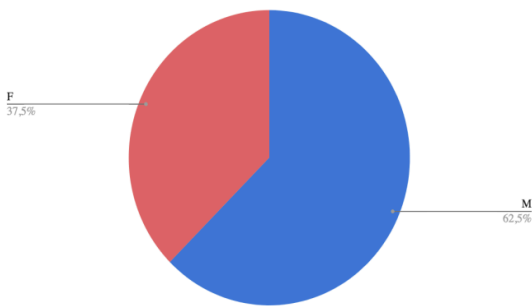
Resultados: Grupo 1: 18 pacientes, tiempo de observación promedio pre rituximab 37,7m (11–100 m), presentaron 80 recaídas (4,7 recaídas x pac), post primera dosis de rituximab , tiempo de observación promedio 77 m (33-182 m), presentaron 14 recaídas (0,77 recaídas x pac), p-valor: < 0,000001. En 7 pacientes no hubo más recaídas. Grupo 2: 14 pacientes, tiempo de observación promedio pre rituximab 12 m (4 a 41 m), presentaron 32 recaídas (2,3 recaídas x pac), post primera dosis de rituximab, tiempo de observación promedio 20 m(4-34 m), presentaron 2 recaídas (0,14 recaídas x paciente). p-valor: < 0,0001. En 12 pacientes no hubo más recaídas. Al comparar ambos grupos el tiempo mínimo de 2 años de seguimiento post rituximab, grupo 1 presentó 11 recaídas en 18 pacientes (0,6 x paciente) y grupo 2 presentó 2 recaídas en 10 pacientes (0,2 x paciente). Grupo 1 tuvo 6 veces más riesgo de recaídas que grupo 2.

Conclusiones: Rituximab logra disminuir el número de recaídas. Su uso como primera opción de ahorrador de corticoides se relaciona con menor tasa de recaídas y menor dosis acumulada de corticoides. Sin reacciones adversas significativas.

USO DE RITUXIMAB EN SÍNDROME NEFRÓTICO PEDIÁTRICO CORTICODEPENDIENTE Y CORTICORRESISTENTE. EXPERIENCIA DE UN CENTRO

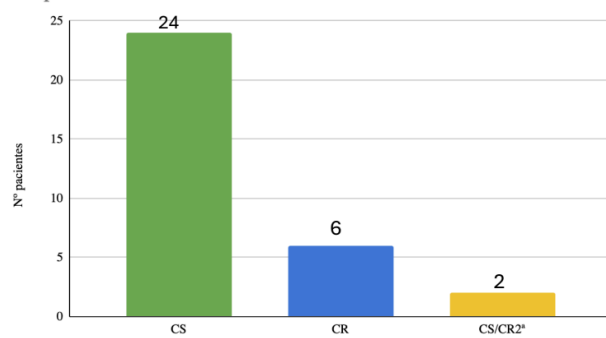
Distribución por sexo

Distribución por sexo



Respuesta a corticoides

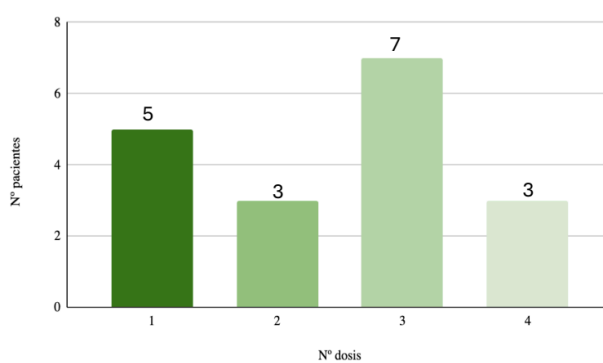
Respuesta a corticoides



Nº dosis RTX

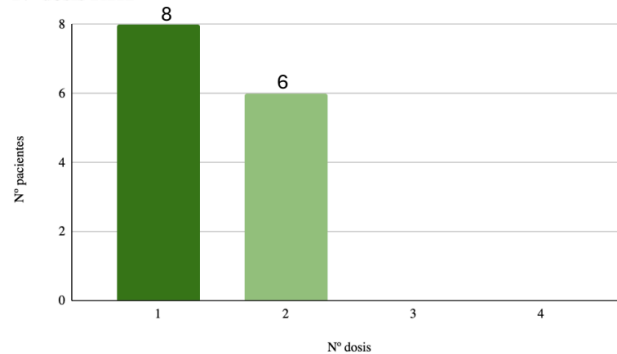
Grupo 1: 2008- 2022

Nº dosis RTX



Grupo 2: 2022-2025

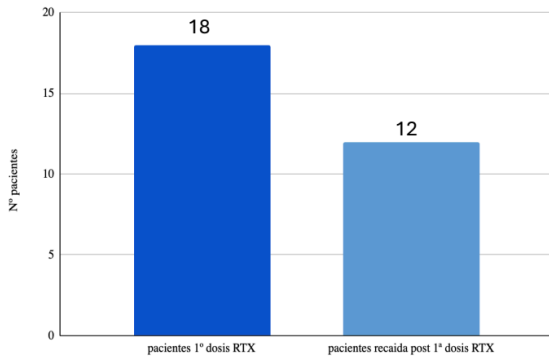
Nº dosis RTX



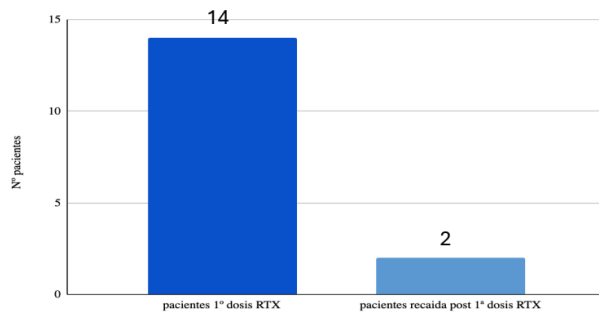
USO DE RITUXIMAB EN SÍNDROME NEFRÓTICO PEDIÁTRICO CORTICODEPENDIENTE Y CORTICORRESISTENTE. EXPERIENCIA DE UN CENTRO

Nº pacientes con recaída post 1º dosis RTX

Grupo 1: 2013-2022

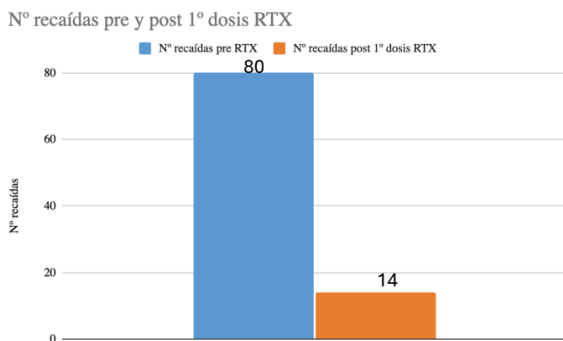


Grupo 2: 2022 -2025

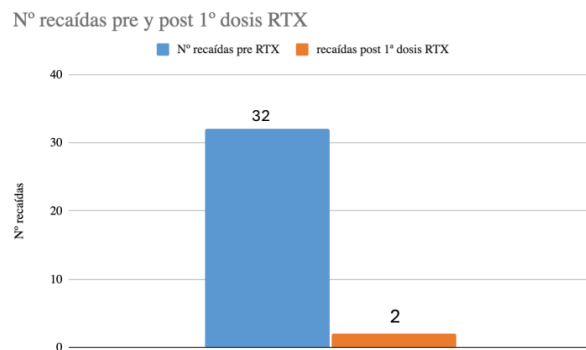


Nº Recaídas pre y post RTX

Grupo 1: 2008-2022



Grupo 2: 2022-2025

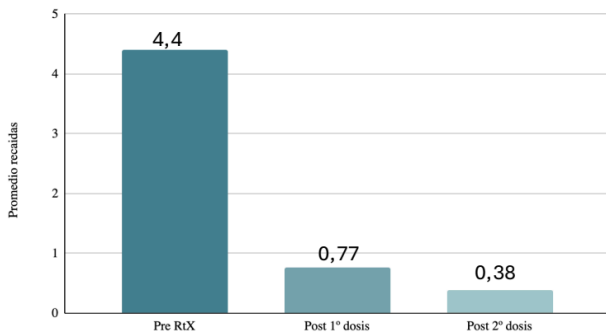


USO DE RITUXIMAB EN SÍNDROME NEFRÓTICO PEDIÁTRICO CORTICODEPENDIENTE Y CORTICORRESISTENTE. EXPERIENCIA DE UN CENTRO

Promedio recaídas pre y post RTX

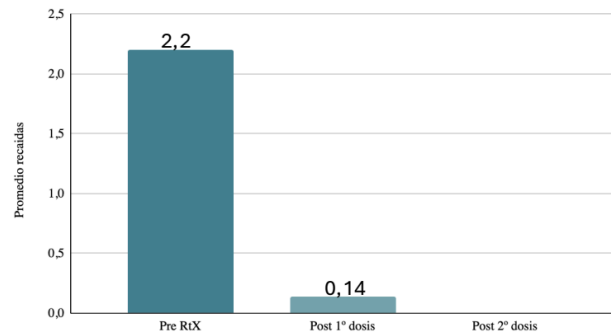
Grupo 1: 2008 -2022

Promedio recaídas pre y post RTX



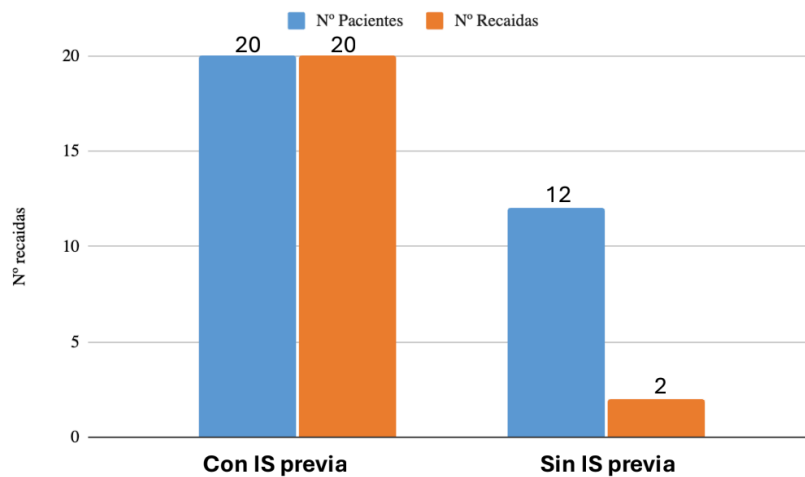
Grupo 2: 2022-2025

Promedio recaídas pre y post RTX



Comparación N° recaídas con IS v/s sin IS

N° recaídas con IS vs/ sin IS



CARACTERIZACIÓN DEL USO DE AGONISTAS DEL RECEPTOR DE GLP-1 EN ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA 4-5 Y PACIENTES CON GLOMERULOPATÍAS

Trabajo 22

Categoría de Trabajo: Caso Clínico

Tema de Trabajo: Hipertensión

Autores: Marisel Araya Rojas, Andrea Chavez Arqueros, Valentina Ulloa Valdivia, Maria Isabel Saldivia Muñoz, Constanza Verdugo Araya, Barbara Segovia Hernández, Francisca Aranda Muñoz, Francisco Villagrán Cortés, Gonzalo Ramirez Guerrero, Vicente Torres Cifuentes, Pilar Musalem Abuyeres

Lugar de Trabajo: 1. Hospital Carlos Van Buren 2. Universidad de Valparaíso 3. Pontificia Universidad Católica de Chile 4. Hospital Las Higueras de Talcahuano.

Introducción: La semaglutida, agonista del receptor GLP-1, ha demostrado beneficios metabólicos y cardiovasculares en pacientes con diabetes tipo 2 (DM2). Su seguridad y eficacia en enfermedad renal crónica (ERC) avanzada y glomerulopatías han sido menos exploradas. El Hospital Van Buren fue el primer hospital público en Chile en incorporar semaglutida en su práctica clínica nefrológica habitual a finales de 2023, marcando un hito en el acceso a terapias innovadoras para pacientes con ERC. **Objetivos:** Evaluar la evolución de la función renal, parámetros metabólicos y seguridad del uso de semaglutida en pacientes con ERC estadios 4-5, incluyendo casos en terapia de reemplazo renal (TRR), y en pacientes con glomerulopatías.

Población: Se pesquisaron 12 pacientes con uso de semaglutide en la Unidad de Nefrología del Hospital Van Buren, todas mujeres, edad promedio 47 años (mediana 51,5), IMC medio 35,7 kg/m², 4 con DM2. La etiología de ERC fue diversa: glomerulopatía (3), DM2 (2), vasculitis (2), litiasis (1), poliquistosis (1) y no filiada (3). Todos recibían IECA/ARA II; 8 dapagliflozina y 6 finerenona. Se analizaron dos grupos: pacientes con ERC G4-5 (con y sin diálisis) y pacientes con glomerulopatías.

Metodología: Estudio retrospectivo observacional en pacientes con ERC avanzada y glomerulopatías, que recibieron semaglutida en dosis progresiva, hasta 1 mg semanal. Se registraron VFG, HbA1c, proteinuria e IMC en controles basal, 1,3,6 y 12 meses. Se evaluaron eventos adversos y progresión a TRR.

Resultados: En el grupo de ERC G4-5, la VFG media basal fue 16 ml/min, con incremento a 21,3 ml/min a los 12 meses de uso de semaglutida. En pacientes con glomerulopatías se observó estabilización de la función renal. La proteinuria media bajó de 0,78 g/día a 0,49 g/día. La HbA1c descendió de 7,7% a 5,9% y el IMC de 36,5 a 31,3 kg/m². No hubo ingresos a TRR durante el seguimiento. Solo un paciente suspendió por síntomas gastrointestinales.

CARACTERIZACIÓN DEL USO DE AGONISTAS DEL RECEPTOR DE GLP-1 EN ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA 4-5 Y PACIENTES CON GLOMERULOPATÍAS

Conclusiones: En esta cohorte de pacientes con ERC avanzada y glomerulopatías, el uso de semaglutida se asoció a mejoría o estabilización de función renal, reducción de proteinuria, mejor control metabólico y descenso de peso, y buena tolerancia. Como estudio retrospectivo observacional, los hallazgos deben interpretarse con cautela, pero apoyan el potencial rol de semaglutida en ERC G4-5 y glomerulopatías, requiriéndose estudios prospectivos y de mayor tamaño para confirmar estos resultados.

TAMIZAJE DE DETERIORO COGNITIVO LEVE EN ADULTOS MAYORES EN HEMODIÁLISIS CRÓNICA DEL HOSPITAL DE ANGOL

Trabajo 24

Categoría de Trabajo: Caso Clínico

Tema de Trabajo: Hipertensión

Autores: Mauricio Alvarez Mercado, Rosario Negrón López, Raúl Deleón González, Yesenia Vergara Beltrán, Dahianu Arancibia Gonzalez, Sandra Vera Arancibia

Lugar de Trabajo: 1. Unidad de Diálisis, Hospital de Angol 2. Servicio de Psiquiatría, Hospital de Angol.

Introducción: El Deterioro Cognitivo Leve (DCL) corresponde a una condición de salud mental intermedia entre el envejecimiento normal y la demencia caracterizada por problemas de memoria o pensamiento, no siendo lo suficientemente grave como para interferir con las actividades diarias. Su prevalencia se estima en un 20% de los adultos mayores (AM) y se ha descrito que los pacientes con enfermedad renal crónica, tienen 2 a 3 veces más probabilidades de presentarla. La presencia de DCL triplica la mortalidad en diálisis respecto de quienes no lo presentan. La prevalencia en Chile de esta condición en AM en diálisis se desconoce.

Objetivo: Realizar un tamizaje de DCL en AM en hemodiálisis crónica mediante aplicación del test Montreal Cognitive Assessment (MoCA).

Población: AM en hemodiálisis crónica del Hospital de Angol.

Metodología: Se realizó un estudio de tipo observacional, cuantitativo y de corte transversal, mediante tamizaje de DCL con test de MoCA a pacientes AM en hemodiálisis crónica del Hospital de Angol. Se utilizó un punto de corte de 21 puntos ajustados por nivel educacional para sospecha diagnóstica y se realizó un análisis univariado para la detección de asociaciones clínicas y biodemográficas estadísticamente significativas, mediante el paquete estadístico Stata v 17.0 BE.

Resultados: Fueron evaluados el 100% de los AM en hemodiálisis crónica de la unidad (n:45). Sus características generales se encuentran en la tabla 1. La prevalencia de sospecha de DCL fue de un 62.2% (n:28). La baja escolaridad, el menor peso, menor IMC y baja circunferencia de pantorrilla se asociaron a mayor riesgo de presentar un puntaje bajo en el test de MoCA. Se observó que los pacientes con sospecha de DCL presentaron valores de KTV, niveles de vitamina B12 y hematocrito más altos que aquellos con puntaje normal (Tabla 2).

TAMIZAJE DE DETERIORO COGNITIVO LEVE EN ADULTOS MAYORES EN HEMODIÁLISIS CRÓNICA DEL HOSPITAL DE ANGOL

Conclusiones: Se observa una elevada prevalencia de sospecha de DCL en AM en diálisis crónica, la cual se relaciona a bajos niveles de escolaridad, acorde a lo reportado en la literatura internacional. Un IMC elevado, mayor peso y una mayor circunferencia de pantorrilla parecen ser factores protectores, en línea con la denominada “epidemiología reversa” descrita para pacientes en diálisis. Interpretamos los niveles de vitamina B12 por un sesgo (no medido) determinado por la “intención de tratar” y los valores de hematocrito y KTV como un efecto dialítico mediado por el menor IMC de la población afectada por DCL.

Tabla 1: Características generales de la población estudiada

Características (n: 45)	
Epidemiológicas	
Edad, años (x ± SD)	70,4±7,4
Femenino, n (%)	20(44,4)
Masculino, n (%)	25(55,6)
Años escolaridad (x ± SD)	9,3 ± 4,5
Años en diálisis(x ± SD)	4,7±4,4
Vive solo (n %)	5 (15,6)
Estado Civil n (%)	
Soltero	10(22,2)
Casado	19 (42,2)
Divorciado	4 (8,9)
Viudo	12 (26,7)
Est. Nutricional (IMC) n (%)	
Enflaquecido	3(6,6)
Normal	22 (48,9)
Sobrepeso	13 (28,9)
Obesidad	7 (15,6)
Comorbilidades	
Hipertensión Arterial, n (%)	45 (100)
Diabetes mellitus, n (%)	34 (76)
Dislipidemia, n (%)	34(76)
Insuf. Cardiaca, n(%)	15 (33)
Cardiopatía Coronaria, n (%)	6 (13,3)
Fragilidad, n (%)	12 (27,7)

TAMIZAJE DE DETERIORO COGNITIVO LEVE EN ADULTOS MAYORES EN HEMODIÁLISIS CRÓNICA DEL HOSPITAL DE ANGOL

Tabla 2. Comparación de variables con diferencia estadística (n : 45)

VARIABLES			
Sospecha DCL (n)	SI (28)	NO (17)	p
%	62,2	37,8	
Epidemiológicas			
Años escolaridad aprobados, ($\bar{x} \pm DE$)	7,9 \pm 0,7	11,5 \pm 1,0	0,00
Nutricionales			
Peso, Kgs ($\bar{x} \pm DE$)	69,9 \pm 2,0	79,5 \pm 3,4	0,00
IMC, ($\bar{x} \pm DE$)	27,2 \pm 0,6	29,6 \pm 1,1	0,02
Circunf. Pantorrilla, cms ($\bar{x} \pm DE$)	31,0 \pm 0,5	33,4 \pm 0,8	0,00
Laboratorio			
Hematocrito, % (Promedio \pm DE)	35,1 \pm 0,8	32,0 \pm 0,7	0,00
Vitamina B12, pg/mL (Promedio \pm DE)	456,9 \pm 55,7	299,8 \pm 37,4	0,02
KTV (Promedio \pm DE)	1,48 \pm 0,05	1,23 \pm 0,08	0,00

HIPOCLOREMIA DE INGRESO COMO FACTOR DE RIESGO DE MORBIMORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA

Trabajo 26

Categoría de Trabajo: Caso Clínico

Tema de Trabajo: Hipertensión

Autores: Andrés Sanhueza-Pedrero¹, Carlos Flores-Chique¹, Martín Robles-Villane¹, Rodrigo Sepúlveda-Palamara², Joaquín Sharp-Segovia²

Lugar de Trabajo: . 1. Departamento de Medicina Interna, Hospital Clínico UC Christus 2. Departamento de Nefrología, Hospital Clínico UC Christus

Introducción: La insuficiencia cardiaca aguda (ICA) concentra una alta carga de morbilidad intrahospitalaria. El cloruro sérico, a menudo subvalorado, podría aportar valor pronóstico temprano; sin embargo, su papel específico en desenlaces intrahospitalarios sigue poco definido.

Objetivos: Evaluar si la hipocloremia de ingreso ($\text{Cl}^- \leq 96 \text{ mEq/L}$) se asocia con mortalidad intrahospitalaria en ICA (desenlace primario), y explorar su relación con desenlaces secundarios: ventilación mecánica invasiva y no invasiva (VM), terapia de reemplazo renal o ultrafiltración (TRR) y duración de hospitalización.

Metodología: Cohorte retrospectiva de adultos hospitalizados por ICA en un hospital clínico universitario (enero/2019–junio/2023). Se excluyeron pacientes con trasplante cardiaco, ERC estadio 5 o TRR al ingreso, cirrosis Child B/C y embarazo.

Se analizaron variables demográficas, clínicas y laboratorio de ingreso. Se realizó análisis bivariado y multivariado (ajustado por parámetros del medio interno) con el desenlace primario y secundarios. El estudio cuenta con aprobación por el CEC de la Universidad Católica (ID: 240401008).

Resultados: De 248 pacientes elegibles, 225 cumplieron los criterios de inclusión. Edad promedio $74,1 \pm 13,1$ años, 43,1% (n=97) mujeres, 21,6% tenía hipocloremia al ingreso.

La mortalidad global fue 11,1%; VM 28,4%; TRR 7,7%; estadía hospitalaria $10,5 \pm 11,5$ días (mediana 7). Los pacientes con hipocloremia de ingreso presentaron significativamente mayor mortalidad hospitalaria (18,6% vs 8,1%; $p=0,031$). También tuvo asociación con TRR (18,6% vs 4,6%; $p=0,003$) y estadía hospitalaria ($16,4 \pm 2,9$ días vs $8,9 \pm 0,6$ días en aquellos sin hipocloremia; $p=0,014$). No se asoció con necesidad de VM (29,0% vs 18,8%; $p=0,095$). En regresión logística multivariada ajustada por Na^+ , K, Cl^- , HCO_3^- , pH y BUN; sólo el descenso del Cl^- , HCO_3^- e incremento del BUN mantuvieron asociación significativa con mortalidad.

HIPOCLOREMIA DE INGRESO COMO FACTOR DE RIESGO DE MORBIMORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA

Conclusiones: La hipocloremia de ingreso es frecuente en ICA y se asocia de manera independiente con mortalidad intrahospitalaria, además de vincularse con mayor necesidad de TRR y con estancias más prolongadas; respecto de VM, la señal fue direccional pero no significativa. La cloremia de ingreso debiera integrarse a la estratificación inicial de riesgo. Se requieren estudios prospectivos y multicéntricos para confirmar estos hallazgos y definir umbrales y estrategias terapéuticas orientadas a preservar el cloruro.

DESAFÍO EN EL INGRESO A LA DIÁLISIS PERITONEAL EN AGOTAMIENTO VASCULAR SEVERO: PACIENTE CON HERNIA GIGANTE, OBESIDAD, AUMENTO DE PRESIÓN INTRAABDOMINAL E INICIO AGUDO.

Trabajo 27

Categoría de Trabajo: Caso Clínico

Tema de Trabajo: Diálisis Peritoneal

Autores: Andrea Basualto Rodriguez, Cristian Vera Sepulveda

Lugar de Trabajo: 1. Diálisis Peritoneal Hospital Barros Luco.

Abstract: La diálisis peritoneal (DP) en pacientes con obesidad y hernias abdominales gigantes es un desafío clínico por el aumento de la presión intraabdominal (PIA) y el riesgo de complicaciones mecánicas. Se presenta un caso de inicio urgente de DP en un paciente con agotamiento vascular severo con las características mencionadas anteriormente. Varón de 75 años con enfermedad renal crónica avanzada, hipertensión arterial y antecedente de accidente cerebrovascular. Ingresó con síndrome urémico, nitrógeno ureico 153 mg/dL, potasio 6,2 mEq/L, fósforo 10 mg/dL, hernia umbilical gigante (7 cm) e IMC 30. Tras consentimiento informado, se realizó hernioplastia con malla e instalación laparoscópica de catéter de DP en el mismo tiempo quirúrgico. El inicio de DP se efectuó a las 24 horas postoperatorias con cicladora, volúmenes bajos (500 ml/ciclo), 22 ciclos nocturnos de permanencia de 64 minutos y soluciones al 2,5%. Se realizaron sesiones dialíticas diarias de DP hasta alcanzar una normalización de los parámetros metabólicos sanguíneos. Durante el seguimiento ambulatorio se ajustaron los volúmenes según PIA (16–17 cm H₂O). Evolucionó con ultrafiltración de 900–1000 ml/día y mejoría metabólica, pero con dificultad para alcanzar peso seco y necesidad de conexión prolongada (≈13 h/día). Estudios muestran que la supervivencia en la técnica de diálisis peritoneal, se puede mantener satisfactoriamente en pacientes obesos, incluidos aquellos con un IMC superior a 40 kg/m², con tasas de supervivencia por complicaciones y técnicas similares a las de los pacientes no obesos.

Conclusión: Este caso refleja la fortaleza de la DP como terapia de rescate y de agudos en pacientes de alto riesgo, reforzando la importancia de equipos multidisciplinarios entrenados en DP de urgencia y técnicas quirúrgicas adaptadas. Los enfoques novedosos en las técnicas quirúrgicas de instalación de catéter de DP, muestran resultados prometedores a la hora de superar los desafíos anatómicos. La diálisis peritoneal urgente, combinada con reparación herniaria y prescripción individualizada basada en PIA, es factible y segura en pacientes con agotamiento vascular severo, obesidad y hernias abdominales gigantes. Este abordaje amplía las opciones terapéuticas, evitando excluir a pacientes complejos de la terapia de peritoneodiálisis, permitiendo así caminar hacia la precisión en el tratamiento dialítico y la equidad en el acceso a terapias nefrológicas de sustitución renal en Chile.

Trabajo 28

Categoría de Trabajo: Estudio Clínico

Tema de Trabajo: Nefrología Pediátrica

Autores: María Nicole Bascur Postel, Gonzalo Mayorga Villouta, Marcela Valenzuela Aguila, Sofía Jara Rodríguez, Simona Guajardo Lemp, Fernanda Riquelme Muñoz, Aileen Oñate Contreras, Alberto Chandía Soto, Gloria Iribarra Troncoso

Lugar de Trabajo: 1. Hospital Guillermo Grant Benavente, Concepción 2. Universidad de Concepción.

Introducción: El síndrome nefrótico idiopático (SNI) es la glomerulopatía más frecuente en la infancia. Un porcentaje de pacientes corticosensibles desarrolla corticodependencia (CD) o recaídas frecuentes (RF), lo que requiere el uso de fármacos ahorradores de corticoides. El hallazgo de anticuerpos contra el diafragma de filtración está modificando los enfoques terapéuticos y respaldando la depleción de células B como opción de primera línea.

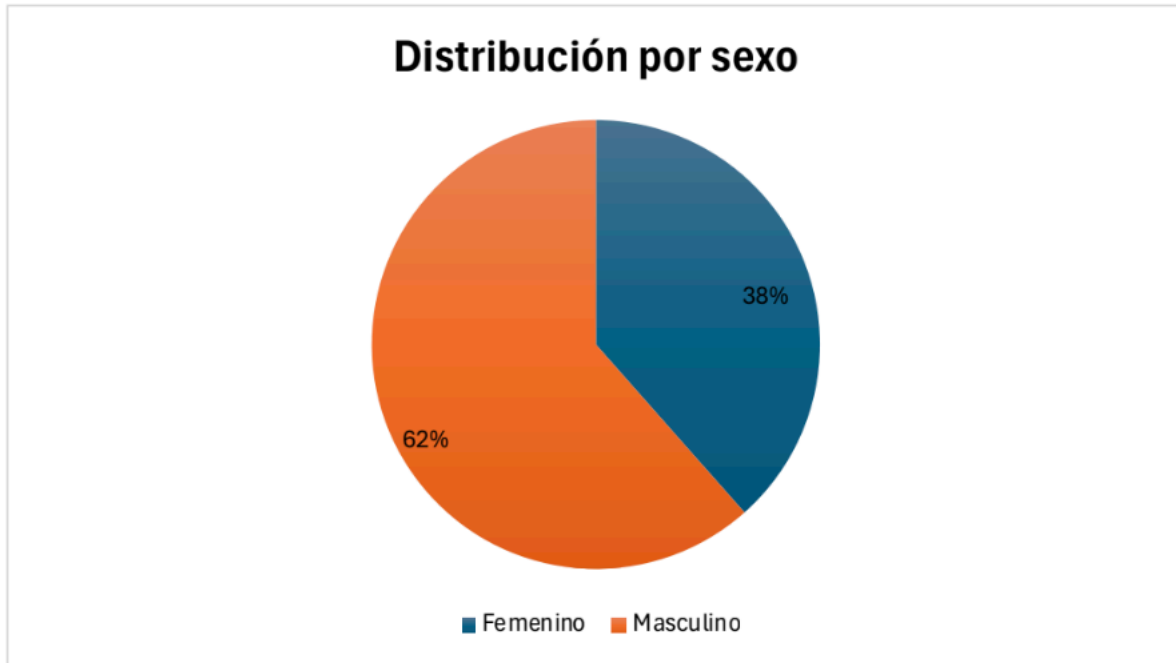
Objetivo y Metodología: El objetivo es describir las características clínicas, evolutivas y terapéuticas de pacientes pediátricos con SNCD o RF, atendidos en un centro de referencia pediátrico chileno durante la última década. Estudio observacional retrospectivo de una cohorte consecutiva de pacientes con diagnóstico de SNCD o RF atendidos entre los años 2013 y 2023 en la Unidad de Nefrología Pediátrica del Hospital Guillermo Grant Benavente de Concepción.

Resultados: De 13 pacientes, el 77% se clasificó como CD y el 23% como RF. La mediana de edad al debut del SN fue de 41 meses y al diagnóstico de CD/RF de 56 meses. La mediana de tiempo de seguimiento fue de 70 meses. La función renal se mantuvo normal durante el seguimiento en todos los pacientes y los parámetros de crecimiento mostraron una ligera mejoría en la mediana de la puntuación Z de la talla para la edad (-0,54 a -0,3). Al inicio, el 77% de los pacientes presentaba eutrofia y el 23% sobrepeso/obesidad; al final del seguimiento, el 69% permanecía eutrófico y el 31% sobrepeso/obesidad. En cuanto a las terapias ahorradoras de esteroides, el micofenolato se utilizó en el 92% de los pacientes, siendo el único fármaco utilizado en el 46% de ellos, con una mediana de 1 recaída por año. El rituximab se introdujo como terapia de segunda línea en el 38,5%, con mediana de 0.94 recaídas por año. La ciclosporina y el tacrolimus se utilizaron en menor proporción, la primera particularmente como terapia de primera línea en niños pequeños por su formulación en jarabe.

Conclusiones: En nuestra serie, la función renal se mantuvo conservada durante el seguimiento y los parámetros de crecimiento longitudinal permanecieron estables. El micofenolato fue el agente más utilizado y se asoció a bajas tasas de recaídas, mientras que rituximab se empleó como terapia de segunda línea, mostrando una respuesta favorable en los casos refractarios. Estos hallazgos constituyen una referencia valiosa para futuras estrategias terapéuticas basadas en biomarcadores específicos.

SÍNDROME NEFRÓTICO CÓRTICO DEPENDIENTE Y RECAEDOR FRECUENTE EN PEDIATRÍA. SERIE DE CASOS

NEFRÓTICO



“MÁS ALLÁ DE LA INMUNOFLUORESCENCIA: EL ROL DE LA PRONASA EN UNA NEFROPATÍA FIBRILAR CON RESTRICCIÓN DE CADENA LIVIANA”

Trabajo 31

Categoría de Trabajo: Caso Clínico

Tema de Trabajo: Nefrología

Autores: Tamara Cecilia Jiménez Fuentes, Fernando Gonzalez Fuenzalida, Ricardo Valjalo Medina

Lugar de Trabajo: 1. Hospital de Urgencia Asistencia Pública; Egresada de Nefrología Universidad de Chile - Hospital del Salvador 2. Hospital del Salvador - Docente del departamento medicina Oriente Universidad de Chile 3. Hospital del Salvador, Departamento de Nefrología.

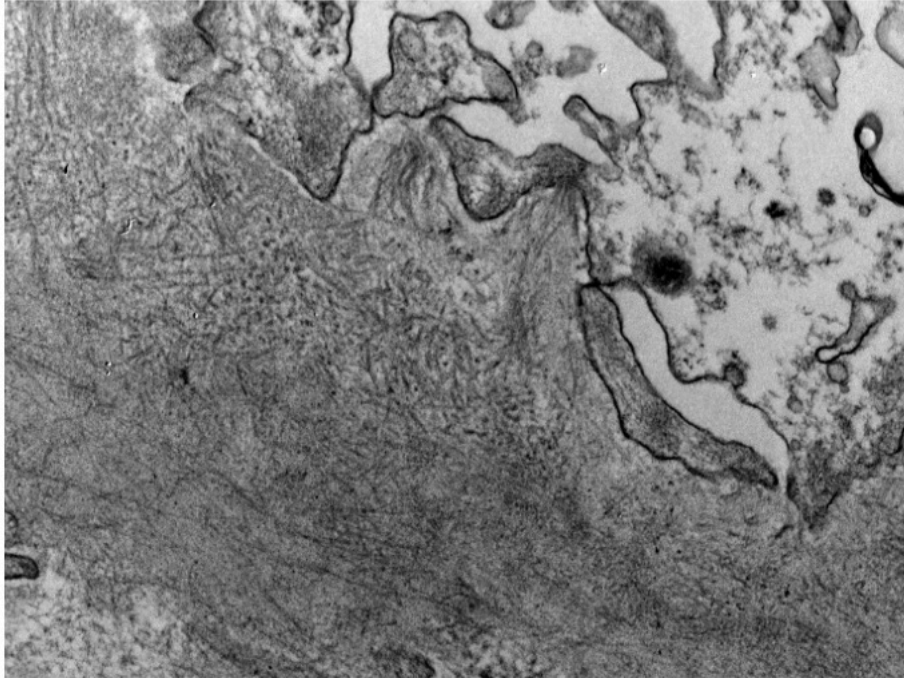
Introducción: La glomerulonefritis fibrilar (GNF) es una entidad infrecuente (<1% de las biopsias renales), caracterizada por depósitos de inmunoglobulinas fibrilares no amiloideas, habitualmente IgG, en el mesangio y las membranas basales. Su diagnóstico requiere la integración de hallazgos clínicos, histológicos y moleculares. En años recientes (2018), el biomarcador DNAJB9 identificado mediante proteómica, muestra una sensibilidad cercana al 98% y una especificidad superior al 99% para GNF, ausente en amiloidosis o glomerulopatía inmunotactoide.

Caso Clínico: Mujer de 23 años consulta por edema y proteinuria nefrótica (2,9 g/24 h). Biopsia renal (2010) mostró GNF con depósitos de IgG kappa y rojo Congo negativo. Por más de una década mantuvo proteinuria persistente y función renal estable, bajo tratamiento antiproteinúrico con bloqueo del eje renina–angiotensina. En 2024 se realizó nueva biopsia por aumento de proteinuria (5,4 g/24 h), que informó depósitos fibrilares con restricción de IgG kappa y DNAJB9 positivo. Ante la restricción de cadena liviana se amplió análisis histológico con técnica de digestión con pronasa, la cual demostró co-expresión de kappa y lambda. Desestimándose tratamiento de gammopatía de significado renal. Actualmente se mantiene clínicamente estable, sin inmunosupresión, con proteinuria subnefrótica y creatinina normal. La paciente otorgó consentimiento informado para uso académico de su información clínica.

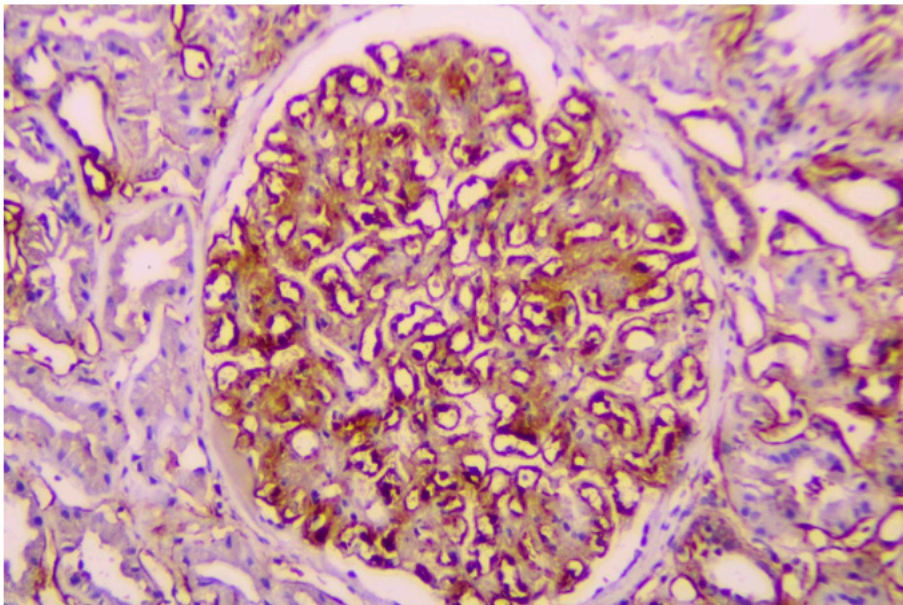
Discusión: La GNF primaria presenta evolución variable; sin embargo, en ausencia de monoclonalidad activa, puede mantener curso benigno con función renal preservada. Este caso ejemplifica cómo el manejo conservador prolongado puede ser suficiente, y destaca la utilidad de la técnica de pronasa para desenmascarar antígenos ocultos y evitar falsos diagnósticos de monoclonalidad. Aunque en Latinoamérica su disponibilidad es limitada al igual que la microscopía electrónica, en Chile cuenta con esta técnica y herramientas claves para confirmar casos complejos.

Conclusión: La prolongada evolución de esta paciente evidencia que ciertas formas de GNF primaria pueden permanecer estables con tratamiento antiproteinúrico intensivo. El extenso intervalo hasta la certeza diagnóstica subraya la relevancia de la reevaluación periódica y la actualización tecnológica: lo que hace quince años sólo podía sospecharse mediante microscopía electrónica, hoy puede confirmarse con marcador.

“MÁS ALLÁ DE LA INMUNOFLUORESCENCIA: EL ROL DE LA PRONASA EN UNA NEFROPATÍA FIBRILAR CON RESTRICCIÓN DE CADENA LIVIANA”

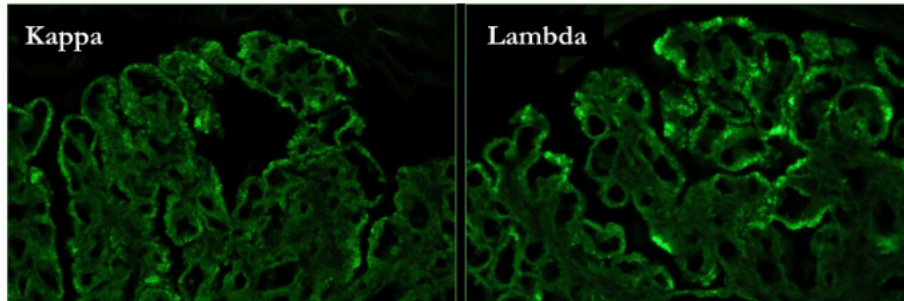


MICROSCOPIA ELECTRÓNICA 900X - SE CONFIRMAN LAS FIBRILLAS

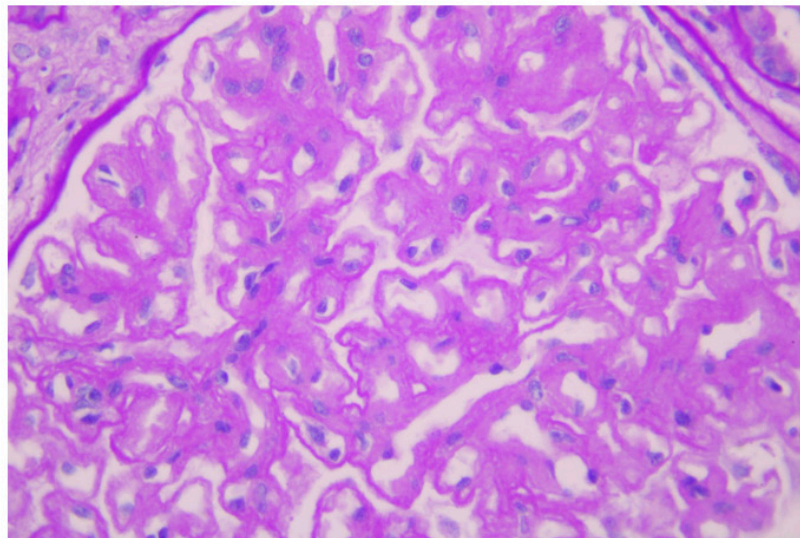


INMUNOHISTOQUIMICA: POSITIVO INTENSO PARA DNAB9

“MÁS ALLÁ DE LA INMUNOFLUORESCENCIA: EL ROL DE LA PRONASA EN UNA NEFROPATÍA FIBRILAR CON RESTRICCIÓN DE CADENA LIVIANA”



TECNICA PRONASA PARA KAPPA Y LAMBDA



MICROSCIPIA OPTICA: EXPANSION MESANGIAL POR MATERIAL PAS POSITIVO. EN ASAS CAPILARES MATERIAL PAS POSITIVO DEBIL.

LAS CÉLULAS DENDRÍTICAS SON NECESARIAS PARA LA FIBROSIS RENAL EN LA NX5/6 Y PRESENTAN UN PERFIL TRANSCRIPCIONAL PRO-FIBRÓTICO EN LA UO

Trabajo 32

Categoría de Trabajo: Ciencias Básicas

Tema de Trabajo: Insuficiencia Renal

Autores: Javier Reyes Osorio, Patricio Araos, Stefanny Figueroa, Elena Roger, Christos Chadjichristos, Christos Chatziantoniou, Cristián Amador

Lugar de Trabajo: 1. Laboratorio de Fisiopatología Renal, Facultad de Ciencias, Universidad San Sebastián, Chile. 2. Hypertension and Kidney Immunology Lab, Institute of Biomedical Sciences, Universidad Autónoma de Chile, Chile. 3. UMR_S 1155, Common and Rare Kidney Diseases, Targets and Strategies for the Diagnosis and Therapy of Chronic Kidney Disease, Tenon Hospital, Paris, France 4. Laboratorio de Fisiopatología Renal, Facultad de Ciencias, Universidad San Sebastián, Chile.

Introducción: El reclutamiento y activación de células inmunes, como macrófagos (MØ) y células dendríticas (DCs), representan mecanismos claves en las etapas inflamatorias que conducen a la fibrosis durante la progresión de la enfermedad renal crónica (ERC). Se ha descrito que los MØ modulan el daño y la reparación del tejido renal durante el proceso fibrótico. Sin embargo, se desconoce el papel de las DCs en la programación temprana de la matriz extracelular.

Objetivo: Determinar si las DCs son necesarias para la fibrosis renal en dos modelos experimentales de ERC, y si ellas presentan un perfil de expresión génica pro-fibrótico. Metodología: Ratones CD11c.DOG machos (8-12 semanas, n=4-6) se sometieron a cirugía Sham (control) y a nefrectomía 5/6 (Nx5/6) por 5 días. Se indujo depleción de DCs mediante administración de toxina diftérica (8ng/g/d, ip) desde el inicio del protocolo. Además, ratones wild-type (WT) se sometieron a cirugía Sham u obstrucción ureteral unilateral (UUO) por 7 días, tras lo cual se purificaron DCs renales (rDCs, CD11c+F4/80-) y MØ renales (rMØ, CD11c+F4/80+) mediante separación con beads magnéticas para evaluar su perfil pro-fibrótico.

Resultados: La Nx5/6 se asoció a un aumento de la fibrosis renal y a la sobreexpresión del ARNm de colágeno (Col)1a1, Col3a1 y Fibronectina-I (Fn1, p<0.05 vs. Sham-Vh). La depleción de DCs en animales Nx5/6 previno el incremento de fibrosis renal (3.79% vs. 5.80% en Nx5/6-Vh) y el aumento del ARNm de Col3a1 (p<0.05), y se asoció con una menor abundancia de Col1a1 y Fn1 (p=0.07 y p=0.12 vs. Nx5/6-Vh, respectivamente). En ratones WT, la UUO incrementó la fibrosis renal (p<0.001) y la abundancia renal de ARNm para NGAL, y para CD80 y CD86 (p<0.05), dos marcadores de activación de DCs. Estos cambios se asociaron a un incremento de rDCs y rMØ (p<0.05). Finalmente, las rDCs aisladas desde animales UUO exhibieron una mayor abundancia de ARNm para NGAL, Col1a1 y Col3a1 (p<0.05), mientras que los rMØ no mostraron diferencias significativas respecto a ratones Sham. Conclusiones: Las DCs son necesarias para el desarrollo de fibrosis renal en la Nx5/6. Particularmente, las rDCs y no los rMØ, exhiben un fenotipo pro-fibrótico temprano caracterizado por el aumento de genes de matriz extracelular y daño tubular en el modelo UUO. Estos resultados sugieren que las rDCs podrían participar activamente en la programación inicial de la fibrosis renal, redefiniendo su papel dentro del eje inmuno-fibrótico en la ERC.

GLOMERULONEFRITIS C3 ASOCIADA A GAMMAPATÍA MONOCLONAL: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO ENTRE LA GLOMERULOPATÍA POR COMPLEMENTO Y LA GAMMAPATÍA MONOCLONAL DE SIGNIFICANCIA RENAL

Trabajo 33

Categoría de Trabajo: Caso Clínico

Tema de Trabajo: Nefrología

Autores: Isidora Lavaud Toledo, Flavio Alvarez Cid, Pia Gonzalez Sepulveda, Raimundo Contreras Lopez, Carolina Palma Onetto, Gonzalo Mendez Olivieri

Lugar de Trabajo: 1. Becada Medicina Interna UCM, Hospital de Talca 2. Becado Medicina Interna UCM, Hospital de Talca 3. Médico Internista, Hospital de Talca 4. Médico Internista, Nefrología, Hospital de Talca 5. Anatomía Patológica, Laboratorio Inmunocel, Santiago de Chile.

Introducción: Las glomerulopatías mediadas por complemento comprenden un espectro de lesiones raras y heterogéneas. En adultos, la coexistencia de una gammapatía monoclonal obliga a considerar una glomerulonefritis C3 (C3GN) secundaria a disregulación del complemento inducida por inmunoglobulina monoclonal, en el contexto de una gammapatía monoclonal de significancia renal (MGRS).

Presentación del Caso: Previo a consentimiento informado, se presenta el caso de un hombre de 61 años con antecedentes de hipertensión, dislipidemia mixta, prediabetes e hipotiroidismo, en estudio por enfermedad renal y síndrome nefrótico. Proteinuria inicial de 2,9 g/24 h, elevándose a 9,8 g/24 h, con hipoalbuminemia (3,1 g/dl) y creatinina 9,1 mg/dl. Los estudios inmunológicos fueron negativos (ANA, ANCA, anti-DNA, PLA2R). Presentaba hipocomplementemia leve C3 (88 mg/dL) C4 normal. Se detectó componente monoclonal IgG λ en suero y orina, con cociente κ/λ alterado (0,42) y ausencia de criterios CRAB. La médula ósea fue normocelular sin infiltración neoplásica. Ecografía renal mostró riñones aumentados de tamaño y diferenciación corticomedular conservada.

Biopsia Renal: Glomerulonefritis membranoproliferativa con depósitos dominantes de C3, y ausencia de inmunoglobulinas en inmunofluorescencia, compatible con glomerulonefritis C3 asociada a paraproteína monoclonal. **Discusión:** La MGRS representa un grupo de desórdenes clonales no malignos capaces de inducir daño renal mediante inmunoglobulinas nefrotóxicas. En C3GN asociada a gammapatía, la inmunoglobulina monoclonal puede actuar como autoanticuerpo frente a factores H o I del complemento, promoviendo la activación sostenida de la vía alternativa. La biopsia renal es esencial para distinguir entre glomerulonefritis mediada por inmunocomplejos, MGRS o disregulación primaria del complemento. El manejo requiere un enfoque conjunto nefro-hematológico, orientado al control del clon productor con esquemas similares a mieloma o linfoma de bajo grado.

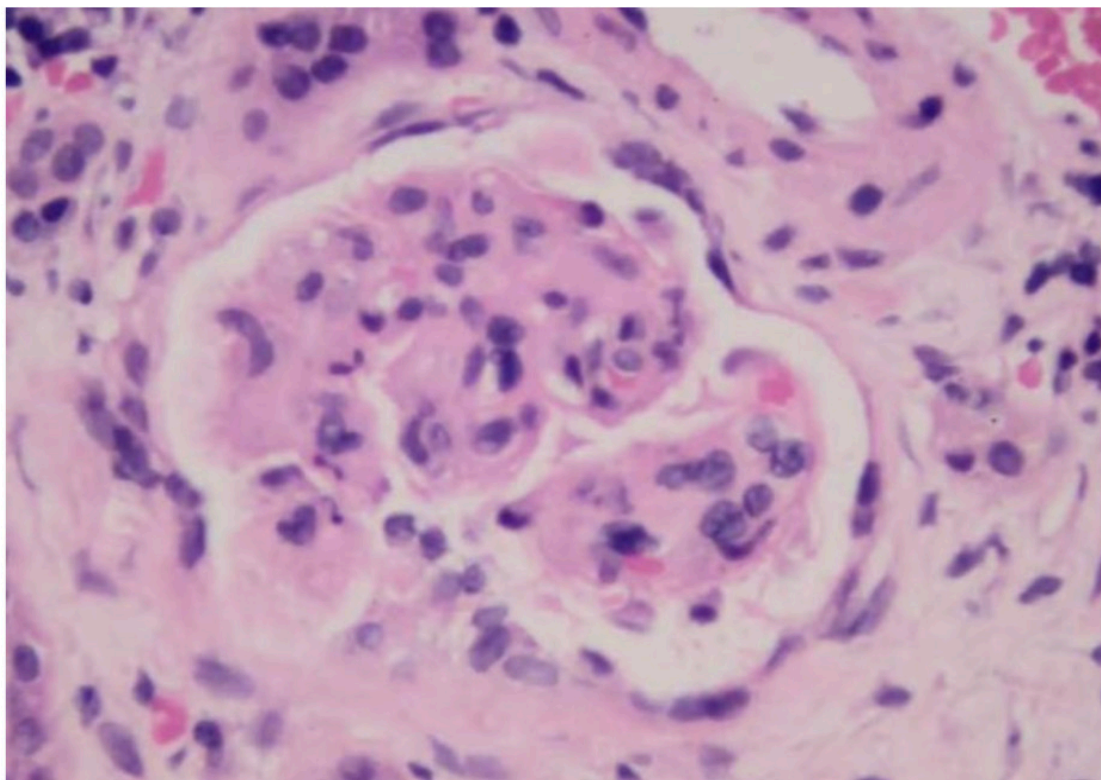
Conclusión: Este caso enfatiza la necesidad de investigar sistemáticamente gammapatías monoclonales en adultos con glomerulopatías C3 y proteinuria nefrótica. La identificación precoz de MGRS permite orientar terapias dirigidas al clon causal, mejorando el pronóstico renal y evitando la progresión a enfermedad terminal.

GLOMERULONEFRITIS C3 ASOCIADA A GAMMAPATÍA MONOCLONAL: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO ENTRE LA GLOMERULOPATÍA POR COMPLEMENTO Y LA GAMMAPATÍA MONOCLONAL DE SIGNIFICANCIA RENAL

Tabla progresión de exámenes

	Agosto, 2023	Junio 2024	Noviembre 2024	Abril 2025	Junio 2025
Creatinina	0.8	1,4	2,0	5,83	9.1
RAC	11.6	-	-	4.874	-
Proteinuria 24 hrs	-	428 mg	2.900 mg	-	9.870 mg

Fotos biopsia renal y descripción



Cambios membranoproliferativos: Glomérulo hipersegmentado e infiltración celular

REVERSIÓN DE SÍNDROME NEFRÓTICO REFRACTARIO CON INFUSIÓN DE PLASMA EN GLOMERULOPATÍA C3. UNA TERAPIA OLVIDADA

Trabajo 37

Categoría de Trabajo: Caso Clínico

Tema de Trabajo: Hipertensión

Autores: Rodrigo Muñoz Isla, Gabriel Bravo Rodríguez, Hernán Jaramillo Mendoza

Lugar de Trabajo: 1. Hospital Regional Guillermo Grant Benavente 2. Hospital Regional Guillermo Grant Benavente.

Introducción: Las Glomerulopatías Mediadas por C3 (C3G) son enfermedades renales raras caracterizadas por la activación desregulada de la vía alternativa del complemento, con depósito de C3 en el glomérulo que induce inflamación y daño progresivo. Su incidencia estimada es de 1-3 casos por millón por año. El diagnóstico se basa en hallazgos histológicos de patrón membranoproliferativo y en estudios de inmunofluorescencia y microscopía electrónica. Presentamos un caso de evolución prolongada y refractaria, inicialmente catalogado como nefropatía lúpica, posteriormente confirmado como C3G por estudio genético, en el cual se plantea el uso de infusión de plasma como alternativa terapéutica.

Presentación del Caso: Mujer de 23 años con proteinuria desde la infancia. A los 12 años presentó síndrome nefrótico con proteinuria en rango nefrótico, microhematuria y consumo persistente de C3. Se diagnosticó nefropatía lúpica probable e inició tratamiento con prednisona, micofenolato e hidroxicloroquina, junto a bloqueo del sistema renina-angiotensina. A pesar de la terapia, persistió proteinuria masiva (relación proteína/creatinina hasta 6,0) y C3 marcadamente bajo, con función renal preservada durante más de una década.

Diagnóstico y Evolución: La refractariedad motivó reevaluación. En 2015 se identificó una mutación en el gen del factor H (CFH), confirmando glomerulopatía mediada por C3. La paciente recibió múltiples esquemas inmunosupresores sin respuesta significativa, manteniendo proteinuria y C3 bajo, actualmente en etapa ERC G2A3. No existen terapias anti-complemento disponibles en el sistema público chileno. Intervención terapéutica: Ante la falta de tratamientos dirigidos, se plantea la infusión de plasma como medida terapéutica adyuvante, buscando aportar proteínas reguladoras del complemento y remover autoanticuerpos contra la convertasa de C3 (C3NeF). Esta estrategia se fundamenta en reportes de beneficio transitorio y en recomendaciones internacionales para casos refractarios.

Discusión y Conclusiones: La mutación en CFH explica la disfunción de la vía alternativa y la persistencia del daño renal. Este caso resalta la relevancia de la reevaluación diagnóstica en glomerulopatías atípicas, el valor de los estudios genéticos y la necesidad de acceso a terapias anti-complemento. La infusión de plasma podría representar una opción transitoria en contextos de recursos limitados. Se obtuvo consentimiento informado para la difusión científica del caso.

CUANDO DOS CLONES HABLAN EL MISMO IDIOMA: MIELOMA MÚLTIPLE BICLONAL IGA E IGG CON CLÍNICA TÍPICA

Trabajo 38

Categoría de Trabajo: Caso Clínico

Tema de Trabajo: Nefrología

Autores: Isidora Lavaud Toledo, Valentina Wilson Boada, Karen Opazo Fuentes, Pía González Sepulveda, Flavio Alvarez Cid, Raimundo Contreras Lopez, Carolina Palma Onetto

Lugar de Trabajo: 1. Becada Medicina Interna UCM, Hospital de Talca 2. Medicina Universidad de Talca 3. Becado Medicina Interna UCM, Hospital de Talca 4. Medico Internista, Hospital de Talca 5. Médico Internista, Nefrología, Hospital de Talca.

Introducción: El Mieloma Múltiple (MM) es una neoplasia de células plasmáticas que produce inmunoglobulinas monoclonales y se manifiesta por anemia, hipercalcemia, insuficiencia renal y lesiones óseas líticas. La presencia de más de un clon secretor (<5%) define el mieloma biclonal, entidad infrecuente con implicancias pronósticas aún inciertas.

Caso Clínico: Previo consentimiento informado, se presenta el caso de una mujer de 84 años, con hipertensión, fibrilación auricular anticoagulada y antecedente de ACV isquémico, consultó por delirium y dolor óseo difuso. Los exámenes mostraron creatinina 9,0 mg/dL (basal 0,94), BUN 92 mg/dL, calcio total 15,7 mg/dL, fósforo 8,0 y albúmina 2,1 g/dL. Además presentaba hipocomplementemia C3 81 mg/dL C4 4 mg/dL. Se diagnosticó lesión renal aguda KDIGO 3 e hipercalcemia maligna, iniciándose hidratación, diuréticos y hemodiálisis de urgencia. La inmunofijación sérica y en orina evidenció dos componentes monoclonales (IgG kappa e IgA kappa), con relación kappa/lambda 14,4; el mielograma confirmó infiltración plasmocitaria. TC corporal mostró fracturas pélvicas en hueso patológico y compromiso lítico craneal. Se estableció diagnóstico de MM biclonal activo. Se inició dexametasona y fue evaluada por Comité Hematológico para bortezomib; dada su fragilidad, ingresó a cuidados paliativos.

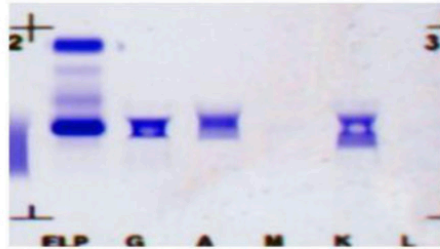
Discusión: El MM biclonal representa una minoría de los casos, con pronóstico variable respecto del monoclonal. La paciente presentó una forma florida con compromiso CRAB completo. La insuficiencia renal se atribuyó a hipercalcemia y proteinuria monoclonal, aunque la hipocomplementemia sugiere posible glomerulopatía asociada a paraproteína. El inicio precoz de diálisis permitió estabilización metabólica, aunque sin recuperación renal.

Conclusión: Caso infrecuente de MM biclonal con presentación clásica y fallo renal agudo dialítico. Resalta la importancia de sospechar mieloma en adultos mayores con anemia, hipercalcemia y deterioro renal, y la necesidad de inmunofijación completa para detectar biclonalidad.

CUANDO DOS CLONES HABLAN EL MISMO IDIOMA: MIELOMA MÚLTIPLE BICLONAL IGA E IGG CON CLÍNICA TÍPICA

Muestra: Suero

INMUNOFIJACION DE PROTEINAS EN SUERO



Comentarios

G:	Presencia de componente monoclonal
A:	Presencia de componente monoclonal
M:	Ausencia de componente monoclonal.
K:	Presencia de componente monoclonal
I:	Ausencia de componente monoclonal.

CONCLUSIÓN Presencia de componente monoclonal clase IgG tipo kappa
Presencia de componente monoclonal clase IgA tipo kappa

Muestra: Orina 24 horas

INMUNOFIJACION DE PROTEINAS EN ORINA

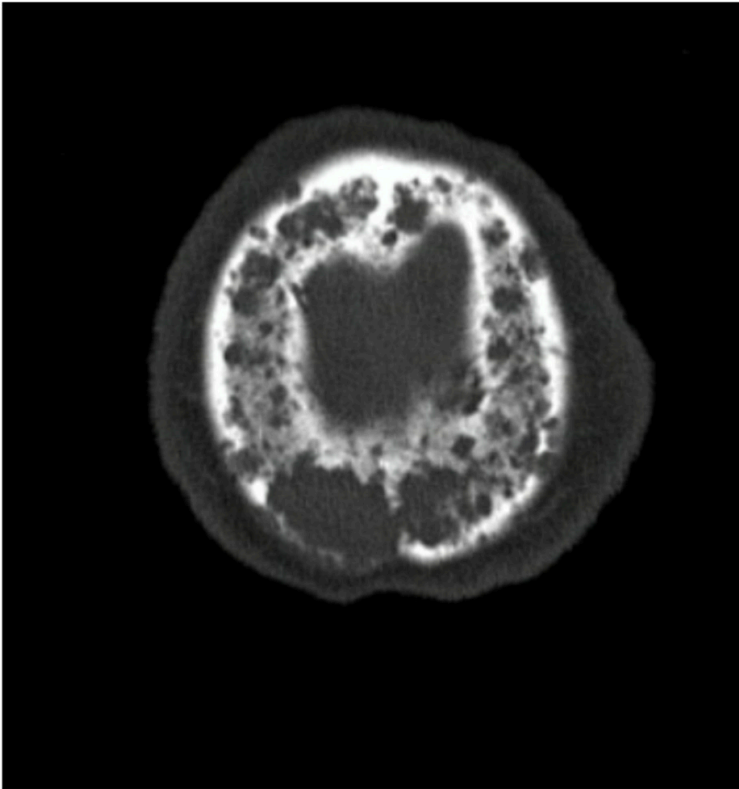
Comentarios

G:	Presencia de componente monoclonal
A:	Ausencia de componente monoclonal.
M:	Ausencia de componente monoclonal.
K:	Presencia de componente monoclonal
I:	Ausencia de componente monoclonal.

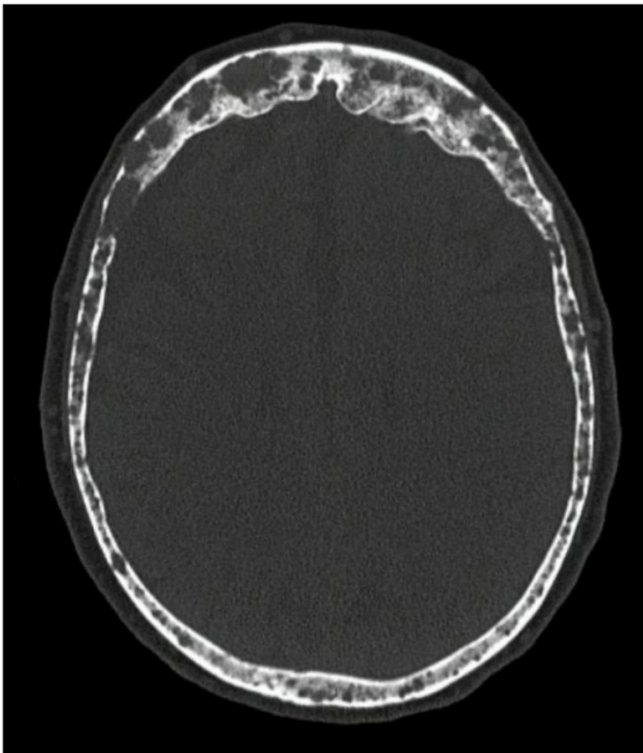
CONCLUSIÓN Presencia de componente monoclonal clase IgG tipo kappa
Componente monoclonal de cadena liviana tipo kappa
Orina concentrada 25X

Componente biclonal en inmunofijación de proteínas en orina

CUANDO DOS CLONES HABLAN EL MISMO IDIOMA: MIELOMA MÚLTIPLE BICLONAL IGA E IGG CON CLÍNICA TÍPICA



Lesiones líticas características



Lesiones líticas características

CUANDO DOS CLONES HABLAN EL MISMO IDIOMA: MIELOMA MÚLTIPLE BICLONAL IGA E IGG CON CLÍNICA TÍPICA

Exámenes relevantes										
FECHA	BASAL	Ingreso HRT	Sala	UTI	UTI - HD	UGA	UGA	UGA	UGA	UGA
	Marzo/25	23-08	24-08	25-08	26-08	27-08	28-08	29-08	31-08	01-09
Crea	0.94	8.73	8.32	7.72	5.23	4.12	4.51	4.83	5.24	5.06
BUN		85	75	72		28	38	42	55	61
Calcio [no corregido]		15.7	16.5	15.9	15.1	15.3	15.1	-	-	13.3
Calcio [iónico]		6.2	6.0	5.8	5.2	5.5	5.3	5.2	4.9	5.1
Ac. Úrico	6.2	16	14.8	-	7.8	4.4	5.1		5.8	6.1
Fosforo		8.0	7.1	7.2	6.0	5.7		7.1	7.1	7.1
ELP	142/4.2/107	135/4.4/103	136/4.1/103	138/4.1/106	134/4.0/103	13 /3.7/105	133/3.5/100	132/3.7/103	133/4.1/104	
pH		7.36	7.37	7.37	7.40	7.43	7.40	7.36	7.36	7.32
CO2		31	32	33	32	33	32	31	27	29
HCO		17	18	19	19	22	20	17	15	14
Hb	11.4	8.9	8.5	8.5	8.8	8.8	-	-	-	7.9
Albúmina	3.1	2.1	-	2.0	2.0	2.2	-	-	-	2.1
DIURESIS										

Tabla de progresión exámenes

PODOCITOPATÍA SECUNDARIA A USO DE INHIBIDOR DE CHECK-POINT: A PROPÓSITO DE UN CASO

Trabajo 39

Categoría de Trabajo: Caso Clínico

Tema de Trabajo: Nefrología

Autores: Pía González Sepúlveda, Isidora Lavaud Toledo, Flavio Álvarez Cid, Raimundo Contreras López, Carolina Palma Onetto, Gonzalo Méndez Olivieri

Lugar de Trabajo: 1. Residente de Medicina Interna Universidad Católica del Maule, Hospital Regional de Talca 2. Médico Internista, Servicio de Nefrología, Hospital Regional de Talca 3. Nefróloga, Servicio de Nefrología, Hospital Regional de Talca 4. Médico Patólogo, Sección de Anatomía Patológica, Laboratorio Inmunocel, Santiago.

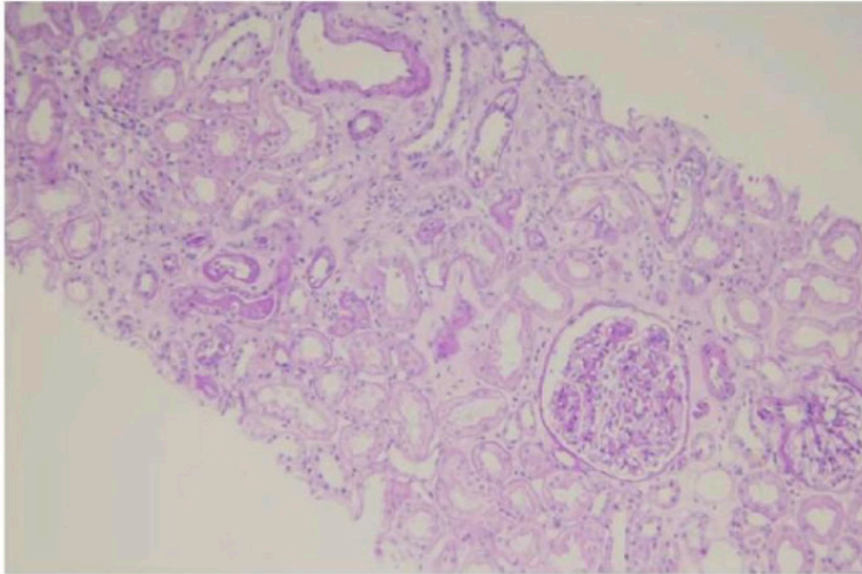
Introducción: Los inhibidores de check-point han transformado el tratamiento del cáncer, aunque pueden causar toxicidad renal inmunomediada. Se presenta un paciente de 69 años con cáncer pulmonar de células no pequeñas tratado con pembrolizumab, que desarrolló podocitopatía secundaria a este fármaco.

Caso Clínico: Con consentimiento informado. Masculino de 69 años con hipertensión y cáncer pulmonar izquierdo con metástasis pleural diagnosticado en enero de 2025. Dos meses después inició paclitaxel, carboplatino y pembrolizumab. A los tres meses presentó disuria y vómitos, con hipertensión, edema palpebral y de extremidades inferiores.

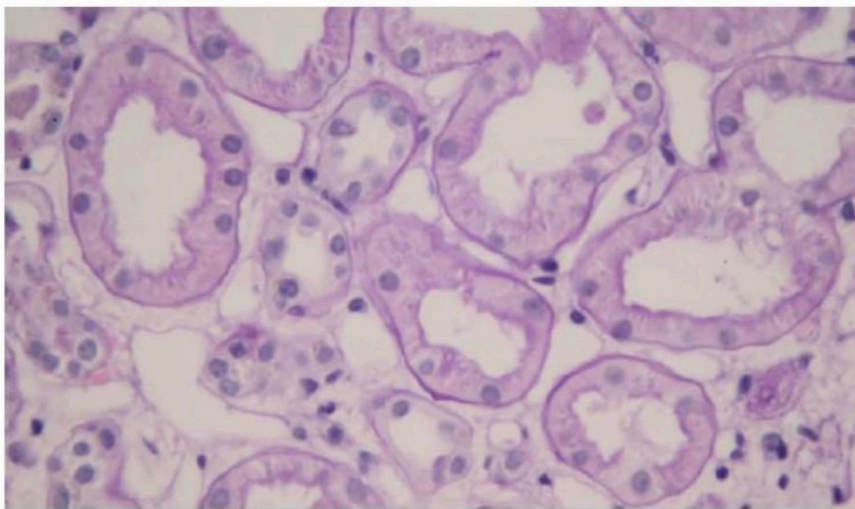
Exámenes: Creatinina 2,43 mg/dL, nitrógeno ureico 39 mg/dL, albúmina 3,2 mg/dL, proteinuria 24 h de 8,6 g, hematuria microscópica y urocultivo negativo. Perfil metabólico, tiroideo y lipídico normales. Ecografía renal: nefropatía médica bilateral. Estudio autoinmune y de paraproteínas negativos. Creatininemia previo a hospitalización normal. Biopsia renal con daño podocitario acentuado sin depósitos inmunes, compatible con podocitopatía inducida por pembrolizumab, el cual se suspendió. Evolucionó con normalización de función renal y disminución de proteinuria sin requerir inmunosupresión.

Discusión: Los inhibidores de PD-1, PD-L1 y CTLA-4 restauran la respuesta inmunitaria antitumoral al bloquear mecanismos de evasión tumoral, pero pueden inducir autoinmunidad en diversos órganos. En el riñón, la nefritis tubulointersticial aguda es la lesión más frecuente, aunque se describen glomerulopatías como enfermedad de cambios mínimos, glomeruloesclerosis focal y glomerulopatía membranosa. La incidencia de lesión renal aguda por estos fármacos es de 3–5%. Como factores de riesgo se describen enfermedad renal crónica, uso de fármacos nefrotóxicos e inmunoterapia combinada. El diagnóstico requiere estudio estructurado con orina, serologías y biopsia renal si modificará conducta, diferenciando lesión tubular de glomerular y evitando así inmunosupresión innecesaria. El tratamiento depende de la gravedad, desde suspensión y observación hasta corticoides o inmunosupresores. Conclusión: La nefrotoxicidad por inhibidores de check-point es un desafío emergente. Su reconocimiento precoz y la biopsia renal son fundamentales para orientar el manejo y mejorar el pronóstico renal y oncológico.

PODOCITOPATÍA SECUNDARIA A USO DE INHIBIDOR DE CHECK-POINT: A PROPÓSITO DE UN CASO



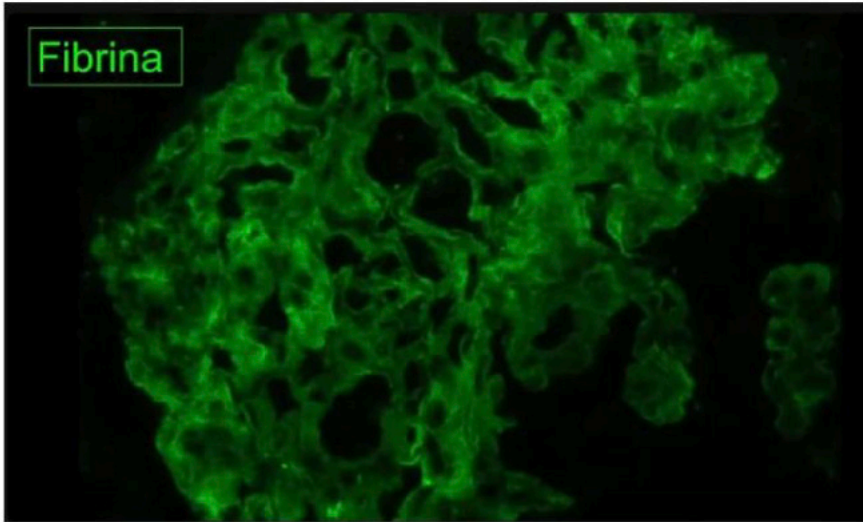
No se evidencia cronicidad ni infiltrados inflamatorios significativos. Algunas ramas arteriales tienen esclerosis. Los glomerulos demuestran hipertrofia sin cambios proliferativos.



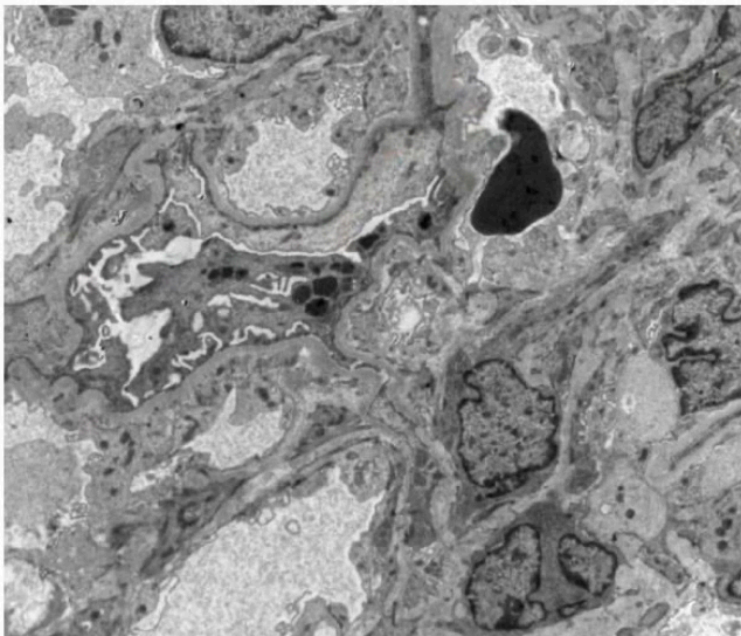
Los túbulos proximales se evidencian con tumefacción sin pérdida del ribete en cepillo.

Imagen de biopsia y su descripción 2

PODOCITOPATÍA SECUNDARIA A USO DE INHIBIDOR DE CHECK-POINT: A PROPÓSITO DE UN CASO



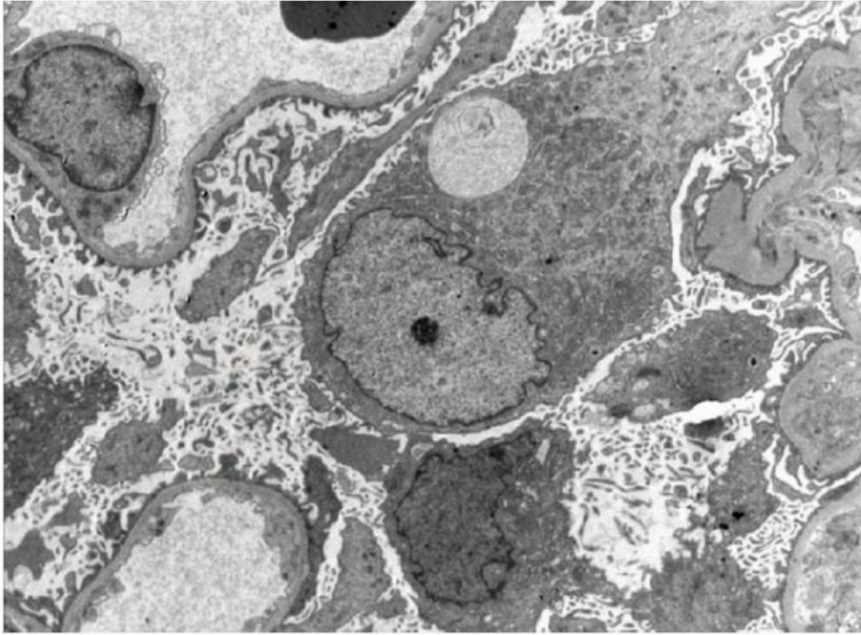
Reactividad a fibrina leve a moderada con linealidad de asas capilares (esto puede traducir un proceso reactivo endotelial).



Borramiento pedicelar con lesiones degenerativas, lisosomas con alto material proteico, algunas zonas de preservación de pedicelos.

Imagen de biopsia y su descripción 4

PODOCITOPATÍA SECUNDARIA A USO DE INHIBIDOR DE CHECK-POINT: A PROPÓSITO DE UN CASO



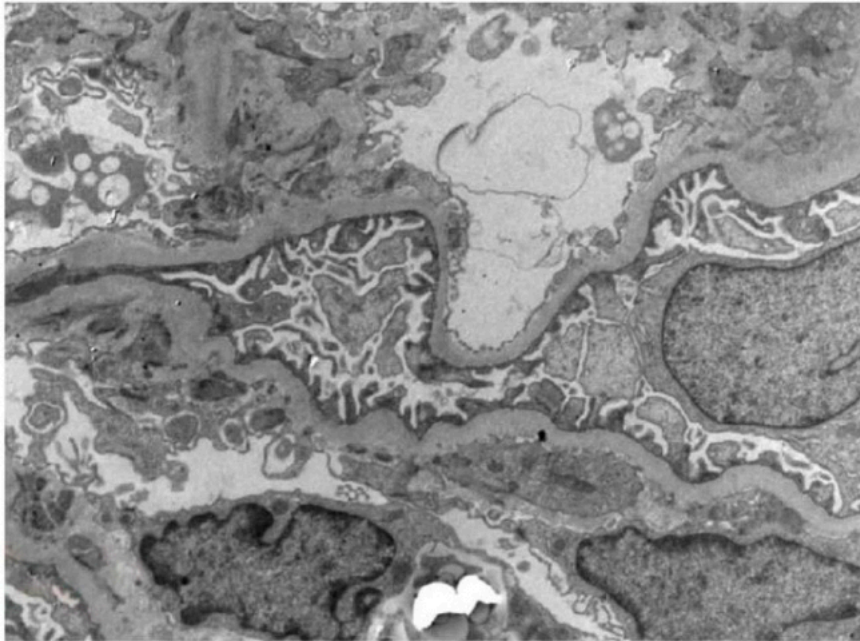
Proyección tipo vellosidades y citoplasma alterado que representan una forma de daño podocitario.



Borramiento intenso de procesos pedicelares, desaparición de fenestraciones endoteliales, remodelación subendotelial.

Imagen de biopsia y su descripción 6

PODOCITOPATÍA SECUNDARIA A USO DE INHIBIDOR DE CHECK-POINT: A PROPÓSITO DE UN CASO



Dobles contornos en formación.

Imagen de biopsia y su descripción 7

BOLA FÚNGICA POR CANDIDA ALBICANS EN PACIENTE TRASPLANTADA RENAL: REPORTE DE UN CASO

Trabajo 40

Categoría de Trabajo: Caso Clínico

Tema de Trabajo: Hipertensión

Autores: Ann Margareth Hunter Gutiérrez, Alexander Vega Marchant, Antonio Alvarado Santana, Claudio Flores Würth, Marcos Coradines Yáñez, Felipe Burgos Rivas, Esteban Teneb Lobos, Felipe Oyanedel Farias, Magdalena Latorre Harcha

Lugar de Trabajo: 1. Residente Medicina Interna, Universidad Austral de Chile 2. Residente Nefrología, Hospital Base Valdivia 3. Nefrología, Hospital Base Valdivia 4. Nefrología, Hospital Biprovincial Quillota Petorca 5. Radiología, Hospital Base Valdivia 6. Infectología, Hospital Base Valdivia 7. Urología, Hospital Base Valdivia 8. Unidad de Farmacia Clínica, Hospital Urgencia Asistencia Pública.

Introducción: La bola fúngica o “fungoma” renal es una complicación infrecuente, potencialmente grave en pacientes inmunosuprimidos tras trasplante renal y puede comprometer gravemente la función del injerto. La formación de una bola fúngica representa un desafío diagnóstico y terapéutico en pacientes inmunosuprimidos.

Caso Clínico: Se obtuvo consentimiento informado. Mujer de 37 años con enfermedad renal crónica estadio 5 de etiología no filiada, trasplantada con injerto de donante cadáver de bajo riesgo inmunológico el 18/12/2024. Presentó función inicial adecuada del injerto (creatinina 1,7 mg/dl), seguida de disfunción progresiva y candidemia persistente por *Candida albicans*. Ecografía y pielografía mostraron ocupación de la pelvis renal con dilatación pielocalicial, sugiriendo bola fúngica. Inició anidulafungina y luego fluconazol, suspendido por colestasis intrahepática. Se mantuvo asintomática, pero ante persistencia de la infección y riesgo de deterioro del injerto, se realizó nefrostomía percutánea para drenaje y administración local de anfotericina B desoxicolato (50 mg/1000 ml/día por 7 días). Los cultivos confirmaron *C. albicans*. Evolucionó con resolución de la fungemia, normalización hepática y recuperación funcional del injerto (creatinina 2,0 mg/dl al alta).

Discusión: Este caso ilustra la importancia de la vigilancia nefrológica ante disfunción temprana del injerto, diferenciando causas inmunológicas, obstructivas e infecciosas. La bola fúngica constituye un tipo de uropatía obstructiva del injerto, cuyo diagnóstico requiere correlación clínica e imagenológica. El manejo combinado con drenaje, irrigación local con anfotericina B, ajuste de inmunosupresión y antifúngicos sistémicos permitió controlar la infección sin pérdida del injerto.

Conclusión: El enfoque multidisciplinario, liderado por el nefrólogo, es esencial para preservar la función del injerto ante complicaciones infecciosas severas. La irrigación local con anfotericina B surge como estrategia efectiva y segura frente a candidemia persistente y hepatotoxicidad por azoles en el trasplante renal.

Trabajo 41

Categoría de Trabajo: Ciencias Básicas

Tema de Trabajo: Bioingeniería

Autores: Eduardo Avila Jiménez, Allison Meynard, Paloma Reyes, Felipe López, Maximiliano Barenys, Jaime Retamal, Daniel Hachim

Lugar de Trabajo: 1. Departamento de Nefrología - Doctorado Ciencias Médicas - Hospital Clínico Pontificia Universidad Católica 2. Laboratorio de Tecnologías Biomiméticas, Facultad de Química y Farmacia. Pontificia Universidad Católica de Chile. 3. Departamento de Medicina Intensiva. Escuela de Medicina. Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: La Lesión Renal Aguda (LRA) y la Enfermedad Renal Crónica (ERC) conforman un continuo patológico que representa un importante problema de salud pública. Los modelos experimentales tradicionales presentan limitaciones para reproducir el microambiente renal, especialmente los estímulos mecánicos y hemodinámicos que experimentan las células epiteliales tubulares.

Objetivo: Evaluar la viabilidad celular en un dispositivo microfluídico Kidney-on-a-Chip (KoC) que emula el túbulo Contorneado Proximal (TCP) humano bajo condiciones de shear stress fisiológico. Metodología: Se diseñó un dispositivo KoC mediante modelado 3D, fabricado por impresión 3D en resina y replicado en PDMS. En su interior se cultivaron células HK-2, expuestas a condiciones estáticas y dinámicas mediante un sistema de flujo controlado. La viabilidad celular se evaluó mediante ensayos Live/Dead®, y la morfología mediante tinciones con DAPI y faloidina. El análisis estadístico se realizó mediante ANOVA de dos vías, considerando los factores día de cultivo y condición experimental (canal vs placa de Petri).

Resultados: Las dimensiones del dispositivo replican un flujo laminar ($Re = 0,267$) con un shear stress de $0,34$ dinas/cm². En el día 1, las células del canal mostraron menor viabilidad que el control, reflejando una fase de adaptación. En el día 2, la viabilidad fue significativamente mayor en el canal ($p < 0,001$). Las imágenes de fluorescencia evidenciaron células con organización citoesquelética conservada.

Conclusión: El dispositivo Kidney-on-a-Chip reproduce las dimensiones físicas del TCP, favoreciendo la viabilidad y organización celular bajo flujo dinámico. Esta plataforma se proyecta como una herramienta prometedora para estudios traslacionales en fisiología y nefrotoxicidad tubular.

SÍNDROME NEFRÓTICO EN PACIENTE CON VIH: AMPLIANDO EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Trabajo 43

Categoría de Trabajo: Caso Clínico

Tema de Trabajo: Hipertensión

Autores: Carolina Palma Onetto, Raimundo Contreras López, Gonzalo Mendez Oliveri

Lugar de Trabajo: 1. Hospital Regional de Talca 2. Laboratorio Inmunocell, Santiago.

Introducción: Los pacientes con VIH presentan mayor riesgo de glomerulopatías, siendo más frecuentes la glomeruloesclerosis focal y segmentaria (colapsante y no colapsante), además de formas mediadas por complejos inmunes (HIVICK). Presentamos un caso de síndrome nefrótico en un paciente con VIH con un diagnóstico inusual.

Caso Clínico: Paciente de 34 años, sin antecedentes conocidos ni uso de fármacos o drogas, consulta por edema de EEII progresivo a edema facial y de manos, asociado a orinas espumosas. Refiere además diarrea crónica de 2 años no estudiada. Al examen físico se constata edema generalizado, sin otros hallazgos. Exámenes revelan albúmina 2,8 g/dL, proteinuria 8,2 g/24 h, creatinina 0,9 mg/dL, orina: leucocitos 5–10/campo, eritrocitos 2–5/campo, cilindros granulosos. Inmunología negativa. VHB y VHC negativos. VIH positivo, CD4: 92 cél/ μ L, carga viral: 474.000 copias/mL. Ecografía renal normal. Se realiza biopsia renal, que muestra nefropatía por IgA asociada a podocitopatía.

Discusión: La nefropatía por IgA (IgAN) tiene manifestaciones clínicas variables, su presentación como síndrome nefrótico puro es poco frecuente y aún menos en pacientes con VIH. Aunque su asociación ha sido cuestionada, existen reportes con identificación de material genético viral en complejos inmunes de IgA, lo que sugiere una posible relación patogénica más allá de la coincidencia. Este caso resalta la diversidad de glomerulopatías en pacientes VIH y la importancia de no asumir diagnósticos comunes sin confirmar mediante biopsia renal.

Conclusión: La biopsia renal sigue siendo fundamental en el estudio del síndrome nefrótico en pacientes con VIH, dada la variedad de etiologías posibles. Este caso enfatiza la necesidad de considerar diagnósticos menos frecuentes como IgAN en este contexto clínico.

GLOMERULOPATÍA POR C3 COMO MANIFESTACIÓN HISTOLÓGICA DE VASCULITIS ANCA

Trabajo 44

Categoría de Trabajo: Caso Clínico

Tema de Trabajo: Nefrología

Autores: Raimundo Contreras López, Carolina Palma Onetto, Gonzalo Méndez Oliveri

Lugar de Trabajo: 1. Hospital Regional de Talca 2. Laboratorio Inmunocell, Santiago.

Introducción: La Vasculitis Asociada a ANCA (VAA) es un grupo de enfermedades sistémicas que afectan pequeños vasos y producen glomerulonefritis crescéntica pauciinmune, con participación reconocida de la vía alterna del complemento. La glomerulopatía por C3 (GNC3), en cambio, es una glomerulonefritis membranoproliferativa mediada por complemento. Presentamos el caso de una paciente con deterioro renal y hallazgos clínico-serológicos de VAA, cuya biopsia mostró características compatibles con GNC3.

Caso Clínico: Mujer de 71 años, hipertensa, consultó por baja de peso y compromiso del estado general de 4 meses. Destacaba palidez mucocutánea y ojo rojo unilateral. Exámenes: Hb 6,4 g/dl, albúmina 3,4 g/dl, haptoglobina 268 mg/dl, creatinina 3,75 mg/dl, leucocituria 2–5/campo, eritrocituria >100/campo, proteinuria 1,36 g/24 h, urocultivo negativo. Inmunología: ANA 1/1280 homogéneo, anti-dsDNA 1/10, ANCA PR3 5, ANCA MPO >100, C3 98,6 mg/dl, C4 15 mg/dl. TC: infiltrados en vidrio esmerilado bilaterales. Biopsia renal: crecientes mixtos y lesiones necrotizantes; inmunofluorescencia: C3 2+ sin inmunoglobulinas; microscopía electrónica: proliferación endocapilar y daño podocitario. Recibió corticoides y ciclofosfamida mensual por 6 meses, con recuperación completa de la función renal. Al sexto mes: ANA y anti-dsDNA negativos, ANCA MPO 80, complemento normal y orina sin alteraciones.

Discusión: La glomerulonefritis por VAA suele ser pauciinmune, sin embargo, hasta un 54% puede mostrar depósitos de inmunoglobulinas o complemento, usualmente leves. Estos casos se asocian a mayor proteinuria y número de crecientes, pero la positividad aislada para C3 no se vincula consistentemente con peor pronóstico. Solo tres casos de GNC3 asociada a ANCA se han reportado, todos con niveles bajos de C3. Nuestro caso difiere: la paciente tenía complemento normal, afectación extrarrenal y buena respuesta a inmunosupresión estándar. Esto sugiere que la VAA fue el mecanismo principal, y la positividad para C3 podría ser secundaria a la inflamación glomerular. Estos hallazgos sugieren un posible espectro intermedio en VAA con activación del complemento, lo que podría tener implicancias terapéuticas si se confirma en series más amplias.

Conclusión: Se presenta un caso infrecuente de glomerulonefritis ANCA-MPO con depósitos de C3 y hallazgos compatibles con GNC3. Esta coexistencia es poco descrita y requiere más reportes para esclarecer su impacto clínico y pronóstico.

SÍNDROME RIÑÓN-PULMÓN POR GLOMERULONEFRITIS POR C3 SECUNDARIA A MIELOMA MÚLTIPLE: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO, DONDE LA CLAVE ES LA BIOPSIA RENAL.

Trabajo 46

Categoría de Trabajo: Caso Clínico

Tema de Trabajo: Nefrología

Autores: Tamara Cecilia Jiménez Fuentes, Ricardo Valjalo Medina

Lugar de Trabajo: 1. Hospital de Urgencia Asistencia Pública; Egresada de Nefrología Universidad de Chile, Hospital del Salvador 2. Hospital del Salvador, Servicio de Nefrología.

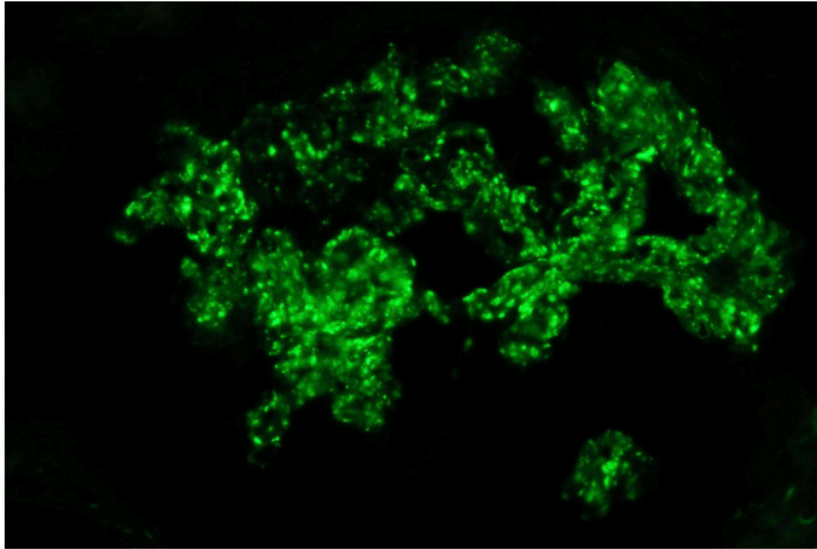
Introducción: El Síndrome Riñón-Pulmón (SRP) representa una urgencia nefrológica caracterizada por hemorragia alveolar y glomerulonefritis rápidamente progresiva. Si bien las causas más frecuentes son autoinmunes, existen formas infrecuentes asociadas a disfunción del complemento por desregulación de la vía alterna. Se presenta un caso insólito de debut de SRP y Mieloma Múltiple (MM) en forma sincrónica, en la que se confirmó histológicamente una glomerulonefritis por C3 (GNC3), observándose una excelente respuesta clínica con tratamiento anticélula plasmática y control de la paraproteinemia.

Caso Clínico: Hombre de 68 años, hipertenso y tabaquista, consulta por astenia y hemoptisis. Ingresa con hipoxemia (SatO₂ 86%), hemoglobina 7 g/dL, creatinina 4,3 mg/dL (previa 0,89 mg/dL). En perfil bioquímico destacaba GAP proteico elevado sin hipercalemia, y el sedimento urinario mostró hematuria dismórfica y cilindros hemáticos. El scanner de tórax informó signos sugerentes de hemorragia alveolar. Recibió de forma empírica metilprednisolona y plasmaféresis. ANCA y anti-MBG resultan negativos; C3 y C4 muy disminuidos, recuento de IgG 6588 mg/dL, y cadenas livianas kappa 691 mg/L (relación K/L 47,8). Mielograma y FISH confirmaron MM IgG-Kappa. Ante la presencia de actividad glomerular y hemorragia alveolar, se realizó biopsia renal que mostró una glomerulonefritis membranoproliferativa con reactividad intensa y exclusiva para C3, confirmándose una GNC3. El paciente recibió quimioterapia con ciclofosfamida, bortezomib y dexametasona, evolucionando favorablemente con resolución de hemorragia alveolar, remisión renal completa y respuesta hematológica parcial muy buena. El paciente otorgó consentimiento informado.

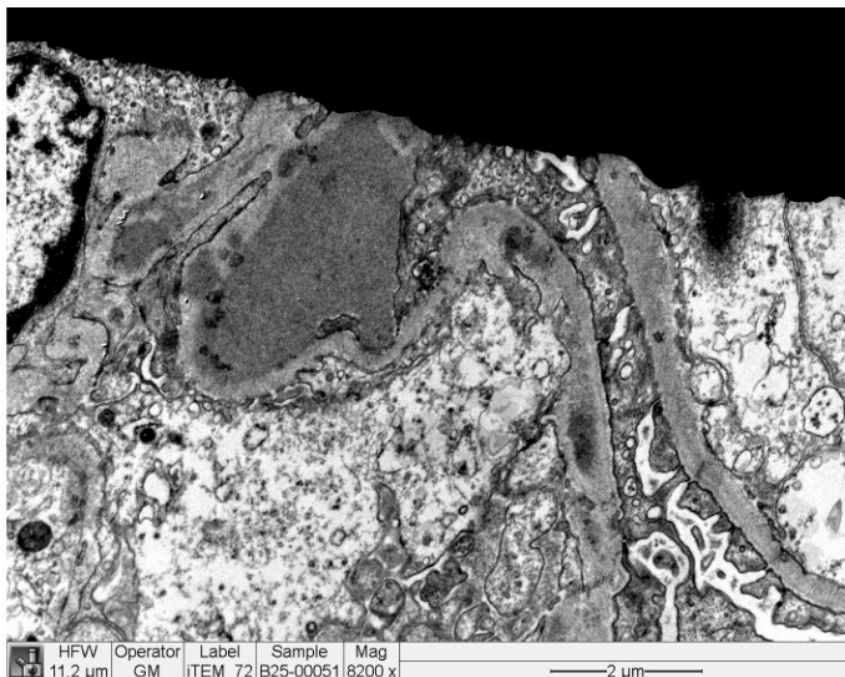
Discusión: Las proteínas monoclonales pueden actuar como autoanticuerpos dirigidos contra los componentes del complemento, como el factor H, el factor I y el receptor 1 del complemento, resultando en una activación descontrolada de la vía alterna y pudiendo provocar GNC3 de forma secundaria. La asociación con compromiso alveolar es muy infrecuente. El estudio inmunológico negativo, subraya la necesidad de considerar causas no autoinmunes en SRP. La biopsia renal en este caso fue decisiva.

Conclusión: La GNC3 debe ser considerada frente a SRP no inmunológicos. En estos casos se debe descartar prontamente la asociación con paraproteinemias, dada la importancia terapéutica que ello implica. La biopsia renal es clave para el diagnóstico renal diferencial.

SÍNDROME RIÑÓN-PULMÓN POR GLOMERULONEFRITIS POR C3 SECUNDARIA A MIELOMA MÚLTIPLE: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO, DONDE LA CLAVE ES LA BIOPSIA RENAL.

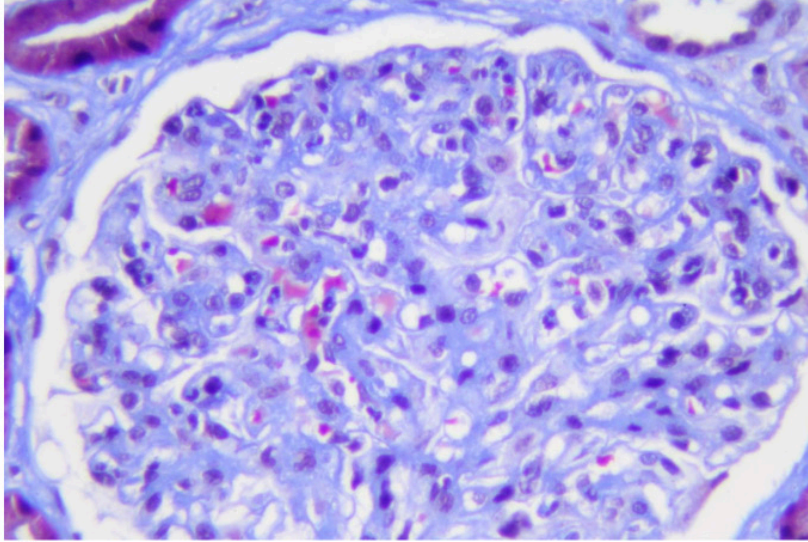


INMUNOFLUORESCENCIA POSITIVO INTENSO A C3 CON GRANULOS MESANGIALES Y CAPILARES



MICROSCOPIA ELECTRONICA: ASA CAPILAR CON UN GRAN HUMP Y DEPÓSITOS CORTOS DISCONTINUOS EN SUBENDOTELIO. TIPICO DE C3GN, LOS QUE SE DESCRIBEN COMO "TIRAS DE SALCHICHA"

SÍNDROME RIÑÓN-PULMÓN POR GLOMERULONEFRITIS POR C3 SECUNDARIA A MIELOMA MÚLTIPLE: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO, DONDE LA CLAVE ES LA BIOPSIA RENAL.



MICROSCOPIA ÓPTICA: DOBLES CONTORNOS, HIPERLOBULACION E HIPERCELULARIDAD MESANGIAL.

EFECTOS DEL USO DE INHIBIDORES DEL COTRANSPORTADOR SODIO-GLUCOSA TIPO 2 EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA GRADO 4 Y 5

Trabajo 47

Categoría de Trabajo: Caso Clínico

Tema de Trabajo: Insuficiencia Renal

Autores: Marisel Araya Rojas, Andrea Chavez Arqueros, Valentina Ulloa Valdivia, Maria Isabel Saldivia Muñoz, Constanza Verdugo Araya, Barbara Segovia Hernandez, Francisca Aranda Muñoz, Francisco Villagrán Cortes, Gonzalo Ramirez Guerrero, Vicente Torres Cifuentes, Pilar Musalem Abuyeres

Lugar de Trabajo: 1. Hospital Carlos Van Buren 2. Universidad de Valparaíso 3. Hospital Las Higueras de Talcahuano.

Introducción: Los inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 (iSGLT2) han demostrado beneficios renales y cardiovasculares en pacientes con Enfermedad Renal Crónica (ERC), incluso en ausencia de Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2). Sin embargo, la evidencia sobre su uso en estadios avanzados —particularmente con velocidad de filtración glomerular (VFG) <25 ml/min/1,73 m²— y en contextos de práctica clínica real continúa siendo limitada.

Objetivos: Describir las características clínicas y la evolución renal y metabólica de pacientes con ERC grados 4 y 5 en tratamiento con iSGLT2, controlados en la Unidad de Cuidados Renales Avanzados del Hospital Carlos Van Buren. Métodos Estudio: Retrospectivo observacional descriptivo. Se incluyeron pacientes con ERC avanzada que recibieron un iSGLT2 durante sus controles nefrológicos. Se analizaron características demográficas, etiología de la ERC, tiempo de uso y evolución de VFG, hemoglobina glicosilada (HbA1c), proteinuria, hemoglobina (Hb), kalemia e índice de masa corporal (IMC) a los 1, 3, 6 y 12 meses. Se registraron ingreso a diálisis y mortalidad.

Población: Cuarenta pacientes, edad promedio 59 años, con ERC grado 4 y 5 en tratamiento con iSGLT2.

Resultados: La etiología de la ERC fue DM2 en 13 (32,5%) y no DM2 en 27 (67,5%), predominando las causas glomerulares en los no DM2 (n=7). 32 pacientes usaban bloqueo del sistema renina angiotensina aldosterona previo al iSGLT2. La VFG basal promedio fue 16,4 ml/min (5-28 ml/min) y no mostró deterioro (15,0 al mes; 16,2 a 3 meses; 17,0 a 6 meses y 16,4 a 12 meses). La relación proteinuria/creatininuria promedio disminuyó sostenidamente, de 2,73 g/g a 1,43 g/g a 12 meses. La Hb aumentó de 11,7 a 12,19 g/dL, mientras la kalemia se mantuvo sin variaciones significativas (4,6 a 4,7 mEq/L a 12 meses). El IMC y la HbA1c permanecieron estables a 12 meses (29,4 a 28,8 kg/m² y 6,14 a 5,95%, respectivamente). Cinco pacientes iniciaron diálisis y dos fallecieron durante el seguimiento.

Conclusión: En esta cohorte de pacientes con ERC avanzada, el uso de iSGLT2 se asoció a estabilidad de VFG y mejoría sostenida de la proteinuria, junto con incremento de la hemoglobina y ausencia de hiperpotasemia. Estos hallazgos respaldan la seguridad y potencial beneficio renal de los iSGLT2 en etapas avanzadas de ERC dentro de la práctica clínica real, aportando evidencia local valiosa que complementa los resultados de los ensayos clínicos internacionales.

CARACTERIZACIÓN DEL USO DE AGONISTAS DEL RECEPTOR DE GLP-1 EN ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA 4-5 Y PACIENTES CON GLOMERULOPATÍAS

Trabajo 48

Categoría de Trabajo: Estudio Clínico

Tema de Trabajo: Hemodiálisis

Autores: Julio César Matute Miranda, Daniela Salinas Berríos

Lugar de Trabajo: 1. Pontificia Universidad Católica de Chile 2. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción y Objetivo: La hipotensión intradiálisis es una complicación frecuente y afecta la eficacia de la terapia al tener que reajustar sus parámetros, principalmente la tasa de ultrafiltración, con impacto en el manejo de la hipervolemia y disminución del DO₂, impactando la recuperación de disfunciones orgánicas. En nuestro trabajo, buscamos evaluar la eficacia de la infusión de albúmina 20% como medida de prevención de hipotensión intradiálisis en pacientes agudos y críticamente enfermos sometidos a TRR.

Pacientes y Métodos: Trabajo observacional prospectivo, en contexto de cambio de protocolo local en la UPN UC, con diseño crossover no ciego, entre los meses de mayo y septiembre de 2025. Se compara el uso de Albúmina 20% versus Solución Salina 0.9% en pacientes hipoalbuminémicos. La hipotensión intradiálisis se define como la caída de la PAM a valores menores de 60 mmHg o caída de la PAM > 20 mmHg con o sin clínica de hipoperfusión, además de caídas de PAM menores con clínica de hipoperfusión tisular. Se registran las intervenciones realizadas, así como, de los cambios en la prescripción de la terapia de diálisis o su interrupción según protocolo local. Los pacientes seleccionados fueron distribuidos de manera secuencial como se describe más abajo.

Resultados: Se analizaron 124 sesiones de TRR, de las cuales 49 fueron con albúmina y 75 con SF; la media de edad fue 63 años (64 vs 62 años), con un 66% de sexo masculino (67 vs 65%), albuminemia plasmática promedio de 2,3 gr/dl (2,2 y 2,3 gr/dl) y VExUS alto en el 28% de los casos (31 vs 27%) (tabla 1). Entre los resultados a destacar tenemos más eventos de hipotensión en el grupo SF (24 vs 43%) p 0.03 (gráfico 1); necesidad de disminuir la meta de UF mayor en grupo SF (16 vs 39%) p 0.01, logrando menores metas de balances negativos (tabla 2). La ecografía bedside podría ayudarnos a predecir eventos de hipotensión a través del VExUS más parámetros ecocardiográficos como el VTI y la relación E/e'. Entre los predictores de hipotensión se destacan la albuminemia, VExUS y PAM basal (tabla 3).

Conclusión: En pacientes con hipoalbuminemia sometidos a TRR aguda, la infusión de albúmina al inicio de la sesión reduce significativamente la incidencia de hipotensión y la necesidad de disminuir la ultrafiltración, sin alterar parámetros ecográficos de congestión ni la función renal Doppler. Su efecto es predominantemente oncótico-volémico y protector hemodinámico.

SÍNDROME NEFRÓTICO EN EMBARAZO, PRESENTACIÓN DE 5 CASOS CLÍNICOS BIOPSIADOS, MANEJO TERAPÉUTICO Y OUTCOME MATERNO-FETAL

Trabajo 49

Categoría de Trabajo: Caso Clínico

Tema de Trabajo: Nefrología

Autores: Daniel Enos Brito, Cecilia Herмосilla Durán, Javiera Duhalde Velasquez, Camila Fernández Nikitschek, Mariel Hernández Pérez, Jeremías Tapia Céspedes

Lugar de Trabajo: Complejo Asistencial Dr Víctor Ríos Ruiz, Los Ángeles 2. Interna Medicina Universidad San Sebastián Campus Los Ángeles 3. Interno UNAB Campus Los Ángeles.

Introducción: Síndrome nefrótico durante el embarazo es una entidad infrecuente, con incidencia estimada entre 0,025% y 0,028%. Se asocia a glomerulopatías preexistentes o debutantes que pueden confundirse con preeclampsia debido a manifestaciones clínicas comunes, como proteinuria y disfunción endotelial. Esta superposición dificulta el diagnóstico diferencial en mujeres sin antecedentes nefrológicos, generando un desafío clínico por complicaciones materno-fetales, porque un manejo inadecuado puede derivar en progresión de enfermedad renal, restricción de crecimiento intrauterino, parto prematuro y mortalidad.

Objetivo: Describir características clínicas, diagnósticas y terapéuticas de cinco casos de síndrome nefrótico en embarazo en mujeres aparentemente sanas, agregando evolución materno-fetal y los hallazgos histopatológicos postparto.

Población: Embarazadas CAVRR 2021-2025. Material y métodos: Recopilamos datos desde informes de biopsias, revisamos microscopía óptica, inmunofluorescencia y microscopía electrónica, además de fichas clínicas, organizando datos en tablas y gráficos para describir las principales características clínicas e histológicas, junto al manejo terapéutico.

Resultados: Pacientes tenían edades entre 32 y 44 años, cuatro de ellas debutan con síndrome nefrótico entre las semanas 17 y 26 de gestación, y una a las 37 semanas. Biopsias renales revelaron diversas etiologías: enfermedad por cambios mínimos con borramiento pedicular 100%, (la única biopsia en que aparece el clásico compromiso endotelial de la preeclampsia), lupus eritematoso sistémico sin daño activo (biopsia en puerperio tardío), glomeruloesclerosis focal y segmentaria, nefropatía por IgA y nefropatía con daño de membrana basal crónico sugestiva de síndrome de Alport, congruente con sordera y nefropatía familiar, desconocida por la paciente, en estudio genético. Se interrumpieron todos los embarazos por cesárea, con edad gestacional media de 30,8 semanas. Los recién nacidos presentaron prematuridad y restricción del crecimiento intrauterino con evolución favorable. En las madres se observó reversión total del síndrome nefrótico durante el embarazo sin reaparecer en puerperio ni en controles.

SÍNDROME NEFRÓTICO EN EMBARAZO, PRESENTACIÓN DE 5 CASOS CLÍNICOS BIOPSIADOS, MANEJO TERAPÉUTICO Y OUT-COME MATERNO-FETAL

Conclusión: Alta sospecha de síndrome nefrótico durante el embarazo, ante proteinuria significativa sobre 3.5 gr e hipoalbuminemia. La diferenciación con preeclampsia severa es crítica, aunque ésta es 81% después de las 34 semanas. Biopsia renal precoz postparto permite definir etiología y guiar manejo posterior, aunque deben tomarse decisiones como inmunosupresión durante el embarazo ante cuadros de aparición muy precoz, acompañados de clínica sugerente y serología compatible. Un enfoque multidisciplinario entre nefrología y obstetricia optimiza los resultados materno-fetales.

TUBERCULOSIS RENAL, UNA REALIDAD ACTUAL. PRESENTACIÓN DE DOS CASOS CLÍNICOS

Trabajo 50

Categoría de Trabajo: Caso Clínico

Tema de Trabajo: Hipertensión

Autores: Daniela Cantero Fernández, Carolina Díaz Medel, Carolina Palma Onetto, Carolina Chacón Fernández, Raimundo Contreras López

Lugar de Trabajo: 1. Hospital de Talca.

Introducción: No hay datos de la incidencia de TBC renal o de las vías urinarias en Chile, estimaciones sugieren incidencia estimada entre en 0.4 a 0,7/100.000 hab con una leve tendencia al alza en los últimos años. La diseminación es hematogena o por contigüidad, y se presenta habitualmente como piuria aséptica o hematuria.

Caso 1: Hombre, 59 años, antecedentes de esquizofrenia, diabetes mellitus tipo 2, tabaquismo suspendido (IPA 90), presenta cuadro de 4 meses de disuria, dolor abdominal intermitente y episodios febriles predominio nocturno. Examen físico enflaquecido, deshidratado, sin otros hallazgos. Estudios laboratorio leucocitos 14.200, PCR 78 mg/L, creatinina 3.3 mg/dL, sodio 118 mEq/L, potasio 6.8 mEq/L, ácido láctico 35 mg/dL. Sedimento orina leucocitos 25-50/campo, sin nitritos, bacterias escasas, sin hematuria. Urocultivo y hemocultivos negativos. TC abdomen y pelvis: pieloureteritis izquierda, opacidades pulmonares bilaterales. Se maneja con antibióticos empíricos, con progresión radiológica a cavitaciones pulmonares e infiltrado bilateral, pielonefritis izquierda, absceso renal ipsilateral. PCR orina positivo para Mycobacterium tuberculosis en concentración alta. VIH negativo.

Caso 2: Hombre, 39 años, nacionalidad haitiana, sin antecedentes mórbidos. Historia de hematuria de larga data, fiebre intermitente, baja de peso y diaforesis nocturna, sin síntomas respiratorios. Orina completa: leucocituria, placas de pus y bacterias abundantes, UC negativo, parámetros inflamatorios bajos, VHS 100 mm/h, creatinina 1,2 mg/dL. TC abdomen y pelvis: pionesfrosis, engrosamiento urotelial pieloureteral y pared vesical. PCR TBC en orina positivas (2 muestras). TC tórax sin lesiones pulmonares. VIH negativo.

Discusión: La tuberculosis renal sigue siendo una realidad, dentro de los factores asociados se encuentran la migración, el envejecimiento de la población y las comorbilidades. En los casos presentados, destacan síntomas constitucionales por sobre clínica respiratoria, asociado a examen de orina alterado. La confirmación mediante PCR en orina evidencia la utilidad de las técnicas moleculares.

Conclusión: Dos casos presentados en un hospital regional en un año, muestra que es una entidad aún presente e importante de sospechar ante cuadros urinarios atípicos o refractarios a tratamiento habitual, especialmente en pacientes con factores de riesgo.

ESTUDIO DESCRIPTIVO DEL PERFIL CLÍNICO Y EPIDEMIOLOGICO DE PACIENTES EN SEGUIMIENTO AMBULATORIO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS RENALES AVANZADOS DEL HOSPITAL GUILLERMO GRANT BENAVENTE

Trabajo 51

Categoría de Trabajo: Estudio Clínico

Tema de Trabajo: Nefrología

Autores: Gabriel Bravo Rodríguez, Michelle Bestwick Núñez

Lugar de Trabajo: 1. Hospital Regional Guillermo Grant Benavente 2. Hospital Regional Guillermo Grant Benavente.

Introducción: La Enfermedad Renal Crónica (ERC) avanzada constituye un problema creciente de salud pública, con alta morbimortalidad y repercusiones en la calidad de vida. La Unidad de Cuidados Renales Avanzados (UCRA) se creó como instancia de atención ambulatoria multidisciplinaria para optimizar el manejo integral, retrasar la progresión de la enfermedad y preparar la transición a terapia sustitutiva renal.

Objetivo: Describir las características clínicas, epidemiológicas y de laboratorio de los pacientes ingresados a la UCRA entre 2024 y 2025.

Metodología: Estudio observacional descriptivo. Se revisaron registros prospectivos de la base UCRA, integrando planillas de los años 2024 y 2025 junto con la planilla maestra de pacientes. Se consideraron variables demográficas (edad, sexo), función renal (VFG inicial y actual) y parámetros hematológicos (hemoglobina, hematocrito), uso de terapias de soporte (eritropoyetina, hierro, vitamina D, ketoanálogos) y evolución clínica (inicio de hemodiálisis, derivación a cuidados paliativos, fallecimiento). Se calcularon estadísticas descriptivas.

Resultados: Se identificaron 256 pacientes únicos.- Edad media: 71,7 años (mediana 74; rango 23–98).- Distribución por sexo: 55,8% mujeres (n=143) y 44,1% hombres (n=113).- Función renal: VFG inicial promedio de 21,6 mL/min, con VFG actual de 20,2 mL/min, evidenciando ERC avanzada en la mayoría.- Parámetros hematológicos: hemoglobina media 11,8 g/dL y hematocrito medio 31,6%, reflejando alta prevalencia de anemia asociada a ERC.-Un 35% recibió tratamiento con eritropoyetina, 28% con hierro, y 22% con vitamina D. El 15% inició tratamiento con ketoanálogos. Durante el seguimiento, un 20% inició hemodiálisis, un 12% fue derivado a cuidados paliativos y un 10% falleció en el periodo de observación.

Conclusiones: Los pacientes atendidos en la UCRA corresponden principalmente a adultos mayores, con marcada reducción del filtrado glomerular y anemia frecuente, lo que refleja la alta complejidad clínica de esta cohorte. La caracterización obtenida respalda la relevancia de las UCRA como modelo de atención integral, favoreciendo estrategias de nefroprevención, corrección de complicaciones y planificación de terapia sustitutiva renal.

EVOLUCIÓN DE LAS VASCULITIS RENALES ANCA POSITIVAS EN EL PERÍODO POST PANDEMIA COVID-19 EN COMPLEJO ASISTENCIAL DR. VÍCTOR RÍOS RUIZ LOS ÁNGELES PROVINCIA BIOBIO CHILE

Trabajo 52

Categoría de Trabajo: Estudio Clínico

Tema de Trabajo: Nefrología

Autores: Daniel Enos Brito, Daniela Burgos Aguayo, Lorena Cornejo González, Mariel Hernández Pérez, Misael Bustos Sáez, Catalina Rayen Cariñanco Soto, Kathia Belen Ferrada López

Lugar de Trabajo: 1. Complejo Asistencial Dr Víctor Ríos Ruiz Los Ángeles 2. Universidad San Sebastián Campus Los Ángeles 3. Complejo Asistencial Dr Víctor Ríos Ruiz Los Ángeles.

Introducción: En período de pandemia COVID-19, varios reportes internacionales junto a una serie local describieron aumento en incidencia de vasculitis renales ANCA (+). Las posibilidades que se invocan son mecanismos inmunológicos relacionados con infección por SARS CoV-2 y/o la vacunación y/o cambios neuroendocrinos relacionados con el estrés y el encierro que pudieron afectar la supresión de la autoinmunidad (1).

Objetivos: Buscamos ver lo sucedido en los años siguientes a la pandemia con incidencia de vasculitis ANCA positiva, en frecuencia, gravedad y características histológicas, comparándolas con pre y durante pandemia.

Población: Vasculitis renales entre Enero 2023 y Junio 2025.

Materiales y Métodos: Biopsias de todas las vasculitis renales, como recomienda Tao en revisión reciente (2). Revisamos informes de esas biopsias y fichas clínicas con ese diagnóstico. Hicimos tablas y gráficos comparando 3 períodos: pre pandemia (2008-2019), pandemia (2020-2022) y post pandemia (2023-2025), con características clínicas, outcomes como sobrevida renal, mortalidad y características histológicas.

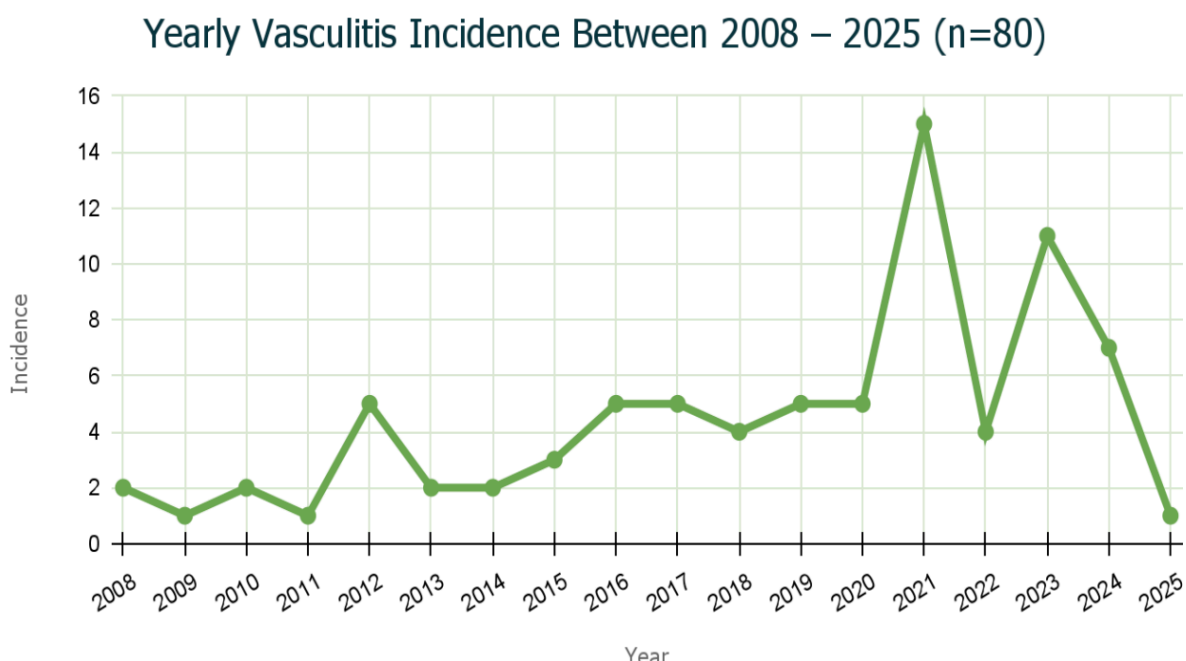
Resultados: 19 casos de vasculitis nuevos, 11 primer año, luego fueron disminuyendo y caso único 2025, predominio femenino 63%, 67 años edad y BVAS 21 al diagnóstico, predominancia MPO ANCA. El 84% fue con síndrome nefrítico, 100% hematuria, similares en la necesidad de ventilación mecánica y plasmaféresis, cinco pacientes necesitaron reemplazo renal y la mortalidad fue la mitad en el período actual con respecto al pandémico, muy por sobre pre pandemia, lo mismo que reemplazo renal.

EVOLUCIÓN DE LAS VASCULITIS RENALES ANCA POSITIVAS EN EL PERÍODO POST PANDEMIA COVID-19 EN COMPLEJO ASISTENCIAL DR. VÍCTOR RÍOS RUIZ LOS ÁNGELES PROVINCIA BIO-BIO CHILE

Discusión: Mayor frecuencia de vasculitis renal ocurrida durante pandemia en CAVRR va en lenta disminución, incidencia por sobre lo que ocurría antes del 2020, aunque, hay outcomes que se mantienen por sobre valores pre pandemia como mortalidad y necesidad de diálisis, reafirmando mayor severidad de los casos, persistiendo disminución de elementos “pauci inmunitarios” en inmunofluorescencia de biopsias, apareciendo un mayor porcentaje de depósitos de IgG y C3 detectados en el grupo post pandemia, ya sea combinados (9 casos) o sólo C3 (2 casos) o sólo IgG (1 caso), cuyas causas no son del todo claras, pero hay más reportes de aumento de depósitos de IgG lineales en otras casuísticas atribuidos a la infección misma o las vacunas, sin tener la causa.

Conclusión: Bajó incidencia de vasculitis renal, sin llegar a niveles pre pandemia, manteniendo mayor severidad, necesidad de diálisis y mortalidad.

Figure 1: Incidencia anual de vasculitis en período prepandemia (2008-2019), pandemia (2020-2022) y post pandemia (2023-2025)



EVOLUCIÓN DE LAS VASCULITIS RENALES ANCA POSITIVAS EN EL PERÍODO POST PANDEMIA COVID-19 EN COMPLEJO ASISTENCIAL DR. VÍCTOR RÍOS RUIZ LOS ÁNGELES PROVINCIA BIOBIO CHILE

Table 1: Comparison of demographic, clinical, laboratory features, and plasma exchange done between the three vasculitis cohorts: pre-pandemic (2008-2019), during pandemic (2020-2022) and post-pandemic (2023-2025)

Characteristic	Pre pandemic (n=37)	Pandemic (n=24)	Post pandemic (n=19)
Gender, n (%)			
Female	22 (59.5)	15 (62.5)	12 (63.1)
Male	15 (40.5)	9 (37.5)	7 (36.9)
Age (Years)			
Median (IQR)**	63 (47.5 – 69)	63.5 (55.2 – 71)	67 (58–71)
BVAS score ***			
Mean (SD)	19.2 (4.3)	20.2 (5.6)	21.05 (5.2)
Missing (%)	6 (16.2)	2 (8.3)	0
Renal Clinic (%)			
Nephritic	31 (83.8)	23 (95.8)	16 (84.2)
Nephrotic	6 (16.2)	1 (4.3)	3 (15.7)
Anuric	3 (8.1)	0 (0)	8 (42.1)
Hematuria	33 (89.2)	23 (95.8)	19 (100)
Creatinine median (IQR)	4.65 (2.622–7.77)	4.77 (2.64–8.63)	2.17 (1.5–4.6)
Other organ involvement (%)			
Lung	16 (43.2)	14 (58.3)	12 (63.1)
Hemoptysis	12 (32.4)	14 (58.3)	5 (26.3)
Mechanical ventilation	5 (13.5)	3 (12.5)	2 (10.5)
Skin	2 (5.4)	3 (12.5)	0 (0)
ANCA serology n (%)			
P-MPO	24 (64.8)	21 (87.5)	14 (73.6)
C-PR3	13 (35.1)	3 (12.5)	5 (26.4)
Plasma Exchange	10 (27)	12 (50)	6 (31.5)

EVOLUCIÓN DE LAS VASCULITIS RENALES ANCA POSITIVAS EN EL PERÍODO POST PANDEMIA COVID-19 EN COMPLEJO ASISTENCIAL DR. VÍCTOR RÍOS RUIZ LOS ÁNGELES PROVINCIA BIO-BIO CHILE

Table 2: Comparison in biopsy findings in patients with renal vasculitis during the pre-pandemic, pandemic and post-pandemic periods.

Characteristic	Prior to pandemic (n=37)	Pandemic (n=23)	Post pandemic (n=19)
Glomerulus			
Glomerular number per biopsy			
<10	8 (21.6%)	4 (17.4%)	2 (10.5)
>10	4 (17.4%)	19 (82.6%)	17 (89.4)
Glomerular fibrosis			
<50%	34 (91.9%)	20 (87%)	14 (73.6)
>50%	3 (8.1%)	3 (13%)	5 (26.3)
Glomerular necrosis			
Yes	25 (67.6%)	15 (65.2%)	10 (52.6)
No	12 (22.4%)	8 (34.8%)	9 (47.3)
Crescents	37 (100)	23 (100)	19(100)
Celullar (%)			
< 25	22 (59.5)	14 (56.5)	13 (68.4)
25 – 49	11 (29.7)	5 (21.7)	4 (21.0)
≥ 50	4 (10.8)	4 (17.4)	2 (10.5)
Fibrous-cellular (%)			
< 25	27 (73)	15 (65.2)	19 (100)
25–49	6 (16.2)	5 (21.7)	0 (0)
≥ 50	4 (10.8)	3 (13)	0 (0)
Fibrous (%)			
< 25	29 (78.5)	13 (56.5)	15 (78.9)
25–49	6 (16.2)	5 (21.7)	2 (10.5)
≥ 50	2 (5.4)	5 (21.7)	2 (10.5)
Interstitial space			
Sclerosis (%)			
Mild	20 (54.1)	10 (60.9)	12 (63.1)
Moderate	13 (35.1)	9 (39.1)	4 (21)
Severe	4 (10.8)	4 (17.4)	3 (15.7)
Increased cellularity (%)			
Mild	6 (16.2)	5 (21.7)	8 (42.1)
Moderate	16 (43.2)	11 (47.8)	8 (42.1)
Intense	15 (40.5)	7 (30.4)	3 (15.7)
Edema			
Mild	11 (29.7)	9 (39.1)	8 (42.1)
Moderate	15 (40.5)	6 (26.1)	9 (47.3)
Intense	11 (29.7)	8 (34.8)	2 (10.5)

EVOLUCIÓN DE LAS VASCULITIS RENALES ANCA POSITIVAS EN EL PERÍODO POST PANDEMIA COVID-19 EN COMPLEJO ASISTENCIAL DR. VÍCTOR RÍOS RUIZ LOS ÁNGELES PROVINCIA BIO-BIO CHILE

Table 3: Comparison of Immunofluorescence findings between the three periods

Characteristic	Prior to the pandemic (n=37)	Pandemic (n=23)	Post pandemic (n=17)
Immunofluorescence			
Immunoglobulin A (%)	3 (8.1)	1 (4.3)	5 (26.3)
Immunoglobulin G (%)	3 (8.1)	9 (37.5)	12 (63.1)
C3	4 (10.8)	10 (43.5)	12 (63.1)
Pauciimmune	30 (81.1)	13 (54.1)	3 (15.7)
Linear IgG	1 (2.7)	2 (8.3)	1 (5.8)
Missing data	0	1	2

Table 4: Comparison of electronic microscopy (EM) findings between the three groups.

Characteristic	Prior to pandemic (n=31)	Pandemic (n=21)	Post pandemic (n=13)
Basal membrane (BM) n (%)			
Preserved BM	25 (81)	10 (48)	4 (30)
Thickened BM	3 (10)	9 (43)	4 (30)
Thin BM	3 (10)	2 (10)	2 (15)
Presence of small deposits BM	1 (1)	2 (10)	3 (23)
Mesangial (M) n (%)			
Preserved m	17 (55)	8 (38)	5 (38)
M distortion	14 (45)	13 (62)	4 (30)
M small deposits	4 (13)	9 (43)	4 (30)
Endothelial cells (ECs) n (%)			
Preserved ECs	15 (48)	13 (62)	7 (53)
EC distortion	16 (52)	8 (38)	6 (46)
Presence of crescents, n (%)	17 (55)	17 (81)	6 (46)
Pedicellar involvement n (%)			
Not affected	5 (16)	5 (24)	2 (15)
<50%	12 (39)	6 (28)	3 (23)
Diffuse >50%	14 (45)	10 (48)	8 (61)
Missing data	6	3	6*

*Missing data post pandemia: Muestra insuficiente: 4 Glomérulos muy dañados: 2

Table 5: Mortality and renal replacement need rates in the three cohorts.

Outcome	Pre-pandemic (n=37)	Pandemic (n=24)	Post-pandemic (n=19)
Deaths N, (rate per 100 person/year)	13 (2.93)	5 (8.33)	2 (4.21)
RRT need N, (RRT per 100 person/year)	24 (5.41)	11 (18.3)	7 (14.73)

RRT: renal replacement therapy.

DOS HERMANOS, UN MISMO DESTINO TUBULAR: GITELMAN EN FAMILIA

Trabajo 55

Categoría de Trabajo: Caso Clínico

Tema de Trabajo: Hipertensión

Autores: Andrés Salazar Pineda, Gustavo Sanzana Escobar, Eduardo Romero Chaparro, Kathia Ferrada López, Misael Bustos Sáez, Sebastian Reyes Cárcamo, Katherine Coronado Sanzana¹, Alexia Schmidt Mora

Lugar de Trabajo: 1. Servicio de Medicina Interna, Complejo Asistencial Víctor Ríos Ruiz (CAVRR), Los Ángeles, Chile.

Introducción: El síndrome de Gitelman es una tubulopatía perdedora de sal autosómica recesiva, caracterizada por hipokalemia crónica, alcalosis metabólica, hipomagnesemia e hipocalciuria, con presión arterial normal–baja. Aunque constituye un cuadro clásico, su diagnóstico oportuno sigue siendo fundamental para evitar complicaciones neuromusculares y cardiovasculares.

Presentación del Caso: Mujer de 28 años, con hipokalemia recurrente desde la adultez joven. A los 20 años presentó un episodio grave de parálisis hipokalémica ($K^+ < 2,0$ mEq/L). Persistió con hipokalemia crónica por casi ocho años, sin diagnóstico ni corrección sostenida, hasta un nuevo ingreso por debilidad muscular ($K^+ 2,3$ mEq/L). Refería que su hermano presentaba el mismo cuadro y estaba en tratamiento prolongado con suplementos de potasio y magnesio.

Laboratorio: Hipokalemia persistente, alcalosis metabólica e hipomagnesemia leve, con cloremia baja–normal y presión arterial normal–baja. Orina: FEK 4,4% (inapropiada en hipokalemia), FECa 0,01% (hipocalciuria marcada), Na^+ y Cl^- urinarios elevados, pH_u 7,5. Tras carga EV de KCl, la FEK se elevó a 8,5%, incremento marcado y casi el doble del valor basal, confirmando la pérdida renal inapropiada de potasio.

Discusión: La asociación de hipokalemia crónica, alcalosis metabólica, hipomagnesemia, hipocalciuria, presión arterial normal–baja y antecedente familiar confirmó el diagnóstico de síndrome de Gitelman. La prueba dinámica con KCl resultó especialmente ilustrativa para evidenciar el defecto tubular. Se descartó síndrome de Bartter por ausencia de hipercalcemia y abuso de diuréticos por la evolución crónica estable y la historia familiar positiva.

Conclusión: Este caso destaca el carácter familiar del síndrome de Gitelman y la importancia de reconocer precozmente la hipokalemia sostenida para prevenir complicaciones graves. La maniobra con carga de KCl, que mostró un incremento paradójico en la excreción urinaria de potasio, fue un hallazgo ilustrativo que reforzó el diagnóstico y ejemplificó el valor de integrar la fisiología en la práctica clínica.

ACIDOSIS TUBULAR RENAL DISTAL TIPO I HIPOKALÉMICA CON NEFROCALCINOSIS: INTEGRACIÓN LONGITUDINAL DE HALLAZGOS CLÍNICOS, BIOQUÍMICOS Y DE IMAGEN

Trabajo 56

Categoría de Trabajo: Caso Clínico

Tema de Trabajo: Nefrología

Autores: Andrés Salazar Pineda, Gustavo Sanzana Escobar, Eduardo Romero Chaparro, Kathia Ferrada López, Misael Bustos Sáez, Sebastian Reyes Cárcamo, Luis Meneses Montiel, Alexia Schmidt Mora

Lugar de Trabajo: 1. Servicio de Medicina Interna, Complejo Asistencial Víctor Ríos Ruiz (CAVRR), Los Ángeles, Chile.

Introducción: La Acidosis Tubular Renal Distal (ATR-d tipo I) se caracteriza por acidosis metabólica hiperclorémica con anión gap normal, hipokalemia, pH urinario inadecuadamente elevado y riesgo de nefrocalcinosis. Su diagnóstico puede retrasarse si los episodios de hipokalemia se evalúan de manera aislada.

Caso Clínico: Mujer de 43 años con hipokalemia severa recurrente desde 2023. En octubre de 2024 ingresó con K 2,4 mEq/L y acidosis metabólica hiperclorémica; la fracción excretada de potasio fue 7% en contexto de hipokalemia, indicativa de pérdida renal inapropiada, aunque el diagnóstico no se consolidó en ese momento. La ecografía mostró nefrocalcinosis medular bilateral. En julio de 2025 presentó nueva hospitalización por tetraparesia con K 2,1 mEq/L, refractaria a reposición intravenosa. El estudio urinario reveló fracción excretada de potasio en torno a 44–46%, pH urinario >5,5 y anión gap urinario positivo, confirmando el defecto de acidificación distal. La creatinina alcanzó transitoriamente 2,1 mg/dL durante la descompensación, descendiendo luego a sus valores basales (\approx 1,3–1,4 mg/dL). Fue tratada con citrato de potasio (1–2 mEq/kg/día), logrando normokalemia y normalización del estado ácido–base al egreso.

Discusión: El caso muestra de manera longitudinal la progresión de hallazgos: primero una FEK inapropiada en la hospitalización inicial y, posteriormente, un perfil urinario característico con pH urinario alcalino y AGU positivo. La combinación de hipokalemia severa, acidosis metabólica hiperclorémica y una función renal levemente alterada constituye una de las claves diagnósticas para sospechar un defecto tubular distal y no atribuirlo exclusivamente a insuficiencia renal crónica avanzada. La asociación con nefrocalcinosis y clínica sicca (con serología autoinmune negativa) plantea la posibilidad de una forma autoinmune seronegativa, con pancolitis pendiente de estudio histológico.

Conclusión: Este caso integra, en dos hospitalizaciones sucesivas, los elementos clínicos, bioquímicos y de imagen que permitieron consolidar el diagnóstico de ATR distal tipo I. La disociación entre la magnitud de la acidosis y la relativa preservación del filtrado glomerular, junto con la pérdida renal inapropiada de potasio, fueron claves para orientar el diagnóstico. El manejo con citrato de potasio permitió la corrección de la hipokalemia y la normalización del estado ácido–base, estabilizando a la paciente.

HIPERCALCEMIA DEPENDIENTE DE PTH EN PACIENTE CON CÁNCER DE COLON METASTÁSICO: IMPORTANCIA DE UN ABORDAJE SISTEMÁTICO

Trabajo 57

Categoría de Trabajo: Caso Clínico

Tema de Trabajo: Nefrología

Autores: Andrés Salazar Pineda, Gustavo Sanzana Escobar, Eduardo Romero Chaparro, Kathia Ferrada López, Misael Bustos Sáez, Sebastian Reyes Cárcamo

Lugar de Trabajo: 1. Servicio de Medicina Interna, Complejo Asistencial Víctor Ríos Ruiz (CAVRR), Los Ángeles, Chile.

Introducción: La hipercalcemia ocurre en hasta un 30% de pacientes oncológicos, generalmente atribuida a mecanismos malignos como secreción de PTHrP, osteólisis o exceso de calcitriol. No obstante, una PTH inadecuadamente elevada obliga a descartar Hiperparatiroidismo Primario (HPTP). La identificación precisa de la etiología es clave para el manejo y pronóstico.

Caso Clínico: Varón de 74 años con adenocarcinoma de colon metastásico en tratamiento quimioterápico. Ingresó por compromiso de conciencia y convulsión, con dos meses de deterioro cognitivo, debilidad y pérdida de autovalencia. Presentó hipercalcemia severa (16 mg/dL), inicialmente atribuida a hipercalcemia maligna. Sin embargo, la PTH estaba elevada (645 pg/mL), vitamina D 20 ng/mL, hipofosfemia severa (1.1 mmol/L) y función renal conservada. La TC cervical evidenció un nódulo retrofaríngeo compatible con adenoma paratiroideo. Fue tratado con hidratación, cinacalcet y fósforo. Posteriormente se realizó paratiroidectomía dirigida, confirmándose un adenoma de 3 cm. Evolucionó con calcemia normalizada (9.2 mg/dL) y PTH en rango (75 pg/mL).

Discusión: La coexistencia de cáncer metastásico indujo un sesgo de anclaje hacia hipercalcemia maligna. Sin embargo, la PTH no suprimida y la hipofosfemia profunda, explicada por el efecto fosfatúrico de la PTH, reforzaron la sospecha de HPTP. La imagen compatible y la respuesta quirúrgica consolidaron el diagnóstico. Un abordaje operativo debe incluir calcemia corregida, PTH, PTHrP, vitamina D, índice calcio/creatinina urinario (CCCR) e imagenología dirigida.

Conclusión: En oncología, no toda hipercalcemia es maligna. La medición precoz de PTH y un enfoque sistemático evitan errores diagnósticos. En este paciente, la identificación de HPTP permitió un tratamiento curativo mediante paratiroidectomía, mejorando su condición clínica y optimizando opciones terapéuticas.

BLOQUEO FARMACOLÓGICO DEL RECEPTOR DE ALFA-CETO-GLUTARATO-1 (OXGR1) PREVIENE EL AUMENTO DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN RATONES CON INFUSIÓN CRÓNICA DE ANGIOTENSINA II

Trabajo 58

Categoría de Trabajo: Caso Clínico

Tema de Trabajo: Nefrología

Autores: Andrés Salazar Pineda, Gustavo Sanzana Escobar, Eduardo Romero Chaparro, Kathia Ferrada López, Misael Bustos Sáez, Sebastian Reyes Cárcamo

Lugar de Trabajo: 1. Servicio de Medicina Interna, Complejo Asistencial Víctor Ríos Ruiz (CAVRR), Los Ángeles, Chile.

Introducción: Evidencia reciente ha demostrado que el α -cetoglutarato (α -KG) a través de su receptor (OXGR1) modula la expresión del receptor de (pro)renina (PRR) el cual contribuye a la activación del sistema renina angiotensina (RAS) intrarenal. El PRR se expresa abundantemente en células intercaladas al igual que OXGR1. Cultivos celulares de túbulo colector de ratón muestran secreción de HCO_3^- dependiente de Cl^- y reabsorción de Na^+ cuando son expuestos a α -KG, indicando que OXGR1 contribuye a la reabsorción de Na^+ . La secreción de HCO_3^- dependiente de Cl^- y reabsorción de Na^+ ocurre en células intercaladas a través de pendrina, un intercambiador $\text{Cl}^-/\text{HCO}_3^-$, que promueve la actividad del intercambiador de Na^+ -dependiente de $\text{Cl}^-/\text{HCO}_3^-$ (NDCBE) aportando a la reabsorción de Na^+ . El α -KG a través de su receptor, OXGR1 podría modular la expresión de pendrina, NDCBE o PRR. Previamente demostramos en ratones con el modelo de hipertensión renovascular Goldblatt 2 riñones 1 clip (2K1C) que la inducción de la presión arterial se ve atenuada por el antagonista del receptor OXGR1, Montelukast (ML). El mismo efecto se observó en ratones OXGR1 knockout. Ahora planteamos utilizar el modelo de hipertensión que consiste en la infusión crónica de Angiotensina II (Ang II), la que induce un aumento progresivo de la presión arterial para testear nuestra hipótesis de que el bloqueo farmacológico o la ausencia de OXGR1 atenúa la respuesta hipertensiva en ratones infundidos con Ang II.

Objetivo: Determinar si el bloqueo farmacológico de OXGR1 atenúa el aumento de la presión arterial mediado por Ang II. **Métodos:** Se utilizaron ratones C57BL/6, infundidos o no con Ang II (400 ng/min/kg) con o sin ML, a una dosis de 3,5 μ g/min/kg.

Resultados: La presión arterial sistólica aumentó progresivamente desde el día 7, 9 y 13 en los ratones infundidos con Ang II. No se observaron aumentos significativos en la presión sistólica en el grupo Ang II + ML. Datos preliminares mostraron que ratones knockout para OXGR1 infundidos con Ang II no mostraron variaciones en la presión arterial.

Conclusiones: El antagonismo de OXGR1 previene el aumento de la presión arterial inducido por la infusión crónica de Ang II, probablemente regulando la reabsorción de Na^+ dependiente de pendrina y NDCBE o la expresión de PRR en las células intercaladas. Comprender la función de OXGR1 podría revelar nuevos blancos farmacológicos para el tratamiento de la hipertensión arterial. FONDECYT 1250240.

GLOMERULONEFRITIS ANCA NEGATIVO, A PROPÓSITO DE UN CASO

Trabajo 59

Categoría de Trabajo: Ciencias Básicas

Tema de Trabajo: Hipertensión

Autores: Juan Castillo Geraldo, Pilar Cárdenas Cárdenas, Alexis A Gonzalez Parra

Lugar de Trabajo: 1. Laboratorio de Fisiología y Bioquímica Renal, Instituto de Química, Facultad de Ciencias, Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, Chile.

Introducción: La Glomerulonefritis Pauciinmune (GNPI) es una causa común de glomerulonefritis rápidamente progresiva, la mayoría suele ser secundaria a vasculitis de pequeños vasos por Anticuerpos Anticitoplasma de Neutrófilos (ANCA). Sin embargo, algunos casos carecen de ANCA circulantes detectables y se denominan GNPI ANCA-negativa (GNPI seronegativa). La incidencia reportada varía considerablemente (6-35% aprox). Caso clínico previa toma de consentimiento informado. Masculino, 65 años con hipertensión arterial de reciente diagnóstico y hospitalización 5 meses previos por bacteriemia por *S. Aureus* asociado a prostatitis y abscesos en muslo y pierna derecha con cultivo positivo para mismo microorganismo. Presenta baja de peso de 10 kg en 3 meses y orinas espumosas. Exámenes de laboratorio muestran lesión renal aguda KDIGO 3, proteinuria subnefrótica y microhematuria. Estudio etiológico ANA (+)1/320 AC-21, complemento normal, elevación de IgA e IgG, con electroforesis e inmunofijación de proteínas en sangre y orina (-), relación de cadenas livianas libres normal, Ac AntiMBG(-), Ac Anti PR3(-), Ac Anti MPO(-), ANCAp(-) ANCAc(-), perfil ENA (-), ASO normal, VHC, VHB, VIH (-), ecocardiograma sin vegetaciones. Ecografía renal normal. Biopsia renal informa glomerulonefritis con patrón crecéntico y necrotizante focal, sin evidencia de depósito de complejo inmune compatible con potencial compromiso renal por una forma de vasculitis de vaso pequeño, además glomeruloesclerosis difusa nodular incipiente de tipo diabético. Paciente evoluciona con mejoría parcial de función renal persistiendo con proteinuria de alrededor de 2 gr. Posterior a biopsia se solicita nuevamente ANCAp, ANCAc, Ac Anti PR3, Ac Anti MPO (-), con HbA1c 5,3%.

Discusión: Aún no está claro si la GNPI ANCA-negativa representa una enfermedad específica o forma parte del espectro de vasculitis asociadas a ANCA. La mayoría de los estudios han observado menor afectación extrarrenal y cambios más crónicos en la biopsia renal en la GNPI seronegativa en comparación a casos ANCA-positivos. El caso clínico presentado se relaciona con lo publicado en la literatura, ya que la principal afectación del paciente fue a nivel renal, sin mayor hallazgos a nivel sistémico.

Conclusión: Ante un cuadro clínico sospechoso de vasculitis es importante no descansar el diagnóstico sólo en la serología, sino estudiar con biopsia del tejido que nos oriente al diagnóstico.

DEPÓSITOS DE C3 EN NEFROPATÍA POR IGA : ANÁLISIS CLÍNICO – PATOLÓGICO DE UNA COHORTE

Trabajo 60

Categoría de Trabajo: Estudio Clínico

Tema de Trabajo: Nefrología

Autores: Alexander Vega Marchant, Antonio Alvarado Santana, Susana Márquez Muñoz, Claudio Flores Würth, Daniel Carpio Paniagua, Ann Hunter Gutierrez

Lugar de Trabajo: 1. Hospital Base Valdivia 2. Hospital Valdivia.

Introducción: La Nefropatía por IgA es la glomerulopatía primaria más prevalente en el mundo. La activación del complemento juega un rol patológico fundamental. Se analiza una cohorte retrospectiva de IgA-N y se evalúa la relación de depósitos C3 con forma de presentación, MEST-C y evolución de la enfermedad.

Objetivos: Establecer una correlación entre la intensidad de C3 en Biopsias de IgA-N y forma de presentación, severidad al diagnóstico y outcomes clínicos.

Población: Se analizan biopsias de pacientes con IgA-N entre los años 2007 – 2024. Se extraen datos de ficha clínica virtual (CORE) e histórica. Se excluye población pediátrica y trasplantados. Metodología: Estudio observacional retrospectivo, de centro único. Pacientes con IgA-N en riñón nativo entre 2007 y 2024. Se incluyeron adultos (≥ 15 años) con diagnóstico histológico. Las biopsias renales fueron interpretadas por el mismo patólogo renal. Se analiza el cambio de la TFGe y proteinuria a 6 y 12 meses del diagnóstico además de la correlación de la intensidad de C3 en IF con distintas variables clínico-patológicas mediante correlación de Spearman (ρ) al momento de la presentación.

Resultados: 79 pacientes con IgA-N. Cohorte final 41. Edad media 44 años. 56% sexo Femenino. La eTFG media fue de 57 ± 34.09 ml/min. Proteinuria media de $2,34 \pm 2,47$ g/24 h. MEST-C: M1 87.8%, E1 39%, S1 61%, T1 43.9%, T2 14.6%, C1 24,4%, C2 24.4%. 95% contaban con registro de intensidad C3 en IF, todas evaluadas por el mismo patólogo renal. 48.8% leve, 34.1% moderado y 9.8% severo. Se evaluó la relación entre intensidad de C3 en IF y las variables TFGe al diagnóstico, proteinuria y MEST C utilizando correlación de Spearman (ρ). Intensidad C3 vs TFGe: $\rho = -0,244$ ($p = 0,146$), Proteinuria: $\rho = -0,059$ ($p = 0,732$), Oxford M: $\rho = 0,348$, ($p = 0,035$), Oxford E: $\rho = 0,457$ ($p = 0,004$), Oxford S: $\rho = 0,442$ ($p = 0,006$), Oxford T: $\rho = 0,236$ ($p = 0,160$) y Oxford C: $\rho = 0,194$ ($p = 0,249$).

Conclusiones: En esta cohorte la intensidad de C3 en IF se asoció de forma positiva y significativa con proliferación mesangial, endocapilar y esclerosis segmentaria. No hubo asociación significativa en Δ TFGe o Δ Proteinuria. Dado el tamaño muestral limitado esta señal debe interpretarse con cautela y confirma la necesidad de validación en muestras más grandes y con ajuste multivariable.

RELACIÓN ENTRE LA FUERZA DE PRENSIÓN MANUAL Y EL RIESGO DE MUERTE Y HOSPITALIZACIÓN EN PACIENTES EN HEMODIÁLISIS CRÓNICA EN EL HOSPITAL DE ANCUD

Trabajo 61

Categoría de Trabajo: Estudio Clínico

Tema de Trabajo: Hipertensión

Autores: Eduardo Andrés Villarreal Massone

Lugar de Trabajo: 1. Hospital de Ancud

Introducción: La Fuerza de Prensión Manual (FPM) es un marcador pronóstico reconocido en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) en hemodiálisis. Sin embargo, su implementación clínica rutinaria es limitada. Este estudio prospectivo evaluó la relación entre la FPM y el riesgo de muerte y hospitalizaciones en pacientes en hemodiálisis, estratificando por la presencia de Diabetes Mellitus (DM).

Objetivos: Determinar la relación entre la FPM, el riesgo de muerte y el riesgo de hospitalizaciones en pacientes con hemodiálisis crónica del Hospital de Ancud, estratificando según la presencia de DM.

Métodos: Estudio de cohorte prospectivo realizado entre enero de 2024 y septiembre de 2025 en 77 pacientes en programa de hemodiálisis crónica (46 hombres, 31 mujeres; 25–85 años). Se efectuaron seis mediciones seriadas de FPM mediante dinamómetro hidráulico Jamar®. La variable independiente fue la FPM promedio (kg), y las dependientes fueron mortalidad y frecuencia de hospitalizaciones. Se utilizaron pruebas t de Student para comparación de medias, con significancia estadística establecida en $p < 0,05$.

Resultados: La FPM promedio global fue de $28,5 \pm 7,2$ kg. En pacientes sin DM, se encontraron diferencias significativas en la FPM entre fallecidos y vivos (20,3 kg vs. 33,0 kg; $p=0,0157$) y entre aquellos con alta y baja frecuencia de hospitalizaciones (19,7 kg vs. 33,9 kg; $p=0,003$). En contraste, en pacientes con DM, no hubo diferencias significativas en la FPM para la mortalidad (22,8 kg vs. 24,7 kg; $p=0,318$) ni para las hospitalizaciones (22,4 kg vs. 24,9 kg; $p=0,264$).

Conclusión: Una menor FPM se asocia significativamente con un mayor riesgo de muerte y hospitalización en pacientes en hemodiálisis sin diabetes mellitus, consolidándose como un marcador pronóstico útil en este subgrupo. Esta asociación no se observa en pacientes diabéticos, probablemente debido a la influencia de otras comorbilidades dominantes. Se recomienda la implementación rutinaria de la FPM para la estratificación de riesgo en la población no diabética, así como desarrollar investigaciones multicéntricas que validen puntos de corte específicos y evalúen el impacto de intervenciones orientadas a mejorar la fuerza muscular. Palabras clave: fuerza de prensión manual, hemodiálisis, mortalidad, hospitalización, enfermedad renal crónica.

ESTUDIO DE TROMBOFILIA Y REANÁLISIS DE EXOMA: 2 CASOS PEDIÁTRICOS DE TROMBOSIS DE INJERTO RENAL

Trabajo 63

Categoría de Trabajo: Estudio Clínico

Tema de Trabajo: Hipertensión

Autores: Angelica Rojo Lozano, Maria Luisa Ceballos Osorio, Mirta Cavieres, Paola Krall Opazo

Lugar de Trabajo: 1. Unidad de Nefrología Hospital Luis Calvo Mackenna 2. Unidad de Hematología, Hospital Luis Calvo Mackenna 3. Departamento de Pediatría y Cirugía infantil, Campus Oriente, Facultad de Medicina Universidad de Chile.

Introducción: La trombosis del injerto renal es una complicación que puede conducir a la pérdida del injerto. Su estudio etiológico debe ser minucioso. El análisis genético puede aportar información cuando no es posible realizar un estudio clásico de trombofilia previo al trasplante renal (TxR). Presentamos dos casos de trombofilia y hallazgos genéticos relevantes.

Caso Clínico 1: Mujer con ERC 2aria a SNCR refractaria a inmunosupresión, biopsia renal evidenció GEFS; panel de glomerulopatía fue negativo. Recibió TxR de donante pediátrico fallecido por ACV con MAV; riñón con arteria polar inferior anastomosada. Profilaxis con heparina. Con descenso inicial de creatinina (Cr) 10 a 1,5 mg/dl en 4 días. Luego presenta oligoanuria y aumento de Cr 1,9–2,4 mg/dl. Se plantea NTA, rechazo o recidiva de enfermedad. XM y anti-HLA fueron negativos. Se suspendió heparina para realizar biopsia: capilaritis y NTA, sugerente de rechazo humoral; se inició protocolo con MTP y PLEX. Ecografía Doppler y angioTAC: extensa isquemia difusa con compromiso multilobar del injerto. Se reinició heparina, sin mejora de función renal, requiere inicio de diálisis. Estudio de trombofilia reveló déficit de proteína S y reanálisis del exoma identificó variante patogénica del factor II (g.G20210A) en heterocigosis. Recibe segundo TxR tras desensibilización (PRA 87%), anticoagulación con heparina. No presentó eventos trombóticos. El seguimiento ecográfico fue normal, HBPM se suspendió al tercer mes. Al 8vo mes post-TxR mantiene función renal estable con Cr 0,89 mg/dl.

Caso Clínico 2: Hombre con ERC por Sd. Alport con variante patogénica COL4A5. Recibió TxR de donante adulto fallecido por TEC. Al inicio el injerto reperfundió adecuadamente, pero después mostró áreas con peor perfusión. Presenta función retardada del injerto, biopsia al 6to día mostró NTA extensa e infarto. Ecodoppler seriado: flujos adecuados, hipoperfusión en parche. Se inició BIC con heparina, luego HBPM. La función renal mejoró lentamente, persistieron áreas de hipovascularización. Se suspendió diálisis a los 15 días; alta con Cr 1,25 mg/dl. Reanálisis de exoma: variante patogénica de proteína C (c.1307C>T) en heterocigosis.

Conclusión: No existe consenso universal sobre el estudio de trombofilia previo al TxR. De este reporte de casos, podemos destacar: considerar el screening de trombofilia y paneles genéticos en la evaluación pre-TxR. Integrar herramientas genómicas para anticipar riesgos y estrategias de prevención.

TEST RÁPIDO INMUNOCROMATOGRÁFICO PARA LA DETECCIÓN DE ANTICUERPOS ANTI-FACTOR H EN SOSPECHA DE MICROANGIOPATÍA TROMBÓTICA MEDIADA POR COMPLEMENTO EN UNA SERIE DE CASOS

Trabajo 65

Categoría de Trabajo: Estudio Clínico

Tema de Trabajo: Nefrología

Autores: Paola Krall, Nicole Bascur, Andrea Lazcano, Waldo Bernales, Gabriel Gallardo, Jean Grandy

Lugar de Trabajo: 1. CICA-HLCM, Universidad de Chile 2. Hospital Regional de Concepción 3. Hospital Roberto del Río 4. Hospital Regional de Coyhaique 5. Hospital de Arica 6. Hospital Exequiel González Cortés

Introducción: La Microangiopatía Trombótica Mediada por Complemento (MAT-MC) se asocia a elevada morbilidad y mal pronóstico renal sin tratamiento. El uso de anticuerpos monoclonales inhibidores de C5 es la terapia de elección, pero el alto costo hace difícil su uso precoz en nuestra realidad. La MAT mediada por anticuerpos anti-FH (Ac anti-FH) es parte del diagnóstico diferencial inicial y ha sido descrita en alrededor de un 10% de casos. Dado que el tratamiento está basado en inmunosupresión clásica, su detección es una herramienta clave para el diagnóstico etiológico y orientación terapéutica. El método de referencia para la determinación cuantitativa de Ac anti-FH es la técnica ELISA, cuya disponibilidad es limitada en la mayoría de los países de Latinoamérica. Este trabajo tiene por objetivo explorar la utilidad diagnóstica de un test rápido por inmunocromatografía (ICT) para la detección de Ac anti-FH en pacientes con sospecha de MAT-MC.

Pacientes y Métodos: Se aplicó una técnica ICT en plasma de acuerdo a lo reportado (PMID: 39926597), en una serie de siete pacientes. La evaluación fue retrospectiva en 5 pacientes y prospectiva en 2 pacientes. Todos los casos se sometieron a panel genético más MLPA. Se analizaron los resultados de ICT en relación a resultados ELISA, cuando estaban disponibles, además de evaluar la relación con los hallazgos genéticos y el tratamiento utilizado. Los pacientes/tutores legales firmaron consentimiento.

Resultados: Se realizó estudio en 5 pacientes con estudio genético previo conocido y 2 con sospecha inicial de MAT-MC. Dos de siete pacientes tuvieron ICT positivo, en concordancia con ELISA (ver Imagen). Ambos pacientes tenían delección homocigota de CFHR1-3 (ver tabla). Ambos iniciaron terapia Anti C5, uno de ellos pasó a micofenolato y el otro, suspendió tratamiento con suspensión gradual dentro de 3 años. Dos pacientes con delección heterocigota de CHFR1-3 presentaron ICT negativo. Dos tests se realizaron en regiones extremas sin incidentes en traslados.

Conclusión: El test rápido por ICT para determinación de Ac anti-FH es una herramienta diagnóstica práctica y accesible con impacto en la conducta terapéutica, especialmente cuando ELISA no está disponible. La técnica se caracterizó por su sencillez, facilidad de transporte, bajo costo relativo y rápida disponibilidad de resultados. Son necesarios más estudios para validarla como prueba de cribado en la evaluación de sospecha de MAT.

TEST RÁPIDO INMUNOCROMATOGRÁFICO PARA LA DETECCIÓN DE ANTICUERPOS ANTI-FACTOR H EN SOSPECHA DE MICROANGIOPATÍA TROMBÓTICA MEDIADA POR COMPLEMENTO EN UNA SERIE DE CASOS



Imagen ICT caso 3

Tabla ICT

Caso (ciudad)	Patología al debut	Edad al debut (años)	Sexo	Estudio genético molecular Panel + MLPA	ICT	Ac antiFH por Elisa (UA/ml)	Tratamiento
1 (Santiago)	MAT	7	masc	Delección CFHR1-3 homocigoto	+	342*	PF Eculizumab por 48 m
2 (Santiago)	MAT	5	fem	Delección CFHR1-3 heterocigoto	-	NR	Resolución espontánea
3 (Santiago)	MAT	5	masc	Delección CFHR1-3 homocigoto. Haplotipo de riesgo MCP	+	61*	Eculizumab por 31 m, posteriormente, MMF
4 (Concepción)	MAT	2	fem	Delección CFHR1-3 heterocigoto	-	NR	Ravulizumab por 2 m
5 (Concepción)	C3	7	fem	negativo	-	0	MMF
6 (Arica)	MAT	2	masc	en curso	-	NR	Resolución espontánea
7 (Coyhaique)	MAT	22	masc	VUS Missense gen C3 heterocigoto	-	NR	Metilprednisolona+ PF 5 sesiones

ICT= Test Inmuncromatografico; VUS= Variant de significado incierto; NR= no realizado; (*) se consideran valores bajos cuando son <1000 UA/ml; PF= Plasmaferesis; MMF= metil micofenolato

DESARROLLO DE UNA HERRAMIENTA DE PREDICCIÓN PARA LA PROGRESIÓN DE POLIQUISTOSIS RENAL AUTOSÓMICA DOMINANTE BASADO EN MACHINE LEARNING

Trabajo 66

Categoría de Trabajo: Estudio Clínico

Tema de Trabajo: Insuficiencia Renal

Autores: Felipe Galaz, Jorge Maturana, Karen Orostica, Paola Krall

Lugar de Trabajo: 1. Magister en Data Science, Facultad de Ciencias Físicas y Matemáticas, Universidad de Chile 2. Facultad de Ciencias de la Ingeniería, Universidad Austral de Chile 3. Facultad de Ingeniería, Universidad del Desarrollo 4. Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

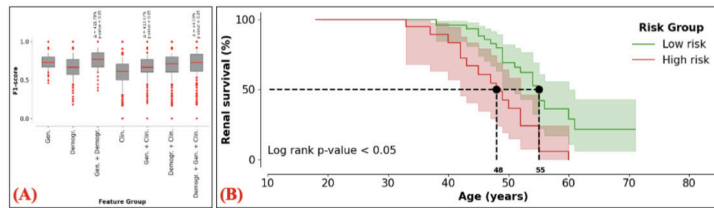
Introducción: La Poliquistosis Renal Autosómica Dominante (ADPKD) es una enfermedad genética caracterizada por el deterioro de la función renal, que se asocia a los genes PKD1 o PKD2. Debido al carácter progresivo de la ADPKD, algunos pacientes evolucionan a la Enfermedad Renal Terminal (ESRD) a los 40-60 años. Se ha desarrollado una herramienta de pronóstico de la progresión a ESRD, score PROPKD, en base a cohortes internacionales. El objetivo de este estudio consiste en el desarrollo de una herramienta de predicción de ADPKD para pacientes chilenos basado en Machine Learning (ML).

Metodología: La fuente de datos es una cohorte chilena compuesta de 109 pacientes ADPKD (doi.org/10.1186/s41231-023-00157-5). El estudio está aprobado por el C. Ética del Servicio Salud Los Ríos. Las variables de interés son sexo, edad, status ESRD, hipertensión (HTA) o eventos urológicos (EU) antes de los 35 años, y la variante genética identificada. Se evaluaron dos enfoques metodológicos complementarios: el ajuste de modelos de clasificación binaria y la implementación de un modelo multivariado de regresión de Cox.

Resultados: El estudio exploratorio de datos condujo a reducir la cohorte a 95 casos, 52% de sexo femenino, 32% presentaba HTA, 16% presentaban EU, 64% tenía una variante PKD1-truncante y 39% habían alcanzando ESRD a una media de 49 años (min33-max61). Los resultados derivados de ambos enfoques permiten afirmar que la variable genética contribuye de manera significativa en la predicción del diagnóstico de ESRD al combinarlas con las medidas demográficas y/o clínicas (panel A en Figura 1) y que la cohorte chilena de pacientes ADPKD puede caracterizarse en función de dos grupos de riesgo de progresión a ESRD (panel B en Figura 1). Los factores de riesgo para ESRD fueron: ser hombre (1 punto), HTA (2 puntos), EU (1 punto), variante PKD1-missense (1 punto) o variante PKD1-truncante (3 puntos). En una escala de 0-7 puntos se estableció un riesgo bajo-mediano (0-4 puntos: 50% probabilidad ESRD 55 años) y riesgo alto (5-7 puntos: 50% probabilidad ESRD 48 años).

Conclusiones: El estudio aplicó herramientas de ML para predecir la progresión de la ADPKD en pacientes chilenos, identificando factores genéticos y clínicos relevantes. Se establecieron 2 grupos de riesgo con un score PROPKD en una escala ajustada, lo que puede ayudar a la evaluación de riesgo en paciente ADPKD en seguimiento, que se puede simular en plataforma online.

DESARROLLO DE UNA HERRAMIENTA DE PREDICCIÓN PARA LA PROGRESIÓN DE POLIQUISTOSIS RENAL AUTOSÓMICA DOMINANTE BASADO EN MACHINE LEARNING



(A) Diagrama de cajas de la distribución del F1-score de clasificación para la progresión a ESRD según distintas combinaciones de las medidas demográficas, clínicas y genéticas. (B) Curvas de supervivencia de Kaplan-Meier en la progresión a ESRD para pacientes ADPKD de la cohorte chilena de acuerdo a los grupos de pronóstico asociados al puntaje PROPKD ajustado.

LA INHIBICIÓN DE HISTONAS DEACETILASA (HDAC) DE CLASE I/IIA USANDO VALPROATO PROMUEVE LA MANTENCIÓN DE LA IDENTIDAD CELULAR EN ORGANOIDES HUMANOS DE RIÑÓN SOMETIDOS A AMBIENTE DIABÉTICO NEFRÓPATA

Trabajo 67

Categoría de Trabajo: Ciencias Básicas

Tema de Trabajo: Epigenética y Organogénesis in Vitro.

Autores: Claudio Cappelli Leon, Daniel Sastre Silva, Ignacio Arias Catalan, Pablo Mendoza Soto, Analia Tellez Gallardo, Daniela Nahuelquen Santibañez, Claudia Jara Cancino, Victor Pola Veliz, Angelo Torres Arevalo

Lugar de Trabajo: 1. Laboratorio de Inmuno-epigenética, Instituto de Bioquímica y Microbiología, Facultad de Ciencia, Universidad Austral de Chile 2. Laboratorio de Regulación Génica, Centro de Regulación del Genoma, Universidad Andrés Bello 3. Laboratorio de Investigación en Ciencias Biomédicas, Facultad de Medicina Veterinaria, Universidad Santo Tomás (UST), Sede Talca.

Introducción: El 40% de los diabéticos desarrolla Nefropatía Diabética (ND). Entre los mecanismos moleculares asociados a la ND, destaca la pérdida de modificaciones epigenéticas asociadas con transcripción activa, como la acetilación de histonas y pérdida de expresión de genes de linaje renal, calificándola como una enfermedad de “represión”. El estudio de drogas epigenéticas para revertir este proceso es complejo por la ausencia de modelos preclínicos adecuados. Actualmente, los organoides humanos son el modelo preclínico más aceptado. Los organoides consisten en cultivos tridimensionales que buscan reproducir la anatomofisiología de un tejido u órgano. Los organoides se diferencian a partir de células madre troncales embrionarias o de células pluripotentes inducidas (iPSc) siguiendo un proceso de organogénesis in vitro. En este trabajo se utilizaron Organoides Humanos de Riñón (OHR) como modelo preclínico, con el objetivo de estudiar el potencial antifibrótico asociado a la inhibición de HDAC I/IIa usando Valproato (AV) en contexto diabético nefrótico.

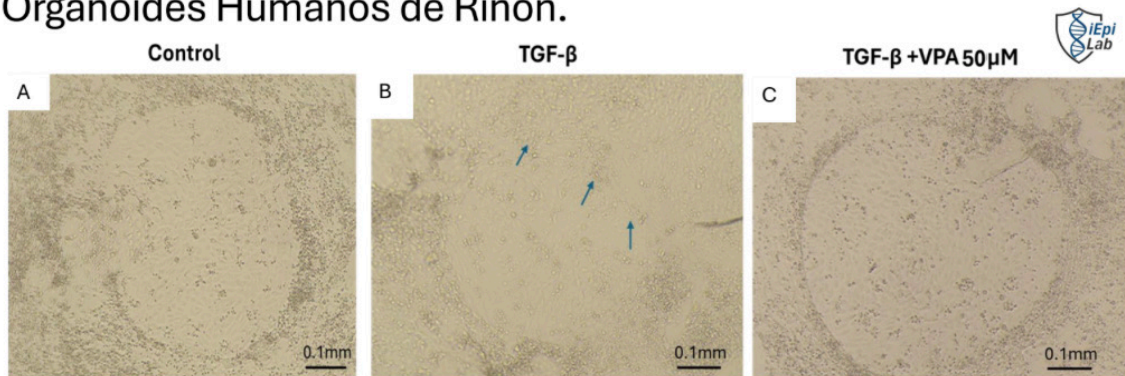
Materiales y Métodos: Se generaron OHR a partir de iPSc (femeninas, 27 años) usando un protocolo de diferenciación estándar (HKO Kit, StemCell® USA). Los OHR se sometieron a alta glucosa (25 mM) y TGF- β (10 ng/ml) por 48 h para reproducir las condiciones de un ambiente diabético nefrótico; en paralelo, se aplicó el tratamiento con AV (50 μ M). Finalmente, se determinó la expresión y localización de diversos marcadores profibróticos y de linajes podocitario y tubular, mediante Western Blot, RT-qPCR e inmunofluorescencia.

Resultados: Los OHR expresan marcadores de linaje podocitario y tubular acorde a la distribución 3D de la arquitectura tisular. La expresión de estos marcadores se ve comprometida por el tratamiento con alta glucosa y TGF- β . En paralelo, se observa la aparición de marcadores asociados a fibrosis como α -SMA y Fn-1, en conjunto con la pérdida de la marca epigenética H3K9/14ac. El tratamiento con AV en ambiente diabético restaura parcialmente la estructura 3D del organoide y reduce significativamente la presencia de marcadores profibróticos, principalmente α -SMA.

LA INHIBICIÓN DE HISTONAS DEACETILASA (HDAC) DE CLASE I/IIA USANDO VALPROATO PROMUEVE LA MANTENCIÓN DE LA IDENTIDAD CELULAR EN ORGANOIDES HUMANOS DE RIÑÓN SOMETIDOS A AMBIENTE DIABÉTICO NEFRÓPATA

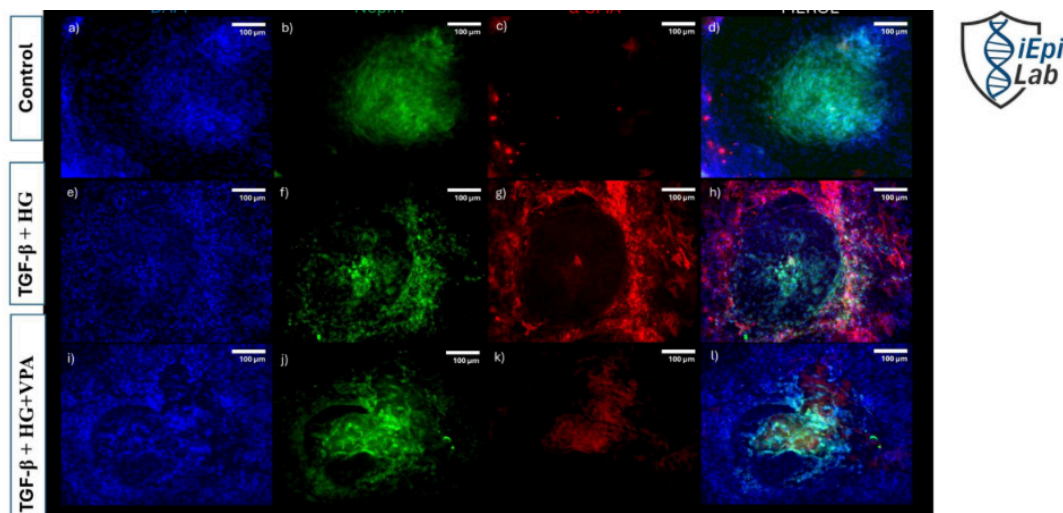
Conclusión: Los OHR son un modelo preclínico viable para el estudio de nuevos fármacos, ya que responden fisiopatológicamente de forma análoga al órgano in vivo. El uso de inhibidores de HDAC I/IIa se presenta como una alternativa prometedora para el tratamiento complementario en el control de la fibrosis renal en pacientes diabéticos.

Resultados Preliminares, Congreso XLII Congreso Chileno de Nefrología, Hipertensión y Trasplante Renal 2025.
Oportunidad de Modelo preclínico para estudios farmacológicos Organoides Humanos de Riñón.



Microscopía de campo claro mostrando estructuras 3D pseudoglomerulares sometidas a distintos tratamientos. A) Control. B) TGF-β+25mM Glu, las flechas muestran pérdida de la estructura 3D de los pseudoglomerulos. C) TGF-β+25mM Glu + VPA 50uM. Se observa nuevamente estructuras pseudoglomerulares intactas n: 4.

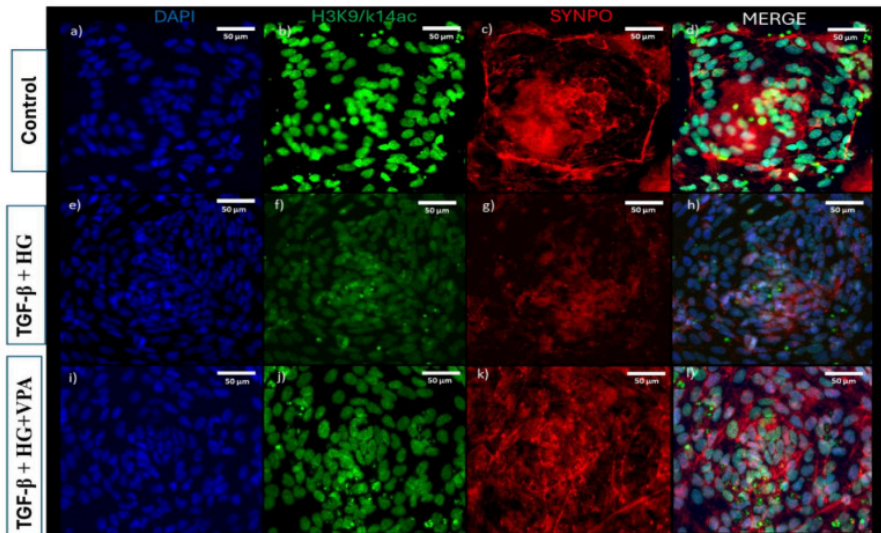
Autor: Dr. Claudio Cappelli. Datos no publicados.



Inmunofluorescencia mostrando estructuras 3D pseudoglomerulares sometidas a distintos tratamientos. a-d) Control. Se observa la estructura pseudoglomerular positiva para Nefrina (verde) y ausencia de marca de α-SMA (Rojo). e-h) TGF-β+25mM Glu, Pérdida parcial de la expresión y distribución de Nefrina, acompañado de un aumento significativo de α-SMA. i-l) TGF-β+25mM Glu + VPA 50uM. Se observa aumento de la expresión de Nefrina y redistribución en estructuras pseudoglomerulares, con baja significativa de la expresión de α-SMA. DAPI (Azul): Tinción Nuclear. n: 4.

Autor: Dr. Claudio Cappelli. Datos no publicados.

LA INHIBICIÓN DE HISTONAS DEACETILASA (HDAC) DE CLASE I/IIA USANDO VALPROATO PROMUEVE LA MANTENCIÓN DE LA IDENTIDAD CELULAR EN ORGANOIDES HUMANOS DE RIÑÓN SOMETIDOS A AMBIENTE DIABÉTICO NEFRÓPATA



Immunofluorescencia mostrando estructuras 3D pseudoglomerulares sometidas a distintos tratamientos. a-d) Control. Se observa la estructura pseudoglomerular positiva para Sinaptopodina (Rojo) y una clara marca de histona acetilada H3K9/14ac (Verde). e-h) TGF-β+25mM Glu, Pérdida significativa de la expresión y distribución de Sinaptopodina, acompañado de una disminución significativa de H3K9/14ac. i-l) TGF-β+25mM Glu + VPA 50uM. Se observa aumento de la expresión de Sinaptopodina y redistribución parcial en estructuras pseudoglomerulares, con aumento significativo de la marca de H3K9/14ac. DAPI (Azul): Tinción Nuclear. n: 4.

Autor: Dr. Claudio Cappelli. Datos no publicados.

ENDOCARDITIS INFECCIOSA Y VASCULITIS ASOCIADA A ANCA: COEXISTENCIA, UN RETO DIAGNÓSTICO.

Trabajo 68

Categoría de Trabajo: Caso Clínico

Tema de Trabajo: Nefrología

Autores: Antonio Felipe Alvarado Santana, Alexander Vega Marchant, Susana Márquez Muñoz, Iris Schulz Tapia, Claudio Flores Wurth, Leopoldo Ardiles Arnaiz, Daniel Carpio Paniagua

Lugar de Trabajo: 1. Hospital Base Valdivia

Introducción: Las Vasculitis Asociadas a ANCA (VAA) constituyen una patología grave, de compromiso sistémico y predilección por el parénquima pulmonar y renal. Su diagnóstico requiere un alto índice de sospecha, pruebas de laboratorio específicas y descarte de patologías que constituyen su diagnóstico diferencial. Dentro de ellas los cuadros infecciosos requieren especial atención.

Caso Clínico: Se presenta un caso de VAA que cursa simultáneamente con Endocarditis Infecciosa (EI). Paciente de 77 años que cursa con Síndrome Consuntivo de 3 meses de evolución, asociado a epistaxis reiterada y lesiones purpúricas en extremidades inferiores. Destaca clínica de Insuficiencia Cardíaca Congestiva evidente. En el laboratorio Hb 5.7 gr/dl, SCr 2.2 mg/dl, Na 129 mEq/L, K 4.2 mEq/L, Alb 2.2 gr/dl, OC Prot 25 mg/dl SU GR 5-10, GB 0-2, NT-proBNP 13.094 pg/ml y PCR 77.3 mg/L. Imágenes confirman congestión central y ecografía renal con riñones de tamaño conservado y leve hiperecogenicidad cortical. ANCA por ELISA MPO 1.9 ui PR3 100 ui, ANA 1/160 AC-4 Granular fino. Ecocardiografía Transtorácica : FeVi 52% con imagen sugerente de vegetación en VAo 16 x 12 mm. Hemocultivos 2/2 (+) para enterococo faecalis. Inicia tratamiento Antibiótico y Corticoidal asociado. Se realiza Bp Renal: GN Necrosante, Esclerosante, 40% crescentes. IF Paucimmune. Se mantiene tratamiento asociado en espera de cardiocirugía. Si bien la EI constituye un diagnóstico diferencial de VAA, pueden coexistir, conformando un reto diagnóstico. En el contexto de EI los ANCA (especialmente PR3) pueden ser falsos positivos, positivos en contexto infeccioso o reflejar una vasculitis primaria concomitante. Es así como la Bp Renal nos ayuda a diferenciar el origen de éstos, mostrando patrones en la IF que nos orientan (Paucimmune v/s Inmunocomplejos).

Conclusión: La VAA sigue siendo un desafío diagnóstico, a pesar de los exámenes disponibles. La coexistencia de un cuadro infeccioso grave (EI) lo dificulta aún más. Resulta interesante como la Bp Renal nos brinda información clave para determinar el posible origen de estos anticuerpos y definir el mejor tratamiento posible.

VASCULITIS ASOCIADA A ANCA MPO EN PACIENTE CON AORTITIS Y SÍNDROME DE SWEET: REPORTE DE UN CASO

Trabajo 69

Categoría de Trabajo: Caso Clínico

Tema de Trabajo: Nefrología

Autores: Alexander Vega Marchant, Ingrid Arce Faúndez, Antonio Alvarado Santana, Susana Márquez Muñoz, Claudio Flores Würth, Daniel Carpio Paniagua, Ann Hunter Gutiérrez

Lugar de Trabajo: 1. Hospital Base Valdivia

Introducción: Las Vasculitis Asociadas a ANCA (VAA) comprometen habitualmente vasos pequeños mientras que la arteritis de Takayasu afecta grandes vasos. En forma infrecuente, las VAA pueden presentar aortitis, y más excepcional aún es su asociación con síndrome de Sweet (dermatosis neutrofílica febril aguda). Presentamos una glomerulonefritis (GN) crescéntica pauciinmune en una mujer previamente catalogada como Takayasu y Sweet.

Caso Clínico: La paciente otorgó consentimiento informado por escrito. Mujer de 56 años, antecedente de anemia ferropénica sin etiología clara. En 2018 ingresó por síndrome consuntivo y lesiones ampollares; se constató anemia moderada, trombocitosis, VHS >100 mm/h, función renal normal con hematuria dismórfica y proteinuria leve en tira reactiva. Anticuerpos ANA/ENA/DNA, serología VHB/VHC/VIH y ELISA PR3 negativos; MPO no se midió. TC tórax a pelvis mostró aortitis (aorta ascendente y cayado). La biopsia de piel fue compatible con síndrome de Sweet. Se interpretó como arteritis de Takayasu y se indicó prednisona y metotrexato, desapareciendo la hematuria en control a los 2 meses. Perdió seguimiento en 2020. En abril de 2025 consultó por decaimiento y epistaxis; presentaba anemia severa, creatinina 5,3 mg/dL y sedimento con hematuria y proteinuria. MPO-ANCA y anti-MBG fueron positivos débiles. La angio-TC repitió el patrón de aortitis previo. Ecografía: riñones de tamaño conservado. Biopsia renal: GN crescéntica pauciinmune. Se diagnosticó VAA MPO y se realizó inducción con metilprednisolona y rituximab. Requirió inicio de hemodiálisis, manteniéndose actualmente con 2 sesiones a la semana.

Discusión: La paciente había sido rotulada como Takayasu, pero ya en 2018 mostraba microhematuria y proteinuria, hallazgos que pudieron sugerir compromiso de vasos pequeños subyacente. La coexistencia de compromiso de grandes vasos en VAA se ha atribuido a la afectación de los vasa vasorum. En la literatura se describen como opciones terapéuticas corticoides, ciclofosfamida, metotrexato, rituximab y tocilizumab; sin embargo, no existe evidencia sólida para el manejo de aortitis en presencia de VAA.

Conclusión: La vasculitis ANCA debe considerarse en el diagnóstico diferencial de las arteritis de grandes vasos, especialmente ante sedimento urinario activo, pues el reconocimiento temprano condiciona el tratamiento y el pronóstico.

Trabajo 70

Categoría de Trabajo: Caso Clínico

Tema de Trabajo: Nefrología

Autores: Miren Edurne Irisarri Aldunate, Daniel Miranda Silva, Carolina Cordero Pérez, Carola Laferte Vásquez, Pilar Acuña Aguayo, Iván Goic Borojevic, Paola Mur Alfaro, Leonardo Gabriel Núñez Tomé

Lugar de Trabajo: 1. Hospital San Juan de Dios.

Introducción: El Síndrome de Wunderlich (SW) está caracterizado por hemorragia renal espontánea en los espacios subcapsular, perirrenal o pararrenal, sin historia de trauma. La tríada de Lenk de dolor en el flanco, aumento de volumen y shock hipovolémico se observa en el 20% de los casos. La rotura espontánea de quistes o tumores renales es una complicación rara, pero grave, al poder evolucionar a shock hemorrágico. Dado que no exteriorizan sangrado requiere una alta sospecha.

Caso Clínico: Previo consentimiento informado, presentamos dos casos: Primero, hombre de 69 años con antecedente de ERC 5D e HTA. Consulta por horas de dolor en hemiescrotos y flanco izquierdo. Al examen con abdomen agudo. Ingresó hipotenso, mal perfundido, requiere vasoactivos. Hb 6.3 g/L, Láctico 41 mg/dl, INR 1,51. TC contrastado muestra hematoma subcapsular renal izquierdo, con extensión caudal periuretral y enfermedad poliquística adquirida. En laparotomía exploratoria se evidencia hematoma retroperitoneal de 2 L, realizándose aseo y nefrectomía izquierda total. Biopsia: nefrectomía de 10.1 × 5.5 × 3.5 cm con múltiples lesiones quísticas sero-hemorrágicas de hasta 1.2 cm, algunas rotas. Controlado shock, paciente evoluciona favorablemente, sin resangrado. Segundo, hombre de 34 años con antecedentes de ERC etapa 5D, etiología no precisada. En AngioTC abdomen y pelvis por estudio pretrasplante, se pesquiza quiste renal izquierdo Bosniak IIF, por lo que se indica control anual. 8 meses después, inicia súbitamente una lumbalgia izquierda intensa. Ingresó con presión 180/110 mmHg y puñopercusión positiva. Hb 12,7 g/L, INR 1,13. AngioTC con hematoma renal izquierdo de 1,5 L, se realiza laparotomía exploratoria y nefrectomía izquierda. Requiere de vasoactivos, transfusión con 4 U GR y 4 U PFC. Es reintervenido debido a sangrado en napa en lecho. Luego de 10 días se va de alta. Biopsia: nefrectomía de 8.6 × 4.3 × 3 cm, donde se reconoce una lesión nodular de 1.2 cm, compatible con carcinoma de células renales papilar con bordes negativos.

Conclusión: El SW es muy poco frecuente, se han publicado alrededor de 300 casos a nivel mundial. Los quistes renales adquiridos son una causa rara, siendo más frecuente en el contexto de tumores renales. Independiente de la causa, es importante tener un alto índice de sospecha, como fue el caso de nuestros pacientes, que fueron manejados quirúrgicamente de forma precoz y oportuna, gracias a la confirmación diagnóstica con imagen y posterior laparotomía.

DEPÓSITOS DE C4D EN MEMBRANAS BASALES TUBULARES EN NEFRITIS POR VIRUS BK DE PRESENTACIÓN TARDÍA: REPORTE DE CASO

Trabajo 71

Categoría de Trabajo: Caso Clínico

Tema de Trabajo: Nefrología

Autores: Ana Vidal Orellana, Antonio Piottante Becker, Andrés Wurgaft Kirberg

Lugar de Trabajo: 1. Becada Medicina Interna U Finis Terrae 2. Clínica Las Condes

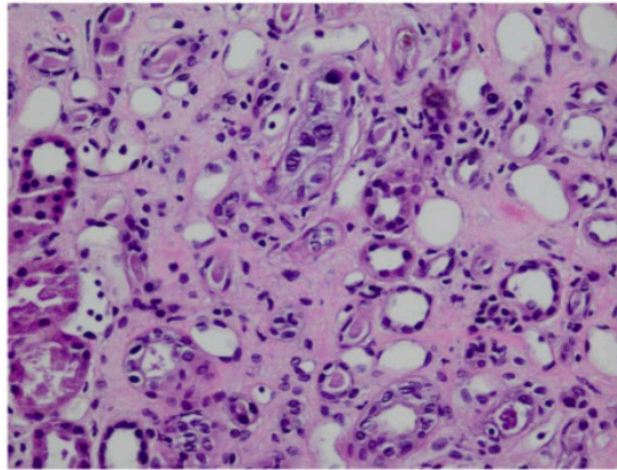
Introducción: Presentamos el caso de una paciente trasplantada de riñón, con Nefritis por Virus BK (NBK), en su cuarto año post trasplante, manifestado con aumento de creatinina y con hallazgo de depósitos de C4d en las membranas basales tubulares. Este hallazgo ha sido descrito, pero habitualmente no es mencionado en las descripciones de la NBK en la literatura, por lo que quisimos presentarlo.

Caso Clínico: Paciente entregó su consentimiento. Mujer de 56 años, con nefropatía IgA, trasplantada en 2021 de donante fallecido. Su PRA era 0%. Inducción con timoglobulina, luego tacrolimus, micofenolato y prednisona. Evoluciona con creatinina basal de 0,9 mg/dl. En junio de 2025, presenta creatinina de 1.65 mg/dL. Eco de injerto sin alteraciones. PRA 60%, con 3 anticuerpos clase I que no son donantes específicos. PCR virus BK positivo en orina y en sangre. Se suspende micofenolato y se disminuye dosis de tacrolimus. Se administra inmunoglobulina EV. Evoluciona con gradual disminución de carga viral. Creatinina se mantiene elevada en 1,8 mg/dL. Biopsia renal: 28 glomérulos, 10 globalmente esclerosados, una lesión de EFS y un creciente fibrocelular. Glomérulos viables revelan leve incremento del mesangio, capilares glomerulares abiertos y desocupados, solo 1 de ellos con linfocitos aislados intraluminales (g0). No se observa engrosamiento de las membranas basales (cg0). Signos de daño tubular agudo, especialmente a nivel de colectores con descamación, hiper Cromatismo y agrandamiento nuclear. Inmunofluorescencia: negativa para IgA. Inmunotinción: SV40 positivo en células tubulares. C4d positivo en membranas basales de una elevada proporción de los túbulos. Sin depósitos concluyentes en los endotelios de los capilares peritubulares. Microscopía electrónica: no revela hallazgos adicionales.

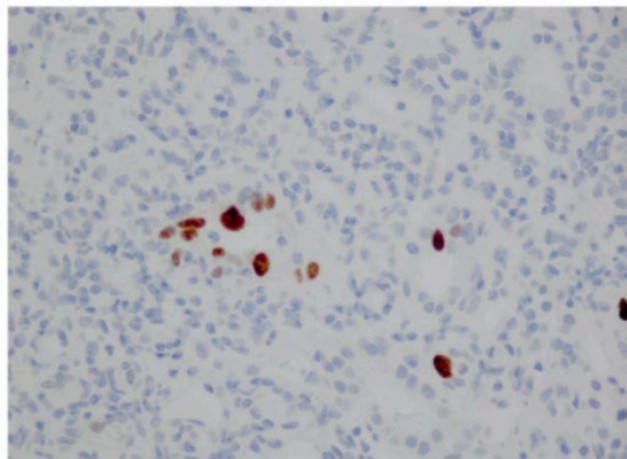
Discusión: Si bien la importancia de la inmunotinción de C4d está en el diagnóstico del rechazo mediado por anticuerpos, desde el año 2009 se han descrito estos depósitos en las membranas basales de los túbulos renales en relación con la replicación activa del virus BK (1). En la serie publicada más grande, este hallazgo se asoció a peor pronóstico (2). En el caso de nuestra paciente, se necesitará más tiempo de observación para evaluar su evolución.

Conclusión: El sólo hallazgo de C4d en túbulos puede corresponder a un signo de NBK, y debe llevarnos a cuantificar el DNA viral en orina y sangre. Debe considerarse además como un posible signo de peor pronóstico.

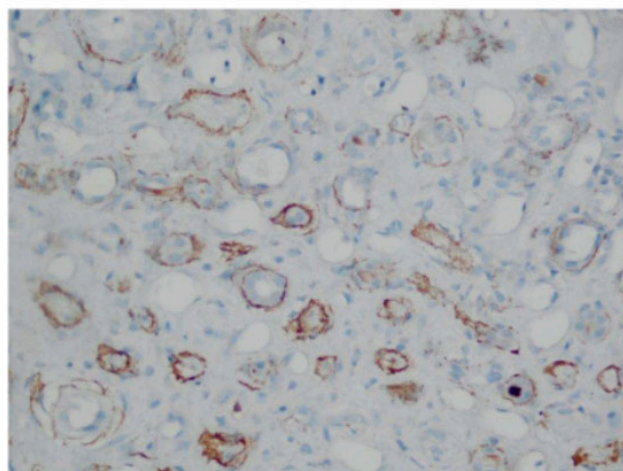
DEPÓSITOS DE C4D EN MEMBRANAS BASALES TUBULARES EN NEFRITIS POR VIRUS BK DE PRESENTACIÓN TARDÍA: REPORTE DE CASO



Túbulos con cambios degenerativos (núcleos grandes e irregulares)



Inmunotinción SV40 positiva en núcleos de las células de los túbulos.



Inmunotinción C4d positiva en membranas basales de los túbulos, negativo en capilares peritubulares.

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE UN GRUPO DE PACIENTES CON GLOMERULONEFRITIS MEMBRANOSA. EXPERIENCIA DE MÁS DE 20 AÑOS

Trabajo 76

Categoría de Trabajo: Estudio Clínico

Tema de Trabajo: Nefrología

Autores: Florencia Brito Burdiles, Daniela Burgos Aguayo, Daniel Enos Brito, Consuelo Quezada Gonzalez, Joaquin Ramirez Herrera, Leonel Sanchez Molina, Mariel Hernandez Perez

Lugar de Trabajo: 1. Universidad de Concepción 2. Universidad San Sebastian 3. Complejo Asistencial Víctor Ríos Ruiz 4. Complejo Asistencial Dr Víctor Ríos Ruiz.

Introducción: La enfermedad glomerular es una de las formas más comunes de enfermedad renal y puede presentar diversas presentaciones clínicas. Comúnmente se presentan como dos espectros clínicos: síndrome nefrótico o síndrome nefrítico. El síndrome nefrótico se caracteriza por proteinuria masiva, hipoalbuminemia y edema, caracterizando a la disfunción podocitaria, como la enfermedad de cambios mínimos y la Glomerulonefritis Membranosa (GNM). Los registros de biopsias ofrecen una idea de las variaciones regionales. Revisaremos algunos datos clínicos y de laboratorio de pacientes con GNM, obtenido de un registro de nuestro centro asistencial.

Objetivos: Caracterizar a la población con diagnóstico de GMN, según variables demográficas, así como describir formas de presentación clínica y de laboratorio y algunos hallazgos histológicos categóricos.

Población: Pacientes con diagnóstico histológico de GNM desde el año 1999 hasta la fecha, obtenido de registros clínicos del Complejo Asistencial Dr. Víctor Ríos Ruíz de la ciudad de Los Ángeles, Provincia del Biobío, Chile.

Metodología: Estudio descriptivo, retrospectivo. Se analizaron las fichas clínicas y biopsias de 107 pacientes con diagnóstico de GNM por biopsia durante un período de 26 años. Se registraron datos clínicos, de laboratorio e histológicos. Todas las biopsias incluyeron microscopía óptica, inmunofluorescencia y microscopía electrónica.

Resultados: De un total de 751 biopsiados en 26 años, encontramos 107 pacientes con GNM, representando el 14% del total. LA GNM fue más frecuente en hombres (55,14%), con una edad promedio de 51 años. Presentándose como síndrome nefrótico puro en el 77,5% de los casos, con un 12,14% de pacientes que presentaban microhematuria en el diagnóstico. La mayoría de los pacientes (62,9%) eran hipertensos. Presentaron creatinina basal de 1,23 mg/dL en promedio, sin embargo, un 9,3% requirió terapia dialítica; falleciendo en el seguimiento 14,4% de los pacientes. Respecto la histología el 70% presentó un patrón histológico membranoso clase II, con coexistencia de otra patología en el 11,2% de los casos.

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE UN GRUPO DE PACIENTES CON GLOMERULONEFRITIS MEMBRANOSA. EXPERIENCIA DE MÁS DE 20 AÑOS

Conclusión: La GNM representa un grupo importante de pacientes, estos datos nos permiten rescatar la importancia de la biopsia renal, pese al auge de marcadores serológicos, pues no fue despreciable las presentaciones impuras y la coexistencia de otras patologías. Requerimos continuar analizando nuestros casos y tenemos como gran limitante la falta de registros digitales.

Tabla 1. Datos demográficos, clínicos e histológicos de pacientes con Glomerulonefritis membranosa

N total= 107			
Edad, años	51,12 ± 15,6	Laboratorios	
Sexo		Creatinina, mg/dL	1,23 ± 0,74
Femenino	44,80%	Albumina, gr/dL	2,63 ± 0,66
Masculino	55,14%	GR >5 xc	59,80%
Presentación clínica		Proteinuria 24 horas, gr/24 horas	8 ± 6,6
Subnefrótico	0,90%	Tipo Histológico	
Nefrótico puro	77,50%	Clase I	23,30%
Nefrótico impuro	12,14%	Clase II	70%
Nefrítico	4,67%	Clase III	46,60%
HTA	62,90%	Clase IV	23,30%
Diálisis	9,30%		

TORQUETENOVIRUS COMO BIOMARCADOR DE INMUNOSUPRESIÓN: DESARROLLO DE UNA ESTRATEGIA DE CUANTIFICACIÓN POR QPCR PARA TRASPLANTE RENAL

Trabajo 78

Categoría de Trabajo: Estudio Clínico

Tema de Trabajo: Transplante

Autores: Ana Ramírez Rivas, Dominique Yañez, María Luisa Ceballos, Paola Krall

Lugar de Trabajo: 1. CICA- Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna 2. Laboratorio Clínico-Hospital Luis Calvo Mackenna 3. Servicio de Nefrología-Hospital Luis Calvo Mackenna 4. Departamento de Pediatría y Cirugía Infantil Oriente, CI-CA-Hospital Luis Calvo Mackenna, Universidad de Chile.

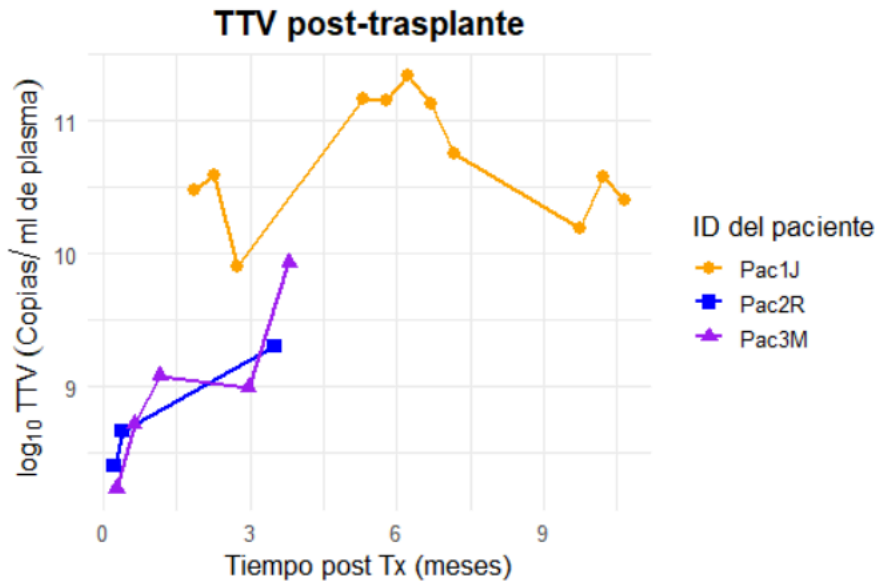
Abstract: El Trasplante Renal (TxR) requiere de inmunosupresores, siendo Tacrolimus (TAC) utilizado en el 80–90% de los pacientes. El desafío radica en alcanzar un equilibrio entre evitar el rechazo y minimizar efectos adversos de TAC. El Torquetenovirus (TTV) es un virus de ADN no asociado a enfermedad, forma parte del viroma humano. Su carga viral varía según inmunosupresión, sugiriendo su uso como biomarcador en TxR. El objetivo de este estudio es desarrollar una estrategia para la monitorización de TTV en pacientes con TxR.

Metodología: Se analizaron remanentes de plasma de tres pacientes en seguimiento por 10 meses desde su TxR, atendidos en el Servicio de Nefrología del Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna. El ADN extraído se sometió a PCR convencional (199 pb) y a TaqMan qPCR (63 pb; FAM-TAMRA), ambas dirigidas a una región UTR altamente conservada. El amplicón de TTV fue purificado desde gel de agarosa y cuantificado por espectrofotometría. Se preparó una curva de calibración con amplicón de TTV purificado, en diluciones seriadas 1/10, para definir el rango dinámico de la qPCR. Por el peso molecular del amplicón TTV (144 612 g/mol), se estimó que una copia equivale a 0,0647 attogramos. Los tutores legales autorizaron el estudio mediante firma de consentimiento informado.

Resultados: Las muestras de los tres pacientes fueron positivas para TTV durante todo el seguimiento, por PCR convencional y qPCR; se observaron Ct < 10 lo que obligó a considerar la preparación de diluciones de las muestras para qPCR. La curva de calibración permitió determinar un rango confiable de detección mínima de 43,4 attogramos y máxima de 434 femtogramos de TTV. El análisis por qPCR de las muestras mostró cargas virales basales del orden de 10^6 copias/ml, que aumentaron progresivamente y al sexto mes se estabilizaron en 10^9 copias/ml.

Discusión y Conclusiones: La medición de carga plasmática de TTV constituye una estrategia necesaria para monitorizar pacientes. En la etapa post-TxR se observa un aumento progresivo de la carga viral, concomitante con el incremento de dosis inmunosupresoras. Actualmente, en Chile no existe un kit comercial para determinación de TTV; sin embargo, la técnica qPCR permite una cuantificación fiable y la posibilidad de expandir la determinación a otros pacientes, para relacionar la carga TTV con efectos adversos de TAC (infecciones, neoplasias) y/o condiciones genéticas asociadas a inmunodeficiencias, que serán exploradas en el análisis de exoma de cada pacientes.

TORQUETENOVIRUS COMO BIOMARCADOR DE INMUNOSUPRESIÓN: DESARROLLO DE UNA ESTRATEGIA DE CUANTIFICACIÓN POR QPCR PARA TRASPLANTE RENAL



Resultados del ensayo q-PCR del proyecto

VARIABILIDAD MICROBIOLÓGICA DE LOS GÉRMENES CAUSANTES DE PERITONITIS MÁS FRECUENTES EN DIÁLISIS PERITONEAL REVISIÓN DESDE LOS AÑOS 2015 AL 2025 Y SUS IMPLICANCIAS EN EL MANEJO MÉDICO Y DE ENFERMERÍA DEL COMPLEJO ASISTENCIAL BARROS LUCO TRUDEAU.

Trabajo 79

Categoría de Trabajo: Estudio Clínico

Tema de Trabajo: Diálisis Peritoneal

Autores: Marta Perez Espinace, Andrea Basualto Rodriguez, Cristian Vera Sepulveda

Lugar de Trabajo: 1. Hospital Barros Luco Trudeau

Introducción: La investigación sobre la variabilidad microbiológica de los gérmenes que causan la peritonitis en la Diálisis Peritoneal (DP), se ha convertido en un área de investigación crítica debido a su importante impacto en la morbilidad, el fracaso técnico, egreso de terapia (drop-out) y la mortalidad de los pacientes de todo el mundo. Se presenta un estudio retrospectivo, transversal y observacional de los registros clínicos de los pacientes mayores de 18 años que presentaron al menos un evento de peritonitis asociada a diálisis peritoneal del Hospital Barros Luco Trudeau (HBLT), en un periodo de diez años, que abarca entre enero del 2015 a octubre 2025 con características de manejo ambulatorio y/o hospitalizado.

Resultados: En los hallazgos microbiológicos, su etiología es diversa, siendo las cocáceas gram positivas el grupo predominante en el periodo del 2015 al 2025 con un 46% en promedio de los casos. Lo anterior es concordante con la bibliografía internacional, predominando el *Staphylococcus aureus* meticilino sensible con un 36% en el periodo antes descrito. Los bacilos gram negativos más relevantes son en ambos periodos; *Escherichia coli* con un 24%, *Pseudomonas Aeruginosa* con un 15% y *Klebsiella* con un 16%. En el segundo periodo del año 2025 se caracterizó con el reporte de *Serratia* y de casos más complejos de cuadros de peritonitis como infecciones fúngicas, lo que produjo nuevas estrategias organizacionales para su manejo y prevención. En relación a los cultivos negativos, se presentaron en el primer corte enunciado en un 22%, un factor contribuyente de este aumento fue el inicio de terapia endovenosa precoz en el servicio de urgencia a los pacientes que consultaban ante cuadro sugerente de peritonitis, disminuyendo drásticamente con la capacitación del personal clínico de urgencia y el cambio de maquinarias con mayor tecnología en el análisis microbiológico en el laboratorio central. En la actualidad el porcentaje de cultivos negativos corresponde al 13%.

Conclusión: Es primordial conocer la microbiología que tiene cada institución para efectos del tratamiento antimicrobiano, esto se ha centrado en las actualizaciones del programa de optimización de antimicrobianos (PROA). A lo anterior se agregan las intervenciones reeducativas de curva de olvido y visita domiciliaria, el diseño de modelos de mantenimiento preventivo de maquinarias y la estandarización de uniformidad de criterios con conectología.

CARACTERIZACIÓN DEL USO DE AGONISTAS DEL RECEPTOR DE GLP-1 EN ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA 4-5 Y PACIENTES CON GLOMERULOPATÍAS

Trabajo 80

Categoría de Trabajo: Caso Clínico

Tema de Trabajo: Nefrología

Autores: Tahia Alarcón Sarria, Elva Yuliana Rojas Romero, María José Hidalgo Jacob, Henry Aragón, Pabla Salinas Urbina, Paula Segura, Karin Denecken, Fernando Navarro Jorquera, María José de Pablo Navarro, Leticia Elgueta Segura

Lugar de Trabajo: 1. Hospital San José, Becada Geriatría en el servicio nefrología 2. Hospital San José, Becada medicina interna en el servicio nefrología 3. Hospital San José, servicio nefrología 4. Hospital San José, servicio nefrología 5. Hospital Clínico Universidad de Chile, servicio anatomía patológica 6. Hospital San José, servicio de hematología.

Introducción: La Enfermedad por Cambios Mínimos (MCD) puede presentarse como un síndrome nefrótico paraneoplásico, secundario a diversas neoplasias linfoproliferativas de estirpe B, siendo el linfoma de Hodgkin la asociación más clásica. Con menor frecuencia se ha descrito en contexto de Leucemia Linfática Crónica (LLC). Los casos más severos, pueden desarrollar complicaciones de otros compartimentos como el endotelio, manifestando una microangiopatía trombótica (MAT) intrarrenal.

Caso Clínico: Consentimiento informado firmado. Mujer de 65 años, con DM2, HTA y obesidad. Consulta por disnea progresiva, edema y aumento de peso abrupto de 18 kg. Se constata síndrome nefrótico con proteinuria masiva (76,6 g/24 h), hipoalbuminemia (1,89 g/dL), dislipidemia y deterioro función renal (creatinina 1,79; basal 0,96 mg/dL). aPLA2R negativo, estudio inmunológico e infeccioso normal, sin peak monoclonal en electroforesis. TC evidencia adenopatías supra e infradiafragmáticas y PET con metabolismo aumentado, sugerente de síndrome linfoproliferativo, pero sin posibilidad de biopsia dado tamaño y localizaciones. Pese al manejo inespecífico, persiste nefrótica. Biopsia renal descarta nefropatía diabética y revela, en microscopía electrónica, pérdida total pedicelar (Imagen 1 y 2) y signos de MAT intrarrenal; inmunofluorescencia sin depósitos inmunes. Evoluciona con proteinuria persistente (IPC 49 g/g), linfocitosis absoluta (11.930 células/ μ L), hipoalbuminemia severa y progresión de insuficiencia renal (creatinina 2,7 mg/dL). Estudio de médula ósea confirma neoplasia B CD5+, compatible con LLC. Inicia quimioterapia (R-CHOP), logrando reducción de creatinina (1,57 mg/dL) y proteinuria (IPC 15 g/g).

Discusión: Las complicaciones renales en LLC incluyen glomerulonefritis membranoproliferativa, infiltración, MCD y MAT, esta última usualmente secundaria a quimioterapia, aunque puede ser primaria. En este caso, la MAT se interpreta como consecuencia de daño endotelial asociado al síndrome nefrótico severo, con pérdida urinaria de anti-coagulantes (antitrombina III, proteínas C y S), aumento de factores procoagulantes y estrés oxidativo endotelial con liberación de trombosmodulina y factor von Willebrand. El menor VEGF podocitario compromete la integridad capilar, favoreciendo microtrombosis intrarrenal.

NEOPLASIA LINFOPROLIFERATIVA B ASOCIADA A SÍNDROME NEFRÓTICO GRAVE CON MICROANGIOPATÍA TROMBÓTICA RENAL

Conclusión: El síndrome nefrótico severo secundario a LLC asociado a MAT intrarrenal presentado, se plantea la relación entre daño podocitario, lesión endotelial y estado procoagulante.

Trabajo 81

Categoría de Trabajo: Caso Clínico

Tema de Trabajo: Nefrología

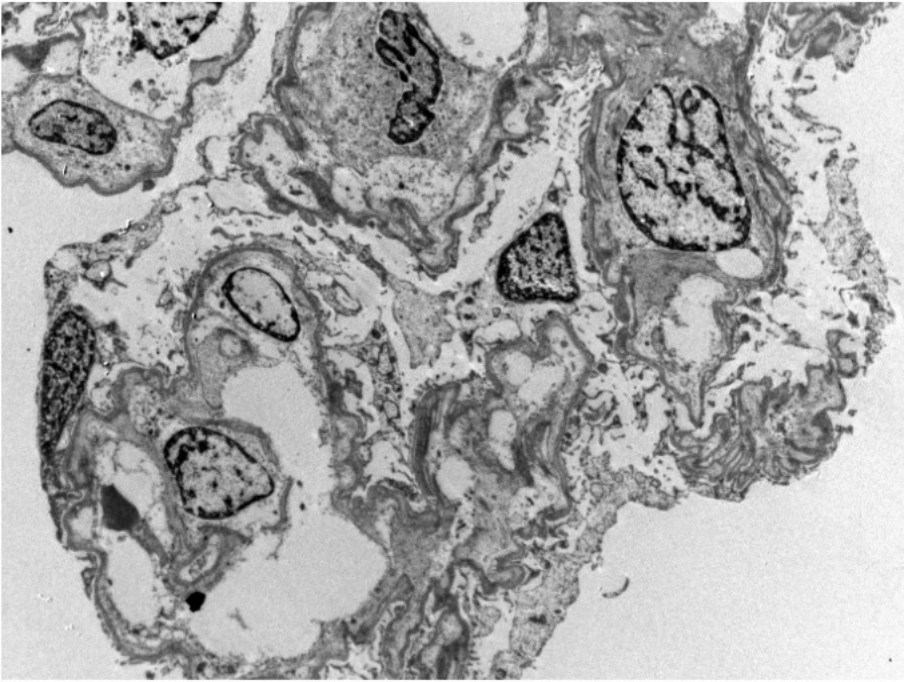
Autores: Miren Edurne Irisarri Aldunate, Daniel Miranda Silva, Carola Laferte Vásquez, Carolina Cordero Pérez, Pilar Acuña Aguayo, Iván Goic Borojevic, Paola Mur Alfaro, Leonardo Gabriel Núñez Tomé, Gonzalo Méndez Olivieri

Lugar de Trabajo: 1. Hospital San Juan de Dios 2. Inmunocel.

Introducción: La Hipertensión Maligna (HM) se caracteriza por HTA severa asociada a retinopatía hipertensiva grado III o IV. Puede evolucionar a Microangiopatía Trombótica (MAT) debida al estrés mecánico en los glóbulos rojos a medida que pasan a través de arteriolas sufriendo necrosis fibrinoide o con edema causado por la HTA severa. Previo consentimiento informado, presentamos un hombre de 39 años con sobrepeso, sin otros antecedentes. Consulta por síntomas respiratorios, afebril, recibiendo macrólido y corticoide, evoluciona con tos y epistaxis. Dirigidamente con orina espumosa, disnea de esfuerzos de más de 1 mes de evolución. Ingresa con presión arterial de 213/124 mmHg, taquicárdico, afebril, Glasgow 15. Creatinina 22 mg/dl, BUN 195 mg/dl, Na 133 mmol/L, K 3.2 mmol/L, Cl 85 mmol/L, HCO₃ 13,4 mmol/L, Calcio 7,9 mg/dl, Fósforo 12 mg/dl, bilirrubina total 0.9 mg/dL, lactato 18 mg/dL; Albúmina 4,1 g/L. Orina Completa proteinuria +++ GR 50-70/cpo, GB 2-4/cpo. IPC 3,2. En lo hematológico destaca Hb 6,5 g/dL, leucocitos 15.550, plaquetas 115.000. LDH 1385 U/L. Evoluciona anúrico y con compromiso de conciencia cuantitativo por lo que inicia hemodiálisis.

Estudio Etiológico: ANA, AntiDNA; ENA, Ac SAF, ANCA y anti membrana basal negativos. C3-C4 e Ig normales. Presenta esquistocitos en regular cantidad al frotis por lo que se decide plasmaféresis. Actividad de ADAMTS-13 tomada previo a su inicio 53% por lo que se suspende. Coombs directo negativo. Se realiza Fondo de ojo que muestra retinopatía hipertensiva grado III (exudados algodonoso y hemorragias). Finalmente se realiza biopsia renal que muestra daño vasculopático con angiopatía trombótica crónica en glomérulos, enfermedad túbulo intersticial activa con lesión de componente isquémico, arterioloesclerosis acentuada concordante con posible MAT subaguda. Panel genético de SHUa negativo. Paciente no recupera función renal quedando en hemodiálisis crónica. La HM como entidad clínica está en discusión en los últimos años, presentándose como emergencia hipertensiva cuyo daño de órgano blanco, incluido el retiniano, puede incluir la MAT renal. El control de la HTA es esencial y el tratamiento exclusivamente con terapia antihipertensiva se ha descrito con resultados disímiles. Se realizó el estudio de causas tanto primarias como secundarias sin encontrar causa de la enfermedad. Se debe entregar terapia de soporte y en caso de sospecharse SHUa o PTT se debe considerar plasmaféresis dado a su alta mortalidad.

MICROANGIOPATÍA TROMBÓTICA SECUNDARIA A HIPERTENSIÓN MALIGNA: REPORTE DE CASO



Microscopía Electrónica

SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ, UN INVITADO INESPERADO EN UN BROTE DE NEFRITIS LÚPICA: REPORTE DE CASO

Trabajo 82

Categoría de Trabajo: Caso Clínico

Tema de Trabajo: Nefrología

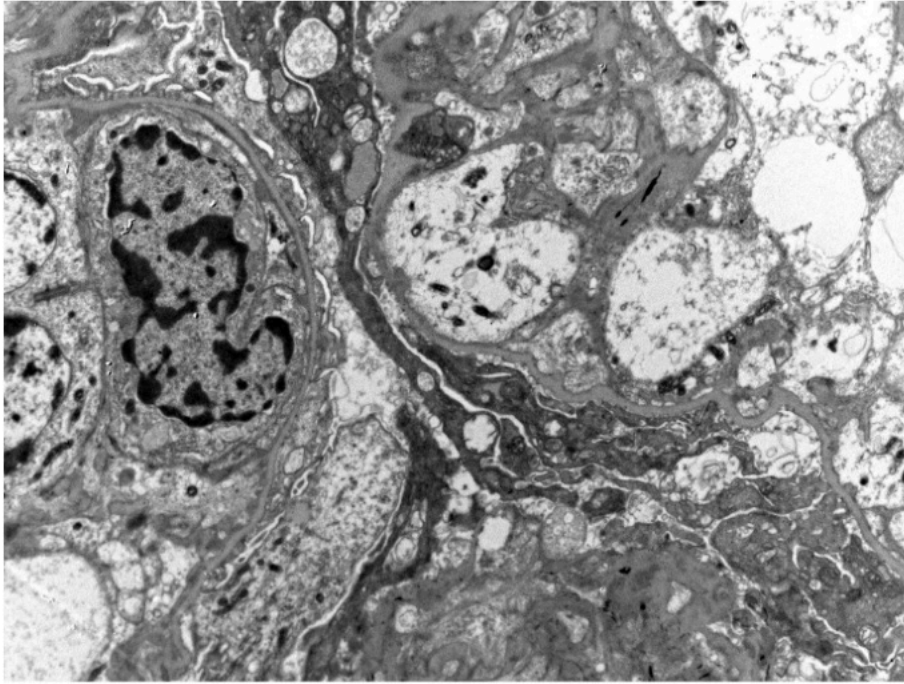
Autores: Miren Edurne Irisarri Aldunate, Daniel Miranda Silva, Carola Laferte Vásquez, Paola Mur Alfaro, Carolina Cordero Pérez, Pilar Acuña Aguayo, Iván Goic Borojevic, Leonardo Gabriel Núñez Tomé, Gonzalo Méndez Olivieri

Lugar de Trabajo: 1. Hospital San Juan de Dios 2. Inmunocel.

Introducción: En el 10-20% de pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico (LES) está reportada polineuropatía/mononeuritis múltiple. Sin embargo, el Síndrome de Guillain-Barré (SGB) es una complicación rara. Previo consentimiento informado, presentamos una mujer de 28 años, diagnosticada de hepatitis autoinmune y LES hace 4 meses por compromiso hepático, poliartritis y anemia. Consulta en urgencia por 5 días de edema generalizado, oliguria, orina espumosa, parestesias en ambas extremidades inferiores y disnea. Había suspendido su tratamiento hace un mes. Ingresa hipertensa 170/118 mmHg y afebril. Creatinina 0,8 mg/dl, BUN 19.8 mg/dl, Na 138 mmol/L, K 3.8 mmol/L, Cl 111 mmol/L, Bicarbonato 18 mmol/L, LDH 305. Orina completa proteinuria +++, GR >100/cpo con 48% dismorfia, cuerpos ovals grasos y cruces de malta en escasa cantidad, IPC 9.9. Albúmina 2.6 g/dL, Colesterol LDL 117 mg/dL, triglicéridos 99 mg/dL, Hb 10.6 g/L, leucocitos 6.120, plaquetas 156.000 VHS 18 mm/hora. C3: 35 mg/dL (VN: 90-180) C4: <2 (VN 10-40). ANA >1/640 patrón granular nuclear y granular citoplasmático, AntiDNA 341(VN <93), Anti-Sm 109 (VN<20) y Anti-Sm RNP >100 (VN<20). Evoluciona al tercer día desde el ingreso con tetraparesia arrefléctica ascendente. Punción lumbar con disociación albúmina-citológica y electromiografía con velocidad de conducción que confirma polirradiculopatía simétrica, axonal, hiperaguda, motora pura severa, compatible con SGB variante AMAN. Requiere intubación y conexión a ventilación mecánica. Se administran corticoides, ciclofosfamida y por indicación neurológica plasmaféresis (5 sesiones de 1.5 vollemias) y 120 g de Inmunoglobulina endovenosa. Paciente evoluciona favorable, logra extubación a los 12 días y es dada de alta logrando bipedestación. Biopsia renal realizada posteriormente es compatible con nefritis lúpica proliferativa difusa clase IV, con lesión crescéntica activa aislada (Índice de actividad 3 a 5 e índice de cronicidad 0-1).

Conclusiones: La prevalencia del SGB en LES es de entre 0.6% y 1.7%. Su patogénesis en el lupus no está clara, pero tanto los procesos celulares como los humorales pueden desempeñar un papel significativo. Dado la poca frecuencia y su potencial gravedad por compromiso ventilatorio y posibilidad de secuelas, requiere sospecha precoz y diagnóstico oportuno, con una terapia inmunosupresora guiada en conjunto con las distintas especialidades involucradas para brindar un tratamiento precoz y efectivo disminuyendo el riesgo de complicaciones.

SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ, UN INVITADO INESPERADO EN UN BROTE DE NEFRITIS LÚPICA: REPORTE DE CASO



MICROSCOPIA ELECTRONICA

RECIDIVA DE GEFS EN TRASPLANTE RENAL PEDIÁTRICO, UN CASO COMPLEJO DE FINAL INESPERADO

Trabajo 84

Categoría de Trabajo: Caso Clínico

Tema de Trabajo: Hipertensión

Autores: Maria Luisa Ceballos Osorio, Angelica Rojo Lozano, Luis Contreras Melendez

Lugar de Trabajo: 1. Hospital Luis Calvo Mackenna 2. CyS Anatomía Patológica y Patología Molecular.

Introducción: La Glomeruloesclerosis Focal y Segmentaria (GEFS) es causa primaria de síndrome nefrótico tanto en adultos como en niños, pudiendo generar enfermedad renal crónica terminal. La recurrencia post trasplante (tx) es frecuente y puede ocasionar morbimortalidad y pérdida del injerto. No existe consenso sobre el manejo de su recurrencia.

Caso Clínico: Mujer con antecedentes de ERC secundaria a GEFS refractaria a tratamiento médico inmunosupresor, se realiza nefrectomía bilateral e ingresa a programa de diálisis peritoneal. Recibe trasplante renal DF a la edad de 8 años en HLKM, con Plasmaféresis (PF) previa a la cirugía. Evolucionan anúrica. Se biopsia al 4to día: NTA multifocal extensa y enfermedad podocitaria difusa, compatible con recidiva GEFS, reiniciando PF. Recibe 3 dosis de timoglobulina, 1 de IgIV y 2 dosis de rituximab. Al mes post trasplante inicia diuresis, pero persiste con proteinuria nefrótica. Se maneja con PF e infusión de albúmina (1g/kg) cada 15 días, en forma intercalada. Dada la estabilidad clínica con escasa respuesta a PF, se decide intentar suspender aféresis y continuar con reposiciones de albúmina cada 15 días, evolucionando con deterioro de función renal (creat 0,98 mg/dl a los 15 meses post trasplante). Segunda biopsia renal: ausencia de signos de rechazo y esclerosis; Obs toxicidad por anticalcineurínicos. Se decide retomar PF c/15 días. Subpoblaciones linfocitarias aun con depleción de CD20. A los 2 años 6 meses post tx presenta cuadro edematoso, TAC cuello y tórax con contraste: trombo adherido al catéter en el extremo proximal de la VCS, de 29 x 12 mm, parcialmente oclusivo. Trombo de 7 x 4 mm adherido al extremo distal del catéter, en la VCS distal, ocluye 70-80% del lumen. Imágenes compatibles con síndrome de vena cava superior, se inicia tratamiento con enoxaparina. Evolucionan con aumento de creatinina hasta 1.3 mg/dl. Biopsia renal compatible con rechazo humoral, para lo cual se trata con 3 bolos de metilprednisolona, 1 dosis inmunoglobulina ev y rituximab. Posterior a esto, se mantiene con PF bimensual. Recibe donación de dosis de obinutuzumab, administrándole 1 dosis de 300mg/m², logrando albuminemia normal, disminución de proteinuria a los 5 meses de administración del fármaco, manteniendo a la fecha creatinina estable y libre de PF.

Conclusión: Se reporta caso de paciente pediátrico con recidiva de GEFS en post txR y respuesta favorable a Obinutuzumab, siendo una opción terapéutica a considerar.

CARACTERIZACIÓN DE LA POLIQUISTOSIS RENAL AUTOSÓMICA DOMINANTE (ADPKD) BASADA EN DATOS OBSERVADOS EN VIDA REAL DESDE LA PERSPECTIVA DE LA POBLACIÓN BENEFICIARIA DEL SERVICIO DE SALUD ARAUCANÍA SUR

Trabajo 85

Categoría de Trabajo: Estudio Clínico

Tema de Trabajo: Insuficiencia Renal

Autores: Marina Leiva González, Paola Krall Opazo, Luis Arriagada Beyzaga, Vicente Garzaro Gutiérrez, Rubén Rojas Payacán

Lugar de Trabajo: 1. Servicio de Salud Araucanía Sur 2. Universidad de Chile 3. Fractal EDM.

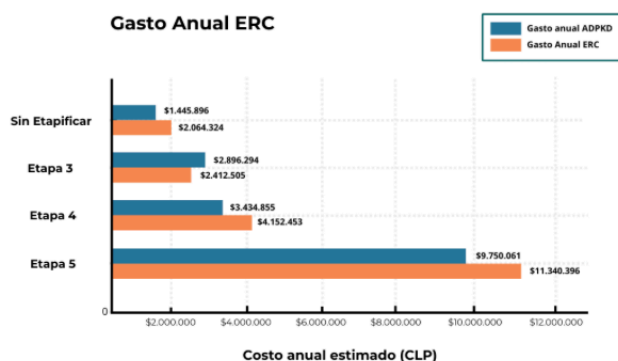
Introducción: La Poliquistosis Renal Autosómica Dominante (ADPKD) es la principal causa genética de Enfermedad Renal Crónica (ERC), caracterizada por el desarrollo progresivo de quistes renales bilaterales. Desde el punto de vista epidemiológico, se reporta que la ADPKD afecta a 1 de cada 1.000 personas, con alta probabilidad de progresar a ERC etapa 5. En Chile no hay estudios dirigidos a estimar prevalencia o costos asociados a su atención. Este estudio tiene por objetivo caracterizar pacientes ADPKD en una red asistencial pública, Servicio de Salud Araucanía Sur (SSAS) y conocer los costos asociados a ERC por esta causa.

Metodología: Se analizaron los registros de los años 2021–2023, identificando la población con diagnóstico ADPKD mediante códigos CIE-10 Q61.2 y Q61.3. Posteriormente, se caracterizó esta población según sexo, edad, etapa ERC, atención médica, uso de fármacos y hospitalizaciones. Para la estimación del gasto anual se consideró el año 2023, por corresponder al último período completo disponible. El estudio cuenta con la aprobación del Comité Ético-Científico SSAS.

Resultados: Se identificaron 126 personas en SSAS con diagnóstico ADPKD, realizado por Medicina General, Nefrología y Urología. La población se caracterizó por predominio femenino (64%), mediana 47 años (IQR: 28–62) y diagnóstico ERC en 35 casos. En 2023, 42(33%) pacientes habían recibido atención de Nefrología. Las principales comorbilidades fueron hipertensión (36%) y diabetes (11%). Los fármacos antihipertensivos más utilizados fueron losartán (38%), furosemida (25%), enalapril (20%) y amlodipino (20%). Se registraron 27 hospitalizaciones con una estadía total de 337 días. En 79 de 126 pacientes (63%, mediana 38 años) no se identificó etapa ERC; el costo anual de este grupo fue \$1.445.896. Entre los pacientes etapificados (n=47; mediana 58 años), el 53%, 19% y 28% se encontraban en estadios 3, 4 y 5, respectivamente, con costos anuales por persona de \$2.896.294, \$3.434.855 y \$9.750.061.

Conclusiones: La prevalencia estimada de ADPKD en la red SSAS fue de 1 en 5.873 personas, lo que sugiere un subdiagnóstico importante ($\approx 83\%$) superior al de países desarrollados, sin poder descartarse una prevalencia real menor a la reportada. Los costos crecientes asociados a las etapas ERC avanzadas reflejan la urgencia de fortalecer las estrategias para promover diagnóstico y tratamiento precoz en ADPKD, con el fin de prevenir la progresión y reducir su impacto socioeconómico.

CARACTERIZACIÓN DE LA POLIQUISTOSIS RENAL AUTOSÓMICA DOMINANTE (ADPKD) BASADA EN DATOS OBSERVADOS EN VIDA REAL DESDE LA PERSPECTIVA DE LA POBLACIÓN BENEFICIARIA DEL SERVICIO DE SALUD ARAUCANÍA SUR



Gasto anual por paciente ADPKD (barras azules) y por todas las causas de ERC (barras naranjas) en etapas 3 a 5 y sin etapificar, en SSAS, para el año 2023.

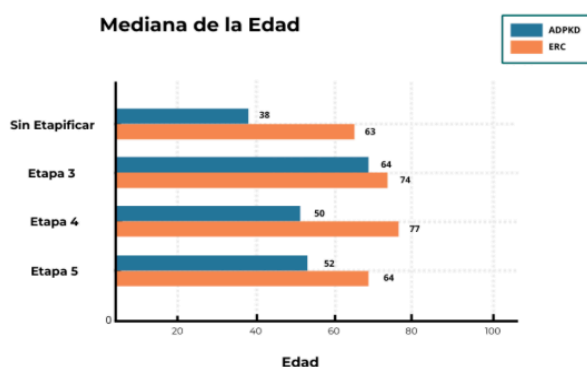


Grafico 2: Mediana de edad en paciente ADPKD (barras azules) y por todas las causas de ERC (barras naranjas) en etapas 3 a 5 y sin etapificar, en SSAS, para el año 2023.

TOCILIZUMAB COMO CAUSA RARA DE GLOMERULONEFRITIS MEMBRANOPROLIFERATIVA POR COMPLEJOS INMUNE EN EL POST TRASPLANTE: REPORTE DE UN CASO

Trabajo 86

Categoría de Trabajo: Caso Clínico

Tema de Trabajo: Hipertensión

Autores: Jacqueline Pefaur Penna, Camilo Díaz Valdebenito, Luis Contreras, Giovanni Enciso, Loreto Oliva, Marion Alarcon, Pía Rosati, Oscar Espinoza

Lugar de Trabajo: 1. Clínica Santa María 2. Hospital Clínico San Borja Arriarán 3. Laboratorio CyS.

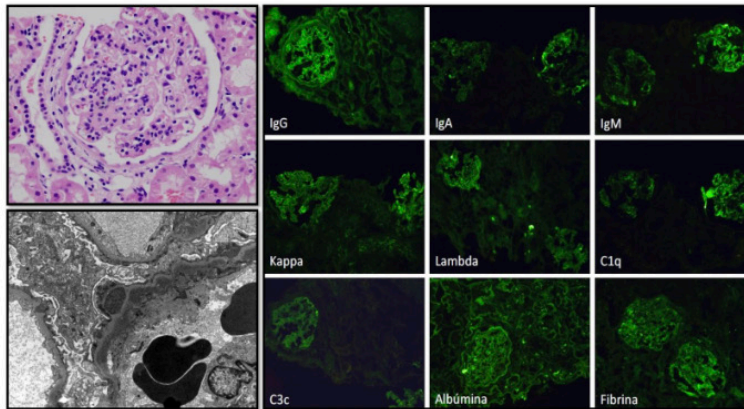
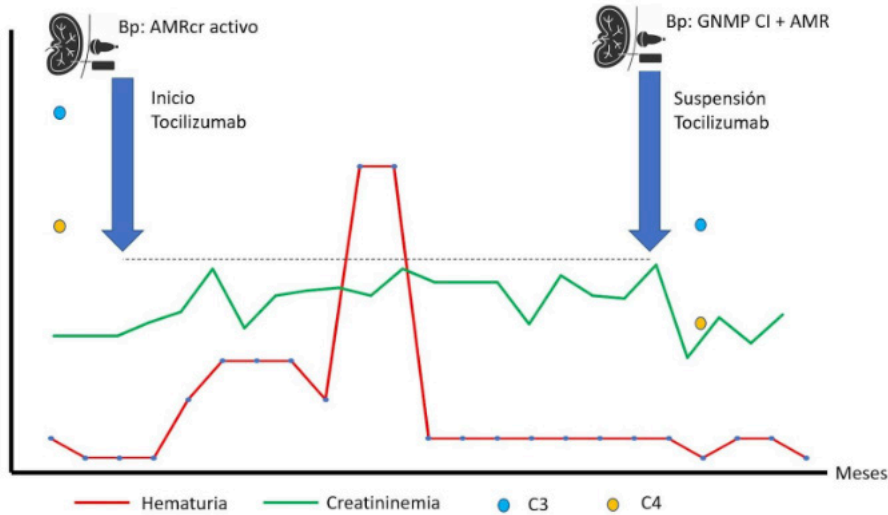
Introducción: Tocilizumab (TCZ), anticuerpo monoclonal contra el receptor IL-6, es una alternativa terapéutica para el manejo del rechazo mediado por anticuerpos (AMR), incluyendo el AMR crónico activo (AMRcr). Su uso no está libre de reacciones adversas (RAM), algunas menos conocidas. Se presenta, previo consentimiento informado, RAM asociada al uso de TCZ, complicación poco frecuente.

Caso Clínico: Hombre de 65 años Trasplantado Renal (TR) donante fallecido el 2013 tras 3 años en hemodiálisis (enfermedad renal secundaria a vasculitis ANCA), PRA 0%, con mismatch 1A2B2DR. En seguimiento post TR, al año (2014) se detecta desarrollo de anticuerpos donante específicos de novo (dnDSA) a títulos altos (DQ7 >15mil MFI), y biopsia renal (Bp) mostró evidencia AMR C4d(+), recibiendo standard of care (SC): Plasmaféresis, Inmunoglobulina (IgIV) y Rituximab (RTX). Además de incremento de inmunosupresión de mantención, recibió IgIV y RTX en 2 oportunidades. El 2018 se realiza nueva Bp por persistencia de títulos altos de dnDSA, proteinuria de 2gr/día y creatinina (Cr 1.7mg/dl), evidenciando AMRcr (cg1,ptc2,i1,Ci5%,Ct15%,C4d+); recibe SC, y se inicia terapia de mantención con IgIV y continuando con TCZ a 8mg/kg en forma intermitente (falta de adherencia), con Cr 1.3mg/dl y proteinuria < 0,5gr/d, sin cambios de MFI de dnDSA. Se realiza administración mensual de TCZ entre enero y septiembre 2023. Por aumento de Cr 1.8mg/dl y hematuria microscópica se realiza nueva Bp que evidencia glomérulos de aspecto pseudonodular y aislados doble contornos, a la inmunofluorescencia depósitos granulares full house a nivel de mesangio y pericapilar, y a la microscopia electrónica depósitos electrodensos a nivel mesangial, subendotelial y subepitelial, compatible con Glomerulonefritis Membranoproliferativa por Complejos Inmunes (GNMP CI), además de AMRcr C4d(+). Estudio revela hipocomplementemia (C3: 63, C4: <8) (rangos normales previo uso de TCZ) y ANCA MPO >100, con resto de estudio inmunológico y viral (-). Se concluye GNMP CI asociada a TCZ, por lo que se indica su suspensión, y recibe Metilprednisolona más SC. Posterior a ello, paciente se mantiene con IgIV mensual, manteniendo Cr actual: 1.4mg/dl, sin hematuria y proteinuria de 1.2gr/d.

Discusión: Se ha documentado el desarrollo GNMP CI relacionado al uso de TCZ, pero no existen reportes en el post TR.

Conclusión: Presentamos caso de GNMP CI asociado al uso de TCZ, el cual deberá considerarse como diagnóstico diferencial en el post TR.

TOCILIZUMAB COMO CAUSA RARA DE GLOMERULONEFRITIS MEMBRANOPROLIFERATIVA POR COMPLEJOS INMUNE EN EL POST TRASPLANTE: REPORTE DE UN CASO



Biopsia con patrón de Glomerulonefritis Membranoproliferativa por complejos inmunes (full house)

SÍNDROME NEFRÍTICO HIPOCOMPLEMENTEMICO CON ELEVACIÓN DE FACTOR REUMATOIDEO EN VASCULITIS ASOCIADA A ANCA: REPORTE DE 2 CASOS

Trabajo 88

Categoría de Trabajo: Caso Clínico

Tema de Trabajo: Nefrología

Autores: Francisco Ramos Valenzuela, Matías Miranda Flores, Danissa Haro Cárcamo, Valeria Pérez Moreau, Arturo Villalobos Navarro

Lugar de Trabajo: 1. Hospital Barros Luco Trudeau.

Introducción: La Glomerulonefritis Asociada a Vasculitis ANCA (VAA), típicamente se considera una glomerulonefritis pauciinmune. Sin embargo, algunos estudios han evidenciado la presencia de hipocomplementemia y elevación del Factor Reumatoideo (FR), como marcadores de mayor actividad inflamatoria y peor pronóstico renal. Se presentan 2 casos al respecto.

Caso Clínico: Los pacientes otorgaron su consentimiento informado. Caso N° 1: Mujer de 72 años, sin antecedentes, consulta por cuadro de 1 mes de orinas oscuras espumosas y petequias en piernas. Ingresa hipertensa. En el laboratorio destaca creatinina 3.0 mg/dl (basal 0.46 mg/dl) y orina con microhematuria, interpretándose como síndrome nefrítico. Estudio etiológico: ANCA MPO 38 U/ml, ANA 1/160, ENA (-), complemento C3 59 y C4 10, FR 83 UI/ml. Recibe pulsos de metilprednisolona e inducción con ciclofosfamida. La biopsia renal concluye vasculitis necrotizante arteriolar concordante con poliangeitis pauciinmune. Al control al mes, presenta remisión clínica y de laboratorio. Caso N°2: Hombre de 56 años, hipertenso, consulta por cuadro de 1 mes de artralgias y fiebre, asociado a aparición de lesiones ungueales violáceas en ambas manos. Ingresa hipertenso, se solicitan exámenes que destaca creatinina 3.0 mg/dl (basal 1.41 mg/dl) y orina con microhematuria, sospechando síndrome nefrítico. Estudio etiológico: ANCA PR3 >200, hipocomplementemia C4 (C4 7 y C3 104), FR 298 UI/ml, crioglobulinas normales. Recibe pulsos de metilprednisolona asociado a inducción con rituximab. La biopsia renal concluye glomerulonefritis necrotizante focal y segmentaria pauciinmune, compatible con nefropatía ANCA. Al control ambulatorio precoz, presenta mejoría de función renal con creatinina 1.7 mg/dl.

Discusión: Si bien la presencia concomitante de hipocomplementemia y elevación del FR, se asocia clásicamente a enfermedades mediadas por inmunocomplejos, diversos estudios han documentado su presencia en un subgrupo de pacientes con VAA con mayor actividad inflamatoria sistémica, peor función renal inicial y mayor riesgo de recaídas. No obstante, en los casos descritos la evolución inicial fue favorable, probablemente por el diagnóstico y tratamiento precoces. Es fundamental su seguimiento a futuro.

Conclusión: La medición del complemento y el FR debería incorporarse de rutina en la evaluación inicial de VAA, no solo como marcador diagnóstico, sino también como elemento de estratificación pronóstica y seguimiento.

VALIDACIÓN Y DESARROLLO DE ESTRATEGIA DE SECUENCIACIÓN DE PKD1 MEDIANTE OXFORD NANOPORE PARA PACIENTES CON POLIQUISTOSIS RENAL AUTOSÓMICA DOMINANTE

Trabajo 90

Categoría de Trabajo: Estudio Clínico

Tema de Trabajo: Hipertensión

Autores: Macarena Gajardo Zurita, Diego Millar, Barbara Poblete, Ricardo Ubilla, Jorge Maturana

Lugar de Trabajo: 1. Hospital Luis Calvo Mackenna 2. Facultad de Ciencias de la Ingeniería UACH 3. Facultad de Medicina UACH.

Introducción: La Poliquistosis Renal Autosómica dominante (ADPKD) es la principal causa genética de Enfermedad Renal Crónica (ERC). En el 80–85% de casos se identifican variantes PKD1, cuya secuenciación suele excluirse de análisis de exoma/paneles debido a la presencia de pseudogenes. La secuenciación Sanger (SS) continúa siendo el método “gold estándar” para el análisis de PKD1. No obstante, las tecnologías de tercera generación -Oxford Nanopore (ON)- ofrecen un abordaje rápido, sencillo y costo-efectivo para identificar variantes genéticas. El objetivo de este trabajo consistió en evaluar la tecnología ON para la detección de variantes en PKD1, mediante la validación de un pipeline bioinformático y procesamiento de muestras ADPKD.

Metodología: En una primera fase, se analizaron en plataforma MinION ocho muestras ADPKD con diferentes variantes PKD1 previamente identificadas. El pipeline bioinformático se aplicó en condiciones de análisis ciego. Tras validar el pipeline de mejor desempeño, se procedió al análisis de 23 muestras ADPKD sin causa genética conocida. Todas las variantes detectadas fueron analizadas por SS y estudio de segregación familiar. El estudio cuenta con la aprobación del Comité Ético-Científico del Servicio Salud Los Ríos.

Resultados: En la primera fase se definieron dos herramientas informáticas —Clair3 y DeepVariant— capaces de detectar las 8/8 variantes en PKD1, con profundidad promedio 8143X, cobertura 100% y tiempo de procesamiento 6 horas. En la segunda fase se establecieron los criterios de filtrado: frecuencia del alelo minoritario (MAF) 0.3-0.7, profundidad $\geq 50X$ y concordancia entre Clair3 y DeepVariant. Bajo estas condiciones se detectaron variantes patogénicas en 15 de 23 muestras: 11 predecían truncamiento PKD1 y 4 predecían cambios PKD1 missense. No se identificaron variantes intrónicas profundas potencialmente patogénicas. En total, 14 variantes fueron confirmadas mediante SS. En 5 casos, las variantes PKD1 no habían sido reportadas previamente.

Conclusiones: El uso de la plataforma MinION con tecnología ON permitió una detección precisa y eficiente de variantes PKD1. Los resultados demuestran que esta estrategia requiere de confirmación por SS para ser confiable y costo-efectiva en el diagnóstico molecular de ADPKD. La identificación de variantes no reportadas previamente refuerza el potencial de esta metodología para ampliar el espectro de variantes PKD1 y mejorar el abordaje diagnóstico.

NGAL MODULA LA NATRIURESIS DURANTE LA ALTA INGESTA DE SODIO CON DIMORFISMO SEXUAL

Trabajo 91

Categoría de Trabajo: Ciencias Básicas

Tema de Trabajo: Hipertensión

Autores: Nicolás Quiñones, Amaro Oviedo, Aline García, Heddwen Brooks, Luis Michea, Cristián Amador, Patricio Araos

Lugar de Trabajo: 1. Laboratorio de Hipertensión e Inmunología Renal, Instituto de Ciencias Biomédicas, Universidad Autónoma de Chile, Santiago, Chile. 2. Laboratorio de Fisiología Integrativa, Instituto de Ciencias Biomédicas, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile 3. Department of Physiology, Tulane University School of Medicine, New Orleans, Louisiana, United States 4. Laboratorio de Fisiopatología Renal, Facultad de Ciencia, Universidad San Sebastián, Santiago, Chile.

Introducción: La Lipocalina Asociada a Gelatinasa de Neutrófilos (NGAL), ha sido asociada con el daño renal inflamatorio, sin embargo, su participación en la regulación de la presión arterial y la natriuresis no es del todo clara. Adicionalmente, los neutrófilos, expresan niveles elevados de NGAL y participan en estadios iniciales del daño inflamatorio en los tejidos. Sin embargo se desconoce si NGAL participa directamente sobre la natriuresis y si ello se asocia con cambios en la inflamación renal durante una dieta alta en cloruro de sodio (NaCl), así como también si esto presenta un dimorfismo sexual.

Objetivo: Evaluar si la ausencia de NGAL modifica la natriuresis y la inflamación renal durante una dieta alta en NaCl con un dimorfismo sexual.

Metodología: Ratones macho y hembras C57Bl/6 y NGAL-KO (8-10 semanas, n=4-8) se alimentaron con una dieta alta en NaCl (HSD; 4%) o normal en NaCl (NSD; 0.7%) durante 21-días. Se evaluó la presión arterial sistólica (PAS, tail cuff), la velocidad de filtración glomerular (VFG-sinistrina iv.) y la natriuresis: recolección-24h; recolección-2h post test Furosemida (20mg/Kg ip); recolección-4h post test salino (10% peso corporal de NaCl 0.9% ip), mediante jaula metabólica. Se evaluaron células dendríticas (DCs), macrófagos, y neutrófilos renales por citometría de flujo. Los datos representan el promedio/desviación estándar.

Resultados: La dieta alta en NaCl no generó cambios de la PAS ni en machos ni hembras en los grupos estudiados tras 21 días. Sin embargo, los animales machos NGAL-KO con HSD presentaron una natriuresis-24h 6 veces mayor que los animales WT (30.7±6.3 vs. 4.9±3.3µEq Na⁺/g de ratón, respectivamente, p<0.001), lo cual fue 3 veces menos en las hembras NGAL-KO HSD (p<0.01). Luego, observamos que las hembras NGAL-KO HSD tienen una respuesta natriurética preservada frente al test salino y al test Furosemida comparado con las hembras WT-HSD (p<0.01), lo que a su vez se asoció con una menor población renal de neutrófilos (p<0.01). No se observaron cambios en la VFG, ni en la población renal de macrófagos ni DCs en los grupos estudiados.

NGAL MODULA LA NATRIURESIS DURANTE LA ALTA INGESTA DE SODIO CON DIMORFISMO SEXUAL

Conclusiones: NGAL es necesario para un manejo renal del sodio durante HSD y su ausencia se asoció con un menor número de Neutrófilos renales luego de una HSD particularmente en hembras. Estos resultados sugieren que NGAL podría modular directamente la natriuresis con un claro dimorfismo sexual. Financiamiento: Fondecyt-ANID 11241074 (PA), 1231909 (CA).

IMPACTO DE LA REHABILITACIÓN FÍSICA EN PERSONAS CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA AVANZADA: EVIDENCIA DE UN CENTRO CHILENO

Trabajo 92

Categoría de Trabajo: Estudio Clínico

Tema de Trabajo: Insuficiencia Renal

Autores: Gianpiero Fernando Mas Nicovani, Yoselyn Poheler, Cristobal Alvarado, Charlotte Pfeifer, Vivian Villalobos, Ricardo Ferrada, Maria Jose Caceres, Cristian Pedreros Rosales, Andrea Araneda, Tamara Ayala, Luis Salgado, Claudio Ponce, Hans Müller

Lugar de Trabajo: 1. Hospital Higuera de Talcahuano 2. Unidad de investigación Biomedica Hospital Higuera de Talcahuano.

Introducción: La Enfermedad Renal Crónica (ERC) avanzada cursa con deterioro funcional, pérdida de independencia y alta morbimortalidad. Programas de ejercicio físico han demostrado beneficios funcionales y en calidad de vida, pero su implementación en Chile aún es limitada. Este estudio evaluó el impacto de un programa de rehabilitación física individualizada en distintas modalidades de tratamiento renal, generando evidencia aplicable a la atención nefrológica integral.

Objetivos: Evaluar el efecto de un programa de rehabilitación física individualizada sobre la capacidad funcional, fuerza respiratoria y calidad de vida en pacientes con ERC avanzada en Hemodiálisis (HD), Diálisis Peritoneal (PD) y sin diálisis (UCRA).

Población: Cohorte de 63 pacientes adultos con ERC etapas 3B–5 atendidos en el Hospital Las Higuera de Talcahuano entre 2022–2023: HD(n=26), PD(n=18) y UCRA(n=19). Se incluyeron pacientes clínicamente estables y se excluyeron quienes presentaban contraindicación para ejercicio o expectativa de vida menor a 2 años.

Metodología: Estudio observacional, prospectivo. El programa consistió en sesiones combinadas de ejercicio aeróbico y de fuerza, tres veces por semana, ajustadas al estado funcional basal. Se midieron: distancia recorrida en el test de caminata de seis minutos, VO₂máx, índice de Osses, fuerza respiratoria (índice de Black & Hyatt) y calidad de vida (KDQOL-36, Beck, Epworth y Pittsburg). Se aplicó prueba de Wilcoxon para datos pareados (p<0,05).

Resultados: Tras la intervención, los 3 grupos mostraron mejoría significativa en capacidad funcional. En HD, la distancia de TM6M aumentó de 463 ± 157 m a 520 ± 152 m (p<0,001) y VO₂máx de 17,8 a 19,6 ml/kg/min (p<0,001); en PD, de 488 ± 88 m a 541 ± 95 m (p<0,01); en UCRA, de 460 ± 91 m a 503 ± 91 m (p=0,001). El índice de Osses subió en todos los grupos (p≤0,001). Sin cambios relevantes en fuerza respiratoria ni en cuestionarios de calidad de vida, aunque en HD mejoró la calidad del sueño (p=0,03). No hubo eventos adversos.

IMPACTO DE LA REHABILITACIÓN FÍSICA EN PERSONAS CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA AVANZADA: EVIDENCIA DE UN CENTRO CHILENO

Conclusiones: La rehabilitación física individualizada es segura y mejora de forma consistente la capacidad funcional en pacientes con ERC avanzada. Estos resultados respaldan su integración en la atención nefrológica habitual y constituyen evidencia local para el desarrollo de guías clínicas que sumen el ejercicio como una terapia estándar en la ERC avanzada.

HEMODIAFILTRACIÓN DE ALTO VOLUMEN EN CHILE: EVALUACIÓN DE COSTO-EFECTIVIDAD E IMPLEMENTACIÓN PROGRESIVA EN EL SISTEMA PÚBLICO

Trabajo 93

Categoría de Trabajo: Estudio Clínico

Tema de Trabajo: Hipertensión

Autores: Cristian Pedreros Rosales, Gonzalo Ramírez Guerrero, Rubén Rojas Payacan, Luis Arriagada Beyzaga, Hans Müller Ortiz

Lugar de Trabajo: 1. Hospital Las Higueras 2. Fractal Economic Decision Modeling.

Introducción: La Hemodiafiltración (HDF) de alto volumen mejora la depuración urémica y los resultados clínicos frente a la Hemodiálisis (HD) convencional. Su adopción en Latinoamérica, y especialmente en Chile, ha sido limitada por la percepción de mayor costo y la falta de evaluaciones económicas locales. Este estudio evalúa la costo-efectividad e impacto presupuestario de incorporar progresivamente la HDF de alto volumen en el sistema público chileno (FONASA).

Metodología: Se desarrolló un modelo económico tipo Stock & Flow para comparar la HDF posdilucional de alto volumen (≥ 23 L/sesión) frente a la HD convencional, desde la perspectiva del pagador público (FONASA). Se utilizaron precios locales de 2025 y parámetros clínicos derivados de ensayos y metaanálisis recientes. Se evaluaron horizontes de 10 años y de por vida. Los resultados se expresaron como años de vida (LY), años de vida ajustados por calidad (QALY) y razón incremental de costo-efectividad (ICER), considerando umbrales de 1–3 PIB per cápita por QALY. La incertidumbre se analizó mediante sensibilidad determinística (gráfico de tornado) y simulación de Monte Carlo (1.000 iteraciones). Se estimó el impacto presupuestario de una implementación escalonada en 10 años, iniciando con 402 pacientes el primer año.

Resultados: En el horizonte de por vida, la HDF generó 2,36 años de vida y 1,98 QALY adicionales frente a HD, con un ICER de CLP \$30,5 millones/QALY. En 10 años, el ICER fue de CLP \$38,0 millones/QALY, ambos bajo el umbral de 3 PIB per cápita. La HDF redujo el costo anual de hospitalizaciones en CLP \$649.000 por paciente (1,9 días cama/año), equivalente a 1.354 hospitalizaciones evitadas y CLP \$5.533 millones de ahorro potencial anual. La incorporación gradual, comenzando con 402 pacientes (12 % de la población candidata), implicaría un costo incremental de solo CLP \$1.143 millones el primer año (0,37 % del presupuesto nacional de diálisis).

Conclusiones: La HDF de alto volumen es una estrategia costo-efectiva y fiscalmente sostenible para el sistema público chileno. Su implementación progresiva permitiría optimizar recursos, reducir hospitalizaciones y avanzar hacia una terapia de mayor valor sanitario, fortaleciendo la eficiencia, la equidad y la calidad del programa nacional de diálisis.

HEMODIAFILTRACIÓN DE ALTO VOLUMEN EN CHILE: EVALUACIÓN DE COSTO-EFECTIVIDAD E IMPLEMENTACIÓN PROGRESIVA EN EL SISTEMA PÚBLICO

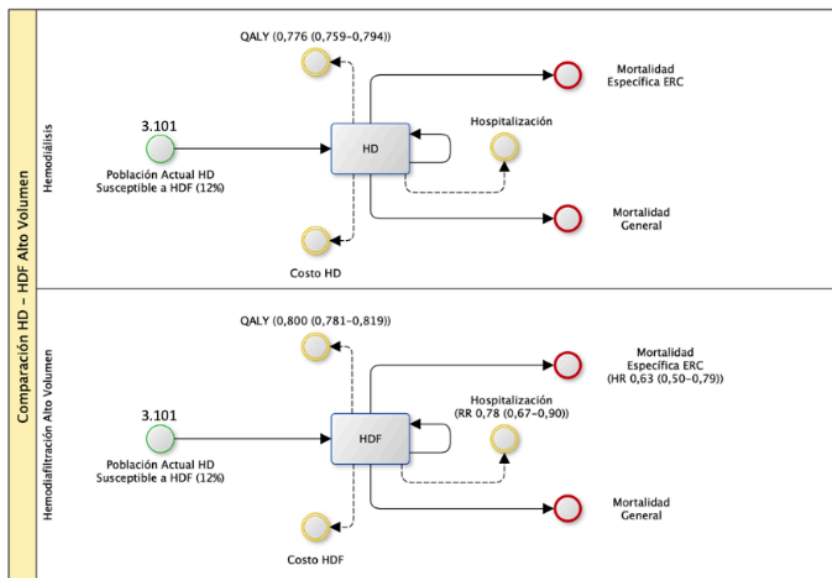
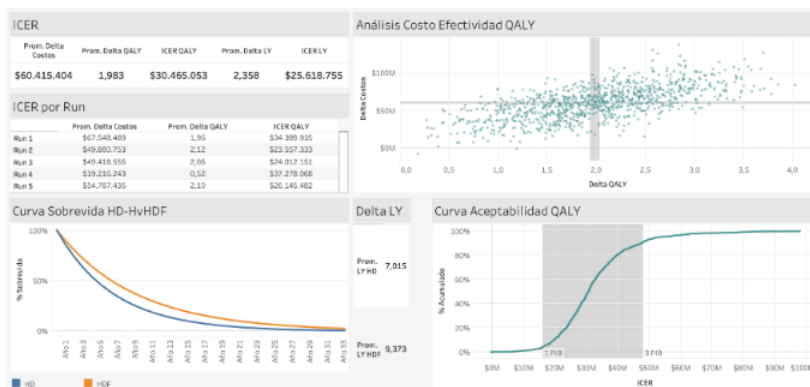
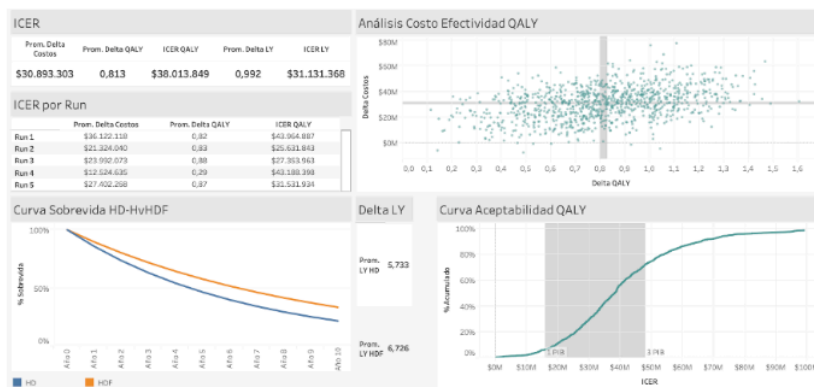


Diagrama del modelo de evaluación económica implementado en Stella Architect. La cohorte inicial de 3.101 pacientes susceptibles de HDF se proyecta en dos ramas comparativas: HD convencional de alto flujo y HDF posdilucional de alto volumen. El esquema integra los parámetros clínicos (mortalidad general y específica por ERC, hospitalización) y económicos (costos de tratamiento y hospitalización, QALY), mostrando cómo cada técnica impacta en la trayectoria de la cohorte y en los desenlaces analizados.



Resultados del modelo de costo-efectividad en el horizonte de por vida. El análisis determinístico y probabilístico muestra que la HDF de alto volumen se asocia a un incremento promedio de 2,36 años de vida y 1,98 QALYs respecto a la HD convencional, con un ICER de CLP \$25,6 millones por año de vida ganado y CLP \$30,5 millones por QALY. La curva de aceptabilidad indica que la probabilidad de ser costo-efectiva supera el 80% bajo un umbral de 3 PIB per cápita en Chile.

HEMODIAFILTRACIÓN DE ALTO VOLUMEN EN CHILE: EVALUACIÓN DE COSTO-EFECTIVIDAD E IMPLEMENTACIÓN PROGRESIVA EN EL SISTEMA PÚBLICO



Resultados del modelo económico con horizonte de 10 años. Se presentan los valores incrementales en costos, años de vida (LY) y QALYs, así como el ICER estimado para HDF de alto volumen en comparación con HD. El panel superior derecho muestra el análisis probabilístico de costo-efectividad (dispersión de Monte Carlo), mientras que el inferior derecho corresponde a la curva de aceptación de costo-efectividad. En el panel inferior izquierdo se observa la curva de supervivencia acumulada de ambos grupos, y en el superior izquierdo el resumen tabulado de los principales resultados.



Impacto económico de la hospitalización asociado a HD y HDF. El panel superior muestra el costo promedio anual de hospitalización y el costo total por tratamiento, junto con la diferencia en días cama entre ambas terapias. El panel inferior izquierdo ilustra la evolución del costo total anual acumulado por paciente en cada estrategia, mientras que el inferior derecho destaca la diferencia anual de costos entre HD y HDF. En conjunto, los resultados evidencian que HDF de alto volumen reduce de manera consistente los días cama y los gastos hospitalarios, generando un ahorro potencial relevante para el sistema de salud.

HEMODIAFILTRACIÓN DE ALTO VOLUMEN EN CHILE: EVALUACIÓN DE COSTO-EFECTIVIDAD E IMPLEMENTACIÓN PROGRESIVA EN EL SISTEMA PÚBLICO

Concepto	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	Año 6	Año 7	Año 8	Año 9	Año 10
Personas en HvHDF	402	582	792	1032	1302	1602	1932	2292	2652	3042
Gasto HD (SMM CLP)	5.829	8.439	11.484	14.964	18.879	23.229	28.014	33.234	38.454	44.110
Gasto HvHDF (SMM CLP)	6.972	10.094	13.737	17.899	22.582	27.785	33.509	39.753	45.996	52.761
Impacto Presupuestario (SMM CLP)	-1.143	-1.655	-2.253	-2.935	-3.703	-4.556	-5.495	-6.519	-7.542	-8.652

Impacto presupuestario proyectado de la incorporación progresiva de la HDF de alto volumen en el sistema público chileno durante un horizonte de 10 años, comparado con la HD convencional. Se muestra el número de pacientes que migrarían a HDF, los costos anuales estimados en millones de pesos chilenos (MM CLP) para HD y HDF, y la diferencia presupuestaria resultante. El incremento anual representa menos del 1% del presupuesto total nacional destinado a diálisis (CLP\$308.000 millones en 2025), lo que refleja un impacto financiero acotado en relación con la magnitud del gasto sanitario en esta área.

DIETA MUY BAJA EN PROTEÍNAS SUPLEMENTADA CON CETOANÁLOGOS: PREVENCIÓN DE LA HIPOALBUMINEMIA Y FUNCIÓN RENAL EN PACIENTES CON ERC AVANZADA DEL HOSPITAL PROVINCIAL DEL HUASCO DE LA COMUNA DE VALLENAR.

Trabajo 96

Categoría de Trabajo: Estudio Clínico

Tema de Trabajo: Nutrición

Autores: Stephany Cortes-Plaza, Diego Sanchez-Santana

Lugar de Trabajo: 1. Hospital Provincial del Huasco.

Introducción: La hipoalbuminemia es una manifestación frecuente en la Enfermedad Renal Crónica (ERC), asociada a inflamación crónica, desnutrición, acidosis metabólica y pérdidas urinarias de proteínas. Su presencia se relaciona con mayor morbilidad, hospitalizaciones y rápida progresión de la ERC.

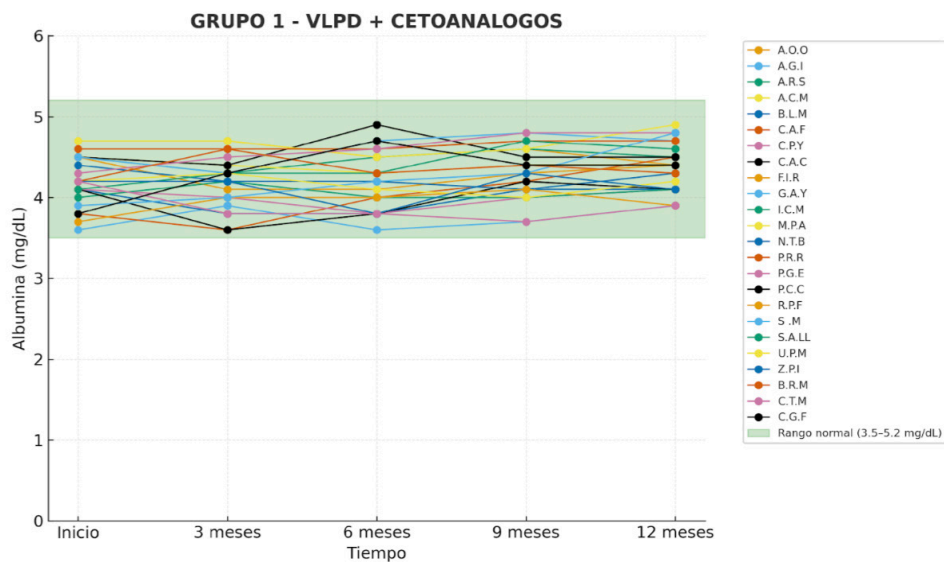
Objetivo: Evaluar el impacto de una dieta muy baja en proteínas (VLPD) suplementada con cetanoálogos frente a una dieta baja en proteínas (LPD) sin suplementación, sobre los niveles de albúmina sérica y la Tasa de Filtración Glomerular (TFG) en pacientes con ERC avanzada del programa de cetanoálogos del Hospital Provincial del Huasco.

Metodología: Se realizó un estudio retrospectivo, de casos y controles, comparativo con 38 pacientes, adultos y adultos mayores, hombres y mujeres de edades entre los 18 y 90 años de edad con ERC en estadios 3b a 5. Se dividieron en dos grupos: Grupo 1, 24 pacientes con dieta muy baja en proteínas (VLPD) suplementada con cetanoálogos, y Grupo 2, 14 pacientes con dieta baja en proteínas (LPD) sin suplementación. Se realizó seguimiento durante un periodo de 12 meses. (Tabla 1), con mediciones trimestrales de albúmina sérica y tasa de filtrado glomerular (MDRD-4) en ambos grupos.

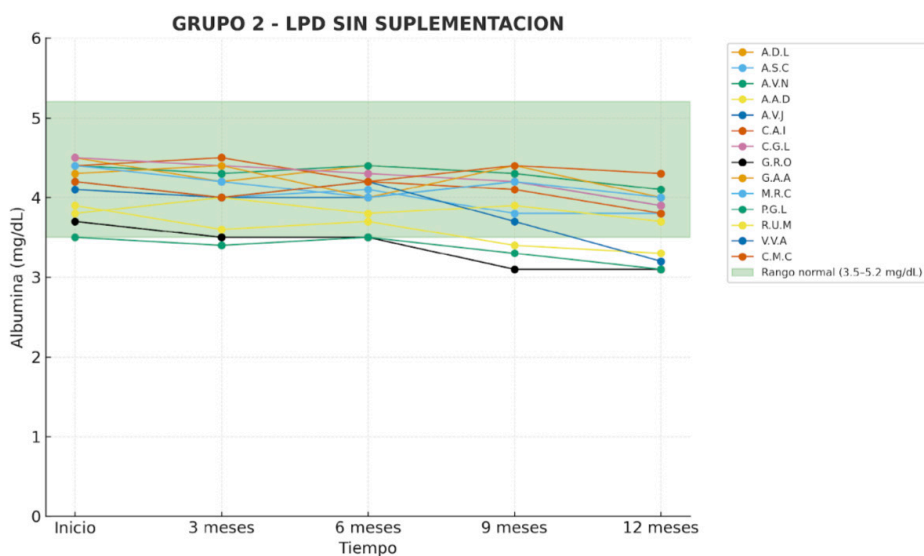
Resultados: Los pacientes del grupo 1, se mantienen todos dentro del rango deseado durante los 12 meses de seguimiento y presentan menos variabilidad con trayectorias más estables o ascendentes (Gráfica 1). Los pacientes del grupo 2, muestran una tendencia descendente, con mayor dispersión y descensos marcados hacia el final del estudio (Gráfica 2). También podemos ver la comparación de ambos grupos (Gráfica 3). Por lo tanto, una dieta muy baja en proteínas asociada a suplementación con cetanoálogos ayuda a la prevención de la hipoalbuminemia en estos pacientes. Odds Ratio (OR): ∞ Todos los pacientes del grupo 1 mantienen niveles normales de albúmina, mientras que en el grupo 2 hay algunos con valores anormales. Esto produce un OR infinito, indicando una fuerte asociación entre el tratamiento con VLPD + cetanoálogos y la probabilidad de mantener albúmina normal (Tabla 2). P-valor (test exacto de Fisher): 0.0136 (<0.05) sugiere una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos. El grupo 1 de esta cohorte, mostró una tendencia menos marcada de descenso de la TFG, comparada con una dieta LPD sin suplementación.

Conclusión: La dieta VLPD suplementada con cetanoálogos ayuda a la prevención de la hipoalbuminemia y se asocia a mayor estabilidad de la TFG.

DIETA MUY BAJA EN PROTEÍNAS SUPLEMENTADA CON CETOANÁLOGOS: PREVENCIÓN DE LA HIPOALBUMINEMIA Y FUNCIÓN RENAL EN PACIENTES CON ERC AVANZADA DEL HOSPITAL PROVINCIAL DEL HUASCO DE LA COMUNA DE VALLENAR.

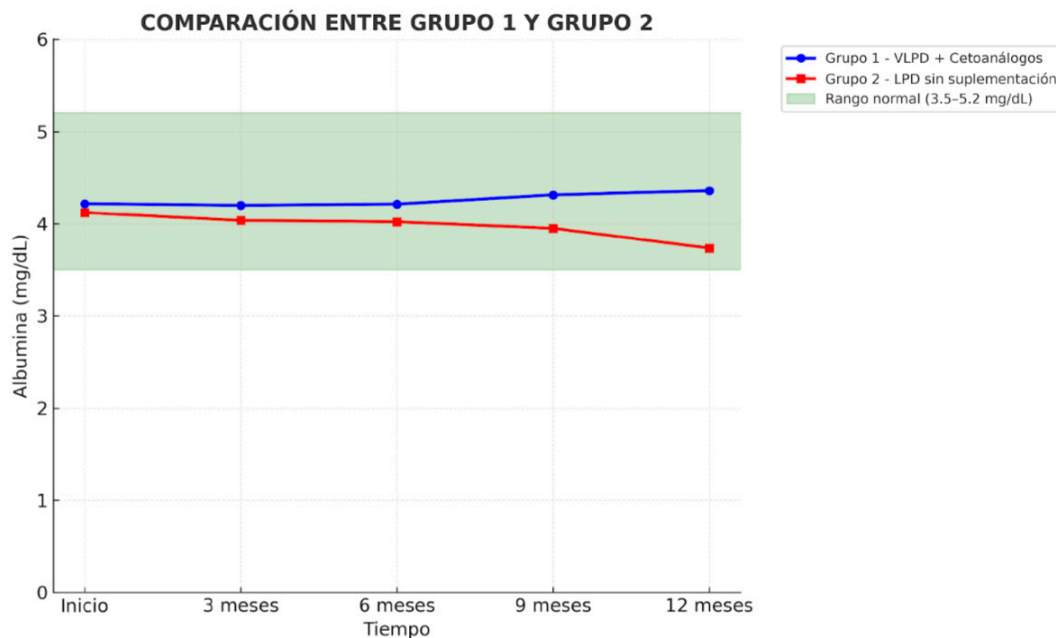


Grafica 1 - Albumina sérica, grupo 1 VLPD + Cetoanálogos

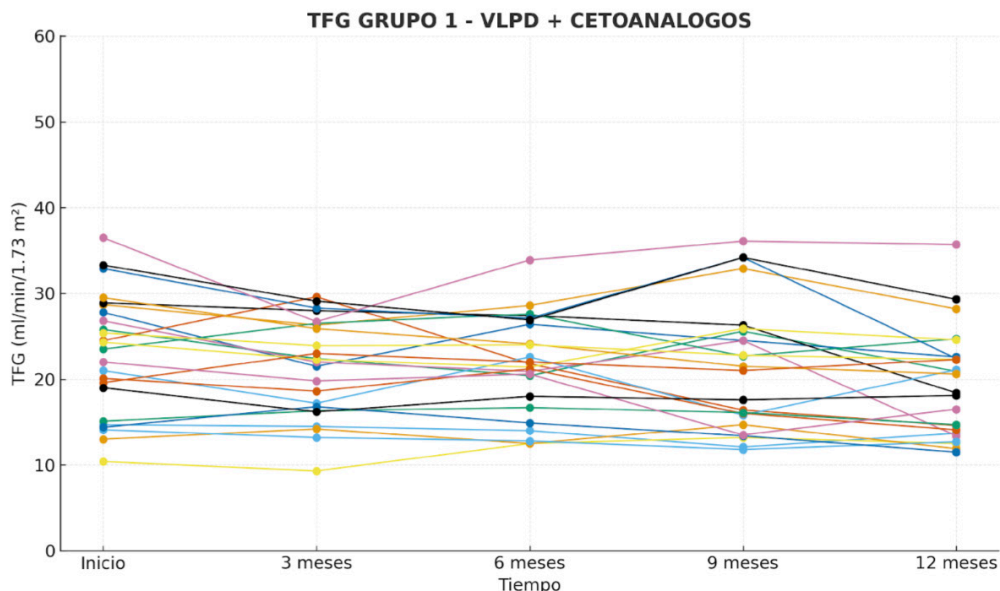


Grafica 2 - Albumina sérica, grupo 2 LPD sin suplementación

DIETA MUY BAJA EN PROTEÍNAS SUPLEMENTADA CON CETOANÁLOGOS: PREVENCIÓN DE LA HIPOALBUMINEMIA Y FUNCIÓN RENAL EN PACIENTES CON ERC AVANZADA DEL HOSPITAL PROVINCIAL DEL HUASCO DE LA COMUNA DE VALLENAR.

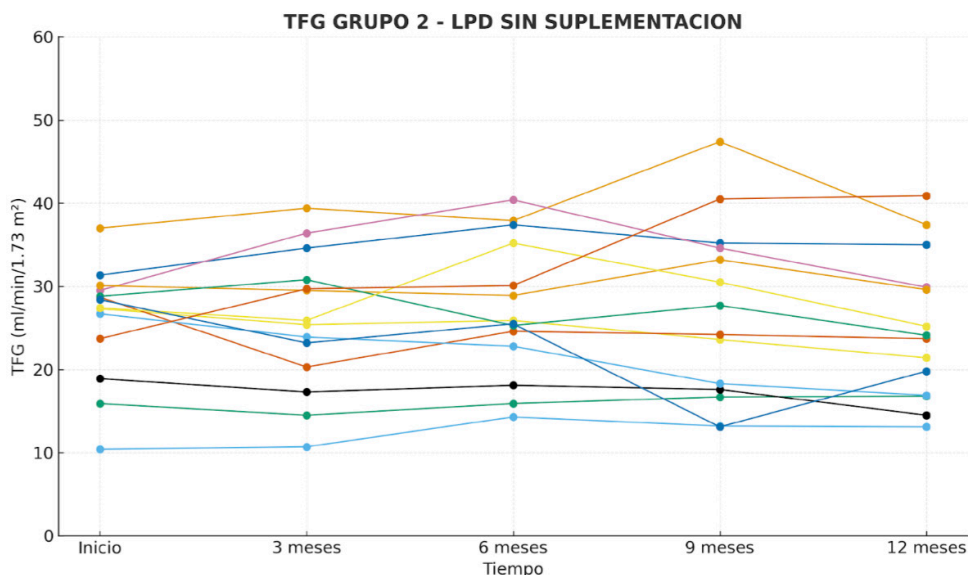


Grafica 3 - Comparación albúmina sérica entre grupos 1 y 2

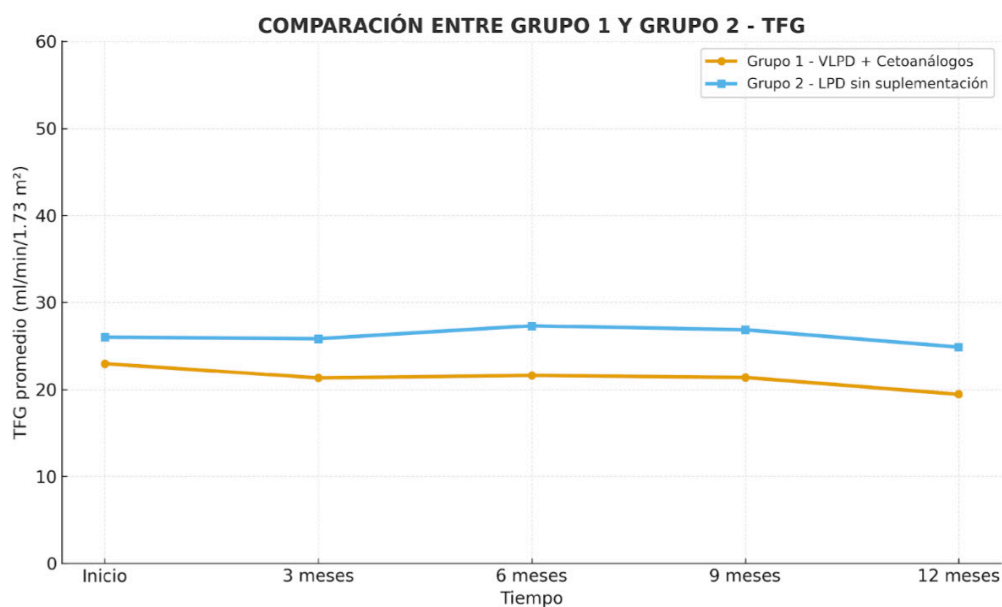


Grafica 4 - TFG, grupo 1 VLPD + Cetoanalogos

DIETA MUY BAJA EN PROTEÍNAS SUPLEMENTADA CON CETOANÁLOGOS: PREVENCIÓN DE LA HIPOALBUMINEMIA Y FUNCIÓN RENAL EN PACIENTES CON ERC AVANZADA DEL HOSPITAL PROVINCIAL DEL HUASCO DE LA COMUNA DE VALLENAR.



Grafica 5 - TFG, grupo 2 LPD sin suplementación.



Grafica 6 - Comparación TFG entre grupos 1 y 2

DIETA MUY BAJA EN PROTEÍNAS SUPLEMENTADA CON CETOANÁLOGOS: PREVENCIÓN DE LA HIPOALBUMINEMIA Y FUNCIÓN RENAL EN PACIENTES CON ERC AVANZADA DEL HOSPITAL PROVINCIAL DEL HUASCO DE LA COMUNA DE VALLENAR.

Tabla 1. Detalle de población estudiada.

Ámbito	Grupo 1	Grupo 2
Tamaño muestra	n = 24	N = 14
Género		
• Masculino	7	9
• Femenino	17	5
Edad (años)		
• < 20	1	0
• 20-64	8	4
• 65 y mas	15	10
Categorización Filtrado Glomerular		
• G 3b	0	2
• G 4	20	11
• G 5	4	1
Condiciones de salud		
Diabetes Mellitus		
• Si	14	8
• No	10	6
Hipertensión Arterial		
• Si	22	11
• No	2	3
Exámenes de laboratorio		
• Calcio mg/dl - \bar{x}	9.4	9.3
• Fosforo mg/dl - \bar{x}	4.2	4.0

PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN URINARIA RECURRENTE POST TRASPLANTE RENAL CON INMUNOPROFILAXIS CON VACUNA BACTERIANA SUBLINGUAL: REPORTE DE CASO

Trabajo 97

Categoría de Trabajo: Caso Clínico

Tema de Trabajo: Hipertensión

Autores: Charlotte Pfeifer Acevedo, Pilar Musalem Abuyeres, Jorge Ruiz, Gianpiero Mas Nicovani, Vivian Villalobos Gomez, Ricardo Ferrada Garrido

Lugar de Trabajo: 1. Hospital las Higueras Talcahuano 2. Hospital Las Higueras Talcahuano.

Introducción: La Infección del Tracto Urinario (ITU) representa la complicación infecciosa más frecuente en el Trasplante Renal (TR), con impacto directo en morbilidad, hospitalizaciones, pérdida del injerto y mortalidad. La inmunosupresión, las alteraciones anatómicas del tracto urinario y los procedimientos urológicos favorecen la colonización por microorganismos, muchos de ellos multirresistentes. Frente a pacientes trasplantados con ITU recurrente a pesar de profilaxis antibiótica, surge la necesidad de explorar otras estrategias. La inmunoprofilaxis aparece como alternativa prometedora para modular la respuesta inmune local y sistémica, reduciendo la frecuencia de ITU sin incrementar la presión antibiótica. Sin embargo, su uso en población trasplantada sigue siendo excepcional y con evidencia clínica limitada.

Caso Clínico: Mujer de 44 años, con antecedente de enfermedad renal crónica de causa no precisada y TR de donante cadáver en 2010, inmunosupresión con prednisona, tacrolimus y micofenolato, y función renal estable (VFG 30–35 ml/min). Presenta estenosis pieloureteral con uso de catéter pigtail permanente, con recambio bianual. A pesar de profilaxis antibiótica continua, desarrolló múltiples episodios de ITU (3-4/año), con necesidad de hospitalización y aislamiento de bacterias multirresistentes. Ante la refractariedad al manejo convencional, un equipo multidisciplinario de TR (nefrología, infectología y urología) decidió iniciar inmunoprofilaxis durante 6 meses con Uromune®, vacuna bacteriana sublingual que contiene cepas inactivadas de escherichia coli, klebsiella pneumoniae, enterococcus faecalis y proteus vulgaris. Tras su uso, la paciente ha presentado sólo un episodio de ITU, en comparación con tres o más eventos anuales previos. No se registraron efectos adversos locales ni sistémicos, y la función del injerto se mantuvo estable. La paciente otorgó consentimiento para la presentación de este caso.

Conclusión: La inmunoprofilaxis podría constituir una herramienta innovadora, segura y eficaz en la prevención de ITU recurrente en pacientes trasplantados renales. Además esta estrategia podría contribuir a la disminución en el consumo de antimicrobianos y su resistencia. La experiencia presentada refuerza la necesidad de estudios prospectivos en receptores de TR, que permitan validar su eficacia, definir la duración óptima y establecer su rol en los programas de prevención infecciosa post-TR.

EFICACIA COMPARATIVA DE LA HEMODIAFILTRACIÓN POST-DILUCIONAL DE ALTO VOLUMEN VERSUS HEMODIÁLISIS CON MEMBRANA DE CORTE MEDIO Y HEMOADSORCIÓN CON HA130 EN LA DEPURACIÓN DE MOLÉCULAS MEDIANAS: ESTUDIO CLÍNICO CRUZADO

Trabajo 98

Categoría de Trabajo: Estudio Clínico

Tema de Trabajo: Hemodiálisis

Autores: Cristian Pedreros Rosales, Gonzalo Ramírez Guerrero, María José Cáceres Palma, Alejandra Urizar Garrido, Hans Müller Ortiz

Lugar de Trabajo: 1. Hospital Las Higueras.

Introducción: Las toxinas urémicas de peso molecular intermedio contribuyen a inflamación, disfunción endotelial y morbimortalidad cardiovascular. La hemodiafiltración (HDF) postdilucional de alto volumen combina difusión y convección, siendo el estándar de referencia para depuración de moléculas medianas. Las membranas de corte medio (MCO) y los cartuchos de hemoadsorción (HA130) podrían ampliar el espectro de remoción mediante mecanismos complementarios de adsorción. Este estudio comparó directamente ambas estrategias en un diseño cruzado controlado.

Objetivos: Evaluar la eficacia depurativa de HDF posdilucional versus MCO+HA130 (HAHDx) en la eliminación de moléculas pequeñas y medianas.

Población: Veinte pacientes adultos anúricos en hemodiálisis crónica, clínicamente estables, fueron aleatorizados en dos secuencias: HDF→HAHDx y HAHDx→HDF. Diez completaron ambos períodos y fueron analizados según protocolo. **Metodología:** Ensayo clínico prospectivo, cruzado, no farmacológico, realizado en el Servicio de Nefrología del Hospital Las Higueras (Talcahuano, Chile). Se efectuaron períodos de “washout” entre intervenciones. •HDF postdilucional: Fresenius 5008S, flujo sanguíneo >350 mL/min, volumen convectivo ≥23 L/sesión, 240 min. •HAHDx: TheraNova 400 + HA130 (Jafron) en serie; flujo sanguíneo 350–400 mL/min, dializado 500 mL/min, 240 min. Se midieron β2-microglobulina, prolactina, PTH intacta y cadenas livianas κ/λ. La tasa de reducción corregida (RRc, %) se comparó mediante prueba de Mann–Whitney.

Resultados: En ambos períodos, la HDF postdilucional alcanzó mayores tasas de reducción que HAHDx para β2-microglobulina (88,3% vs 83,0%, p=0,003), cadenas livianas κ (80,3% vs 69,2%, p<0,001) y λ (80,8% vs 69,4%, p<0,001). No se observaron diferencias significativas en PTHi. La consistencia interperíodos confirmó que el efecto dependió de la técnica y no del orden de aplicación. No hubo eventos adversos clínicos ni técnicos.

Conclusiones: La HDF posdilucional de alto volumen mostró una mayor eficacia en la eliminación de moléculas medianas que la combinación MCO+HA130, reafirmando su superioridad convectiva como técnica de referencia. Aunque la hemoadsorción no incrementó la depuración en este rango molecular, fue segura y bien tolerada. La combinación MCO+HA130 podría tener un rol futuro en la remoción de toxinas urémicas unidas a proteínas o hidrofóbicas, actualmente en evaluación.

EFICACIA COMPARATIVA DE LA HEMODIAFILTRACIÓN POST-DILUCIONAL DE ALTO VOLUMEN VERSUS HEMODIÁLISIS CON MEMBRANA DE CORTE MEDIO Y HEMOADSORCIÓN CON HA130 EN LA DEPURACIÓN DE MOLÉCULAS MEDIANAS: ESTUDIO CLÍNICO CRUZADO

Variable	Grupo 1	Grupo 2	p valor
Edad (años)	59,5 [40,0–63,8]	55,0 [41,3–67,0]	0,880
Sexo femenino (%)	20	50	0,350
Tiempo en hemodiálisis (años)	1,92 [0,72–2,91]	3,00 [2,64–3,33]	0,226
Hipertensión arterial (%)	100	70	0,211
Diabetes mellitus tipo 2 (%)	30	20	1,000
Cardiopatía coronaria (%)	30	40	1,000
Insuficiencia cardíaca (%)	0	30	0,211
OCM (std Kt/V)	1,94 [1,76–2,00]	2,25 [1,66–2,49]	0,427
Flujo sanguíneo (Qb, mL/min)	510 [489–538]	533 [515–542]	0,570
Duración sesión (min)	243,5 [242–245]	242,0 [241–243,8]	0,124
Albúmina (g/dL)	3,80 [3,70–3,89]	3,95 [3,80–4,10]	0,305
Ferritina (ng/mL)	563,5 [528–739]	815 [579–1053]	0,121
Hematocrito (%)	35,0 [33,3–36,8]	36,1 [29,2–37,6]	0,970
Bicarbonato (mmol/L)	20,0 [18,3–20,8]	19,0 [18,3–20,5]	0,619
Calcio (mg/dL)	8,69 [8,59–9,04]	8,69 [8,39–8,87]	0,521
Fósforo (mg/dL)	4,32 [3,42–7,29]	3,87 [3,28–5,50]	0,678

Tabla 1. Características clínicas, demográficas y técnicas de los pacientes incluidos según el grupo de aleatorización inicial. Los valores se expresan como mediana [rango intercuartil] o como porcentaje (%). Las comparaciones entre los grupos se realizaron mediante la prueba de Mann–Whitney U o χ^2 , según el tipo de variable. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en las características basales, confirmando la homogeneidad poblacional previa al inicio del estudio cruzado.

Biomarcador	Período 1 – HAHDx (MCO + HA130)	Período 1 – HDF postdilucional	p valor	Período 2 – HAHDx (MCO + HA130)	Período 2 – HDF postdilucional	p valor
β_2 -microglobulina	83,0 [81,8–84,4]	88,3 [86,5–88,5]	0,003	84,7 [84,3–85,0]	86,4 [85,0–87,1]	0,093
Cadenas livianas kappa	69,2 [66,7–71,7]	80,3 [77,7–82,8]	<0,001	72,2 [71,2–73,8]	81,3 [76,8–82,5]	0,004
Cadenas livianas lambda	69,4 [67,6–74,2]	80,8 [79,3–82,5]	<0,001	75,0 [68,4–76,7]	81,8 [76,1–83,1]	0,045
Prolactina	61,3 [54,1–63,9]	72,3 [67,6–77,8]	0,009	67,7 [59,5–69,7]	71,7 [65,9–76,2]	0,141
PTH intacta	74,4 [49,3–76,3]	78,7 [69,8–86,9]	0,327	72,9 [58,6–86,5]	78,6 [50,6–87,3]	1,000

Tabla 2. Tasas de reducción corregidas (RRc, %) de moléculas pequeñas y medianas según técnica y período del estudio cruzado. Valores expresados como mediana [rango intercuartil]. Comparaciones entre HAHDx (hemodiálisis con membrana de corte medio y hemoadsorción HA130) y HDF postdilucional mediante prueba de Mann–Whitney bilateral.

EFICACIA COMPARATIVA DE LA HEMODIAFILTRACIÓN POSTDILUCIONAL DE ALTO VOLUMEN VERSUS HEMODIÁLISIS CON MEMBRANA DE CORTE MEDIO Y HEMOADSORCIÓN CON HA130 EN LA DEPURACIÓN DE MOLÉCULAS MEDIANAS: ESTUDIO CLÍNICO CRUZADO

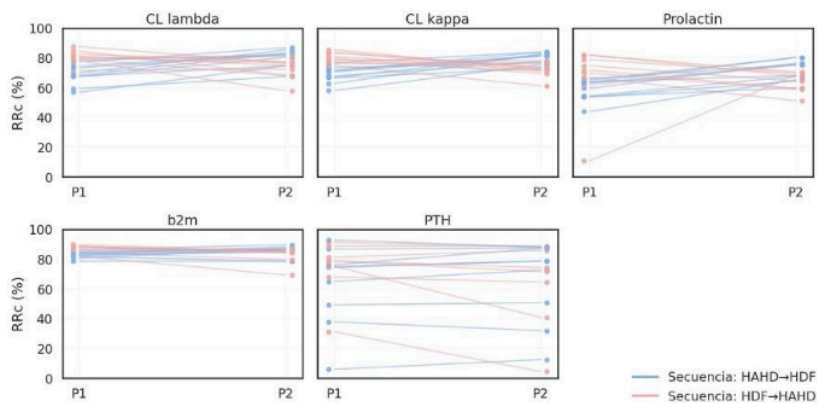


Figura 1. Trayectorias individuales de las tasas de reducción corregidas (RRc, %) según el biomarcador y la secuencia de tratamiento. Cada línea representa a un paciente durante ambos períodos del estudio cruzado. Los colores indican la secuencia asignada (HDF→HAHDx o HAHDx→HDF). Las trayectorias muestran la variación intraindividual del RRc entre las técnicas. Se observa un incremento sistemático de RRc al pasar a HDF en β_2 -microglobulina y en las cadenas livianas κ y λ , lo que refuerza la consistencia del efecto a favor de la HDF.

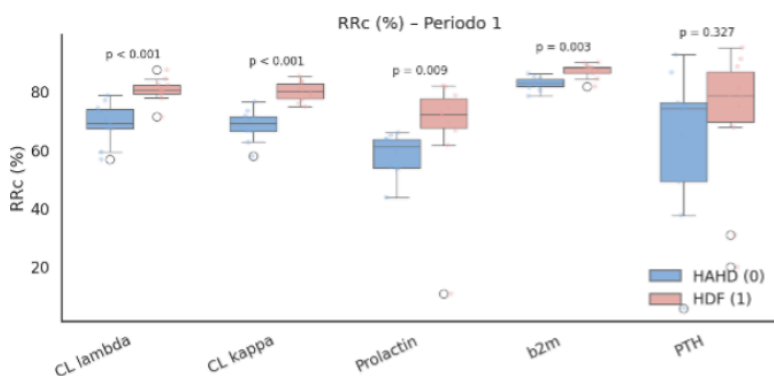


Figura 2. Comparación de las tasas de reducción corregidas (RRc, %) entre HDF postdilucional y HAHDX durante el Período 1. Boxplots de RRc (%) para β_2 -microglobulina, prolactina, PTH intacta y las cadenas livianas κ y λ . Los recuadros muestran la mediana y el rango intercuartil, con una dispersión mínima. En el primer período, HDF postdilucional muestra reducciones significativamente mayores en β_2 M, prolactina y cadenas livianas ($p < 0,01$ en todas), lo que confirma su mayor eficiencia depurativa frente a la técnica combinada MCO+HA130.

EFICACIA COMPARATIVA DE LA HEMODIAFILTRACIÓN POST-DILUCIONAL DE ALTO VOLUMEN VERSUS HEMODIÁLISIS CON MEMBRANA DE CORTE MEDIO Y HEMOADSORCIÓN CON HA130 EN LA DEPURACIÓN DE MOLÉCULAS MEDIANAS: ESTUDIO CLÍNICO CRUZADO

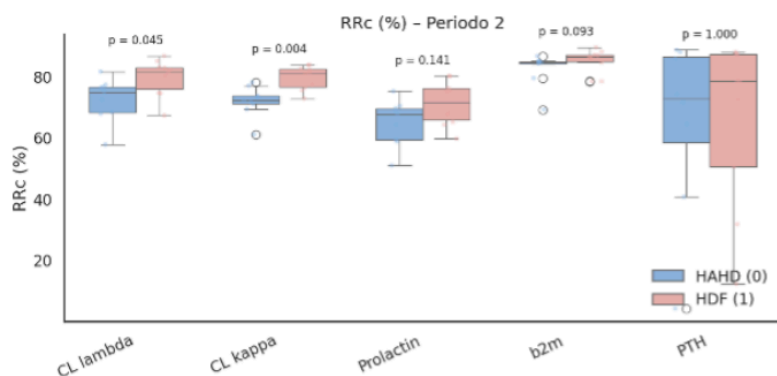


Figura 3. Comparación de las tasas de reducción corregidas (RRc, %) entre HDF postdilucional y HAHDX durante el Período 2. Boxplots de RRc (%) en el segundo período del diseño cruzado. Se mantiene la tendencia a favor de HDF postdilucional, con diferencias significativas en las cadenas livianas κ y λ ($p < 0,05$) y tendencias no significativas en β_2M y prolactina. La consistencia del patrón en ambos períodos respalda la atribución del efecto a la técnica y no al orden de intervención.

APLICACIÓN INTEGRADA DE HERRAMIENTAS NUTRICIONALES Y FUNCIONALES EN ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA AVANZADA: ESTUDIO PILOTO.

Trabajo 99

Categoría de Trabajo: Estudio Clínico

Tema de Trabajo: Nutrición

Autores: Evelyn Gonzalez Aguilera, Macarena Arancibia García, Alondra Frías Oyarzun

Lugar de Trabajo: 1. Hospital de Talca 2. Centro de Nutrición Cardiorenal.

Introducción: La valoración integral del estado nutricional es esencial para una intervención temprana y efectiva, en la ERC. Debido a que el PEW, sarcopenia y fragilidad son factores que aceleran su progresión e incrementan la mortalidad y deterioran la calidad de vida. No obstante, la evaluación de sarcopenia es compleja, requiere múltiples evaluaciones que demandan tiempo y alto costo. La ecografía es una herramienta rápida y económica, que puede evaluar esta variable, para la cual no hay estudios en Chile.

Objetivo: Evaluar la utilidad de herramientas validadas para detectar sarcopenia en pacientes con ERC etapas 4 y 5.

Material y Métodos: Estudio de corte transversal. Se estudió a adultos > 18 años con ERC del Hospital de Talca, seleccionados a través de muestreo estratificado aleatorio. Se excluyó a quienes no asistieron a la evaluación y aplicó protocolo de valoración en 4 actos en esquema de flujo, que incluyó: escalas de cribado nutricional (MUST, VGS, MIS, GLIM, PEW), antropometría (IMC, circ. de pantorrilla y cintura), mBCA (masa grasa, masa libre de grasa, ángulo de fase y compartimentos hídricos), ecografía (masa muscular y tejido adiposo), pruebas funcionales (escalas STS, SARC-F, Fried, Barthel), dinamometría y biomarcadores séricos (albúmina, transferrina, PCR, PTH, fósforo y creatinina). El diagnóstico de sarcopenia se estableció según los criterios adaptados de EWGSOP 2. El análisis estadístico se realizó con M. Excel v. 16.89.1 y GraphPad Prism v.10.6.0, utilizó test Anova y consideró diferencias estadísticamente significativas $p\text{-value} < 0,05$.

Resultados: Se estudió a 16 pacientes, 12 (75%) de sexo femenino y edad $52,3 \pm 12,9$ años. IMC $28,7 \pm 3,1$ kg/m². Se pesquisó a 14 (87,5%) pacientes con sospecha de sarcopenia (SARC-F), 6 (42,9%) de ellos con sarcopenia probable por dinamometría. Utilizando medición de MME (kg/m²) por mBCA se identificó a 7 pacientes con probable sarcopenia ($16,5 \pm 0,3$ kg/m²) y a 6 pacientes al medir área del recto femoral por ecografía ($2,5 \pm 0,7$ cm²).

Discusión: El valor de corte encontrado para MME y área del recto femoral para sospechar sarcopenia es menor al descrito en otros estudios mundiales, lo cual puede orientar a posibles diferencias étnicas y n° de pacientes. Es necesario aumentar el tamaño muestral para confirmar esta hipótesis. Este estudio piloto demuestra la factibilidad de implementar este enfoque en Chile y promover su incorporación en la práctica clínica.

APLICACIÓN INTEGRADA DE HERRAMIENTAS NUTRICIONALES Y FUNCIONALES EN ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA AVANZADA: ESTUDIO PILOTO.

Tabla 1. Características y exámenes de laboratorio.

Variables	N = 16 (%)	Laboratorio	Media ± DE
Edad (años)	52,3 ± 12,9	Hemoglobina (g/dl)	12,4 ± 1,4
Sexo femenino	12 (75)	Albúmina (g/dl)	4,4 ± 0,2
Peso (Kg)	71,5 ± 11,2	Creatinina (mg/dl)	4,9 ± 4,0
ÍMC (Kg/m ²)	28,7 ± 3,1	Urea (mg/dl)	96,5 ± 38,1
Circunferencia de la cintura (cm)	95 ± 9,8	VFG MDRD (mL/min/1.73 m ²)	23,5 ± 13,3
Comorbilidades		Sodio (Meq/L)	140,4 ± 1,1
Diabetes	3 (19)	Potasio (Meq/L)	4,6 ± 0,4
Hipertensión arterial	7 (44)	Parathormona intacta (pg/ml)	219,3 ± 179,5
Enfermedad coronaria	1 (6)	Proteína C reactiva (mg/L)	5,0 ± 5,0
Enfermedad vascular cerebral	1 (6)	Fosfatasa alcalina (UI/L)	138,4 ± 32,4
Enfermedad arterial oclusiva crónica	4 (25)	GOT (UI/L)	18,3 ± 5,4
ARA II	8 (50)	GPT (UI/L)	16,6 ± 5,4
Diuréticos	8 (50)	Ferritina (ng/ml)	274,7 ± 43,7
Índice de Barthel 100 puntos	13 (81)	TIBC (ug/dl)	287,4 ± 48,1
Escala de fragilidad Fried 0 punto	11 (69)	Transferrina (ug/dl)	215,8 ± 43,9
Índice de Charlson > 3 puntos	9 (56)	Colesterol total (mg/dl)	193,0 ± 42,7
Enfermedad renal crónica			
Etapas 4 - 5 en preparación sustitutiva	7 (44)		
Trasplante renal	5 (31)		
Diálisis peritoneal	3 (19)		
Hemodiálisis	1 (6)		

Tabla 2. Evaluación nutricional y funcional.

Variable	N = 16	Sarcopenia		p value
		Probable	Ausente	
Antropometría				
Circunferencia pantorrilla (cm)	35,6 ± 3,7	32,1 ± 2,6	38,2 ± 1,8	< 0,0098
Dinamometría de mano				
Fuerza muscular (Kg)	19,8 ± 5,9	14,5 ± 2,5	24,2 ± 3,9	0,0001
Bioimpedancia				
Masa músculo - esquelética (Kg/m ²)	18,1 ± 2,4	16,5 ± 0,3	19,7 ± 2,6	0,0172
Masa grasa (Kg)	25,4 ± 8,6	18,7 ± 4,3	32,1 ± 5,9	0,0045
Ángulo de fase (grados)	6,5 ± 0,9	5,8 ± 0,6	7,3 ± 0,6	0,0016
Ecografía muscular				
Área del recto femoral (cm ²)	3,6 ± 1,5	2,5 ± 0,7	4,8 ± 1,0	0,0160
Eje x (cm)	4,3 ± 1,0	3,6 ± 0,7	5,0 ± 0,7	0,0127
Eje y (cm)	1,4 ± 0,7	0,9 ± 0,2	1,7 ± 0,7	0,017
Ecografía de pared abdominal				
Tejido adiposo profundo (cm)	1,3 ± 0,7	0,8 ± 0,3	1,7 ± 0,7	0,0877
Tejido adiposo superficial (cm)	1,2 ± 0,5	0,8 ± 0,2	1,6 ± 0,4	0,0101
Tejido adiposo preperitoneal (cm)	1,3 ± 0,7	0,9 ± 0,2	1,8 ± 0,8	0,0691

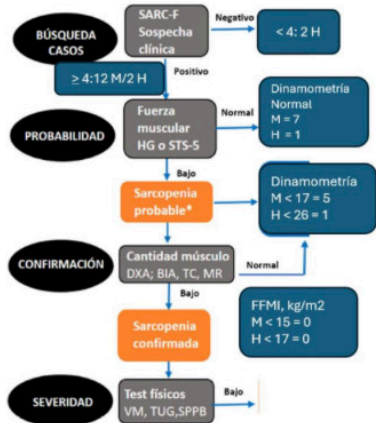
APLICACIÓN INTEGRADA DE HERRAMIENTAS NUTRICIONALES Y FUNCIONALES EN ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA AVANZADA: ESTUDIO PILOTO.

SARCOPENIA

Adaptado de:

Criterios EWGSOP2*

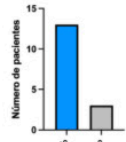
*Luzuriaga-Gilboa et al. Sarcopenia in Older People



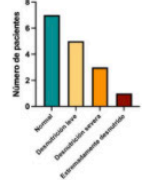
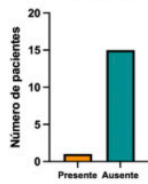
Front Nutr. 2023 Jul 10;10:1172610. doi: 10.3389/fnut.2023.1172610.

MALNUTRICIÓN

Valoración global subjetiva

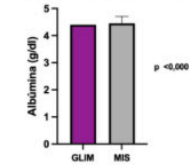


Escala GLIM

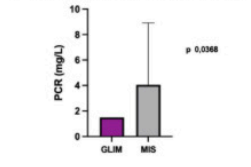


INFLAMACIÓN

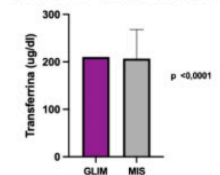
Escala GLIM, MIS y Albúmina



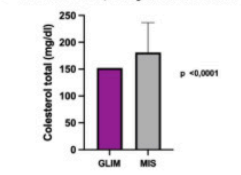
Escalas GLIM, MIS y Proteína C reactiva



Escalas GLIM, MIS y transferrina



Escalas GLIM, MIS y colesterol total



ENFERMEDAD POR CITOMEGALOVIRUS RESISTENTE EN TRASPLANTE RENAL, A PROPÓSITO DE UN CASO

Trabajo 100

Categoría de Trabajo: Caso Clínico

Tema de Trabajo: Transplante

Autores: Fernando Carreño Céspedes, Ana Mireya Ortiz Mejías

Lugar de Trabajo: 1. Hospital Clínico UC-Christus.

Introducción: La infección por Citomegalovirus (CMV) constituye una de las principales complicaciones virales tras el trasplante renal, especialmente en receptores seronegativos (D+/R-) con inducción inmunosupresora linfodepletora. Aunque la resistencia antiviral es infrecuente, su aparición representa un desafío terapéutico mayor, con opciones limitadas en países de recursos restringidos.

Caso Clínico: Se presenta un varón de 62 años sometido a trasplante renal de donante fallecido con criterio expandido (KDPI 87%) en diciembre de 2024, bajo inducción con timoglobulina. El estudio serológico mostró discordancia donante/receptor (D+/R-), indicándose profilaxis con valganciclovir. En abril de 2025 desarrolló enfermedad por CMV con diarrea acuosa, leucopenia y viremia progresiva (745.000 copias/mL). Pese a ganciclovir endovenoso, la carga viral superó 10(7) copias/mL, por lo que se inició foscarnet el 3 de mayo y maribavir el 13 de mayo, suspendido el 20 por falta de disponibilidad. El estudio genotípico confirmó mutación UL97 (M460), confiriendo resistencia a ganciclovir/valganciclovir y sensibilidad a foscarnet y maribavir. El paciente recibió foscarnet por 110 días, logrando descenso sostenido de la carga viral (de >10(7) a <200 UI/mL). Durante la evolución presentó una microangiopatía trombotica farmacológica, con LDH 2000 U/L y plaquetas 12.000/μL, asociada al uso conjunto de inhibidores de calcineurina y rapamicina, que revirtió al retirar tacrolimus. Desarrolló además insuficiencia respiratoria por alveolitis bilateral atribuida a neumonitis inducida por rapamicina, con recuperación tras su suspensión y aumento de corticoides. La función renal se vio afectada por nefrotoxicidad multifactorial (antivirales, MAT, fármacos inmunosupresores), requiriendo hemodiálisis transitoria y estabilizando con creatinina 2,5–2,8 mg/dL. El esquema inmunosupresor se ajustó sucesivamente: tacrolimus y micofenolato fueron reemplazados por rapamicina durante la infección activa y luego suspendidos por toxicidad, manteniéndose finalmente con prednisona y leflunomida. El paciente egresó con injerto funcionante y control virológico bajo maribavir 400 mg cada 12 horas.

Conclusión: Este caso evidencia la complejidad del manejo del CMV resistente en trasplante renal, subrayando la importancia del diagnóstico genotípico precoz, el ajuste individualizado de la inmunosupresión y el valor del maribavir como alternativa eficaz en contextos de acceso limitado.

NEFRITIS INTERSTICIAL POR ENFERMEDAD RELACIONADA CON IG G4, UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO

Trabajo 101

Categoría de Trabajo: Caso Clínico

Tema de Trabajo: Hipertensión

Autores: Claudia Granda Saquicela

Lugar De Trabajo: 1. Hospital El Salvador - Becada de Nefrología.

Introducción: La enfermedad relacionada con IgG4 es infrecuente y suele diagnosticarse tarde, es reversible con tratamiento corticoidal oportuno. El compromiso renal, se presenta en un 15–35%, su manifestación más frecuente es la nefritis tubulointersticial.

Caso Clínico: Masculino, 64 años, diagnosticado en el 2010 de pancreatitis crónica (por biopsia) y adenopatías peripancreáticas. DM2 en el 2014. En el 2018, consulta por baja de peso y tos crónica, LBA normal y biopsia transbronquial 2018: infiltrado histiocitario, sin granulomas ni infiltrado linfoide atípico. Consulta el 05/07 por cuadro de 1 mes de evolución de edema generalizado y orina espumosa. PA 191/89 mmHg, afebril, poliadenopatías y edema en EEII. Lab: Hb 10.7, GB 9660 (Eos 910), PCR 1, BUN 33, Crea 2.42 (1.09 dic/2022), Alb 1.9. OC: prot 100, GB 1-2, GR 1-3. IPC: 11.2 gr/dl. TC TAP 05/07: Adenopatías mediastínicas e hiliares. Riñones con tamaño y grosor conservado. HbA1C 16%, VIH, VHB y VHC (-), IgG 2676, C3 36, C4 <2.9, ANA (-), anti Pla2R negativo. Biopsia renal 11/07: enfermedad tubulo intersticial cronica activa compatibles con compromiso renal por enfermedad relacionada con IG G4, predominio plasmocitario rica en células IG-G4+ y relación IG-G4/ IGG = 0.75, glomeruloesclerosis difusa y nodular de tipo diabético, IFTA 50 – 60%. Se inicia bolos de metilprednisolona 250 mg por 3 días, luego prednisona 40 mg día vo, ajuste con Lantus + novorapid, debido a progresión de falla renal hasta creatinina de 3.56, se decide dos pulsos del rituximab, se mantiene con creatinina 4.1, se da alta con control para ingreso a diálisis crónico.

Discusión: Las enfermedades relacionadas con IgG4 constituyen un grupo de trastornos fibroinflamatorios caracterizados por infiltrado linfoplasmocitario rico en células plasmáticas IgG4 +, fibrosis estoriforme y con frecuencia, niveles séricos elevados de IgG4. Su incidencia estimada es baja (0,18–0,28 casos/100 000 personas/año). La fisiopatología implica activación anómala de linfocitos T, expansión de células B plasmáticas productoras de IgG4 y liberación de citocinas. Puede afectar a cualquier órgano, glándulas salivales y ganglios linfáticos, presentándose como lesiones fibroinflamatorias que simulan tumores o infecciones, lo que dificulta el diagnóstico precoz. Su curso suele ser crónico, pero responde bien a glucocorticoides si se trata oportunamente, evitando daño orgánico irreversible. La nefritis intersticial asociada a IgG4 (NI-IgG4) es la manifestación renal más frecuente, presente hasta en un 90 % de los casos. Predomina en hombres mayores de 50 años y suele coexistir con compromiso extrarrenal (pancreatitis autoinmune tipo 1, sialoadenitis o linfadenopatías). Clínicamente, la NI-IgG4 se presenta con insuficiencia renal subaguda, proteinuria leve o nefrótica, ocasional microhematuria e hipocomplementemia.

NEFRITIS INTERSTICIAL POR ENFERMEDAD RELACIONADA CON IG G4, UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO

La tomografía puede mostrar lesiones corticales hipodensas múltiples o agrandamiento renal bilateral. Histológicamente, se observa infiltrado linfoplasmocitario denso, fibrosis en patrón “en remolino” y abundantes células IgG4 +, con cociente IgG4/IgG > 40 %. El diagnóstico requiere integrar hallazgos clínicos, serológicos, radiológicos e histológicos y excluir otras causas. El tratamiento de primera línea son los glucocorticoides: prednisona 0,6 mg/kg/día por 2–4 semanas, con reducción progresiva. En pacientes con respuesta subóptima o alto riesgo de recurrencia, se recomienda rituximab, se correlaciona con menor tasa de recaída. El pronóstico depende del grado de fibrosis al diagnóstico: cuanto mayor fibrosis intersticial, menor recuperación.

FILTRACIÓN PERITONEO PLEURAL (FPP) EN PACIENTES EN DIÁLISIS PERITONEAL (DP), EXPERIENCIA EN HOSPITAL LA SERENA CON DIAGNÓSTICO MEDIANTE PERITONEOGRAFÍA POR TAC (PEGRTAC).

Trabajo 102

Categoría de Trabajo: Estudio Clínico

Tema de Trabajo: Diálisis Peritoneal

Autores: Alvaro Castillo Montes, Rocio Nieme Balanda, Camilo Muñoz

Lugar de Trabajo: 1. Hospital La Serena, Universidad Católica del Norte 2. Hospital La Serena 3. Becado Radiología Universidad Católica del Norte.

Introducción: La FPP es una complicación infrecuente de la PD, afectando < 5% de los pacientes. Las comunicaciones congénitas o adquiridas entre pleura y peritoneo (exacerbadas por presión intraabdominal) y alteraciones del drenaje linfático serían sus principales factores causales. Clínicamente se presenta en forma precoz (< 1 mes desde inicio PD) o tardío. Generalmente aparece disnea, tos, dolor pleurítico y reducción del ultrafiltrado peritoneal. Su diagnóstico inicial se sospecha con el cuadro clínico, más Rx de tórax y punción pleural (glucosa muy aumentada en citoquímico). Sin embargo, la Rx simple en ocasiones no es diagnóstica y no siempre es posible hacer punción pleural por diversos motivos.

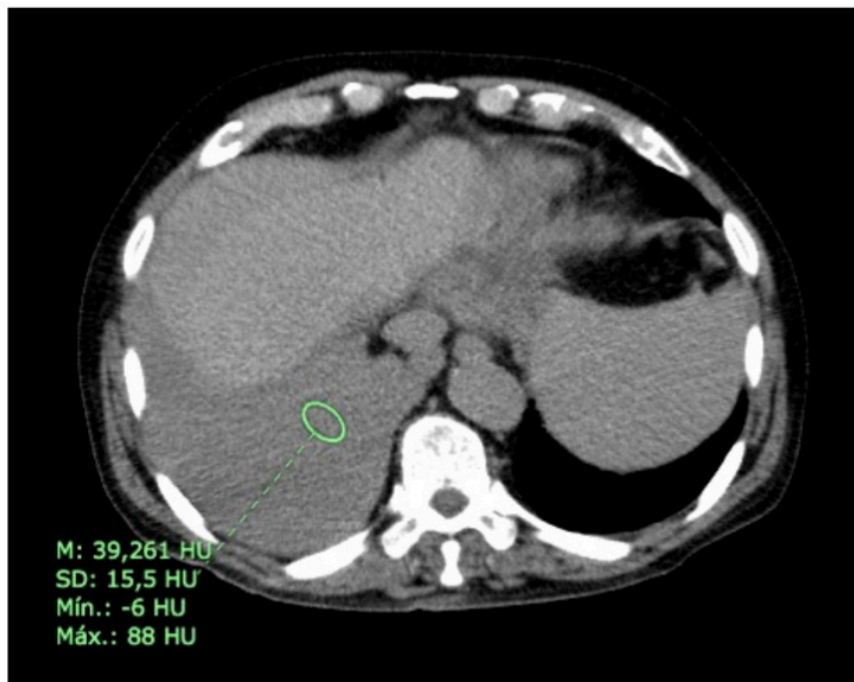
Pacientes y Método: Experiencia en Hospital La Serena, 6 pacientes. Cuatro evaluados con protocolo PeGrTAC que consiste en TC-TAP basal sin contraste; infusión IP 2 Lts de líquido de PD más 100 cc de Visipaque. TC control al día siguiente, midiendo Unidades Hounsfield (UH) en derrame pleural de TAC basal y TAC del día siguiente (comparación).

Resultados: 6 pacientes, edad 38 a 75 años (x63.5), 3 femeninos, 4 tenían otra cirugía abdominal previa. Ninguno poliquístico, 3 con HD previa. Al momento del diagnóstico, todos presentaron disnea y UF negativa (0 a -750), 4 con tos. 4 tenían glucosa elevada en citoquímico (hasta 400), 1 imposibilidad de punción. Rx de tórax con ocupación pleural derecha. En 1 la Rx fue no diagnóstica y/o tardía. Tiempo promedio entre inicio de PD y síntomas fue 5 meses y 20 días (15 días a 13 meses y 1/2). En la evolución posterior 2 optaron por HD, 4 regresaron a PD, 1 de ellos con reposo peritoneal y 3 después de VTC reparadora y apoyo de HD transitorio. Realizado protocolo PeGrTAC, en 4 incrementó en promedio densidad en 67 UH entre basal y segundo TAC. Basal Post Contraste caso 1: -2.19133.84 UH, caso 2: ND186.16 UH, caso 3: -5.6645.69 UH, caso 4: -2.2639.26 UH sin complicaciones.

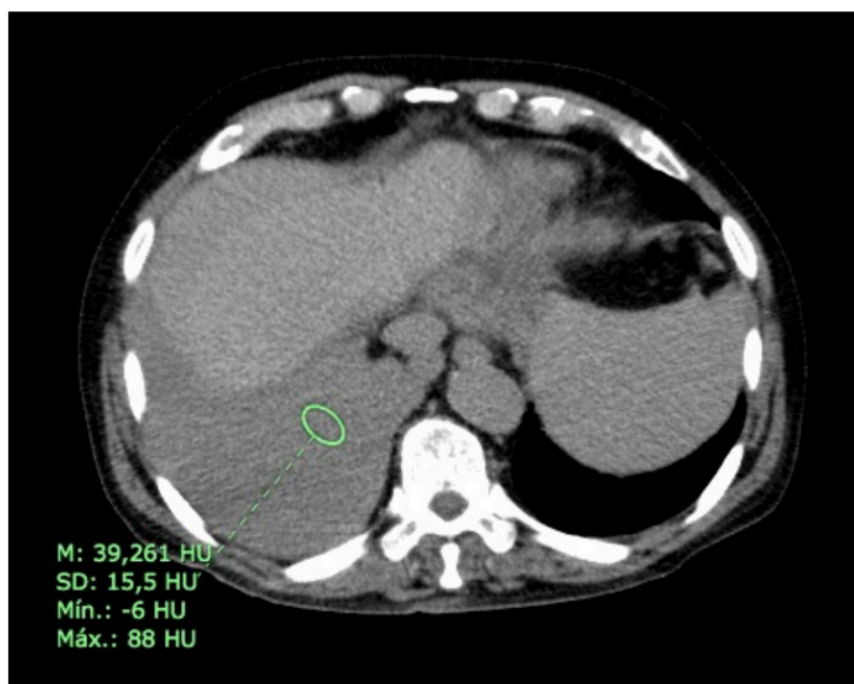
Conclusión: Clínicamente en un paciente la FPP se presentó pasado un año en PD. En dos precozmente. 4 tenían cirugía previa. La presentación con UF (-) y disnea ocurrió en todos. 4 de ellos regresaron a PD, 3 post cirugía reparadora. PeGrTAC (figs) detectó aumento de UH posterior a contraste IP. Resultó útil y segura en confirmar FPP en 4 pacientes y permite asegurar el paso de contraste a través FPP, constituyéndose en una alternativa para el diagnóstico, especialmente cuando no es posible punción o Rx no es diagnosticado.

FILTRACIÓN PERITONEO PLEURAL (FPP) EN PACIENTES EN DIÁLISIS PERITONEAL (DP), EXPERIENCIA EN HOSPITAL LA SERENA CON DIAGNÓSTICO MEDIANTE PERITONEOGRAFÍA POR TAC (PEGRTAC).

TAC 1



TAC 2



NEOPLASIA HEPATOCELULAR MIXTA EN PACIENTE PEDIÁTRICO CON ENFERMEDAD RENAL TERMINAL: INTEGRACIÓN NEFRO-ONCOLÓGICA PARA TERAPIA QUIMIO-DIALÍTICA COORDINADA

Trabajo 104

Categoría de Trabajo: Caso Clínico

Tema de Trabajo: Hipertensión

Autores: Mario Hernandez Ramirez, Evelyn Rojas Carvajal, Francisco Cano Schuffeneger, Ana Maria Lillo Durab

Lugar de Trabajo: 1. Hospital del Salvador 2. Hospital Dr.Luis Calvo Mackenna.

Introducción: Las neoplasias hepatocelulares mixtas en pediatría son entidades de alta agresividad y difícil clasificación histológica, especialmente cuando coexisten con Enfermedad Renal Crónica Terminal (ERCT). Este escenario impone limitaciones terapéuticas significativas por la nefrotoxicidad de los esquemas convencionales basados en platinos. En este contexto, la planificación conjunta entre nefrología, oncología y farmacia clínica se vuelve esencial para adaptar la quimioterapia al soporte dialítico sin comprometer eficacia ni seguridad.

Caso Clínico: Con consentimiento informado de la madre, se describe un niño de 2 años y 9 meses (9.5 kg) con ERCT secundaria a displasia quística renal, inicialmente en diálisis peritoneal, quien fue trasladado a hemodiálisis trisemanal como parte del plan multidisciplinario que permitió integrar la quimioterapia con la terapia de reemplazo renal. Durante control nefrológico se pesquisó una lesión hepática sólida vascularizada; alfafetoproteína 361 ng/mL. La biopsia inicial informó hepatocarcinoma bien diferenciado, reclasificándose como neoplasia hepatocelular no clasificable (HCN-NOS) con componentes de hepatoblastoma y hepatocarcinoma. Ante la imposibilidad de utilizar regímenes estándar basados en cisplatino, se seleccionó el protocolo GEMOX (Gemcitabina y Oxaliplatino), ajustado al peso y coordinado con hemodiálisis. Gemcitabina (día 1) y Oxaliplatino (día 2) se administraron 3–4 horas antes de la HD, equilibrando exposición Clínica y depuración de metabolitos. El paciente completó seis ciclos con buena tolerancia y normalización de AFP (<2 ng/mL).

Discusión: El Oxaliplatino, parcialmente dializable, posee menor nefrotoxicidad que el cisplatino, mientras que la Gemcitabina genera metabolitos renales potencialmente acumulables. La coordinación quimio-dialítica permitió optimizar la farmacocinética y reducir el riesgo de toxicidad, garantizando continuidad oncológica en un contexto de función renal abolida. Este caso ejemplifica el impacto del trabajo interdisciplinario en la toma de decisiones terapéuticas complejas, donde la integración nefro-oncológica posibilita aplicar protocolos curativos ajustados a las limitaciones del paciente pediátrico dializado, evidenciando el potencial de la medicina colaborativa en escenarios de alta complejidad. Palabras clave: neoplasia hepatocelular mixta; hepatoblastoma; hemodiálisis; enfermedad renal crónica terminal; GEMOX.

RESULTADOS CLÍNICOS DE UNA ESTRATEGIA DE DESENSIBILIZACIÓN EN PACIENTES ALTAMENTE SENSIBILIZADOS CANDIDATOS A TRASPLANTE RENAL

Trabajo 105

Categoría de Trabajo: Estudio Clínico

Tema de Trabajo: Hipertensión

Autores: Jacqueline Pefaur, Pía Rosati, Giovanni Enciso, Daniela Zamora, Manuel Jimenez, Viola Pinto, Ximena Rocca, Elizabeth Perez, Camilo Díaz

Lugar de Trabajo: 1. Clínica Santa María - Hospital Barros Luco Trudeau 2. Clínica Santa María 3. Hospital Barros Luco Trudeau 4. Instituto de Salud Pública 5. Hospital Exequiel González Cortés 6. Universidad Austral 7. Hospital Clínico San Borja Arriarán.

Introducción: Pacientes altamente sensibilizados (Ps) tienen baja probabilidad de recibir un Trasplante Renal (TR). Estrategias de desensibilización (Ds) son una herramienta eficaz para mejorar la oportunidad de TR.

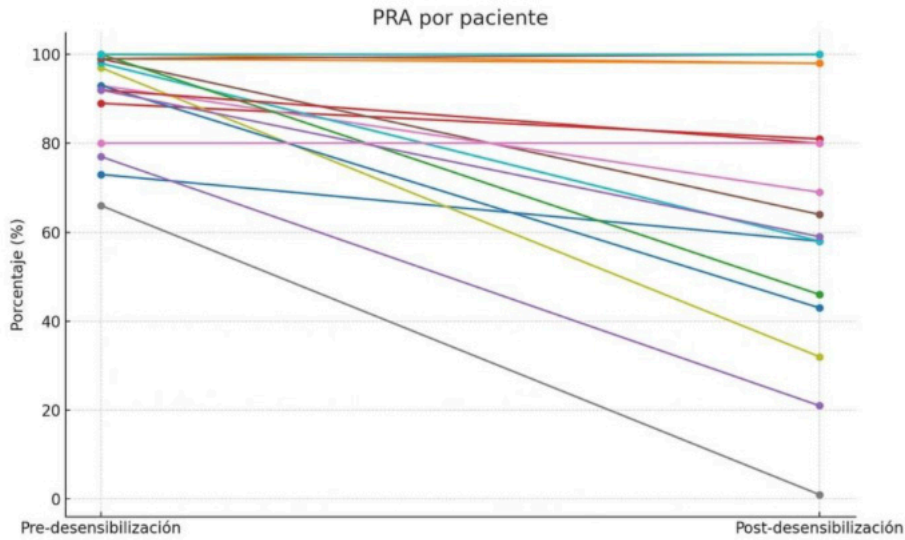
Objetivos: En Ps, PRA >80% y/o anticuerpos donante específicos (DSA) en caso de receptores de TR donante vivo (DV), evaluar la eficacia de Ds, sobrevida (SV) del injerto, SV del paciente, complicaciones inmunológicas e infecciosas en TR sometidos a Ds.

Método: Estudio descriptivo retrospectivo de cohorte de Ps sometidos a Ds entre los años 2010-2025. Protocolo en donante fallecido (DF): Inmunoglobulina (IgIV) 2gr/kg días -30 y 0, y Rituximab (RTX) 1gr día -15, previo ingreso a lista espera como urgencia médica. Protocolo DV: RTX 1gr día -30, 5 sesiones de plasmaféresis (PLEX) desde día -15, IgIV 2gr/kg, inicio tacrolimus día -10. Inducción con Timoglobulina (6mg/Kg), IgIV, y según DSA y/o FCXM preTR, RTX y PLEX; inmunosupresión de mantención convencional. En casos seleccionados se asoció Tocilizumab. Seguimiento DSA postTR días 7, 14, 30, 90, 360, y biopsia protocolo (Bp) a los meses(m) 3, 12, 36, 60, 96, y por indicación clínica. TR se realizó con CDC-AHG(-), crossmatch por citometría de flujo (FCXM) (-) o(+) y/o DSA (+)o(-).

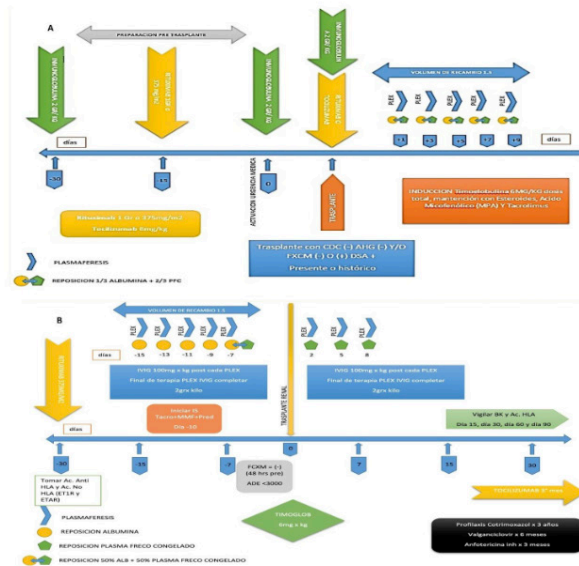
Resultados: 22 Ps recibieron Ds, 54,5% eran mujeres, media de edad de 43a(17-65); 2 Ps pediátricos. 86% del total lograron TR: 12DF, 4DV y 3DV cruzado (DC); quienes no lograron, 2 tenían PRA 100% y 1 PRA 95% con MFI>20mil. 68% era un 2°TR o 3°TR. La media de tiempo en diálisis fue 93m. Media de reducción de PRA fue de 92,3% a 67,3% (p=0,00019). Tiempo promedio en lograr TR en DF fue 6,8m. 33% DF presentaba FCXM(+) y 50% tenía DSA(+) al TR; DV que presentaban FCXM(-) y DSA(+) preDs, lograron DSA(-) al TR. 2/3 DC negativizaron DSA y todos se trasplantaron con FCXM(-). 57% de los TR presentaron algún episodio de rechazo durante el seguimiento, siendo rechazo humoral la forma más frecuente. Creatinina promedio al final del seguimiento fue 1.43mg/dl (0,7-2,7mg/dl). De las complicaciones infecciosas se registraron 2 neumonías, 1 sepsis abdominal, 1 caso CMV y 5 pacientes con viremia por BK (1 nefritis). SV del paciente fue 100%. SV injerto a 1, 3 y 5a 100%, y a 7-10a fue 85%. Media de seguimiento fue 59m(2,2-172,5).

RESULTADOS CLÍNICOS DE UNA ESTRATEGIA DE DESENSIBILIZACIÓN EN PACIENTES ALTAMENTE SENSIBILIZADOS CANDIDATOS A TRASPLANTE RENAL

Conclusiones: La terapia Ds permite el TR exitoso en Ps ampliando sus oportunidades. Sin embargo esta terapia requiere seguimiento estricto con DSA y Bp protocolizadas para una pesquisa e intervención temprana de las complicaciones inmunológicas.

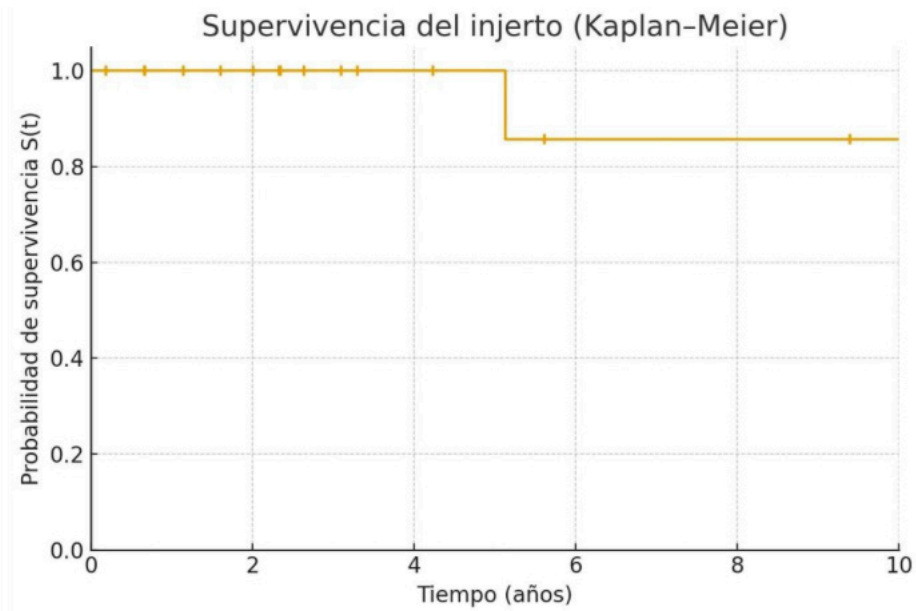


Variación de PRA en pacientes tras terapia de Desensibilización.



Protocolos de Desensibilización: A) Donante Fallecido B) Donante Vivo (Relacionado o Cruzado).

RESULTADOS CLÍNICOS DE UNA ESTRATEGIA DE DESENSIBILIZACIÓN EN PACIENTES ALTAMENTE SENSIBILIZADOS CANDIDATOS A TRASPLANTE RENAL



Supervivencia del injerto (Kaplan-Meier)

CARACTERIZACIÓN DEL USO DE AGONISTAS DEL RECEPTOR DE GLP-1 EN ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA 4-5 Y PACIENTES CON GLOMERULOPATÍAS

Trabajo 106

Categoría de Trabajo: Estudio Clínico

Tema de Trabajo: Hemodiálisis

Autores: Gonzalo Ramírez Guerrero, Cristian Pedreros Rosales, María Jose Cáceres, Alejandra Urizar, Armando Rojas, Hans Muller Ortiz, Claudio Ronco

Lugar de Trabajo: 1. Hospital Las Higueras 2. Universidad Católica del Maule 3. International Renal Research Institute of Vicenza.

Introducción: Las toxinas urémicas unidas a proteínas (PBUTs), como los productos finales de glicación avanzada (AGEs), el sulfato de indoxilo (IS) y el sulfato de p-cresol (pCS), contribuyen a inflamación, estrés oxidativo y daño cardiovascular en la enfermedad renal crónica. Su remoción es la siguiente frontera en la optimización de la diálisis, dada su toxicidad y difícil eliminación por su fuerte unión a la albúmina. La hemodiafiltración postdilucional (HDF) es actualmente la técnica estándar en depuración extracorpórea, incluso en la eliminación parcial de PBUTs. Sin embargo, su disponibilidad no es universal. La combinación de membranas de corte medio (MCO) y cartuchos de hemoadsorción (HA130) podría ampliar el espectro de depuración mediante mecanismos combinados de difusión, convección y adsorción.

Objetivo: Comparar la eficacia depurativa de HDF postdilucional frente a MCO+HA130 en la eliminación de PBUTs en pacientes en hemodiálisis crónica.

Población y Métodos: Estudio prospectivo y randomizado que incluyó 20 pacientes anúricos, divididos en dos grupos: HDF (n=10) y MCO+HA130 (n=10), clínicamente estables y en programa crónico de hemodiálisis. Cada grupo recibió una sesión estándar de su modalidad, precedida por una semana de "washout" con hemodiálisis de alto flujo. Se determinaron concentraciones pre y postdiálisis de carboximetil-lisina (CML), receptor soluble de AGEs (sRAGE), carbonilos, IS y p-cresil sulfato mediante ELISA. La eficacia depurativa se expresó como tasa de reducción corregida (RRc, %) y se comparó entre grupos mediante prueba de Mann-Whitney.

Resultados: Las medianas de RRc (%) fueron, respectivamente, para MCO+HA130 vs HDF: p-carbonilo 22,8 vs 24,9; CML 53,9 vs 56,2; sRAGE 21,0 vs 20,6; p-cresil sulfato 31,8 vs 36,5; indoxil sulfato 28,0 vs 26,0. No hubo diferencias significativas entre modalidades. El volumen convectivo en HDF alcanzó 26,4 L [22,1–27,1]. Los valores sugieren eficacia comparable, con tendencia a mayor reducción de IS en MCO+HA130 y de pCS en HDF.

Conclusiones: La HDF postdilucional reafirma su posición como técnica de referencia para depuración de PBUTs, pero la combinación MCO+HA130 mostró resultados similares y buena tolerancia. Estos hallazgos apoyan el uso de estrategias adsorptivas combinadas en contextos donde la HDF no sea factible o se busque una mayor eliminación de compuestos ligados a proteínas o hidrofóbicos.

CARACTERIZACIÓN DEL USO DE AGONISTAS DEL RECEPTOR DE GLP-1 EN ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA 4-5 Y PACIENTES CON GLOMERULOPATÍAS

Variable	Total	[IQR]	MCO + HA [IQR]	HDF [IQR]	Valor p
Edad	58.5	40.5 – 64.0	59.5 [40.0–63.8]	55.0 [41.3–67.0]	0.880
Antigüedad HD (años)	2.80	[1.24 – 3.19]	1.92 [0.72 – 2.91]	3.0 [2.64 – 3.33]	0.226
OCM	1.98	1.742 – 2.28	1.94 [1.76–2.00]	2.25 [1.66–2.49]	0.427
KT/V	1.95	1.642 – 2-17	1.72 [1.57–1.84]	2.13 [2.08–2.21]	0.038
Q _B (ml/min)	526.0	491.8 – 540.5	510 [489.3–537.8]	533 [515.3–541.5]	0.570
Tiempo (min)	242.5	242.0 – 244.3	243.5 [242–245]	242 [241–243.8]	0.124

Tabla 1. Características clínicas y técnicas de los pacientes incluidos según el grupo total y separados por grupos MCO + HA y HDF. Los valores se expresan como mediana [rango intercuartil] o como porcentaje (%). Las comparaciones entre los grupos se realizaron mediante la prueba de Mann–Whitney U o χ^2 , según el tipo de variable. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en las características basales, excepto en KT/V.

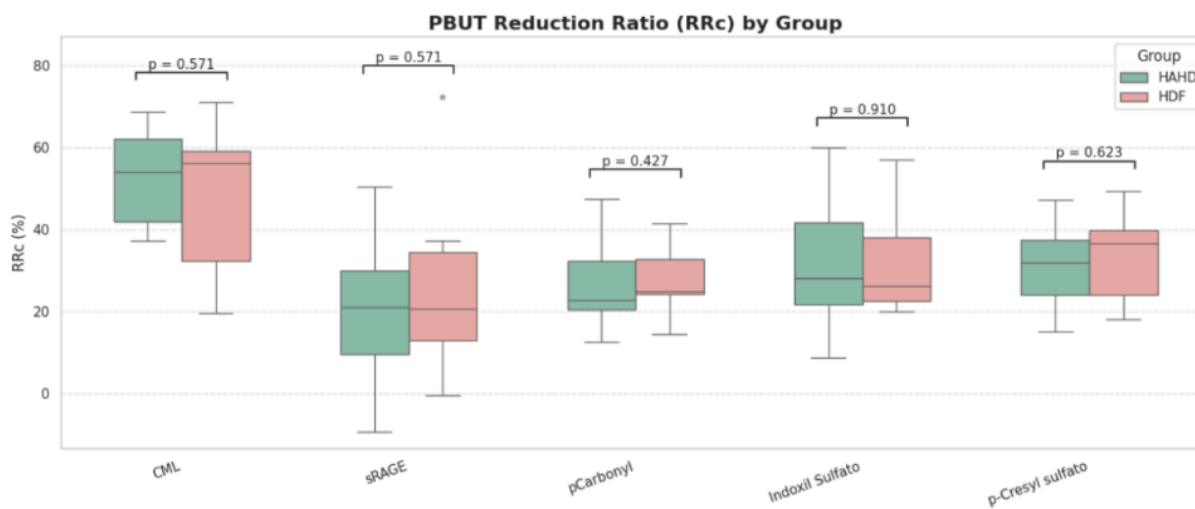


Figura 1. Comparación de las tasas de reducción corregidas (RRc, %) de toxinas urémicas unidas a proteínas (PBUTs) entre HAHD y HDF postdilucional. Se muestran boxplots para CML, sRAGE, p-carbonilo, indoxil sulfato y p-cresyl sulfato. Los recuadros representan la mediana y el rango intercuartil, mientras que los puntos individuales indican la dispersión de los valores. No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre ambas modalidades ($p = 0,571; 0,571; 0,427; 0,910$ y $0,623$, respectivamente). En conjunto, los resultados sugieren una eficacia comparable en la remoción de PBUTs.

KETAMINA COMO TÓXICO NEFRO-UROLÓGICO: DOS CASOS DE “PIELONEFRITIS” BILATERAL CON UROCULTIVO NEGATIVO

Trabajo 107

Categoría de Trabajo: Caso Clínico

Tema de Trabajo: Nefrología

Autores: Andrés Sáez Pérez, Camilo Diaz Valdebenito, Alejandro Pacheco Drurán, María José Hidalgo Jacob, Walter Passalacqua Rivanera, Vicente Jara Escobar, Marcelo Sepúlveda Vásquez

Lugar de Trabajo: 1. Residente de Nefrología, Facultad de Medicina Universidad de Chile 2. Departamento de Medicina, Sección de Nefrología, Hospital Clínico Universidad de Chile. 3. Interno de Química y Farmacia, Facultad de Ciencias Químicas y Farmacéuticas Universidad de Chile.

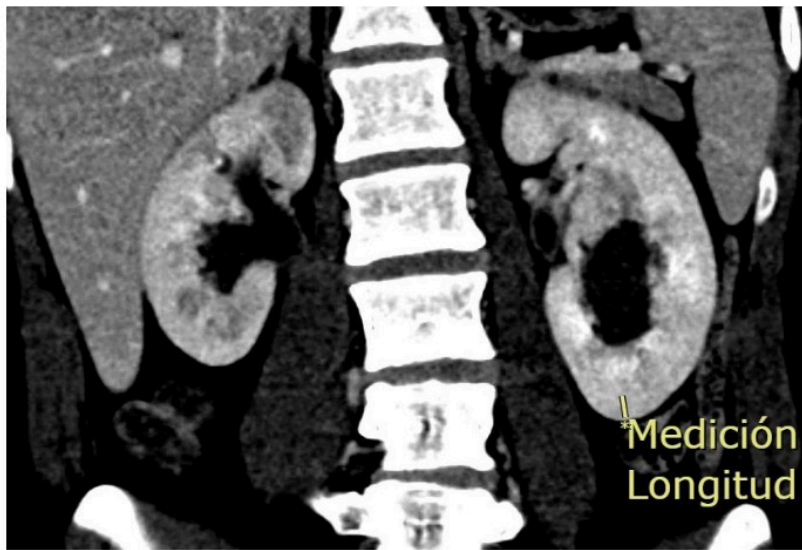
Introducción: El consumo recreacional de ketamina (K) ha aumentado en los últimos años. Su toxicidad sobre la vía urinaria y el parénquima renal está descrita, aunque poco reconocida en la práctica clínica. Los síntomas suelen confundirse con una infección del tracto urinario (ITU), lo que conduce a diagnósticos erróneos y uso innecesario de antibióticos (ATB).

Casos Clínicos: Se presentan dos casos, ambos con consentimiento informado. Caso 1. Hombre de 25 años, 2 años de consumo de K en altas dosis, sin comorbilidades. Refiere un año de síntomas urinarios bajos, asociado a dolor abdominal y fiebre. Ingresó con Creatinina (Cr) de 3,86 mg/dL, orina completa con leucocituria 50-100x campo, hematuria 50-100x campo, IPC 2.2 g/g, urocultivo negativo; sin ATB previo. Tomografía computarizada (TC): focos de nefritis e hidronefrosis bilateral, engrosamiento urotelial difuso, vejiga con engrosamiento y calcificaciones parietales. Se instala sonda foley, se trata como ITU alta, se suspenden ATB al confirmarse cultivos negativos, incluido estudio TBC e ITS. Evolucionó favorablemente con recuperación de Cr (0.97 mg/dL) y resolución de síntomas tras medidas de soporte y suspensión de ketamina. Caso 2. Hombre de 21 años, consumo K hasta 5 g diarios, sin comorbilidades. Refiere un mes de síntomas urinarios irritativos. Ingresó con Cr 0,5 mg/dL. Orina completa: hematuria >100 x campo, leucocitos 50-100x campo, proteinuria 30 mg/dl y parámetros inflamatorios bajos; urocultivo negativo sin uso de ATB previo. TC: nefritis bilateral y litiasis puntiforme no obstructiva, sin hidronefrosis, con engrosamiento parietal vesical. Se suspenden ATB por cultivos negativos. Evolución favorable con abstinencia de ketamina y manejo sintomático. No asiste a controles posteriores.

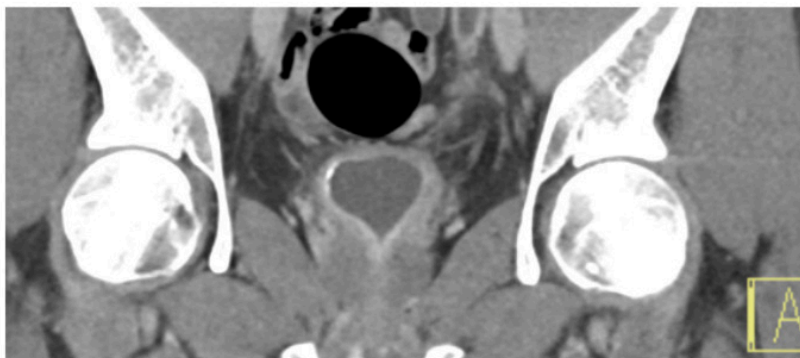
Discusión: La cistitis, ureteritis y nefritis asociadas al consumo de ketamina se atribuyen a la toxicidad directa de su metabolito norketamina sobre el epitelio urotelial y el intersticio renal. Estudios recientes describen casos de nefritis intersticial aguda y fibrosis urotelial progresiva. La clínica, orina inflamatoria estéril, TC con calcificaciones/realce vesical y mejoría tras suspensión de droga son concordantes con diagnóstico.

Conclusión: El abuso de ketamina puede generar daño renal y urotelial con manifestaciones indistinguibles de una ITU. Reconocer esta entidad permite evitar el uso innecesario de ATB, favorecer la abstinencia y asegurar un adecuado seguimiento.

KETAMINA COMO TÓXICO NEFRO-UROLÓGICO: DOS CASOS DE “PIELONEFRITIS” BILATERAL CON UROCULTIVO NEGATIVO



TAC caso 1: Se observa HUN bilateral y areas de menor realce en el parénquima renal compatibles con focos de nefritis aguda



Vejiga poco distendida con engrosamiento difuso de la pared vesical. Calcificaciones parietales visibles. Hallazgo muy sugestivo de cistitis crónica por ketamina.



TAC caso 2. TAC con contraste muestra areas de menor realce en parenquima renal compatibles con focos de nefritis.

GLUCAGON, HIPERTENSIÓN Y DAÑO RENAL: ¿NUEVAS ACCIONES ANTI-HIPERTENSIVAS DE GLUCAGON EN EL NEFRÓN?

Trabajo 109

Categoría de Trabajo: Ciencias Básicas

Tema de Trabajo: Hipertensión

Autores: Aline Garcia Lopes, Pablo León Medina, Marioly Müller Sobarzo, Andrés Stutzin Schottlander, Hedddwen Brooks, Luis Michea Acevedo

Lugar de Trabajo: 1. ICBM, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile 2. Departamento de Tecnología Médica, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile 3. ICBM y Departamento de Anestesiología y Reanimación, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile 4. School of Medicine, Department of Physiology, Tulane University, New Orleans, LA, USA.

Introducción: Glucagón es una hormona hiperglicemiante, con efectos en el hígado y el metabolismo. Sorprendentemente, el tratamiento de personas diabéticas con nuevos antagonistas farmacológicos del receptor de glucagón (GCGR) causa un aumento de la presión arterial (PA). Mutaciones que generan menor afinidad de GCGR por glucagón se asocian con el fenotipo Hipertensión Arterial (HTA). Estudios transcriptómicos renales mostraron que la rama gruesa del asa de Henle es el principal sitio de expresión del GCGR. Estudios recientes en ratones KO-GCGR sistémico mostraron aumento de PA y fibrosis renal. Sin embargo, las acciones de glucagón en el nefrón distal y su potencial como protector de HTA y daño renal son desconocidos. Por otra parte, el cotransportador $\text{Na}^+/\text{K}^+/\text{2Cl}^-$ de la rama gruesa del asa de Henle (NKCC2) aumenta de actividad en la HTA sal-sensible y la HTA inducida por angiotensina II (AngII). Se desconoce si glucagón modula la actividad de NKCC2.

Hipótesis: Glucagón, vía GCGRs en las células de la rama gruesa del asa de Henle, inhibe NKCC2 y promueve la excreción urinaria de sodio.

Métodos: Caracterizamos la expresión de GCGR en tejidos de ratones machos C57BL/6 (qRT-PCR, Western blot). En túbulos renales aislados localizamos NKCC2 en la rama gruesa del asa de Henle mediante microscopía confocal y evaluamos acciones directas de glucagón (100 pM, 30 minutos) sobre el NKCC2. En estudios in vivo con inyección aguda de glucagón o vehículo, estudiamos la abundancia de NKCC2 en la membrana apical de células del asa de Henle (biotinilación-inmunodetección). Para estudiar la acción de glucagón en HTA, infundimos AngII (1000 ng/kg/min) o vehículo en ratones: analizamos la actividad de NKCC2 (furosemida, jaula metabólica) en presencia o ausencia de administración de glucagón (20 µg/Kg, I.P.).

Resultados: Confirmamos abundante expresión (mRNA y proteína) de GCGR en tejido renal. Glucagón causó internalización de NKCC2 desde la membrana apical de células epiteliales del asa de Henle de túbulos aislados (30 minutos). La inyección de glucagón en ratones causó la disminución de la actividad y de la abundancia de NKCC2 en la membrana apical. AngII causó un aumento significativo de la actividad de NKCC2, efecto que se revirtió con la inyección de glucagón.

GLUCAGON, HIPERTENSIÓN Y DAÑO RENAL: ¿NUEVAS ACCIONES ANTI-HIPERTENSIVAS DE GLUCAGON EN EL NEFRÓN?

Conclusiones: Los resultados sugieren que la activación de GCGR de la rama gruesa del asa de Henle promueve la internalización de NKCC2, inhibiendo su actividad, lo que favorecería la natriuresis y protegería de HTA.

ANTIBIÓTICOS Y ANURIA, NO TODO ES NEFRITIS INTERSTICIAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

Trabajo 110

Categoría de Trabajo: Caso Clínico

Tema de Trabajo: Nefrología

Autores: Valeria Pérez Moreau, Andrea Cáceres Hernández, Danissa Haro Cárcamo, Francisco Ramos Valenzuela, Matías Miranda Flores, Luis Vera Fuentes, Arturo Villalobos Navarro

Lugar de Trabajo: 1. Hospital Barros Luco Trudeau.

Introducción: La Nefritis Intersticial Aguda (NIA) habitualmente es secundaria al uso de medicamentos y puede presentarse con deterioro de función renal asociado a proteinuria tubular, leucocituria, hematuria u orina completa normal, teniendo variados diagnósticos diferenciales, siendo fundamental la realización de una biopsia renal para confirmar el diagnóstico.

Caso Clínico: Se presenta el caso de una mujer con falla renal aguda (AKI) en contexto de infección y uso prolongado de antibióticos. Mujer, 47 años, antecedente de hipertensión arterial y obesidad. Consulta por cuadro de dolor lumbar irradiado a extremidad inferior derecha. Ingresa hemodinámicamente estable, con fuerza M3 en extremidades inferiores. Laboratorio de ingreso con parámetros inflamatorios elevados, función renal conservada, orina completa con 4-10 glóbulos rojos por campo y hemocultivos positivos para *Staphylococcus aureus*. Estudio de imagen con absceso de psoas derecho, artritis séptica facetaria bilateral L4-L5 y de rodilla derecha. Estudio de diseminación descarta endocarditis, sin identificar puerta de entrada. Tras un mes con antibióticos (Cefazolina) evoluciona con anuria, rash cutáneo maculopapular y fiebre. Laboratorio con eosinofilia 7.820 uL, creatinina 6 mg/dl. Orina completa con proteinuria en rango no nefrótico y hematuria. Se diagnostica reacción de sensibilidad a medicamentos con eosinofilia y síntomas sistémicos (DRESS) y AKI en contexto de NIA versus glomerulopatía por inmunocomplejos. Complemento y factor reumatoideo normal por lo que como primera opción se plantea NIA. Se suspende omeprazol y se ajusta a linezolid. Inicia pulsos de metilprednisolona y terapia de reemplazo renal. Estudio de imagen de control con disminución del tamaño de las colecciones. Se realiza BR que informa nefropatía por IgA (IgAN) con cilindros hemáticos. Evoluciona favorablemente con desaparición del rash, eosinofilia y normalización de función renal. La IgAN es la glomerulopatía primaria más frecuente donde menos del 5% de los pacientes desarrollan AKI significativa e infrecuentemente presentan anuria.

Conclusión: En este caso clínico la presentación clínica era sugerente de NIA, dado el uso de betalactámicos y AKI concomitante a DRESS. La clave diagnóstica estaba en la presencia de microhematuria en los exámenes de orina completa, incluyendo el inicial, cuando tenía función renal conservada. El resultado de la BR da un giro inesperado, orientando al correcto diagnóstico y tratamiento.

MANEJO DE COMUNICACIÓN PLEUROPERITONEAL EN DIÁLISIS PERITONEAL CON RETORNO EXITOSO A LA TÉCNICA: REPORTE DE DOS CASOS

Trabajo 111

Categoría de Trabajo: Estudio Clínico

Tema de Trabajo: Diálisis Peritoneal

Autor Principal: Gonzalo Barrera Vicencio. Luis Contreras Aravena

Coautores: Leticia Elgueta Segura, Miram Alvo Abodovsky, María Jose Hidalgo Jacob, Erico Segovia Ruiz, Rubén Torres Díaz, Vicente Jara, Mario Hernández, Andrés Saez.

Lugar de Trabajo: Sección de Nefrología, Departamento de Medicina, Hospital Clínico Universidad de Chile.

Introducción: La Comunicación Pleuroperitoneal (CPP) es una complicación infrecuente de la diálisis peritoneal (DP), que habitualmente se presenta como derrame pleural derecho debido al paso del líquido dializante a través de defectos diafragmáticos o alteraciones del drenaje linfático, favorecida además por la menor resistencia anatómica del hemidiafragma derecho. Se manifiesta con disnea y reaparición rápida del derrame tras la infusión del líquido dializante. El diagnóstico se confirma mediante cintigrama con Tc-99m (CTc-99m) o análisis bioquímico del dializante en espacio pleural. Ambos pacientes entregaron el consentimiento informado.

Caso 1: Mujer de 48 años, con antecedente de Lupus Eritematoso Sistémico (LES) y Enfermedad Renal Crónica Terminal (ERCT) secundaria a nefritis lúpica clase IV. En Diálisis Peritoneal automatizada (APD). A los 3 meses de iniciada la técnica presenta disnea progresiva. Se constata derrame pleural derecho por radiografía de tórax. Se sospecha de CPP. La CTc-99m muestra a las dos horas paso del radiofármaco hacia la cavidad pleural derecha, confirmándose el diagnóstico. Se suspende transitoriamente la DP y se realiza transición a Hemodiálisis (HD). Posteriormente, se realiza videotoroscopia (VTC) identificándose un defecto diafragmático de 2 cm, el cual se repara con sutura, sellado con cianoacrilato y pleurodesis. Evoluciona favorablemente reingresando a APD al mes del procedimiento.

Caso 2: Hombre de 61 años con ERCT secundaria a pielonefritis crónica, en diálisis peritoneal ambulatoria continua. A los 5 meses de iniciada la técnica presenta derrame pleural derecho con sospecha de CPP, que se confirma mediante CTc-99m. Se realiza VTC sin identificar defecto diafragmático, practicando pleurodesis. A los 3 meses presenta recidiva, requiriendo transición temporal a HD y nueva VTC para pleurodesis, nuevamente sin hallazgos anatómicos evidentes. Evoluciona favorablemente, con reincorporación exitosa a DP automatizada al mes.

MANEJO DE COMUNICACIÓN PLEUROPERITONEAL EN DIÁLISIS PERITONEAL CON RETORNO EXITOSO A LA TÉCNICA: REPORTE DE DOS CASOS

Discusión: La CPP es una complicación poco frecuente (1 - 2%) que suele presentarse en los primeros meses de iniciada la DP y con frecuencia determina la suspensión o abandono de la técnica. Debe sospecharse frente a un derrame pleural derecho en pacientes en DP y confirmar el diagnóstico con CTc-99m. El manejo consiste en suspender transitoriamente la DP y transicionar a HD, para luego considerar pleurodesis y, de identificarse un defecto diafragmático, su reparación quirúrgica. La selección del abordaje quirúrgico debe individualizarse según los hallazgos intraoperatorios.

Conclusión: Aunque la CCP es una complicación rara, es potencialmente reversible. Su diagnóstico precoz y manejo oportuno permite retomar la DP de forma exitosa. El CTc-99m es un método diagnóstico de alta sensibilidad y debe considerarse de elección para confirmar la comunicación.

ALTA CARGA CARDIOMETABÓLICA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA DERIVADOS A NEFROLOGÍA DIGITAL: EXPERIENCIA DEL SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO ORIENTE (SSMO)

Trabajo 112

Categoría de Trabajo: Caso Clínico

Tema de Trabajo: Insuficiencia Renal

Autores: Camila Herrera, Eduardo Lorca, José Pavez, Tamara Jimenez, Mauricio Canals

Lugar de Trabajo: 1. Unidad Cardio-Reno-Metabólica, Servicio de Nefrología Hospital del Salvador 2. Departamento de Medicina Oriente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Introducción: La Enfermedad Renal Crónica (ERC) constituye un problema de salud pública global por su alta prevalencia, progresión silenciosa y asociación con múltiples comorbilidades. La identificación temprana y caracterización de estos pacientes permite optimizar el manejo y prevenir complicaciones, para lo cual hemos creado una aproximación holística cardio-reno-metabólica (CaReMe).

Objetivo: Evaluar las características basales y comorbilidades de pacientes con ERC pertenecientes al Servicio de Salud Metropolitano Oriente derivados a la célula de Nefrología Digital entre 2022 y 2024, previo al inicio de la Unidad CaReMe de nuestro hospital y SSMO.

Método: Estudio observacional basado en la revisión de fichas clínicas, con estadística descriptiva.

Resultados: Se analizaron 2.800 pacientes, 44,5% hombres y 55,5% mujeres, con una edad promedio de 72 años. Según etapa de ERC al momento de la derivación, 25,5% presentaba VFG mayor a 60 ml/min, 15,4% etapa IIIA, 30,5% etapa IIIB, 20,3% etapa IV y 2,25% etapa V. El 99% presentaba hipertensión arterial, 48,8% diabetes mellitus y 67,7% dislipidemia. Un 13,4% tenía antecedente de enfermedad coronaria, 10,1% enfermedad arterial oclusiva y 14% accidente cerebrovascular. El 12,3% era tabáquico activo. La mediana de IMC fue 28kg/m², con un 29,7% de pacientes con sobrepeso y 40,7% con obesidad. Respecto al tratamiento, 80,7% utilizaba bloqueo del eje renina-angiotensina (14,3% IECA, 65,8% ARAII), 47% calcioantagonistas y 25% diuréticos; 181 pacientes recibían ≥ 3 fármacos antihipertensivos. El 25% presentaba albuminuria, con una mediana de relación albúmina/creatinina de 328mg/g. Entre quienes tenían VFG menor de 60 ml/min, 77% mantenía LDL mayor a 70 mg/dL. En pacientes diabéticos, 48,3% tenía HbA1c $\geq 7\%$ y solo el 7% de los pacientes recibía iSGLT2. Además, 33% no alcanzaba metas de presión arterial en dos mediciones consecutivas.

Conclusión: Los pacientes con ERC derivados a nefrología digital presentan una elevada carga cardiometabólica, bajo control de factores de riesgo y escasa utilización de terapias con beneficio renal y cardiovascular comprobado. Estos hallazgos evidencian la necesidad de fortalecer el enfoque integral (CaReMe), optimizar el tratamiento y mejorar la implementación de estrategias basadas en guías clínicas para reducir la progresión de la ERC y el riesgo cardiovascular en esta población de alto riesgo.

SÍNDROME HEMOLÍTICO URÉMICO ATÍPICO EN PACIENTE ADULTA MAYOR: RECUPERACIÓN RENAL TRAS INHIBICIÓN DE C5 CON RAVULIZUMAB.

Trabajo 113

Categoría de Trabajo: Caso Clínico

Tema de Trabajo: Nefrología

Autores: Tatiana Leonor Gajardo Hernández, Arturo Villalobos Navarro

Lugar de Trabajo: 1. Hospital Barros Luco Trodeau.

Introducción: El Síndrome Hemolítico Urémico Atípico (SHUa) se origina por anomalías genéticas o adquiridas que provocan activación descontrolada de la vía alterna del complemento. Se presenta el caso de una mujer adulta mayor con Microangiopatía Trombótica (MAT) y compromiso renal severo, con evolución favorable tras inhibición de C5 (ravulizumab).

Caso Clínico: Mujer de 74 años, antecedente de accidente cerebrovascular lacunar e hipertensión controlada. Consulta por 3 semanas de diarrea acuosa autolimitada seguida de vómitos, ictericia, orinas oscuras y oliguria. Al ingreso: PA 187/79 mmHg, conjuntivas ictéricas. Exámenes: Hb 10.9 g/dl, plaquetas 40.000/μl, esquistocitos (+), creatinina 7.14 mg/dl (previa 0.76), bilirrubina total 2.9 mg/dl, directa 1.76 mg/dl, LDH 1640 U/L. Orina con proteinuria, hematuria y cilindros granulosos. PLASMIC score 6 puntos. Se diagnostica MAT e inicia recambios plasmáticos y terapia de reemplazo renal (TRR). Estudios autoinmunes, infecciosos y paraneoplásicos negativos; ADAMTS13 >80%. Ante persistencia de hemólisis y disfunción renal con múltiples transfusiones, se sospecha SHUa e inicia ravulizumab (2700 mg y 3200 mg a 30 días). A las 24h disminuye la hemólisis y mejora la función renal. El estudio genético no reveló mutaciones patogénicas en la vía alterna, por lo que se suspende el fármaco. A los 5 meses, la paciente está asintomática, normotensa, creatinina 1 mg/dl, Hb 13 g/dl y sin signos de MAT.

Discusión: La combinación de MAT, insuficiencia renal aguda, ADAMTS13 normal y estudios negativos para causas secundarias, junto con la falta de respuesta a plasmaféresis y mejoría tras inhibición del complemento, apoyan el diagnóstico de SHUa. La presentación en una paciente de edad avanzada, con complemento sérico normal y sin variantes genéticas identificadas, refleja la complejidad diagnóstica de este cuadro. La ausencia de mutaciones no excluye el diagnóstico, dada la penetrancia incompleta y la posible existencia de variantes no detectadas. Factores adquiridos como infecciones pueden actuar como desencadenantes. El uso precoz de ravulizumab, inhibidor de C5 de vida media prolongada, permitió la suspensión de TRR y la remisión hematológica completa.

Conclusión: Caso de SHUa probablemente gatillado por un cuadro gastrointestinal, con respuesta completa a ravulizumab. La rápida inhibición del complemento permitió recuperación renal y resolución del cuadro hemolítico, destacando el principio de que "el tiempo es riñón".

SÍNDROME HEMOLÍTICO URÉMICO ATÍPICO EN PACIENTE ADULTA MAYOR: RECUPERACIÓN RENAL TRAS INHIBICIÓN DE C5 CON RAVULIZUMAB.

Tabla evolutiva de exámenes de laboratorio

	DÍA 1	DÍA 2	DÍA 3	DÍA 4	DÍA 5	DÍA 6	DÍA 7	DÍA 8	DÍA 11	DÍA 12	Día 130
Hb	8.4	7.2	6.5	7.3	6.6	6.4	8.4	8.2	7.9	6.7	12
plaquetas	60.000	50.000	22.000	77.000	72.000	72.000	90.000	100.000	65.000	55.000	206.000
LDH	1632	H	845	H	-	-	688	884	-	760	-
Bilit /d	1.53/ 0.93	1.42/ 0.73	1.04/ 0.57	1.24	0.84	1.06	0.73/ 0.47	1.05/ 0.58	-	0.89/ 0.57	-
Crea	7.86	5.23	4.04	4.9	5.09	5.09	3.72	3.0	4.67	2.7	1.02
	PLEX	PLEX	PLEX	PLEX	PLEX	PLEX	PLEX				
	HD	HD			HD		HD		HD		

HB: hemoglobina/g/dl, Plaquetas: /ul, LDH: U/L,Bili: bilirubina mg/dl, Crea: creatinina mg/dl.



RAVU

INFECCIONES URINARIAS POSTRASPLANTE RENAL: INCIDENCIA, MICROBIOLOGÍA Y FACTORES ASOCIADOS EN UNA COHORTE AMBISPECTIVA DEL HOSPITAL DEL SALVADOR (2022–2024)

Trabajo 114

Categoría de Trabajo: Estudio Clínico

Tema de Trabajo: Transplante

Autores: Mario Hernandez Ramirez, Jose Pavez Corrial, Gonzalo Correa Correa, Ximena Rocca Solis, Luis Toro Cabrera

Lugar de Trabajo: 1. Hospital del Salvador 2. Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

Introducción: Las Infecciones Urinarias (ITU) son la complicación infecciosa más frecuente tras el trasplante renal y constituyen una causa importante de rehospitalización y potencial compromiso del injerto. Su caracterización local permite fortalecer las estrategias de prevención y manejo.

Objetivo: Describir la incidencia, microbiología, factores asociados y evolución clínica de las ITU en receptores de trasplante renal durante los primeros seis meses postoperatorios.

Material y Métodos: Cohorte observacional ambispectiva de todos los trasplantes renales efectuados entre enero de 2022 y diciembre de 2024 en el Hospital del Salvador. Se analizaron variables demográficas, comorbilidades, tipo de diálisis, Disfunción Inicial del Injerto (DGF), uso de catéter doble J, inmunosupresión y complicaciones infecciosas. La ITU se definió por urocultivo positivo con manifestaciones clínicas. Seguimiento: seis meses postrasplante.

Resultados: De 176 trasplantes, 152 cumplieron criterios de inclusión institucional. La incidencia de ITU fue 26,1% (46 pacientes), con tiempo mediano a la primera infección de 24 días (RIQ 10–51). Los uropatógenos predominantes fueron *E. coli* (39%), *K. pneumoniae* (26%) y *P. aeruginosa* (9%), con BLEE en 15,2%. La DGF ocurrió en 30,5%, y el catéter doble J se utilizó en 98,7%, con retiro mediano a los 22 días (RIQ 14–35). Hubo hospitalización por ITU en 20,7%, reingreso en 12,5% y modificación de inmunosupresión en 8,6%. La función renal se mantuvo estable (creatinina 1,46 [1,08–1,93] a 3 meses y 1,44 [1,05–1,93] a 6 meses). Se registraron siete fallecimientos (4,6%) durante el seguimiento, ninguno atribuible directamente a ITU.

Conclusión: Las ITU postrasplante renal fueron frecuentes y se concentraron en el primer mes, asociadas a DGF y manipulación urológica temprana. A pesar de las rehospitalizaciones y ajustes inmunosupresores, la función del injerto y la sobrevida global se mantuvieron favorables. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de estrategias de retiro precoz de catéter doble J y vigilancia microbiológica dirigida en el periodo inicial postrasplante. Palabras clave (MeSH): Renal Transplantation; Urinary Tract Infections; Graft Dysfunction; Anti-Bacterial Agents; Urinary Catheters.

INFECCIONES URINARIAS POSTRASPLANTE RENAL: INCIDENCIA, MICROBIOLOGÍA Y FACTORES ASOCIADOS EN UNA COHORTE AMBISPECTIVA DEL HOSPITAL DEL SALVADOR (2022–2024)

Tabla 1. Características demográficas y pretrasplante (n = 152, cohorte institucional)

Categoría / Variable	Valor
Datos demográficos	
- Edad al trasplante, mediana [RIQ]	46 [34–56]
- Sexo	Masculino: 64,5 % — Femenino: 35,5 %
Tipo de donante y técnica quirúrgica	
- Tipo de donante	Fallecido: 88,2 % — Vivo: 11,8 %
- Riñón del donante	Derecho: 52,6 % — Izquierdo: 47,4 %
- Tiempo de isquemia fría	≤ 18 h: 68,4 % — > 18 h: 31,6 %
- Tiempo de isquemia caliente	≤ 30 min: 82,9 % — > 30 min: 17,1 %
Antecedentes renales e inmunológicos	
- Causas de ERC	GN crónica 31,6 % — Nefroangioesclerosis 24,3 % — Nefropatía diabética 19,1 % — Poliquistosis 7,9 % — Lupus 7,1 % — Otras/no filiada 9 %
- Tiempo total en diálisis, mediana [RIQ]	4 [2–7]
- Tipo de diálisis previa	Hemodiálisis 77,0 % — Diálisis peritoneal 23,0 %
- PRA (%)	0 %: 88,8 % — 1–50 %: 9,8 % — > 50 %: 1,4 %
- Mismatch HLA, mediana [RIQ]	4 [3–5]
- Número de trasplante	Primer: 94,7 % — Segundo: 5,3 %
Comorbilidades	
- Hipertensión arterial	86,2 %
- Diabetes mellitus	25,6 %
Función renal y evolución inicial	
- Creatinina pretrasplante, mediana [RIQ]	7,8 [6,1–9,3]
- Creatinina postrasplante inmediata, mediana [RIQ]	2,1 [1,5–3,2]
- Disfunción inicial del injerto (DGF)	30,5 %
- Creatinina a 3 meses, mediana [RIQ]	1,46 [1,08–1,93]
- Creatinina a 6 meses, mediana [RIQ]	1,44 [1,05–1,93]
- Creatinina en primera ITU, mediana [RIQ]	2,4 [1,7–3,5]
- Creatinina en segunda ITU, mediana [RIQ]	—

Tabla 1A. Causas de enfermedad renal crónica (Top 8)

Causa de ERC	n	%
Glomerulonefritis crónica	48	31,6
Nefroangioesclerosis hipertensiva	37	24,3
Nefropatía diabética	29	19,1
Poliquistosis renal autosómica dominante	12	7,9
Nefritis intersticial crónica	8	5,3
Causa no filiada	6	3,9
Lupus eritematoso sistémico	5	3,3
Otras (obstructivas, metabólicas, tóxicas)	7	4,6

INFECCIONES URINARIAS POSTRASPLANTE RENAL: INCIDENCIA, MICROBIOLOGÍA Y FACTORES ASOCIADOS EN UNA COHORTE AMBISPECTIVA DEL HOSPITAL DEL SALVADOR (2022–2024)

Tabla 3. Microorganismos aislados en ITU postrasplante renal

Microorganismo	Frecuencia n (%)
<i>Escherichia coli</i>	18 (39%)
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	12 (26%)
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	4 (9%)
<i>Enterobacter cloacae</i>	2 (4%)
<i>Enterococcus faecalis/faecium</i>	3 (6%)
<i>Providencia rettgeri</i>	2 (4%)
<i>Morganella morganii</i>	1 (2%)
Otros / Polimicrobianos	4 (9%)

Tabla 4. Evolución clínica a 3 y 6 meses

Variable	Valor
Creatinina basal (0–3 meses, mg/dL), mediana [RIQ]	1,46 [1,08–1,93]
Creatinina a 6 meses (mg/dL), mediana [RIQ]	1,44 [1,05–1,93]
Eventos de disminución de VFG	11/152 (7,2%)
Episodios de rechazo agudo	8/152 (5,3%)
Mortalidad total durante seguimiento (6 meses)	7/152 (4,6%)

Tabla 4. Infecciones urinarias postrasplante renal

Variable	Valor
Pacientes con ≥ 1 ITU en 6 meses	46/152 (30,3%)
Tiempo a la primera ITU (días), mediana [RIQ]	24 [10–51]
Hospitalización por ITU	31/152 (20,4%)
Reingreso por ITU	19/152 (12,5%)
Complicaciones por ITU	29 casos
Modificación de inmunosupresión post-ITU	13/152 (8,6%)

OBJETIVOS ALTOS DE HEMOGLOBINA Y DISMINUCIÓN ANUAL DE VFGE EN TRASPLANTE RENAL: REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METANÁLISIS DE ESTUDIOS CLÍNICOS ALEATORIZADOS

Trabajo 115

Categoría de Trabajo: Estudio Clínico

Tema de Trabajo: Transplante

Autores: Sebastián Cabrera García, Mario Hernández Ramírez, Sabrina Gomez Arevalo, Pedro Gutiérrez Bustos, Leticia Elgueta Segura, Erico Segovia Ruiz, Miriam Alvo Abodovsky

Lugar de Trabajo: 1. Sección de Nefrología. Hospital Clínico Universidad de Chile 2. Facultad de Medicina Universidad de Chile 3. Departamento de Medicina, Hospital Clínico Universidad de Chile 4. Biblioteca. Hospital Clínico Universidad de Chile.

Introducción: En Trasplante Renal (TR) estable, la anemia es frecuente y su corrección con agentes estimulantes de eritropoyesis (ESA) podría influir en la función del injerto. Persiste la duda sobre si apuntar a Hemoglobina (Hb) alta enlentece la disminución anual de la VFGe.

Objetivo: Evaluar el efecto de estrategias de Hb alta vs Hb estándar sobre la pendiente anual de VFGe en TR estable. Fuentes de datos y elegibilidad: Búsqueda sistemática en PubMed, Web of Science, Scopus, EBSCO y Google Scholar, desarrollada por un bibliotecólogo. Se incluyeron Ensayos Clínicos Aleatorizados (ECA) en TR ≥ 18 años, estables, que compararan Hb alta vs estándar e informaran pendiente de VFGe o datos suficientes para calcularla.

Selección de Estudios: Se identificaron 1.645 registros. Tras deduplicación y screening independiente en RayyanMR, se revisaron 24 textos completos y se incluyeron 5 ECA para análisis cuantitativo (PROSPERO CRD420251143883).

Métodos de Síntesis: Las pendientes totales se anualizaron (media y DS/tiempo, ml/min/1,73 m²/año). Se utilizó metanálisis de efectos aleatorios en JASP 0.95.3MR. Se estimaron diferencia de medias (MD), I². Sesgo de publicación: funnel plot y prueba de Egger. Riesgo de sesgo: RoB-2. Este resumen sigue las recomendaciones PRISMA-Abstract.

Resultados: Cinco ECA (n=707; Hb alta 293, estándar 414). Tabla 1. Riesgo global de sesgos: bajo a “algún riesgo” (ensayos abiertos, ocultamiento incierto). El efecto combinado mostró tendencia no significativa a menor disminución con Hb alta: MD = +1,20 ml/min/1,73 m²/año (IC95% -0,36 a +2,77), con heterogeneidad alta (I² = 82%). Egger sin evidencia sesgo de publicación. En leave-one-out, al excluir Pile 2020 —único con efecto opuesto y menor tamaño muestral, probablemente afectado por azar— la heterogeneidad disminuyó (I² \approx 34%) y el efecto fue significativo: MD = +1,75 (IC95% 0,80 a 2,69). La amplia dispersión en Al-Otaibi 2024 podría atribuirse al uso de la fórmula de Cockcroft–Gault en una población árabe, más sensible a peso y calibración de creatinina, aumentando la varianza.

OBJETIVOS ALTOS DE HEMOGLOBINA Y DISMINUCIÓN ANUAL DE VFGE EN TRASPLANTE RENAL: REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METANÁLISIS DE ESTUDIOS CLÍNICOS ALEATORIZADOS

Conclusiones: En TR estable, objetivos de Hb altos no demostraron de forma concluyente un enlentecimiento del declive anual de VFGe en el análisis global; sin embargo, al excluir el estudio más pequeño, se observa un beneficio estadística y clínicamente relevante (1,7 ml/min/1,73 m²/año). Se requieren ECA de mayor tamaño y seguimiento más largos, con desenlaces renales “duros” para confirmar la eficacia y seguridad.

“CARGA OCULTA DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA: RESULTADOS DE UN SCREENING POBLACIONAL EN EL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSIDAD DE CHILE”

Trabajo 116

Categoría de Trabajo: Estudio Clínico

Tema de Trabajo: Insuficiencia Renal

Autores: Tamara Jiménez Fuentes, Luis Toro Cabrera, Fernando González Fuenzalida

Lugar de Trabajo: 1. Hospital de Urgencia Asistencia Pública - Egresada de Nefrología Universidad de Chile 2. Servicio de Nefrología, Hospital Clínico de la Universidad de Chile 3. Servicio de Nefrología, Hospital del Salvador.

Introducción: La Enfermedad Renal Crónica (ERC) es un problema de salud pública creciente, asociado al envejecimiento y a comorbilidades como Hipertensión Arterial (HTA) y Diabetes Mellitus (DM). Su curso asintomático retrasa el diagnóstico, concentrando los esfuerzos en etapas terminales y aumentando el costo sanitario. La detección temprana podría modificar su evolución y reducir la necesidad de terapias de reemplazo renal. Este estudio buscó estimar la prevalencia de ERC no diagnosticada en población ambulatoria atendida durante el Día Mundial del Riñón 2024.

Metodología: Estudio descriptivo, observacional y transversal realizado en el Hospital Clínico Universidad de Chile. Se incluyeron adultos ≥ 18 años sin diagnóstico previo de ERC. Se aplicó una encuesta clínica, se midió presión arterial (tensiómetro digital Omron HEM-7142) y creatinina capilar mediante analizador portátil (StatSensor Xpress), estimando la eVFG por fórmula MDRD-4. Los participantes con eVFG < 60 mL/min o presión arterial $\geq 140/90$ mmHg fueron citados a control médico. Se emplearon pruebas de Chi cuadrado y t de Student, considerando $p < 0,05$ como significativo.

Resultados: De 413 evaluados, 358 fueron analizados (edad media $53,3 \pm 13,4$ años, 71,5% mujeres). La prevalencia de HTA fue 37,7%, DM 19% y antecedentes familiares de ERC 28,2%. El promedio de eVFG fue $70,1 \pm 14,3$ mL/min; 11,4% presentó eVFG < 60 mL/min (9,8% estadio 3a y 1,7% 3b). Los sujetos con eVFG reducida mostraron mayor edad, HTA (56% vs 35%), DM (37% vs 17%) y valores más altos de presión arterial ($p < 0,01$). El punto de corte de PAS ≥ 140 mmHg presentó sensibilidad 41,5%, especificidad 84,9% y valor predictivo negativo 91,8%.

Conclusiones: El 11% de los participantes sin diagnóstico previo presentó deterioro de función renal, asociado principalmente a HTA, DM y mayor edad. Estos hallazgos evidencian una carga oculta de ERC en población aparentemente sana, lo que respalda la implementación de estrategias de pesquisa temprana y programas de prevención dirigidos. Pese a la ausencia de medición de albuminuria y al tamaño muestral limitado, el estudio demuestra la factibilidad y relevancia de aplicar tamizaje poblacionales en Chile, considerando el alto impacto económico y sanitario de la ERC avanzada.

“CARGA OCULTA DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA: RESULTADOS DE UN SCREENING POBLACIONAL EN EL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSIDAD DE CHILE”

TABLAS

Tabla 1. Caracterización de los pacientes. Se presentan las características demográficas, clínicas y parámetros evaluados en los pacientes incluidos en el estudio.

Características	Total pacientes	
	N	%
Total	358	100,0%
Género		
Femenino (%)	256	71,5%
Masculino (%)	96	26,8%
Otro / Prefiere no contestar (%)	6	1,7%
Lugar de residencia		
Región metropolitana (%)	343	95,8%
Regiones (%)	15	4,2%
Previsión		
FONASA (%)	258	72,1%
Isapre (%)	90	25,1%
Otra previsión (%)	5	1,4%
Ninguna (%)	5	1,4%
Edad (años)	53,3 ± 13,4	
18-29 años (%)	22	6,1%
30-39 años (%)	46	12,8%
40-49 años (%)	72	20,1%
50-59 años (%)	88	24,6%
60-69 años (%)	79	22,1%
70-79 años (%)	23	6,4%
≥80 años (%)	28	7,8%
Comorbilidades		
Hipertensión arterial (%)	135	37,7%
Diabetes (%)	68	19,0%
Cáncer (%)	16	4,5%
Antecedentes nefrológicos		
Prematurez (%)	23	6,4%
Incontinencia urinaria (%)	39	10,9%
Familiares con ERC (%)	101	28,2%
Infecciones urinarias previas (%)	191	53,4%
Examen previo de creatinina (%)	180	50,3%
Urolitiasis (%)	63	17,6%
Uso de medicamentos		
iECA/ ARA2 (%)	112	31,3%
Antagonistas de receptor de mineralocorticoides (%)	5	1,4%
iSGLT2 (%)	4	1,1%
Bloqueadores de canales de calcio (%)	31	8,7%
Metformina (%)	61	17,0%
Insulina (%)	7	2,0%

“CARGA OCULTA DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA: RESULTADOS DE UN SCREENING POBLACIONAL EN EL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSIDAD DE CHILE”

Tabla 2. Presión arterial y velocidad de filtración glomerular estimada. Se presentan los parámetros medidos en los pacientes incluidos en el estudio.

Presión arterial sistólica (mmHg)	124,2 ± 15,9	
Punto de corte nacional (MINSAL/ESC)		
< 120 mmHg (óptimo)	125	34,9%
120- 129 mmHg (normal)	94	26,3%
130- 139 mmHg (normal alto)	74	20,7%
140- 159 mmHg (hipertensión etapa 1)	52	14,5%
160- 179 mmHg (hipertensión etapa 2)	13	3,6%
≥180 mmHg (hipertensión etapa 3)	0	0,0%
Punto de corte AHA/ACC		
< 120 mmHg (normal)	125	34,9%
120- 129 mmHg (alto)	94	26,3%
130- 139 mmHg (hipertensión etapa 1)	74	20,7%
≥140 mmHg (hipertensión etapa 2)	65	18,2%
Presión arterial diastólica (mmHg)	76,8 ± 13,7	
Punto de corte nacional (MINSAL/ESC)		
< 80 mmHg (óptimo)	189	52,8%
80-84 mmHg (normal)	73	20,4%
85-89 mmHg (normal alto)	51	14,2%
90-100 mmHg (hipertensión etapa 1)	45	12,6%
100-110 mmHg (hipertensión etapa 2)	0	0,0%
≥110 mmHg (hipertensión etapa 3)	0	0,0%
Punto de corte AHA/ACC		
< 80 mmHg (normal)	189	52,8%
80-89 mmHg (hipertensión etapa 1)	124	34,6%
≥90 mmHg (hipertensión etapa 2)	45	12,6%
Velocidad de filtración glomerular estimada (mL/min)	70.1 ± 7.3	
≥90	45	12,6%
60-89	272	76,0%
45-59 (rango ERC etapa 3a)	35	9,8%
30-44 (rango ERC etapa 3b)	6	1,7%
15-29 (rango ERC etapa 4)	0	0,0%
< 15 (rango ERC etapa 5)	0	0,0%

“CARGA OCULTA DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA: RESULTADOS DE UN SCREENING POBLACIONAL EN EL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSIDAD DE CHILE”

Tabla 3. Comparación entre pacientes según velocidad de filtración glomerular estimada (eVFG). Se presentan las características entre los pacientes según eVFG mayor a 60 mL/min y menor a 60 mL/min. Se presenta el p-value entre ambos grupos.

Características	Total pacientes		eVFG > 60 mL/min		eVFG < 60 mL/min		p-value
	N	%	N	%	N	%	
Total	358	100,0%	317	88,5%	41	11,5%	
Género							
Femenino (%)	256	71,5%	232	73,2%	24	58,5%	<0,05
Masculino (%)	96	26,8%	80	25,2%	16	39,0%	
Otro / Prefiere no contestar (%)	6	1,7%	5	1,6%	1	2,4%	
Lugar de residencia							
Región metropolitana (%)	343	95,8%	304	95,9%	39	95,1%	ns
Regiones (%)	15	4,2%	13	4,1%	2	4,9%	
Previsión							
FCNASA (%)	258	72,1%	230	72,6%	28	68,3%	ns
Isapre (%)	90	25,1%	77	24,3%	13	31,7%	
Otra previsión (%)	5	1,4%	5	1,6%	0	0,0%	
Ninguna (%)	5	1,4%	5	1,6%	0	0,0%	
Edad (años)	53,3 ± 13,4		44,9 ± 12,7		52,9 ± 14,4		
18-29 años (%)	22	6,1%	20	6,3%	2	4,9%	<0,05
30-39 años (%)	46	12,8%	44	13,9%	2	4,9%	
40-49 años (%)	72	20,1%	68	21,5%	4	9,8%	
50-59 años (%)	88	24,6%	71	22,4%	17	41,5%	
60-69 años (%)	79	22,1%	72	22,7%	7	17,1%	
70-79 años (%)	23	6,4%	19	6,0%	4	9,8%	
≥80 años (%)	28	7,8%	23	7,3%	5	12,2%	
Comorbilidades							
Hipertensión arterial (%)	135	37,7%	112	35,3%	23	56,1%	<0,01
Diabetes (%)	68	19,0%	53	16,7%	15	36,6%	<0,01
Cáncer (%)	16	4,5%	13	4,1%	3	7,3%	ns
Antecedentes nefrológicos							
Prematurez (%)	23	6,4%	18	5,7%	5	12,2%	ns
Incontinencia urinaria (%)	39	10,9%	32	10,1%	7	17,1%	ns
Familiares con ERC (%)	101	28,2%	83	26,2%	18	43,9%	<0,05
Infecciones urinarias previas (%)	191	53,4%	161	50,8%	30	73,2%	ns
Examen previo de creatinina (%)	180	50,3%	161	50,8%	19	46,3%	ns
Urolitiasis (%)	63	17,6%	51	16,1%	12	29,3%	ns
Uso de medicamentos							
IECA/ARA2 (%)	112	31,3%	101	31,9%	11	26,8%	ns
Antagonistas de receptor de mineralocorticoides (%)	5	1,4%	5	1,6%	0	0,0%	ns
SGLT2 (%)	4	1,1%	3	0,9%	1	2,4%	ns
CCB (%)	31	8,7%	26	8,2%	5	12,2%	ns
Metformina (%)	61	17,0%	50	15,8%	11	26,8%	ns
Insulina (%)	7	2,0%	5	1,6%	2	4,9%	ns
Presión arterial sistólica (mmHg)	124,2 ± 15,9		123,1 ± 14,9		131,5 ± 17,1		
Punto de corte nacional (MNSAU/ESC)							
< 120 mmHg (óptimo)	125	34,9%	116	36,6%	9	22,0%	<0,01
120-129 mmHg (normal)	94	26,3%	88	27,8%	6	14,6%	
130-139 mmHg (normal alto)	74	20,7%	65	20,5%	9	22,0%	
140-159 mmHg (hipertensión etapa 1)	52	14,5%	39	12,3%	13	31,7%	
160-179 mmHg (hipertensión etapa 2)	13	3,6%	9	2,8%	4	9,8%	
≥180 mmHg (hipertensión etapa 3)	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	
Punto de corte AHA/ACC							
< 120 mmHg (normal)	125	34,9%	116	36,6%	9	22,0%	<0,01
120-129 mmHg (alto)	94	26,3%	88	27,8%	6	14,6%	
130-139 mmHg (hipertensión etapa 1)	74	20,7%	65	20,5%	9	22,0%	
≥140 mmHg (hipertensión etapa 2)	65	18,2%	48	15,1%	17	41,5%	
Presión arterial diastólica (mmHg)	76,8 ± 13,7		75,3 ± 13,3		81,1 ± 12,7		
Punto de corte nacional (MNSAU/ESC)							
< 80 mmHg (óptimo)	189	52,8%	176	55,5%	13	31,7%	<0,05
80-84 mmHg (normal)	73	20,4%	64	20,2%	9	22,0%	
85-89 mmHg (normal alto)	51	14,2%	41	12,9%	10	24,4%	
90-100 mmHg (hipertensión etapa 1)	45	12,6%	36	11,4%	9	22,0%	
100-110 mmHg (hipertensión etapa 2)	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	
≥110 mmHg (hipertensión etapa 3)	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	
Punto de corte AHA/ACC							
< 80 mmHg (normal)	189	52,8%	176	55,5%	13	31,7%	<0,05
80-89 mmHg (hipertensión etapa 1)	124	34,6%	105	33,1%	19	46,3%	
≥90 mmHg (hipertensión etapa 2)	45	12,6%	36	11,4%	9	22,0%	

“CARGA OCULTA DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA: RESULTADOS DE UN SCREENING POBLACIONAL EN EL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSIDAD DE CHILE”

Tablas 4. Evaluación de sensibilidad-especificidad y valor predictivo de la medición de presión arterial sistólica para la pesquisa de velocidad de filtración glomerular disminuida. Se presentan las tablas de contingencia para estimación de velocidad de filtración glomerular (menor a 60 mL/min y mayor a 60 mL/min) en relación a la medición de presión arterial sistólica (menor y mayor al valor de corte). Se utiliza el valor de corte de hipertensión arterial de las guías nacionales (140 mmHg, **Tabla 4a**) y las guías estadounidenses (130 mmHg, **Tabla 4b**).

	eVFG < 60 mL/min	eVFG > 60 mL/min	Total		
PAS ≥ 140 mmHg	17	48	65	Sensibilidad	41,5%
PAS < 140 mmHg	24	269	293	Especificidad	84,9%
Total	41	317	358	Valor predictivo positivo	26,2%
				Valor predictivo negativo	91,8%

	eVFG < 60 mL/min	eVFG > 60 mL/min	Total		
PAS ≥ 130 mmHg	26	113	139	Sensibilidad	63,4%
PAS < 130 mmHg	15	204	219	Especificidad	64,4%
Total	41	317	358	Valor predictivo positivo	18,7%
				Valor predictivo negativo	93,2%

EMBARAZO DE MUJER CON DIABETES MODY TIPO 5, CON SISTEMA AUTOMATIZADO DE INSULINA, ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA Y SÍNDROME HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO, CON RESULTADO MATERNO-FETAL EXITOSO: REPORTE DE CASO

Trabajo 117

Categoría de Trabajo: Caso Clínico

Tema de Trabajo: Hipertensión

Autores: Luis Toro, Ana Villarroel, Gabriela Sanzana, Catalina Elguera, Cristian Reyes, Esperanza Perez

Lugar de Trabajo: 1. Sección de Nefrología, Departamento de Medicina, Hospital Clínico Universidad de Chile. 2. Sección de Diabetes, Departamento de Medicina, Hospital Clínico Universidad de Chile. 3. Departamento de Ginecología y Obstetricia, Hospital Clínico Universidad de Chile.

Introducción: La diabetes MODY tipo 5 es una enfermedad monogénica causada por mutación del gen HNF1B, herencia autosómica dominante, y representa menos del 2% de las diabetes monogénicas. Presenta insulinopenia, por lo que puede interpretarse como diabetes tipo 1, y se asocia a Enfermedad Renal Crónica (ERC). Existe poca literatura sobre embarazo en estas pacientes, generalmente asociado a alta morbimortalidad materno-fetal, principalmente por Síndrome Hipertensivo del Embarazo (SHE).

Objetivo: Presentar un caso de diabetes MODY tipo 5 y ERC con embarazo de alto riesgo y resultado materno-fetal exitoso. Se obtuvo consentimiento informado de la paciente y aprobación del Comité de Ética Institucional.

Caso Clínico: Paciente sexo femenino, 33 años, debut de diabetes a los 15 años, clasificada como tipo 1 con posterior diagnóstico de diabetes MODY tipo 5. Por hipoglucemias severas sin pródromo usa insulina con sistema de asa cerrada híbrida avanzada. Evoluciona con ERC G3aA3 e hipertensión arterial, tratada con Losartán. Presenta embarazo no planificado, pesquisado a la semana 6, en control por perinatólogo. Se ajusta insulinoterapia y suspenden antihipertensivos. La semana 18 presenta alza de presión arterial y proteinuria, iniciando control con nefrólogo. Se indica tratamiento antihipertensivo estricto con metildopa y amlodipino. Mantiene buen control de presión arterial y proteinuria, hasta la semana 35, siendo hospitalizada por alza de parámetros. Durante el embarazo, el feto presenta desarrollo normal. Se realiza parto programado vía vaginal a las 37 semanas, sin incidentes. Recién nacida femenina sana, peso: 2.650 g. La madre evoluciona con descenso de presión arterial y proteinuria (Figura 1). Al primer mes post parto, madre e hija en buenas condiciones.

Discusión: Estudios recientes como CHAPS y AiDAPT muestran que el control estricto de presión arterial, más uso de sistemas automatizados de insulina en diabetes insulino-pénica, se asocian a mejores desenlaces materno-fetales. Si bien hay poca evidencia en diabetes MODY, los datos disponibles sugieren que estas terapias deberían ser aplicadas en estas pacientes.

EMBARAZO DE MUJER CON DIABETES MODY TIPO 5, CON SISTEMA AUTOMATIZADO DE INSULINA, ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA Y SÍNDROME HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO, CON RESULTADO MATERNO-FETAL EXITOSO: REPORTE DE CASO

Conclusión: Este es el primer reporte en la literatura de diabetes MODY tipo 5, con ERC y SHE, de resultados materno-fetales exitosos. El propósito de presentar el caso es dar a conocer esta condición infrecuente y mostrar que, con manejo multidisciplinario adecuado, se puede mejorar el pronóstico de la madre y el recién nacido.

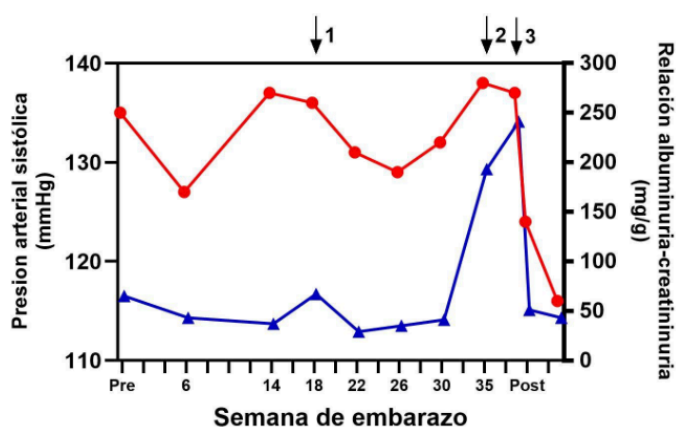


Figura 1. Cambios de presión arterial sistólica (línea roja) y relación albuminuria-creatininuria (línea azul) de la paciente. Se muestran los valores basales (Pre), durante las semanas del embarazo y post parto (Post). Flecha 1: Primer control con nefrólogo (semana 18). Flecha 2: Hospitalización (semana 35). Flecha 3: Parto (semana 37).

SÍNDROME DE SNEDDON ASOCIADA A MICROANGIOPATÍA TROMBÓTICA RENAL.

Trabajo 118

Categoría de Trabajo: Caso Clínico

Tema de Trabajo: Hipertensión

Autores: Henry Aragon, Fernando Navarro, Leticia Elgueta, María José Hidalgo, Pabla Salinas, Paula Segura, Cecilia Cuellar, Boris Mena, Guillermo Villamizar, María José De Pablo

Lugar de Trabajo: 1. Servicio de Nefrología Hospital San José 2. Servicio de Nefrología Hospital San José 3. Servicio de Nefrología Hospital San José 4. Hospital Clínico Universidad Chile Anatomía Patológica 5. Servicio de Neurología Hospital San José.

Introducción: El Síndrome de Sneddon (SS) es una vasculopatía trombótica no inflamatoria, de curso crónico y sistémico, entidad clínica rara 1/1000000, en mujeres de 20-42 años de edad, se caracteriza por la asociación de ACV isquémico, livedo racemoso, los sistemas más afectados son cardiovascular, renal y se asocia a Síndrome Antifosfolípido.

Caso Clínico: Mujer de 26 años que debuta en junio 2020 con Hipertensión Arterial, AKI KDIGO III renal, proteinuria en rango no nefrótico, sin hematuria, fenómeno de Raynaud, baja de peso, serositis, anemia, trombocitopenia, rash malar, alopecia, livedo racemoso. Del estudio inmunológico destaca solo anticoagulante lúpico positivo. Creatinina 4.6 IPC 3. Se maneja como Lupus Eritematoso sistémico + SAF e inicia inducción con bolos de metilprednisolona, seguido de prednisona y ciclofosfamida y TACO. Se realiza biopsia renal en junio 2020 que concluye esclerosis arteriolar severa y signos ultraestructurales de daño endotelial masivo, concordantes con MAT. Por abandono de tratamiento julio 2021 presenta recaída grave, ingreso a UCI, VMI, serositis, hemorragia alveolar, tromboembolismo pulmonar, trombocitopenia severa, endocarditis de Libman Sacks, ACV, AKI, marcadores inmunológicos negativos, recibiendo nuevo tratamiento de inducción con metilprednisolona + ciclofosfamida 6 ciclos E.V. más anticoagulación oral. Por la persistencia de livedo racemoso, se plantea posibilidad de SS, solicitando estudio genético (octubre 2023 Instituto Valenciano, España), el cual concluye (deleción homocigótica del exón 7 del gen cecr1) concordante con SS. Se desestima diagnóstico LES, siendo manejada como SS + SAF primario solo con anticoagulación oral más terapia antihipertensiva y anti proteinurica. Actualmente, en los últimos 2 años, estable, normotensa, con creatinina 1.8, proteinuria de 400 mg en 24 hrs.

Discusión: Inicialmente el cuadro clínico se manejó como LES grave por la heterogeneidad de su presentación clínica, el livedo racemoso toma importancia al asociarse a ACV, la presencia de MAT renal secundaria a SAF descarta LES. La nefropatía asociada al SS se debe a la vasculopatía trombótica que afecta los vasos renales lo que conduce a HTA y ERC.

Conclusión: La presentación clínica grave de daño cerebral isquémico, cardiovascular y renal debe considerar enfermedades sistémicas como SAF, LES o SS. La complejidad lleva a realizar estudios complementarios que refuerzan el diagnóstico clínico-genético correcto.

ALTERACIONES DEL METABOLISMO ÓSEO EN PACIENTE ONCOLÓGICO: DE LOS ELECTROLITOS URINARIOS A LA FISIOPATOLOGÍA

Trabajo 120

Categoría de Trabajo: Caso Clínico

Tema de Trabajo: Nefrología

Autores: Andrea del Carmen González Rojas, Daniel Miranda Silva, Carolina Cordero Pérez, Pilar Acuña Aguayo, Iván Goic Borojevic, Paola Mur Alfaro, Leonardo Nuñez Tomé

Lugar de Trabajo: 1. Hospital San Juan de Dios, Santiago 2. Hospital San Juan de Dios, Santiago 3. Hospital San Juan de Dios, Santiago. 4. Hospital San Juan de Dios, Santiago.

Introducción: En pacientes oncológicos la deficiencia de magnesio es un fenómeno frecuente relacionado tanto a aspectos nutricionales, malabsortivos (IBP) como a evento adverso en relación a uso de antineoplásicos a base de platino con toxicidad tubular conocida.

Caso Clínico: Previo consentimiento informado, presentamos una mujer de 53 años portadora de un cáncer cervicouterino etapa IVB en tratamiento hace 6 meses con quimioterapia con Carboplatino/Paclitaxel + Radioterapia + Braquiterapia. Posterior al 6° ciclo evoluciona con cefalea, vómitos, calambres y parestesias. Se solicitan exámenes y es citada por resultados alterados. Al examen físico se describe signo de Chvostek(+). Al ingreso destaca Hb: 8,6gr/dl, RAN 526 y plaquetas: 51.000. Creatinina: 0,86 mg/dl, BUN:13,2 mg/dl Na:138 mmol/l, K: 3,4 mmol/l, Cl: 97mmol/l, Calcemia 5,36 mg/dl, Albúmina 3,8 g/L, Fosfemia 2,1 mg/dl, Mg: 0,6 mg/dl. ECG normal. Ingresa a UPC corrigiendo calcio y magnesio vía endovenosa. Corrige Calcemia a 10,5 mg/dl en menos de 18 hrs. Se inicia estudio con electrolitos urinarios y se calculan: FEMg 14,2%; FECa 4,72%; FEPO4- 2%, PTH 64 pg/ml. Posteriormente mantiene requerimientos de carga de magnesio por 48 hrs y posteriormente aporte oral, sin nuevos trastornos del calcio. Al alta presenta calcemia 8.3 mg/dl, fosfemia 2.3 mg/dl Magnesemia 1,2 mg/dl.

Discusión: La hipomagnesemia es un efecto secundario conocido de los platinos, que afecta hasta el 90% de los pacientes si no se aplican medidas correctivas; estos modifican la reabsorción del magnesio, en el túbulo distal mediada por TRPM6, lo que podemos objetivar por la elevada FEMg. La hipomagnesemia resultante inhibe la secreción y genera resistencia renal a la parathormona lo que explica la hipocalcemia con hipercalcemia relativa con hipofosfaturia que generó los trastornos secundarios. Es importante un seguimiento estricto, por riesgo de arritmias ventriculares y mortalidad asociada. Palabras claves: hipomagnesemia, carboplatino, cáncer cervicouterino. Abreviaturas: NCC:cotransportador Na⁺-Cl⁻, IBP:inhibidores bomba de protones.

EL ROL DE LA TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL CONTINUA EN EL PACIENTE CRÍTICO SÉPTICO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVO MÉDICO-QUIRÚRGICA

Trabajo 121

Categoría de Trabajo: Estudio Clínico

Tema de Trabajo: Nefrología

Autores: Nelson Bravo Cofre, Crsithel Herrera Fuentes, Natalia Dreyse Sepulveda

Lugar de Trabajo: 1. Clínica Alemana de Santiago.

Introducción: La sepsis continúa siendo una causa principal de ingreso a las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). La Injuria Renal Aguda (AKI) afecta a 35% de los hospitalizados en UCI y cerca del 50% de la insuficiencia renal aguda es secundaria a sepsis. En este contexto, la terapia de Reemplazo Renal Continua (TRRC) puede remover mediadores inflamatorios, y contribuir al equilibrio del medio interno durante el manejo de la sepsis en UCI. Por lo tanto, el objetivo de este estudio es evaluar el rol de la TRRC en pacientes sépticos críticos ingresados a UCI. Estudio observacional retrospectivo en UCI adulto médico-quirúrgica entre enero de 2020 y marzo de 2025. Se consideró diagnóstico primario de sepsis con o sin shock los cuales requirieron TRRC con una dosis indicada igual o mayor a 30 ml/kg/hora. Se realizó análisis descriptivo y las comparaciones entre grupos se realizaron mediante la prueba no paramétrica de Mann–Whitney y las correlaciones con el coeficiente de Spearman. Estudio aprobado por el Comité de Ética local. Se incluyeron 82 pacientes de 334 analizados, 72% presentaron shock, 37% fallecieron durante la hospitalización y solo 4,9 % del total ingresó a diálisis a su egreso. La mediana de la dosis de clearance por peso fue 47 ml [36-69] y la duración de conexión 70h [36–138]. No se observaron diferencias en las horas de conexión entre pacientes con y sin shock (64 h vs 70h; $p = 0.85$), ni se encontró asociación entre la dosis de clearance y mortalidad ($p:0,96$) al mismo tiempo, se observó relación positiva entre dosis de clearance y días de estancia en UCI en la muestra ($p= 0.012$ $r: -0,27$). Al analizar los delta de uso de drogas vaso activas se observa leve tendencia a la mortalidad en deltas menores de noradrenalina ($p= 0.0546$) siendo la dosis de clearance el valor con mayor fuerza estadística entre mayor dosis y mayor cambio del delta de NAD ($p= < 0.01$). Asimismo, el delta de bicarbonato se correlacionó negativamente con días en VMI ($p=0.005$ $r:-0.31,$) y estancia en UCI ($p=0.034$ $r:-0.23,$). En relación a diálisis al alta el factor más importante fue el antecedente de IRC al ingreso ($p=0,034$ $or: 13$). En esta cohorte no se halló asociación entre la dosis de clearance ni la duración de la terapia y la mortalidad. En cambio, la dosis de clearance mostró señal de asociación con la estancia en UCI, mejores deltas de laboratorio y menor requerimiento de DVA. La falta de significancia podría obedecer al tamaño muestral y a la variabilidad clínica.

EL ROL DE LA TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL CONTINUA EN EL PACIENTE CRÍTICO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVO MÉDICO-QUIRÚRGICA

Variable	Valor
N	82
Demografía y antropometría	
Hombre, n(%)	51(66,7)
Edad, años	70 [59-79]
Peso, kg	73(66 - 83)
Altura, cm	170 [160-180]
IMC, kg/m ²	26[23-29]
Severidad	
APACHE II score	20 [14-22]
SOFA score	9 [6-10]
Ventilación Mecánica %	87,8
PaO ₂ :FiO ₂ inicial	246 [172-302]
Creatina en sangre (mg/dl)	2,4 [1,6-4,0]
Comorbilidad	
Hipertensión, n(%)	48(58,5)
Diabetes Mellitus, n(%)	17(20,7)
Dislipidemia, n(%)	16(19,5)
Hipotiroidismo, n(%)	17(20,7)
Inmunosupresión n(%)	19(23,2)
Cáncer, n(%)	26(31,7)
EPDC, n(%)	12(14,6)
Fibrosis pulmonar, n(%)	3(3,7)
Arritmias n(%)	18(22,0)
Usuario de Marcapasos, n(%)	6(7,3)
Cardiopatía coronaria n(%)	13(15,9)
ACV n(%)	3(3,7)
Daño Hepático Crónico n(%)	4(4,9)
Sin antecedentes médicos, n(%)	2(2,4)
Outcomes	
Días UCI, días	13 [8-21]
Días VMI, días	8 [4-15]
Horas conexión a terapia, hrs	70 [36-138]
Mortalidad Hospitalaria, %	36,6
Horas desde ingreso y conexión a terapia, hrs	50 [19-143]
Uso de Terapia convencional posterior %	25,6
Dialisis al alta %	2,08
Foco SEPSIS	
No presionado n(%)	6(7,3)
Abdominal n(%)	27(32,9)
Respiratorio n(%)	34(41,5)
Urinario n(%)	9(11,0)
Cutáneo n(%)	7(8,5)
Oseo n(%)	3(3,7)

Modalidad TRRC	
HFVVVC, n(%)	47(57,3)
HDFVVVC, n(%)	35(42,7)
Filtro	
ST 150 Baxter n(%)	29(35,4)
ST 100 Baxter n(%)	5(6,1)
HF 1000 Baxter n(%)	3(3,7)
HF 1400 Baxter n(%)	19(23,2)
M100 Baxter n(%)	1(1,2)
Filtro M. n(%)	1(1,2)
Filtro I. Braun n(%)	24(29,3)

Terapia de anticoagulación	
Heparina no fraccionada n(%)	23(28)
Citrato n(%)	1(1,2)

Configuración Inicial	
Flujo de sangre (ml/hr)	250 [200-300]
Flujo de diálisis (ml/hr)	1000 [1000-1500]
Flujo pre dilucional (ml/hr)	3000 [2425-5000]
Flujo post dilucional (ml/hr)	900 [500-1712]
Ultrafiltración (ml/hr)	100 [100-150]
PBP (ml/kg/h)	1000 [500-2000]
Dosis de clearance por peso (ml/kg/hora)	47 [36-69]

Exámenes de laboratorio y uso de droga vasoactiva antes y después del inicio de TRRC	Después	
	Antes	Después
Ph en sangre ph	7,4 [7,3-7,4]	7,4 [7,4-7,5]
Bicarbonato en sangre (mmol/l)	21,2 [18,1-24,1]	24,1 [22,4-25,7]
Acido lactico (mmol/l)	22,6 [15,1-35,5]	14 [10,5-24,6]
Fósforo en Sangre (mmol/l)	4,2 [3,3-6,2]	3,0 [2,3-3,6]
Nitrogeno ureico (mg/l)	67,5 [32-96]	41,9 [19,2-56]
Proteína C reactiva (mg/L)	9,8 [4,1-23,2]	12,1 [4,4-19,6]
Hematocrito %	27,3 [25,1-33,4]	---
Plaquetas (x10 ⁹ /L)	153 [75-263]	---
Leucocitos (x10 ⁹ /L)	11,1 [6,7-20,2]	---
Noradrenalina ug/kl/min	0,2 [0,1-0,3]	0,09 [0,03-0,2]
Uso de otra Droga Vasoactiva n(%)	27(32,9)	33(40,2)

Figure 1: Box plot delta de dosis de noradrenalina agrupada entre pacientes vivos y no vivos. (p=0,05)

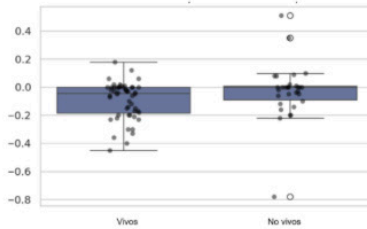


Figure 2: Relación entre el cambio de dosis de noradrenalina a 12 h (post-12 h - basal) y la dosis de clearance por peso, evidenciando una asociación negativa (mayor disminución de noradrenalina se asocia con mayor clearance por peso). P<0.01 r: -0,44

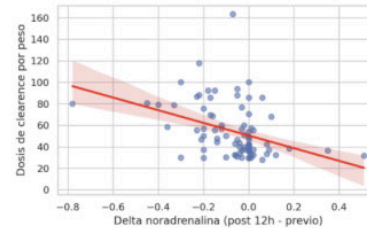
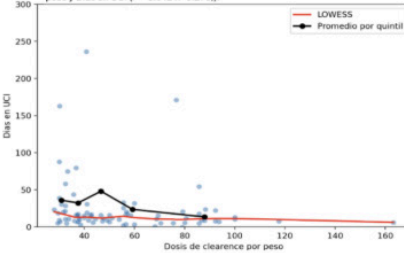


Figure 3: Scatterplot en donde se muestra la relación entre dosis de clearance por peso y Días en UCI (P = 0,012 r: -0,276).



ÁNGULO DE FASE COMO PREDICTOR DEL ESTADO NUTRICIONAL Y FRAGILIDAD EN UNA COHORTE DE PACIENTES EN HEMODIÁLISIS.

Trabajo 124

Categoría de Trabajo: Estudio Clínico

Tema de Trabajo: Hemodiálisis

Autores: Isadora González González, Nerio Quintero Parra, María Loreto González González, Ruben Torres Díaz

Lugar de Trabajo: 1. Nuevo Hospital Claudio Vicuña.

Introducción: El Ángulo de Fase (AF) obtenido mediante Bioimpedancia Eléctrica (BIA) es un buen indicador de estado de la masa celular corporal, integridad de las membranas celulares y balance hídrico intracelular en pacientes en Hemodiálisis (HD). El valor mínimo debiera ser $\geq 5^\circ$.

Objetivos: Comparar pacientes en HD crónica con $AF < 5^\circ$ versus $\geq 5^\circ$, respecto de parámetros nutricionales, fuerza prensil, estado de fragilidad y status clínico.

Población: Estudio de cohorte transversal, se incluyeron 43 pacientes en HD crónica del Hospital Claudio Vicuña. Se excluyeron pacientes < 18 años, embarazadas, < 3 meses en HD, usuarios de marcapasos u otra contraindicación que no permita realizar BIA.

Metodología: Se determinó AF y variables de composición corporal: agua corporal total (TBW), agua extracelular (ECW), relación ECW/TBW, índice masa muscular (IMM), índice masa grasa (FMI), grasa visceral (VAT), con equipo mBCA SECA 525 (30 minutos postdiálisis). La fuerza prensil (HGS) se realizó con dinamómetro Baseline digital (prediálisis), considerándose normal > 27 kg en hombres y > 16 kg en mujeres. La fragilidad se evaluó con escala de fragilidad clínica. Se usó t-test y χ^2 para ver si existían diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$).

Resultados: Se encontraron 27 pacientes con $AF \geq 5^\circ$ (63%) y 16 con $AF < 5^\circ$ (37%). En relación a los que tiene $< 5^\circ$ se encontró que eran de mayor edad, mayor proporción de diabéticos, menor IMM (6,9 vs 8,5 kg/m² $p = 0,001$), mayor ECW/TBW (47,3% vs 43,2% $p < 0,0001$), menor creatinemia (7,6 vs 10,4 mg% $p < 0,0001$), menor fosfemia (3,8 vs 5,3 mg% $p = 0,005$), menor potasemia (4,8 vs 5,3 mEq/l), menor albuminemia (3,39 vs 3,7 gr% $p = 0,002$), mayor glicemia (181 vs 128 mg% $p = 0,03$). Respecto de HGS se encontró que pacientes con $AF \geq 5^\circ$ el 63% tenían un valor normal vs 25% en pacientes con $AF < 5^\circ$ ($p = 0,016$). Respecto a la fragilidad los pacientes con $AF < 5^\circ$ tenían mayor proporción de fragilidad (31% versus 4%) con 7.75 veces más riesgo de ser frágiles en comparación con quienes tienen $AF > 5$.

Conclusiones: La presencia de $AF < 5^\circ$ en pacientes en HD crónica se asocia a menor creatinemia, fosfemia, potasemia, albuminemia, HGS, mayor porcentaje de diabetes y aumento de fragilidad clínica. Un $AF < 5^\circ$ se asocia fuertemente con la presencia de fragilidad, sarcopenia, inadecuado estado proteico visceral, inflamación y sobrehidratación del extracelular, por lo cual esta variable puede ser un buen indicador de seguimiento del estado general en pacientes en HD crónica.

ÁNGULO DE FASE COMO PREDICTOR DEL ESTADO NUTRICIONAL Y FRAGILIDAD EN UNA COHORTE DE PACIENTES EN HEMODIÁLISIS.

Tabla 1. Comparación de Variables entre paciente con AF <5° y AF ≥5°

Variables	AF<5° (n=16)	AF≥5° (n=27)	p
Biodemográficas			
Edad (promedio ± DE)	65.94 ± 12.41	55.41 ± 16.81	0.035
Sexo (M/F)	13/3	16/11	0.25
IMC kg/m ² (promedio ± DE)	26.33 ± 4.98	27.85 ± 3.87	0.273
Tiempo en Diálisis (promedio ± DE)	5.75 ± 5.49	5.51 ± 4.47	0.873
Diabetes			
Diabético, n (%)	8 (50)	5 (18,5)	0.03
Parámetros Bioimpedancia eléctrica (BIA)			
Índice de masa grasa (FMI) (promedio ± DE)	9.46 ± 3.95	9.49 ± 3.39	0.980
Índice de masa magra (FFMI) (promedio ± DE)	17.17 ± 2.18	18.37 ± 2.31	0.10
Índice de masa muscular (IMM) (promedio ± DE)	6.99 ± 1.48	8.54 ± 1.42	0.001
% Agua corporal total (promedio ± DE)	49.35 ± 9.10	48.96 ± 6.43	0.87
% Agua extracelular (%) (promedio ± DE)	23.39 ± 4.58	21.17 ± 3.10	0.064
Relación ECW/TBW % (promedio ± DE)	47.31 ± 1.61	43.23 ± 2.71	<0.0001
Grasa visceral (VAT) (promedio ± DE)	4.48 ± 2.46	3.65 ± 1.89	0.224
Fuerza Prensil			
Fuerza Prensil (HGS) baja n (%)	12 (75)	10 (37)	0.016
Pruebas de Laboratorio			
Hemoglobina (promedio ± DE)	11.71 ± 1.62	11.64 ± 1.54	0.880
Bun pre (promedio ± DE)	53.75 ± 14.75	60.30 ± 13.94	0.153
BUN post (promedio ± DE)	16.81 ± 7.56	15.19 ± 6.69	0.467
KT/V Monocompartimental (promedio ± DE)	1.55 ± 0.27	1.87 ± 0.91	0.180
Creatinina (promedio ± DE)	7.59 ± 2.18	10.39 ± 1.95	<0.0001
Fósforo (promedio ± DE)	3.83 ± 1.40	5.36 ± 1.78	0.005
Fosfatasas alcalinas (promedio ± DE)	174.81 ± 181.63	146.89 ± 102.47	0.521
Sodio (promedio ± DE)	137.33 ± 2.19	138.13 ± 2.23	0.254
Potasio (promedio ± DE)	4.80 ± 0.64	5.37 ± 0.98	0.043
Triglicéridos (promedio ± DE)	159.13 ± 76.20	169.85 ± 81.08	0.670
Albúmina (promedio ± DE)	3.39 ± 0.40	3.70 ± 0.22	0.002
Glicemia (promedio ± DE)	181.75 ± 78.74	128.89 ± 76.49	0.036

Tabla Comparación de variables entre pacientes según AF

EFECTOS DE LA TERAPIA DE ALFA CETOANÁLOGOS EN ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA AVANZADA

Trabajo 125

Categoría de Trabajo: Estudio Clínico

Tema de Trabajo: Insuficiencia Renal

Autores: Pabla Salinas Urbina, Tahía Alarcón Sarria, Luis Toro Cabrera, Pamela Hermosilla Castillo, María José Hidalgo Jacob, Leticia Elgueta Segura, Fernando Navarro Jorquera, Herny Aragón Velarde, Guillermo Villamizar Rodríguez

Lugar de Trabajo: 1. Hospital San José 2. Hospital clínico Universidad de Chile.

Introducción: La prevalencia de la ERC aumenta progresivamente con la edad. En sus etapas avanzadas, la fragilidad, la multimorbilidad y los síndromes geriátricos constituyen determinantes pronósticos relevantes en la toma de decisiones. Aunque la Terapia de Reemplazo Renal (TRR) se asocia a una mayor sobrevida, en los adultos mayores sus beneficios pueden verse limitados por la elevada carga de comorbilidad y el deterioro funcional. En este contexto las estrategias conservadoras adquieren gran relevancia clínica, siendo la dieta muy baja en proteínas (DMBP) suplementadas con cetoanálogos (KA/EAA) demostrada para optimizar el control metabólico, disminuir carga nitrogenada y ralentizar la progresión de la ERC. Sin embargo, la evidencia en la población geriátrica continúa siendo limitada, lo que resalta la necesidad de nuevos estudios.

Objetivo: Caracterizar el tiempo de sobrevida libre de diálisis y mortalidad global entre pacientes adultos mayores (≥ 65 años) y menores de 65 años bajo un programa de DMBP (0,4 gr/kg/día) con KA/EAA.

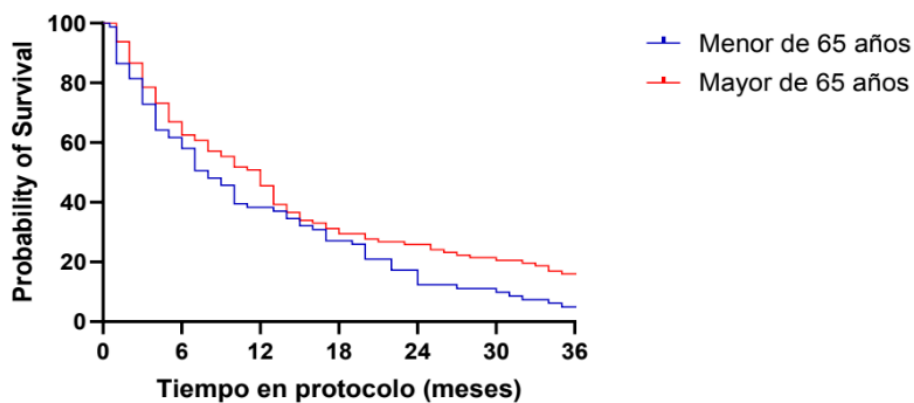
Metodología: Cohorte histórica con enfermedad renal crónica en etapa 4 y 5 sin TRR del Hospital San José entre noviembre 2018 y junio 2024. Se incluyó a pacientes en régimen de aporte calórico de 30-35 kcal/kg/día con proteínas de origen vegetal 0.4 g/kg/día asociado a KA/EAA, 1 comprimido cada 5 kg de peso ideal diario y manejo estándar de ERC avanzada.

Resultados: Se analizaron 193 pacientes. La cohorte se divide en 2 grupos: adultos ≥ 65 años (112 pacientes, edad promedio 76 años, 43,7% de mujeres) y <65 años (81 pacientes, edad promedio 48 años, 59.4% de mujeres). En el análisis estadístico, los pacientes ≥ 65 años mostraron una mayor sobrevida libre de diálisis (\bar{x} 12 meses), comparado con los <65 años (\bar{x} 8 meses); HR 0.73; IC 95%: 0.54–0.98; $p = 0.024$. En cuanto a la mortalidad global, los ≥ 65 años mostraron una mayor mortalidad comparado con el grupo <65 años; HR 3.12; IC 95%: 1.5–6.2; $p=0.009$.

Conclusión: La terapia de DMBP con KA/EAA en la población adulta mayor, es una estrategia segura para retrasar el ingreso a terapia de TRR o como terapia paliativa para pacientes que no opten por TRR. Queda pendiente comparar estos resultados con un grupo de pacientes sin terapia específica para determinar la real eficacia de esta terapia, actividad actualmente en desarrollo.

EFFECTOS DE LA TERAPIA DE ALFA CETOANÁLOGOS EN ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA AVANZADA

Copy of Survival proportions: Survival of Sobrevida libre de evento (65 años)



UN DELICADO EQUILIBRIO: CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES DE NOVO EN INJERTO RENAL TRATADO CON RADIOFRECUENCIA.

Trabajo 126

Categoría de Trabajo: Caso Clínico

Tema de Trabajo: Transplante

Autores: Francisco Villagrán Cortés, Mireya Ortiz Mejías, Pablo Troncoso Carrasco, Luis Meneses Quiroz

Lugar de Trabajo: 1. Hospital Clínico Universidad Católica de Chile.

Introducción: El trasplante renal ofrece la mayor sobrevida y calidad de vida en la enfermedad renal crónica avanzada. Sin embargo, la inmunosupresión y la pérdida de inmunovigilancia a largo plazo incrementan el riesgo de neoplasias. Entre ellas, el carcinoma de células renales que se origina de novo en el injerto, constituye una complicación poco frecuente, de diagnóstico complejo y manejo desafiante.

Caso Clínico: Se presenta el caso de una mujer de 40 años receptora de trasplante renal en 2013 por glomeruloesclerosis focal y segmentaria genética, con inmunosupresión de mantención basada en ciclosporina, prednisona y micofenolato con cambio a rapamicina en 2016. Evolucionó sin complicaciones relevantes durante su seguimiento. Por protocolo local, se realizó ecografía anual, en la que en julio de 2024 se evidenció un nódulo cortical sólido hiperecogénico de 19 x 17 x 19 mm. El angio-TC confirmó una lesión hipervascular exofítica de 22 mm, compatible con carcinoma de células renales. Con función renal preservada al momento del diagnóstico (creatinina 0,7 mg/dL), se optó por manejo mínimamente invasivo mediante ablación percutánea por radiofrecuencia en septiembre de 2024. La biopsia confirmó carcinoma de células claras grado 2 ISUP/WHO con inmunohistoquímica CAIX(+), PAX8(+), Melan-A(-). La paciente evolucionó sin complicaciones nefrológicas ni urológicas, manteniendo función renal estable y sin evidencia de recidiva a los nueve meses de seguimiento oncológico.

Conclusión: Este caso ilustra una complicación infrecuente del trasplante renal y destaca la importancia del tamizaje ecográfico sistemático, que favorece el diagnóstico precoz y un abordaje mínimamente invasivo. Esta estrategia permite equilibrar el control oncológico con la preservación funcional del injerto.

EVALUACIÓN NUTRICIONAL INTEGRAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA: DINAMOMETRÍA Y ANTROPOMETRÍA COMO INDICADORES DE MASA MAGRA

Trabajo 127

Categoría de Trabajo: Estudio Clínico

Tema de Trabajo: Nutrición

Autores: Pia Villarroel Heise, Ignacia Hidalgo González, Ingrid Arce Faúndez, Gustavo Navarro Rojas, Iris Schulz Tapia, Leopoldo Ardiles Arnaíz

Lugar de Trabajo: 1. Hospital Base Valdivia.

Introducción: La composición corporal es uno de los indicadores pronósticos de ERC. Evaluar la Masa Magra (MM) puede ser a través de la determinación de fuerza muscular (FM). La dinamometría de mano se asocia con MM, lo que avala su utilidad en la valoración nutricional. El objetivo del estudio fue determinar valores de FM por dinamometría y comparar los resultados obtenidos con la antropometría. Con una aproximación observacional, descriptiva, transversal, se incluyeron enfermos renales de ambos sexos, controlados en el Policlínico de Nefrología del Hospital Base de Valdivia, con diagnóstico de ERC en etapa 3b-5, sin terapia de reemplazo renal. Se realizó revisión de fichas médicas, se registraron variables clínicas por anamnesis y nutricionales por antropometría y dinamometría. Se determinó la fuerza de prensión de la mano dominante mediante dinamómetro (Jamar hydraulic). Se midió el pliegue tricípital (PT) y la circunferencia braquial (CB). 101 pacientes fueron incluidos (55% mujeres), con una edad promedio de 68 ± 64 años. Entre las principales comorbilidades se observó 87% HTA, 36% DM2 y 22% patología o evento cardiovascular y la media de supervivencia a 10 años estimada fue 30,8%. Del estado nutricional destaca un 37% de eutróficos y un 55% de malnutrición por exceso. De acuerdo a la antropometría, la media para el PT fue de 14,4 mm, para CB fue de 30,7 cm y para fuerza de agarre de 28,6 kg. Se presentan valores de referencia de dinamometría por género y grupos de edad, constatando en nuestra población general P10 17 kg, P25 22 kg P50 27 kg P75 36,5 y P90 42 kg. Encontramos correlaciones positivas entre el estado nutricional y las medidas de CB ($r = 0,66$; $p < 0,01$) y PT ($r = 0,52$; $p < 0,01$). Dado que nuestro país no cuenta con parámetros de referencia para dinamometría en etapa predialítica, al compararlo con población sana, el 50% de los pacientes se encuentran con una fuerza de agarre bajo el P25.

Conclusión: Se confirma la correlación entre el estado nutricional y parámetros de composición corporal, encontrando además una FM disminuida en la mitad de la población de pacientes, consistente con cifras en hemodiálisis (64%). La dinamometría es útil para la detección temprana de cambios en la composición corporal y para monitorizar el estado de salud. Por tanto, se recomienda el tratamiento precoz del déficit de la FM en este grupo de pacientes.

CASO LUPUS LIKE

Trabajo 128

Categoría de Trabajo: Caso Clínico

Tema de Trabajo: Hipertensión

Autores: Javiera Ferrada Fernández, Verónica Medina Mirabal, Antonio Bisogno González

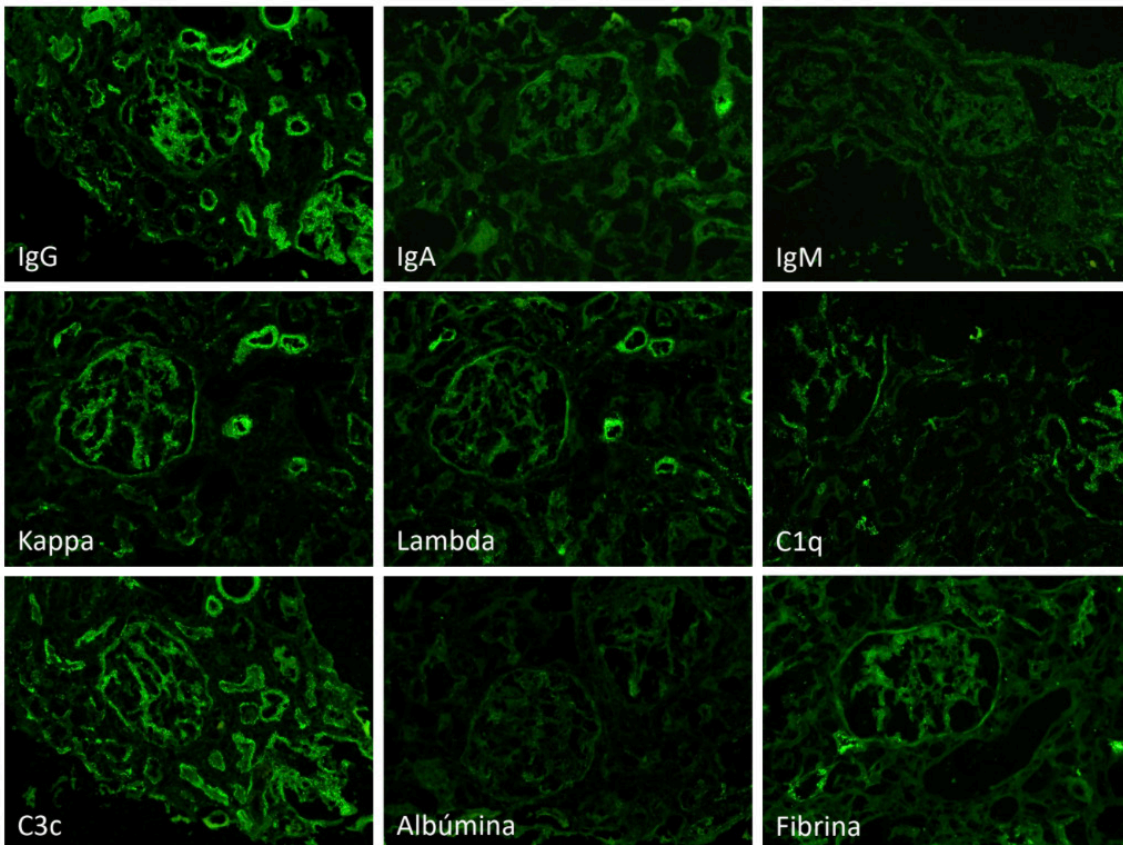
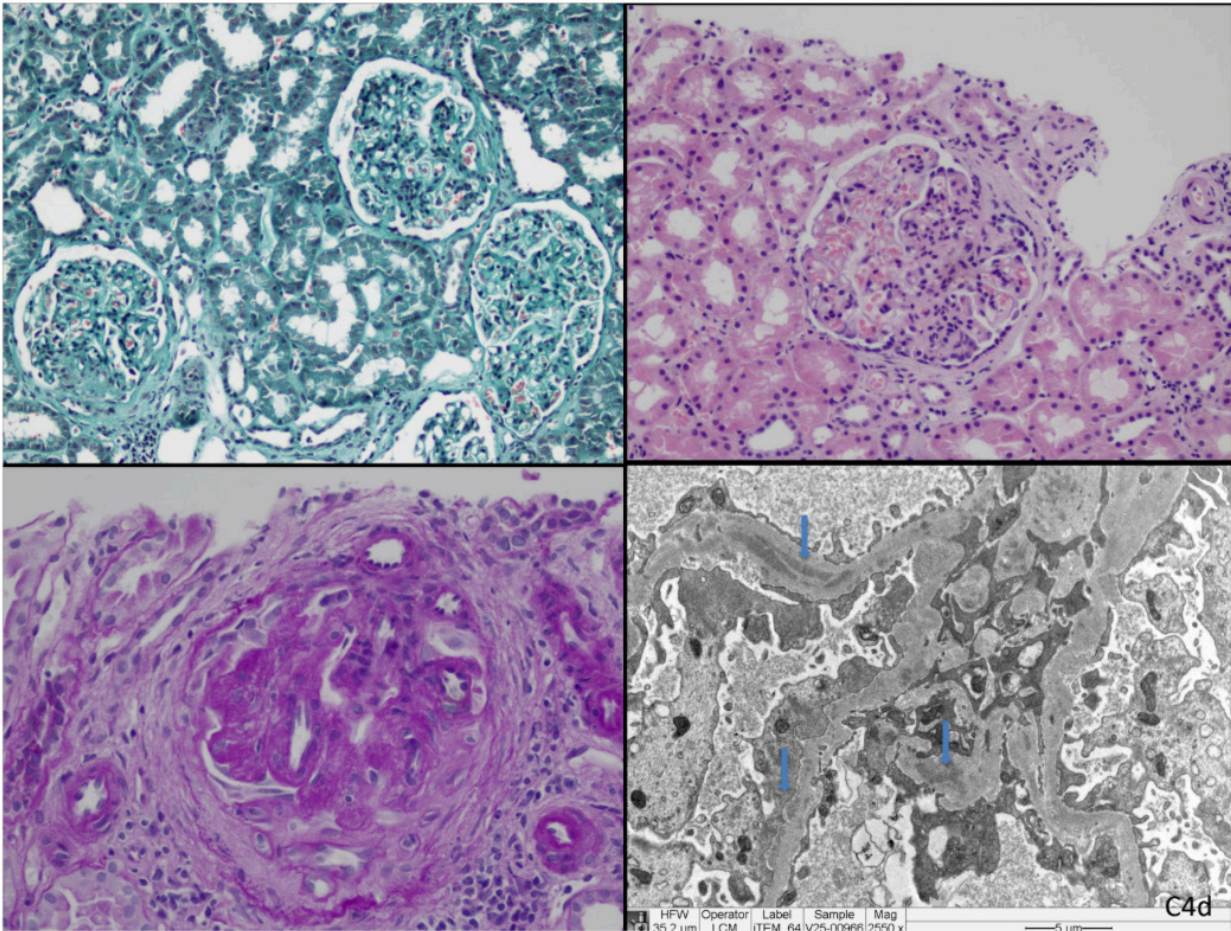
Lugar de Trabajo: 1. Hospital Franco Ravera Zunino.

Introducción: El síndrome lupus-like es un cuadro clínico e inmunológico que simula al Lupus Eritematoso Sistémico (LES), pero es secundario, generalmente inducido por fármacos o sustancias. A diferencia del LES idiopático, se asocia a una exposición identificable y presenta Anticuerpos Antinucleares (ANA) y anti-histona, con menor compromiso grave de órganos.

Resumen de Caso: Paciente masculino de 30 años sin antecedentes autoinmunes, evaluado en agosto de 2024 por fiebre, poliadenopatías, pancitopenia, rash cutáneo y síntomas constitucionales. Biopsia ganglionar inguinal descartó neoplasia, mostrando hiperplasia folicular reactiva. Estudios inmunológicos mostraron ANA positivos 1:640, hipocomplementemia y alteraciones hematológicas, diagnosticándose LES. Se inició tratamiento con prednisona, micofenolato e hidroxicloroquina. En diciembre de 2024, presentó fiebre, rash papular generalizado, vómitos y mala tolerancia oral. Ingresó con hipotensión, taquicardia, creatinina 2.2 mg/dL, proteinuria de 2.5 g/24h, BUN 35, hipoalbuminemia y sedimento urinario activo. Fue estabilizado y trasladado a centro especializado. El panel autoinmune mostró positividad para anti-histonas (17), anti-DNA (33) y anti-nucleosomas (34), con ANA homogéneos y C3/C4 bajos. Ante el antecedente de consumo recreacional de cocaína, se reorientó el diagnóstico a lupus-like inducido por levamisol, adulterante común de la cocaína que puede provocar cuadros autoinmunes, incluyendo lupus inducido y vasculitis. Se descartaron infecciones activas y se administraron pulsos de metilprednisolona seguidos de prednisona oral. Persistió proteinuria en rango nefrótico sin deterioro renal progresivo, por lo que se realizó biopsia renal el 4 de febrero de 2025, confirmando nefritis lúpica clase III (ISN/RPS), índice de actividad 11 y cronicidad 3, con atrofia tubular y fibrosis intersticial del 10%, compatible con LES. No se evidenciaron otros desencadenantes; el consumo regular de cocaína con detección de levamisol fue el único factor causal consistente.

Conclusiones: Este caso documenta una forma grave de lupus-like inducido por levamisol, con nefritis lúpica proliferativa severa, destacando la importancia de considerar este diagnóstico diferencial en pacientes jóvenes con cuadros autoinmunes atípicos y antecedentes de consumo de sustancias.

CASO LUPUS LIKE



IMPACTO DEL USO DE ALFA CETOANÁLOGOS Y DEL MANEJO NUTRICIONAL EN ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA G4 Y G5. EXPERIENCIA DE 4 AÑOS DE USO EN HOSPITAL CLÍNICO SAN BORJA ARRIARÁN

Trabajo 129

Categoría de Trabajo: Estudio Clínico

Tema de Trabajo: Insuficiencia Renal

Autores: Francisco Contreras Rocuant, Josefina Cid Navarrete, Juan Velásquez Morales, César Caviedes Rivera, Camilo Díaz Valdebenito, Daniela Ríos Gajardo, Rubén Fontalva Crispi

Lugar de Trabajo: 1. Hospital Clínico San Borja Arriarán.

Introducción: Dentro del manejo de la Enfermedad Renal Crónica (ERC), la última guía de práctica clínica de KDIGO 2024 recomienda evitar la ingesta proteica mayor a 1.3 g de proteínas por kg de peso corporal por día. También sugiere considerar un consumo muy bajo (0.3–0.4 g/kg) suplementado con aminoácidos esenciales o análogos de cetoácidos. Para esto, el Hospital Clínico San Borja Arriarán (HCSBA) presenta un programa de uso de cetoanálogos (KA).

Objetivos: Caracterizar la población en control en el programa. Objetivar reacciones adversas (RAM), cambios en parámetros bioquímicos, inicio de Terapias de Reemplazo Renal (TRR) y mortalidad.

Población: Adultos en etapas de ERC G4 y G5 (sin TRR), recibiendo KA, con restricción proteica y al menos 3 meses de seguimiento por nutricionista renal (123 de 171).

Metodología: Estudio de cohorte histórica, con datos de ficha clínica. Análisis con software Microsoft Excel para Mac v16.29. Los resultados fueron expresados como mediana [p25-p75]. Las variables continuas fueron analizadas mediante prueba t de Student. Las variables categóricas se compararon mediante prueba de Chi-cuadrado. Se aceptó a $p < 0.05$ como nivel de significancia estadística. Resultados 52% de sexo femenino. La mediana de edad fue 68 años. 43.4% eran diabéticos tipo 2 (36% mujeres y 50% hombres, $p < 0.05$). El 52% ingresó en etapa G5. El 37% tenía IMC normal (29.5% en mujeres y 44.8% en hombres, $p < 0.05$), el 16% presentaba obesidad (21.3% y 10.3%, $p < 0.05$) y el 8.4% bajo peso (9.8% y 6.9%, NS). 80.5% ingresó para retardar el inicio de TRR, 8.9% (11) para confección de fístula arteriovenosa y 8.9% para manejo conservador. La mediana de seguimiento fue de 10 meses (6-15 m, con máximo de 43 m). La adherencia fue buena en 64% y regular en 31%. A los 12 meses, la mediana de VFGe bajó en 3.2 ml/min/1.73 m² (12.3 vs 15.5), y el BUN se mantuvo estable (52 vs 54.6 mg/dL). La mortalidad fue del 6.5% (8) e ingresó a TRR un 32.5% (26% a HD y 6.5% a PD). Falleció el 36.4% (4) en manejo conservador. 9 de 11 lograron confección de FAV previo a inicio de HD. 2 pacientes presentaron RAM, leves. 4.9% (6) y 2.5% (3) tuvieron 1 y 2 hospitalizaciones.

Conclusiones: Este programa ha contribuido a enlentecer la llegada a etapa terminal de la enfermedad, con BUN estable y moderada caída de VFGe a los 12 meses de seguimiento. Los pacientes tuvieron buena adherencia a indicaciones, pocas reacciones adversas, baja hospitalización y alta tasa confección de FAV previa a HD.

IMPACTO DEL USO DE ALFA CETOANÁLOGOS Y DEL MANEJO NUTRICIONAL EN ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA G4 Y G5. EXPERIENCIA DE 4 AÑOS DE USO EN HOSPITAL CLÍNICO SAN BORJA ARRIARÁN

Tabla 1. Características de población al inicio de estudio				
	Total	Mujeres	Hombres	
Edad (años)	68 [54-78]	66 [52-77]	69 [58-78]	
Diabetes mellitus	43,4% (53)	35,9% (23)	50% (29)	p < 0,05
Etapa de ingreso				
G4	48% (59)			
G5	52% (64)			
Motivo de ingreso				
Retardar inicio TRR	80,5% (99)			
Instalación Fistula	8,9% (11)			
Tratamiento Conservador	8,9% (11)			
Suspensión momentanea de diálisis	1,6% (2)			
Características físicas y bioquímicas				
Peso (kg)	68 [60-80]	63 [59-72]	75 [65-83]	p < 0,05
IMC (kg/m ²)				
Enflaquecido	8,4% (10)	9,8% (6)	6,9% (4)	NS
Normal	37% (44)	29,5% (18)	44,8% (26)	p < 0,05
Sobrepeso	38,7% (46)	39,3% (24)	37,9% (22)	NS
Obeso	16% (19)	21,3% (13)	10,3% (6)	p < 0,05
Creatinemia (mg/dL)	3,4 [2,8-4,3]	3,1 [2,7-4,0]	3,7 [3,0-5,1]	p < 0,05
VFGe (ml/min/1,73 m ²)	15,5 [12-20,3]	14,7 [12,0-19,4]	16,5 [12,1-21,5]	NS
Nitrógeno ureico pl (mg/dL)	54,6 [42,3-67,5]	50,4 [42,5-65,9]	58,5 [42,7-70,2]	NS
Perfil bioquímico				
Potasio (mEq/L)	4,7 [4,4-5,1]			
Albuminemia (g/dL)	4,1 [3,8-4,3]			
Calcemia (mg/dL)	9,2 [8,7-9,6]			
Fosfato (mg/dL)	4,4 [3,9-5]			
Hemoglobina (g/dL)	11 [10-11,8]			
Bicarbonato (mEq/L)	21,3 [19,3-22,3]			
Colesterol (mg/dL)	153,5 [128,5-181]			
Hemoglobina A1c (%) (diabéticos)	6,4 [5,9-7,2]			
Proteinuria (mg/24h)	2973 [1245-6315]			
RAC (mg/g)	1119 [196-1422]			

Tabla 1. Características de población al inicio de estudio

IMPACTO DEL USO DE ALFA CETOANÁLOGOS Y DEL MANEJO NUTRICIONAL EN ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA G4 Y G5. EXPERIENCIA DE 4 AÑOS DE USO EN HOSPITAL CLÍNICO SAN BORJA ARRIARÁN

Tabla 2. Mediana de parámetros hasta los 15 meses de seguimiento

	Ingreso	6 m	12 m	15 m
Nitrógeno ureico pl (mg/dL)	54,6 [42,3-67,5]	51,9 [44-67]	52 [44,5-68,6]	61,5 [44,3-72]
Creatininemia (mg/dL)	3,4 [2,8-4,3]	3,7 [2,8-4,7]	4 [2,85-5,9]	4,25 [3,35-5,55]
VFGe (ml/min/1,73 m2)	15,5	13,7	12,3	11,1

Tabla 2. Mediana de parámetros hasta los 15 meses de seguimiento

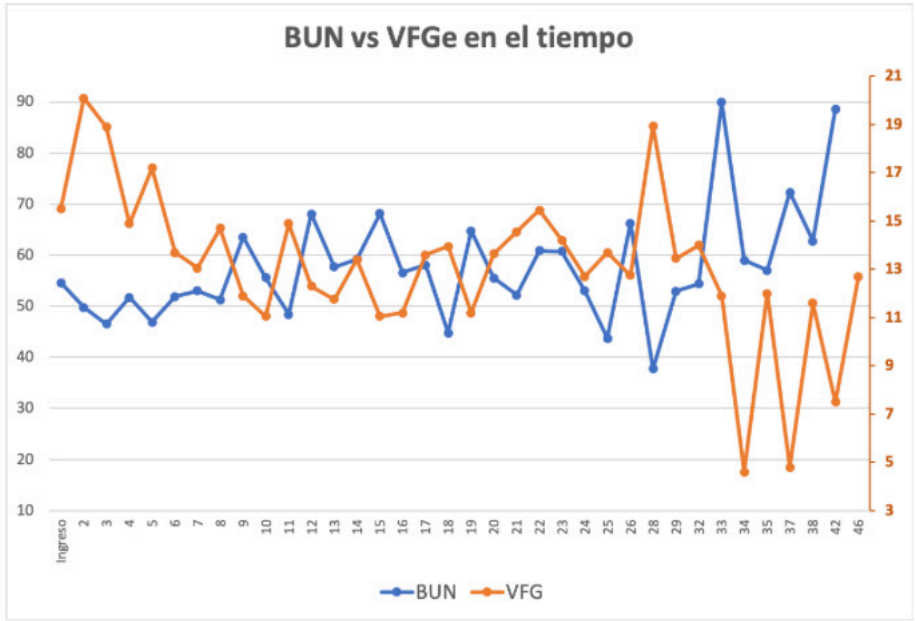


imagen 1. BUN vs VFGe en el tiempo

Trabajo 130

Categoría de Trabajo: Caso Clínico

Tema de Trabajo: Nefrología

Autores: Danissa Haro Cárcamo, Valeria Pérez Moreau, Francisco Ramos Valenzuela, Matias Miranda Flores, Arturo Villalobos Navarro

Lugar de Trabajo: 1. Hospital Barros Luco Trudeau.

Introducción: El compromiso renal en Mieloma Múltiple (MM) es frecuente y suele mejorar con el tratamiento; sin embargo, la persistencia de proteinuria significativa pese al control hematológico obliga a descartar causas concomitantes. Este caso destaca el valor de la biopsia renal para definir la etiología y ajustar el tratamiento. Mujer de 64 años con Diabetes Mellitus 2, insuficiencia cardíaca (FEVI 40%), diagnosticada en 2023 con MM IgG lambda en contexto de síndrome nefrótico (creatinina 1,23 mg/dL, albúmina 2,5 g/dL, proteinuria 7,6 g/24 h). Recibió inicialmente VTD, luego CyBorD por neuropatía periférica, logrando muy buena respuesta parcial (paraproteína 0,2 g/dL), iniciándose mantención. Pese a la respuesta hematológica, persistió proteinuria >5 g/24 h con creatinina estable (1,3 mg/dL), indicándose biopsia renal. El estudio mostró glomerulosclerosis global y segmentaria con nódulos de Kimmelstiel-Wilson, depósitos lineales de IgG lambda en inmunofluorescencia y depósitos electrodensos subendoteliales, compatibles con glomerulopatía monoclonal de significado renal asociada a nefropatía diabética. Se inició tratamiento con daratumumab-lenalidomida-dexametasona (Dara-Rd) e intensificación del control metabólico, observándose reducción progresiva de proteinuria (1,3 g/24 h) y estabilización de creatinina (1,4 mg/dL), sin requerir terapia renal sustitutiva. Actualmente continúa en mantención con daratumumab.

Conclusión: El compromiso renal en el MM puede manifestarse desde riñón de mieloma hasta glomerulopatías por inmunoglobulinas monoclonales. En este caso, la persistencia de proteinuria nefrótica pese a respuesta hematológica orientó a una causa glomerular coexistente. La biopsia confirmó un daño mixto (monoclonal y diabético), donde el tratamiento dirigido al MM logró mejor respuesta que el manejo antiproteinurico. Estudios recientes sugieren que el uso temprano de daratumumab puede mejorar el pronóstico renal. Este caso resalta la relevancia diagnóstica y pronóstica de la biopsia renal en pacientes con MM y alteraciones renales persistentes, permitiendo optimizar el tratamiento y preservar la función renal.

PROTEINURIA PERSISTENTE Y PROGRESIVA EN ESCLEROSIS SISTÉMICA DIFUSA: UNA FORMA DE COMPROMISO VASCULAR

Trabajo 131

Categoría de Trabajo: Caso Clínico

Tema de Trabajo: Nefrología

Autores: Danissa Haro Cárcamo, Valeria Pérez Moreau, Francisco Ramos Valenzuela, Matias Miranda Flores, Arturo Villalobos Navarro

Lugar de Trabajo: 1. Hospital Barros Luco Trudeau

Introducción: La Esclerosis Sistémica (ES) puede comprometer el riñón en distintas formas, desde crisis renal aguda hasta lesiones vasculares crónicas subclínicas. La persistencia de proteinuria sin deterioro de función renal representa un desafío diagnóstico, especialmente en ausencia de Crisis Renal Esclerodérmica (CRE).

Caso Clínico: Este caso destaca el valor de la biopsia renal para definir tipo de daño y orientar manejo. Mujer de 42 años, sin antecedentes familiares de enfermedad renal, con fenómeno de Raynaud desde 2023. En 2024 se realiza el diagnóstico de ES difusa (ANA 1/1280, patrón nucleolar AC-9), en concomitancia presenta hipertensión arterial de difícil control y proteinuria persistente (1 g/día) con función renal conservada (creatinina 0,9–1,0 mg/dL). En junio de 2024 se hospitaliza por sospecha de CRE, la cual se descartó al lograr control tensional sin microangiopatía ni deterioro renal. Se indicó micofenolato, IECA y terapia antihipertensiva combinada. Durante el seguimiento presentó proteinuria progresiva (hasta 3 g/día) pese a buen control de presión arterial y función renal estable, por lo que se realizó biopsia renal en mayo de 2025, la cual mostró glomérulos con retracción leve, discreto ensanchamiento mesangial y degeneración mucóide focal de paredes arteriales con fibrosis e hialinización, sin depósitos inmunes, compatible con nefroesclerosis moderada por vasculopatía esclerodérmica. Se mantuvo micofenolato 3 g/día y se añadió rituximab ante persistencia del compromiso renal. La paciente nunca presentó criterios de CRE; sin embargo, la proteinuria progresiva, inusual en ES y poco sensible al IECA, motivó la biopsia, que confirmó compromiso vascular crónico sin glomerulopatía inmunomediada. Este hallazgo permitió descartar superposición con otras enfermedades autoinmunes y ajustar el tratamiento hacia control tensional estricto y terapia inmunosupresora escalonada.

Conclusión: El caso resalta la importancia de considerar la biopsia renal ante proteinuria persistente o progresiva en pacientes con ES, incluso en ausencia de crisis hipertensiva o deterioro renal. El reconocimiento de lesión vascular esclerodérmica crónica a nivel renal permite optimizar el manejo, prevenir progresión a insuficiencia renal.

NEFROPATÍA POR IGA

Trabajo 132

Categoría de Trabajo: Estudio Clínico

Tema de Trabajo: Nefrología

Autores: Belkys Rubio Betancourt, Luis Toro Cabrera, Paula Segura Hidalgo, Miriam Alvo Abodovsky

Lugar de Trabajo: 1. Hospital Clínico de La Universidad De Chile 2. Hospital Clínico de La Universidad de Chile 3. Hospital Clínico de La Universidad de Chile - Sección de Anatomía Patológica 4. Hospital Clínico de La Universidad de Chile.

Introducción: La Nefropatía por Inmunoglobulina A (NlgA) es la causa más común de Glomerulonefritis Primaria (GN) en todo el mundo y se caracteriza por el depósito de IgA en el mesangio glomerular. La patogénesis de la NlgA se ha descrito como un proceso de múltiples hits. Se han realizado estudios para desarrollar biomarcadores que pueda predecir el pronóstico de los pacientes con NlgA, y el interés en la activación del complemento ha aumentado progresivamente, tomando en consideración que la activación del complemento ocurre en el glomérulo podría ser un indicador útil de daño renal en pacientes con NlgA se hace necesario determinar marcadores IHQ que permitan evaluar pronóstico y manejo.

Objetivo: Determinar la intensidad o prevalencia de macrófagos CD68+, C5b-9 y C4d glomerulares en la evaluación de la nefropatía por IgA mediante inmunohistoquímica en un centro universitario.

Pacientes y Métodos: Estudio observacional descriptivo, transversal de pacientes mayores de 18 años con nefropatía por IgA comprobada por biopsia renal en el período 2010 al 2023. Se analizaron variables demográficas, clínicas y registros histológicos de biopsia renal mediante estadísticas de resumen, análisis uni y multivariado.

Resultados: 62 pacientes, edad promedio de 39.3 ± 13 años, 50% mujeres, con creatinina basal promedio 1.38 ± 0.8 mg/dl con VFGe (estimada promedio por CKD-EPI) entre 72.8 ± 35 ml/min por $1,73$ m². Proteinuria 24 horas $2,5$ gr/g [1 - 3.08]. Con respecto a la tinción de inmunohistoquímica del complemento glomerular para C4d fue positivo en 40 pacientes (64%); CD68+ positivo 26 pacientes (41.9%), C5b9 positivo en 43 pacientes (69%). De acuerdo a las características demográficas, clínicas no hubo diferencias significativas a excepción de las biopsias con C4d positivo que presentaron menores niveles de IgA con $p=0.04$. La proporción de pacientes con CD68+ positivo presentaron asociación estadísticamente significativa con S (esclerosis glomerular) valor de $p=0.052$ y en el grupo con C5b9 positivo presentaron asociación significativa con creatininas basales más altas entre $1,5- 1.0$ mg/dl con un valor de $p=0,06$ al igual que CKD-EPI ($p=0.04$) significativo. Los pacientes con C5b9 positivo tenían más niveles de IgA positiva alta sérica.

Conclusión: Estos hallazgos abren la posibilidad de que la activación del complemento esté implicada en la patogénesis de esta enfermedad, sería una herramienta útil medir para evaluar pronóstico y estrategia terapéutica.

NEFRITIS TUBULOINTERSTICIAL POR CÉLULAS PLASMÁTICAS IGM-POSITIVAS (IGMPC-TIN): REPORTE DE UN CASO

Trabajo 133

Categoría de Trabajo: Caso Clínico

Tema de Trabajo: Nefrología

Autores: Vicente Jara, Alejandro Pacheco, Walter Passalacqua, María José Hidalgo, Carlos Hidalgo, Luis Contreras, Jaime Poniachik

Lugar de Trabajo: 1. Universidad de Chile 2. Hospital Clínico Universidad de Chile 3. Clínica Santa María 4. Labcys.

Introducción: La nefritis tubulointersticial por células plasmáticas IgM-positivas (IgMPC-TIN) es una entidad clínico-patológica rara, descrita recién en 2017 y se caracteriza por infiltrado intersticial denso de células plasmáticas productoras de IgM. Se asocia frecuentemente a enfermedades autoinmunes, especialmente colangitis biliar primaria (CBP) y síndrome de Sjögren. Se manifiesta con disfunción tubular (acidosis tubular distal o proximal), hipergammaglobulinemia IgM y, en algunos casos, anticuerpos Anti-Mitocondriales Positivos (AMA).

Caso Clínico: Consentimiento informado firmado. Mujer de 32 años, con obesidad mórbida, carcinoma papilar de tiroides tratado. Presenta deterioro progresivo de función renal (creatinina 1,5 → 2,01 mg/dL), microhematuria leve, leucocituria y proteinuria 961 mg/24 h (RAC 56 mg/g). Presenta acidosis metabólica con anión gap normal, sin glucosuria ni fosfaturia; uricosuria 908 mg/día. ANA 1/640 positivo, anti-DNA, ENA, ANCA y anti-MBG negativos; C3-C4 normales. Electroforesis: hipergammaglobulinemia policlonal con IgM 896 mg/dL e IgG 1.480 mg/dL. FA y GGT elevadas; AMA negativos. IgG4 normal. Ecografía renal: normal. Biopsia (Bp) renal: infiltrado linfoplasmocitario túbulo-intersticial. IFTA 20 %. Inmunofluorescencia: intensa positividad citoplasmática para IgM y cadenas kappa/lambda policlonales, sin depósitos glomerulares. La Bp hepática mostró hallazgos compatibles con CBP.

Diagnóstico: IgMPC-TIN asociada a CBP. Se inicia prednisona 0,5 mg/kg/día, con franca respuesta a las seis semanas: creatinina 1,5 mg/dL, desaparición de hematuria y leucocituria, proteinuria <150 mg/g y reducción de IgM sérica a 500 mg/dL.

Discusión: La paciente cumple la tríada clásica: disfunción tubular (acidosis, proteinuria tubular, uricosuria), hipergammaglobulinemia policlonal con IgM elevada e infiltrado intersticial denso de células plasmáticas IgM. La asociación con CBP refuerza el vínculo autoinmune descrito en esta entidad. Los corticoides son la terapia de elección, con correlación directa entre la mejoría de la función renal y la disminución de los niveles séricos de IgM, siendo ésta un marcador de actividad de la enfermedad.

Conclusión: La IgMPC-TIN es una causa infrecuente de enfermedad renal crónica que debe sospecharse con la tríada clásica. El diagnóstico requiere Bp renal e inmunohistoquímica dirigida, y en algunos casos Bp hepática. A nuestro conocimiento sin casos publicados similares en nuestro país.

EVALUACIÓN E IMPACTO DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR ASOCIADOS A LA PROGRESIÓN DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN EL PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR

Trabajo 135

Categoría de Trabajo: Caso Clínico

Tema de Trabajo: Insuficiencia Renal

Autores: Magdalena Castro Cruz, Francisca Peña D'Ardillon, Cristián Amador Carrasco, Ignacio Naranjo Tobar, Nicolás Vargas

Lugar de Trabajo: 1. Laboratorio de Fisiopatología Renal, Facultad de Ciencias, Universidad San Sebastián, Santiago, Chile. 2. Escuela de Nutrición y Dietética, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad Mayor, Santiago, Chile. 3. Centro de Salud Familiar Santa Laura comuna El Bosque, Santiago, Chile.

Introducción: El Programa de Salud Cardiovascular (PSCV) busca prevenir y reducir la morbimortalidad prematura de las enfermedades cardiovasculares (CV), a través del seguimiento y cuidados centrados en el paciente. La progresión de la Enfermedad Renal Crónica (ERC) es un factor de riesgo clave, cuyo estudio puede realizarse a partir del registro detallado de las variables monitorizadas en el PSCV. Desde 2024, las guías prácticas KDIGO sugieren utilizar la Kidney Failure Risk Equation (KFRE) para estimar el riesgo de progresión a ERCT. Sin embargo, esta práctica no siempre ocurre de forma rutinaria en los PSCV.

Objetivo: Identificar los factores de riesgo CV que se asocian a la progresión de la ERC en una población de pacientes de un PSCV en Santiago.

Metodología: Se analizó una cohorte histórica de pacientes adultos adheridos al PSCV de un CESFAM de El Bosque (Santiago, Chile), desde marzo-2023 a junio-2025. Se realizó análisis estadístico descriptivo y analítico de las variables registradas en el seguimiento de los pacientes.

Resultados: Se estudiaron 4.983 pacientes, de los cuales 3.121 (63%) eran mujeres y 1.862 (37%) hombres, con una media de edad de 63a. Los hombres presentaron mayor frecuencia de hipertensión (81.6% p=0.02) y de diabetes mellitus (DM)2 (48.6% p=0.0001). Por su parte, las mujeres presentaron mayor frecuencia de IMC \geq 25 (77.5% p=0.011), circunferencia de cintura de riesgo (83% p=0.0001), dislipidemia (72% p=0.0001), niveles de HDL de riesgo (57% p=0.017), y síndrome metabólico (40% p=0.0001). La DM2 se asoció a valores de VFGe \geq 130ml/min/1.73m², tanto en hombres (OR=3.35 IC95% 1.78-6.32) como mujeres (OR=3.96 IC95% 1.85-8.45). 428 pacientes (8.6%) padecían ERC; 268 (5.4%-G3a), 110 (2.2%-G3b), 31 (0.6%-G4) y 19 (0.4%-G5), en donde los niveles de HbA1c \geq 7% fue un factor de riesgo para una VFGe <45ml/min/1.73m² (OR=1.92 IC95% 1.19-3.10). Las medianas del KFRE tuvieron diferencias significativas a 2 años, de 1.3% (0.23-69.82%) y 0.8% (0.21-57.33% p=0.0001), y a 5 años, de 3.9% (0.7-97.3%) y 2.5% (0.63-92.37%), entre hombres y mujeres, respectivamente.

EVALUACIÓN E IMPACTO DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR ASOCIADOS A LA PROGRESIÓN DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN EL PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR

Conclusión: Existe una asociación de la DM2 y la HbA1c aumentada con una menor VFGe, en donde los hombres presentan un mayor riesgo de progresión a ERCT observada por KFRE a 2 y 5 años. Nuestros resultados sugieren que la implementación del KFRE en los PSCV ofrece una herramienta útil para mejorar la información de seguimiento y decisión clínica en la atención primaria de salud.

FALLA RENAL SECUNDARIA A INTOXICACIÓN POR VITAMINA D

Trabajo 136

Categoría de Trabajo: Caso Clínico

Tema de Trabajo: Insuficiencia Renal

Autores: Jorge Rodriguez Mendoza¹, Marcela Schultz Haramoto¹

Lugar de Trabajo: 1. Clinica Alemana De Santiago.

Introducción: Según la encuesta nacional de salud el 84% de la población presenta un déficit de vitamina D. Por lo anterior, el aumento en su suplementación puede generar un mayor riesgo de intoxicación.

Caso Clínico: Nuestro paciente es un hombre de 61 años con Diabetes mellitus tipo 2, quién consulta por un cuadro de 1 mes de evolución caracterizado por compromiso del estado general y aliento urémico. No se describieron hallazgos mayores en el examen físico, pero se detectó una creatinina plasmática de 5,8 mg/dL (basal 1 mg/dL) BUN 90 mg/dL, kalemia 3,9 mEq/L, natremia 140mEq/L, hemoglobina plasmática de 12 g/dL, hipercalcemia 14,3 mg/dL y una orina con proteinuria 15mg/dL, glóbulos rojos 2-5, glóbulos blancos 0-2 y una ecografía con riñones de 13,6 cm y 14,2 cm con aumento de ecogenicidad. El paciente es hospitalizado para estudio con diuresis conservada y normotensión. No detectamos alteraciones en los marcadores inmunológicos, ni en los niveles de enzima convertidora, ni tampoco en la electroforesis de proteínas, inmunofijación ni en la relación de cadenas livianas libres. La hipercalcemia se asoció a una pthi baja (8,5 pg/mL) y niveles tóxicos de vitamina D sobre 140 ng/mL (VN 20-50). Por sospecha de nefritis intersticial se realizó una biopsia renal percutánea y se comenzó un tratamiento con metilprednisolona 125 mg iv por 3 días, para luego titular a la baja con prednisona. La biopsia renal mostró expansión del intersticio y leve atrofia tubular (20%), con infiltrado inflamatorio en partes denso linfocitario y de eosinófilos. Los túbulos presentaron aplanamiento focal del epitelio y algunos ocupados por concreciones granulares de calcio. Los glomérulos no esclerosados (7/12) conservaban su arquitectura. La inmunofluorescencia fue débil en forma de comas aisladas en 3 glomérulos para IgM. La microscopía electrónica no mostró depósitos densos. El diagnóstico anatómopatológico fue una nefritis tubulointersticial con atrofia tubular focal. Al alta el paciente presentó una calcemia normal, creatinina de 2,4 mg/dL y en el seguimiento al año una creatinina de 1,5 mg/dL. En el interrogatorio dirigido, el paciente mencionó que recibió varias cargas de vitamina D por receta magistral.

Conclusión: La intoxicación por vitamina D es rara por lo que su diagnóstico puede retrasarse. Considerando el aumento extendido en la prescripción de suplementos es necesario poner especial foco en pacientes con hipercalcemia y falla renal en los cuales se debe incluir la medición de los niveles de vitamina D.

BIOIMPEDANCIOMETRÍA EN LA PREVENCIÓN DEL DAÑO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN DIÁLISIS PERITONEAL .

Trabajo 137

Categoría de Trabajo: Estudio Clínico

Tema de Trabajo: Diálisis Peritoneal

Autores: Evelyn Rojas Carvajal, Francisco Cano Schuffeneger, Denisse Cotapos Donoso

Introducción: El Compromiso Cardiovascular (CV) es la principal causa de muerte en la Enfermedad Renal Crónica (ERC). El compromiso CV es de origen multifactorial y sus factores de riesgo se establecen desde la edad pediátrica, especialmente en pacientes con ERC estadio 5 en diálisis. La sobrecarga de volumen y la hipertensión arterial son determinantes en este proceso. La adecuada evaluación del estado de hidratación representa un desafío clínico, ya que los métodos convencionales, como la exploración física o el balance hídrico, pueden ser poco precisos. En este contexto, la espectroscopia de bioimpedancia (BIS) surge como una herramienta objetiva y no invasiva que permite cuantificar la distribución del agua corporal total y extracelular. Diversos estudios han demostrado su utilidad en población pediátrica con ERC, proponiéndola como un método complementario para optimizar el manejo del estado de volumen y reducir el riesgo de complicaciones cardiovasculares.

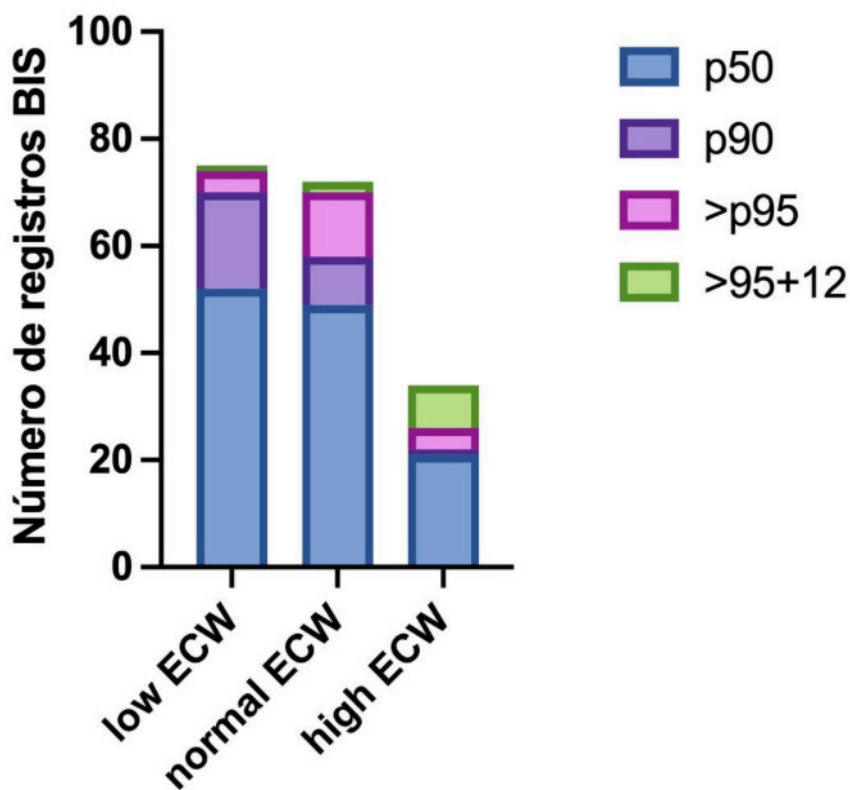
Objetivo: Evaluar la correlación entre el agua corporal medida por BIS e índices de parámetros cardiovasculares en población pediátrica con ERC en Diálisis Peritoneal (DP) ambulatoria.

Población y Metodología: Estudio retrospectivo realizado entre julio de 2024 y julio de 2025 en 20 pacientes pediátricos en DP del Hospital Luis Calvo Mackenna. Se registraron mensualmente peso, talla, presión arterial (PA) y BIS (porcentaje de agua extracelular, %ECW); Índice de Masa Ventricular Izquierda (IMVI) cada 6 meses registrado en percentil. Se correlacionó ECW con percentiles de PA mediante la prueba de Kruskal–Wallis, y con IMVI (g2.7) por coeficiente de Spearman.

Resultados: El %ECW mostró una mediana de 0,75% [RIC: -1,46 a 3,20]. El 50% de los pacientes presentó PA en p50, el 25% en p90 y el 25% sobre p95. El IMVI mostró una mediana en percentil 90 [RIC:75–95]. Se observó una correlación estadísticamente significativa entre %ECW y PA ($p < 0,05$), y entre %ECW vs IMVI ($r = 0,448$; $p < 0,05$).

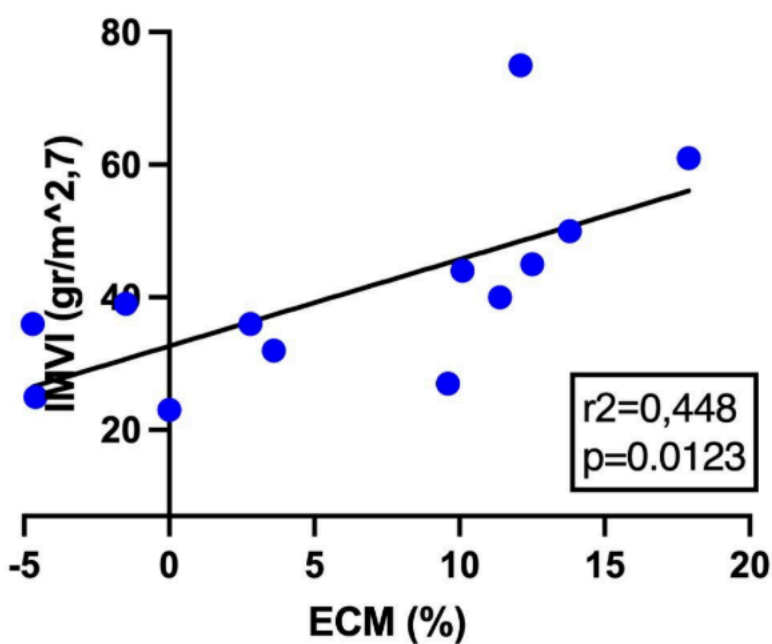
Conclusión: La BIS es una herramienta eficaz para identificar sobrehidratación en DP pediátrica, permitiendo un monitoreo objetivo del estado de volumen, representando un valioso aporte para la prevención del compromiso CV a largo plazo en este grupo de pacientes.

BIOIMPEDANCIOMETRÍA EN LA PREVENCIÓN DEL DAÑO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN DIÁLISIS PERITONEAL .



Grupos ECW

grafico BIS y PA



BIS Y IMVI

GLOMERULOPATÍA POR C3: CARACTERIZACIÓN CLÍNICA, HISTOLÓGICA Y EVOLUCIÓN DE 11 CASOS EN EL HOSPITAL BARRROS LUCO TRUDEAU

Trabajo 138

Categoría de Trabajo: Estudio Clínico

Tema de Trabajo: Nefrología

Autores: Matías Miranda Flores, Francisco Ramos Valenzuela, Valeria Pérez Moreau, Danis-sa Haro Cárcamo, Luis Contreras Meléndez, Daniela Zamora Ferrari, Arturo Villalobos Navarra

Lugar de Trabajo: 1. Hospital Barros Luco Trudeau 2. Laboratorio CyS.

Introducción: La Glomerulopatía por C3 (GC3) es una enfermedad glomerular caracterizada por la acumulación predominante de C3 en el glomérulo, producto de una activación persistente o desregulación de la vía alterna del complemento, de origen primario o secundario.

Objetivo: Describir las características clínicas, histológicas y evolución de una serie de casos de GC3. Se incluyeron 12 pacientes con diagnóstico histológico confirmado, obtenidos del registro de biopsias renales del Servicio de Nefrología del Hospital Barros Luco Trudeau entre 2012 y 2025. Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de cohorte, analizando variables clínicas, de laboratorio, histológicas y terapéuticas obtenidas de los registros clínicos y anatomopatológicos. De los 12 pacientes (7 hombres, 5 mujeres), la edad media al diagnóstico fue 50 años (rango 23–77). Las comorbilidades más frecuentes fueron hipertensión arterial (66%), diabetes mellitus tipo 2 (33%), gammapatía monoclonal (8%) y enfermedad renal crónica (8%). La forma de presentación predominante fue el síndrome nefrítico agudo (41%) y el síndrome nefrítico impuro (41%). La creatinina sérica media fue 3,92 mg/dL (0,87–6,9), con hematuria glomerular en el 66% y proteinuria media de 5,77 g/24h (0,3–20). Se observó consumo de C3 en 75% y de C4 en 33%. La GC3 fue primaria en 6 casos (50%) y secundaria en 6, de los cuales 4 (33%) se relacionaron con gammapatía monoclonal y 2 (16%) con infección. Histológicamente predominó la glomerulonefritis proliferativa mesangiocapilar con depósitos dominantes de C3c y grados variables de atrofia tubular y fibrosis intersticial (media 24%, rango 10–40%). Nueve pacientes (75%) recibieron terapia inmunosupresora con corticoides ± micofenolato, ciclofosfamida o rituximab; 4 (33%) quimioterapia dirigida a la gammapatía subyacente y 3 (25%) manejo conservador. Al debut, 7 (58%) requirieron terapia de reemplazo renal, pero solo 3 (25%) la mantuvieron en forma crónica por progresión a enfermedad renal terminal. La creatinina media posterior al tratamiento fue 1,99 mg/dL (1,07–3,59).

Conclusión: La GC3 presenta formas clínicas diversas. En esta serie se identificaron tanto variantes primarias como secundarias, con respuesta terapéutica heterogénea, destacando la necesidad de un enfoque diagnóstico integral y estrategias individualizadas.

INSTALACIÓN DE CATÉTER PERCUTÁNEO DE DIÁLISIS PERITONEAL: 4 AÑOS DE INNOVACIÓN EN HOSPITAL REGIONAL

Trabajo 139

Categoría de Trabajo: Caso Clínico

Tema de Trabajo: Hipertensión

Autores: Valentina Ulloa Valdivia, Vicente Torres Cifuentes, Gonzalo Ramirez Guerrero, Pilar Musalem Abuyeres, Marisel Araya Rojas, Isabel Saldivia Muñoz, Janina Leon Olivares, María Ines Sánchez Sánchez

Lugar de Trabajo: 1. Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso 2. Hospital las Higueras de Talcahuano.

Introducción: La instalación percutánea del Catéter de Diálisis Peritoneal (CDP) ha aumentado en los últimos años como una alternativa accesible y costo-efectiva frente a la técnica quirúrgica. La evidencia actual respalda su seguridad, con baja tasa de complicaciones, lo que la convierte en una opción especialmente útil en pacientes con alto riesgo quirúrgico o con necesidad de inicio urgente de terapia dialítica. Este estudio describe la experiencia del Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso (HCVB) en la instalación percutánea de CDP.

Objetivos: Caracterizar a los pacientes sometidos a instalación percutánea de CDP y describir las complicaciones precoces asociadas al procedimiento.

Metodología: Estudio descriptivo, retrospectivo y observacional. Se incluyeron todos los pacientes sometidos a instalación percutánea de CDP por el equipo de Nefrología del HCVB entre mayo de 2022 y septiembre de 2025. Se analizaron características demográficas, motivo de instalación (inicio primario de diálisis o transferencia desde hemodiálisis), tiempo entre instalación e inicio de Diálisis Peritoneal (DP), y complicaciones precoces (infección, sangrado, desplazamiento, leak, obstrucción o necesidad de reposicionamiento).

Resultados: Se incluyeron 61 pacientes, de los cuales 31 eran mujeres. En 37,7% la DP fue la terapia dialítica inicial. El tiempo medio de inicio de DP post instalación fue de 46 días (rango 0–209), con 10 pacientes catalogados como inicio urgente (<2 semanas). De estos, 5 casos correspondieron a síndrome cardiorrenal y 1 a síndrome hepatorenal con ascitis refractaria. Se registraron cinco complicaciones precoces: un hematoma, dos catéteres no permeables que requirieron retiro quirúrgico y un desplazamiento con retiro percutáneo. No hubo infecciones asociadas y no se observaron muertes relacionadas con el procedimiento.

Conclusiones: La instalación percutánea de CDP es una técnica segura, efectiva y de rápida implementación, que amplía el acceso a la diálisis peritoneal en pacientes con enfermedad renal crónica y permite iniciar terapia de forma oportuna en contextos complejos, como el inicio urgente de DP en lesión renal aguda, síndrome cardiorrenal y enfermedad hepática avanzada. Estos resultados refuerzan la necesidad de promover la capacitación de los equipos de nefrología en esta técnica.

PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA INMUNE DE NOVO EN RECEPTOR DE TRASPLANTE RENAL: INUSUAL CASO CLÍNICO

Trabajo 140

Categoría de Trabajo: Caso Clínico

Tema de Trabajo: Transplante

Autores: Nataly Elvia Alcocer Villarroel, Aquiles Jara Contreras, Mireya Ortíz Mejías

Lugar de Trabajo: 1. Red de Salud UC Christus / Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: La Púrpura Trombocitopénica Inmune (PTI) es infrecuente, menor al 10 % de las causas de trombocitopenia post trasplante. Se comunica un caso de PTI en paciente Trasplantado Renal (TR).

Caso Clínico: Varón 32 años, receptor de TR donante vivo relacionado, ERC de etiología no precisada. Al tercer año, por proteinuria leve, se constató Nefropatía por IgA en injerto. Permanece estable tras 9 años de trasplante, inmunosupresión con tacrolimus-MMF-prednisona. Consulta por petequias generalizadas, cefalea y hematuria. Hemodinámicamente estable, sin focalidad neurológica ni sangrado activo, destacando trombocitopenia severa de 2.000/ μ L, sCr 1,26 mg/dL. Se descartan MAT y hemorragia intracraneal. Dado sospecha de PTI, su estudio autoinmune demostró sólo inhibidor lúpico positivo débil; serologías VIH/VHB/VHC no reactivas; CMV y Adenovirus indetectables; IgA 414 mg/dL, sin evidencia de PTLT. Se trató con dexametasona EV 40 mg/día \times 4 y luego prednisona 1 mg/kg/día. A las 48 h presentó epistaxis, recibiendo IGIV 1 g/kg \times 2, 9 U de plaquetas, con ascenso a 43.000/ μ L al día 7. La sCr se eleva transitoriamente a 1,5 mg/dL con hematuria sin dismorfia; requirió ajuste temporal de MMF. Evoluciona favorablemente con buena respuesta a corticoides con 230.000/ μ L y sCr 1,25 mg/dL, recibiendo prednisona 10 mg/día y eltrombopag 25 mg, en descenso.

Discusión: La PTI de novo en TR es excepcional. Destacó como un factor de riesgo la asociación con nefropatía por IgA, ya que existirá algún rol asociado a la producción de autoanticuerpos considerando que un pequeño porcentaje son de tipo IgA. Factores genéticos asociados, como la sobreexpresión de DRB1*0410; B8; DR3 que pueden tener un rol, no pudo ser demostrado. En cuanto al tratamiento es importante evitar la esplenectomía. Los agonistas del receptor de trombopoyetina en asociación a IGIV tienen altas tasas de respuesta (80%) y han cambiado el manejo de PTI, como sucedió en nuestro caso.

Conclusiones: Concluimos que, pese a su baja frecuencia, la importancia del diagnóstico precoz y evitar la esplenectomía es importante en TR. También este caso permite analizar el vínculo entre inmunosupresión, autoinmunidad y su asociación con nefropatía por IgA, así como el impacto de esta complicación en la sobrevida del injerto a largo plazo.

SOBREPOSICIÓN DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO Y VASCULITIS ANCA INDUCIDOS POR HIDRALAZINA: UNA CAUSA INFRECUENTE DE GLOMERULONEFRITIS

Trabajo 141

Categoría de Trabajo: Caso Clínico

Tema de Trabajo: Nefrología

Autores: Vania Cari Gormaz, Isidora Illanes Vergara, Cecilia Retamal Narbona, Diego Olivares Fernández, Luis Vásquez Gómez, Constanza Leiva Gómez, Joaquín Sharp Segovia, Enrique Elsaca Merino, Rodrigo Tagle Vargas

Lugar de Trabajo: 1. Residente de Medicina Interna, Red de Salud UC·Christus 2. Residente de Geriátrica, Red de Salud UC·Christus 3. Residente de Nefrología, Red de Salud UC·Christus 4. Internista Hospitalista, Red de Salud UC·Christus 5. Nefrólogo, Red de Salud UC·Christus.

Introducción: El Lupus Eritematoso Sistémico Inducido por Drogas (LES-ID) es una complicación conocida del uso de hidralazina, con una incidencia estimada entre 7–13%. En contraste, la Vasculitis Asociada a ANCA inducida por hidralazina (VAA-ID) es infrecuente (<1% de los expuestos). La coexistencia de ambas entidades es excepcional, pero clínicamente relevante por su potencial compromiso renal. Se presenta un caso en el que el ajuste de la Inmunosupresión (IS) previa precipitó la expresión de un síndrome mixto.

Caso Clínico: Mujer de 70 años (consentimiento obtenido), con trasplante hepático (causa metabólica, 2022), diabetes tipo 2 y cardiopatía coronaria. En tratamiento con ciclosporina, hidralazina (100 mg c/8 h, iniciada 8 meses antes), carvedilol, aspirina, e insulina glargina; micofenolato (MMF) suspendido recientemente por infección. Consulta por dolor abdominal, Petequias dorsales, eritema palpebral, hipertensión grado 3 (hasta 200/100 mmHg) y lesión renal aguda: creatinina 2,6 mg/dL (basal 0,9), microhematuria y proteinuria (IPC 728 mg/g). Un control previo, 2 meses antes, mostraba 2% de acantocitos y 20% de dismorfia, tras lo cual suspendió MMF. Estudio inmunológico: ANA 1/1280 (patrón AC-1), ENA (–), anti-histonas (+) fuerte (71 U/mL), p-ANCA y anti-MPO (+); anti-dsDNA, c-ANCA, anti-PR3 y anti-MBG (–) y C3/4 normales. Presentó leucopenia leve por linfopenia y VHS 103 mm/h. La biopsia cutánea de lesiones petequiales mostró dermatosis neutrofílica. Se diagnosticó sobreposición LES-ID y VAA-ID. Se suspendió hidralazina e inició metilprednisolona (1,5 g), para luego retomar su IS habitual (incluido MMF). Evolucionó favorablemente, con creatinina 1,2 mg/dL al alta. La hidralazina puede inducir tanto LES-ID como VAA-ID. El primero cursa con ANA y anti-histonas positivos, afectando raramente el riñón; la segunda, con anti-MPO y compromiso renal frecuente. Existe un periodo de latencia variable (mediana 22 meses), siendo más prevalente en mujeres y con dosis >200 mg/día.

Conclusión: Este caso combina características serológicas y clínicas de ambas condiciones. Aunque la ausencia de biopsia renal limita la confirmación histológica, el conjunto clínico-serológico respalda el diagnóstico. La suspensión precoz del fármaco y la IS oportuna permitieron la recuperación renal. La sobreposición de LES-ID y VAA-ID representa una forma infrecuente pero potencialmente grave de glomerulonefritis; su reconocimiento temprano y manejo individualizado son determinantes para un pronóstico favorable.

Trabajo 142

Categoría de Trabajo: Ciencias Básicas

Tema de Trabajo: Nefrología

Autores: Verónica Torres Estay, Romina Parraguirre, Macarena Aguilera Olguín, Nicolás Quiñones, Patricio Araos, Alejandro Godoy, Carlos Vio

Lugar de Trabajo: 1. Departamento de Química y Farmacia, Facultad de Ciencias, Universidad San Sebastián 2. Universidad San Sebastián 3. Centro de Biología Celular y Biomedicina (CEBICEM), Universidad San Sebastián 4. Laboratorio de Hipertensión e Inmunología Renal, Instituto de Ciencias Biomédicas, Universidad Autónoma de Chile.

Introduction: Chronic fructose intake is associated with renal injury and hypertension. The proximal tubule plays a central role in fructose metabolism, where the sodium-glucose co-transporter 5 (SGLT5) facilitates fructose reabsorption. Although SGLT5 expression has been reported in human and murine kidneys, its regulation under high-fructose conditions and potential sex-dependent differences remain unclear. Altered SGLT5 activity may contribute to metabolic stress, tubular injury, and endothelial dysfunction. CD31, an endothelial junctional protein, serves as a marker of microvascular integrity and allows evaluation of vascular damage secondary to metabolic challenges.

Objectives: To characterize the renal effects of chronic fructose consumption in male and female mice, focusing on the modulation of SGLT5 expression and its relationship with structural and endothelial alterations.

Population: Adult male and female C57BL/6 mice (8–10 weeks old) were assigned to control and fructose-treated groups (10% w/v fructose in drinking water) for 4 weeks.

Methodology: Systolic blood pressure was measured by tail-cuff plethysmography. Renal morphology was evaluated using hematoxylin–eosin (H&E), Periodic Acid–Schiff (PAS), and Van Gieson staining. Immunohistochemistry for SGLT2, SGLT5, CD31, and eNOS were performed on kidney sections. Data were expressed as mean \pm SEM and analyzed by two-way ANOVA followed by Tukey's post-hoc test ($p < 0.05$).

Results: Male mice exposed to fructose showed a significant increase in systolic blood pressure, whereas females displayed a non-significant trend. Histological analyses revealed mild tubular alterations in both sexes. In males, fructose intake markedly increased SGLT5 staining in proximal tubules, while SGLT2 remained unchanged. CD31 expression showed a mild reduction, suggesting early endothelial alterations associated with tubular injury.

Conclusions: Chronic fructose consumption promotes systolic hypertension and renal structural changes, with sex-dependent modulation of SGLT5 expression and endothelial integrity. These findings highlight SGLT5 as a potential mediator of renal susceptibility to fructose.

Trabajo 143

Categoría de Trabajo: Caso Clínico

Tema de Trabajo: Nefrología

Autores: Juan Pablo Huidobro Espinosa, Fiorella Anghileri Aravena, Josemiguel Rodríguez Rojas

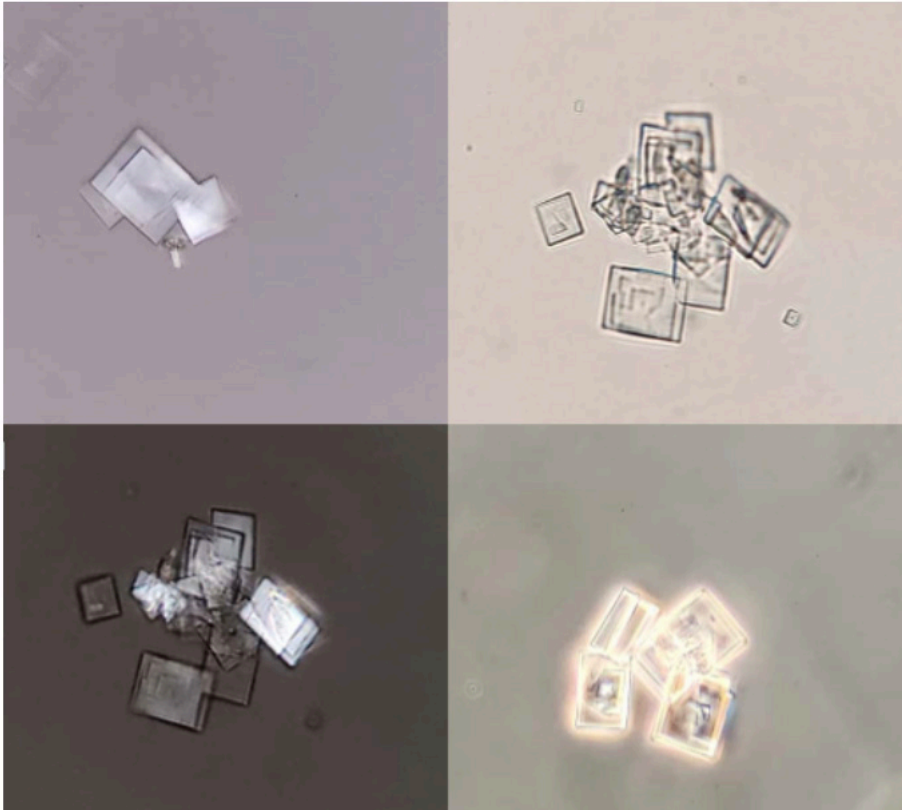
Lugar de Trabajo: 1. Pontificia Universidad Católica de Chile 2. Hospital Clínico UC-Christus.

Introducción: El uso de foscarnet se asocia a la ocurrencia de daño renal agudo (AKI) por daño túbulo-intersticial, siendo la precipitación de cristales uno de los mecanismos fisiopatológicos propuestos. La ocurrencia de alteraciones hidroelectrolíticas y ácido-base asociadas a uso de foscarnet es menos frecuente y pudiera ocurrir antes de la disminución de la filtración glomerular atribuible a daño túbulo-intersticial. Reportamos el caso de un paciente que desarrolló alteraciones del medio interno y cristaluria por foscarnet asociadas al uso de este fármaco.

Caso Clínico: Hombre de 38 años con infección por VIH en etapa C3 de reciente diagnóstico, que fue hospitalizado por neumonía. Se diagnosticó enfermedad por citomegalovirus, iniciando tratamiento con ganciclovir. Cursó con leucopenia severa, lo que motivó el cambio de antiviral a foscarnet. Luego del inicio de este fármaco, desarrolló acidosis metabólica, hipocalcemia, hipokalemia, hipomagnesemia e hipofosfemia, sin deterioro de la filtración glomerular. En el estudio de sus alteraciones de medio interno se solicitó examen de orina, en el que se observaron cristales incoloros, de forma cuadrada y rectangular, con birrefringencia variable (Fig. 1), compatibles con cristales de foscarnet. Dada la imposibilidad de prescindir del fármaco, se recomendó la administración de cristaloides y reemplazo de bicarbonato, calcio, potasio, magnesio y fosfato. El paciente no desarrolló AKI, logrando corrección de sus alteraciones ácido-base e hidroelectrolíticas.

Discusión: El uso de foscarnet se asocia a daño túbulo-intersticial, presentándose habitualmente como AKI. La ocurrencia de hipocalcemia, hipokalemia, hipofosfatemia, hipomagnesemia y acidosis metabólica se ha atribuido a la quelación de iones bivalentes por el foscarnet, además de disfunción tubular distal. Creemos que el caso presentado demuestra que la cristaluria por foscarnet puede ser precoz y preceder a la ocurrencia de AKI, permitiendo tomar medidas preventivas para evitar su ocurrencia. Además, refuerza el rol del sedimento de orina en el diagnóstico de la patología renal asociada a fármacos.

CRISTALURIA POR FOSCARNET: EL SEDIMENTO DE ORINA AL RESCATE PARA EXPLICAR ALTERACIONES TUBULARES



Cristaluria por foscarnet

ENFERMEDAD RENAL POR DEPÓSITO DE CADENAS PESADAS SECUNDARIA A PLASMOCITOMA ÓSEO SOLITARIO: PRIMER REPORTE DE LA LITERATURA.

Trabajo 146

Categoría de Trabajo: Caso Clínico

Tema de Trabajo: Nefrología

Autores: Ricardo Valjalo Medina, Camila Peña Ojeda, Gonzalo Mendez Olivieri, Miguel Vargas

Lugar de Trabajo: 1. Hospital del Salvador 2. Inmunocel 3. Merken Biotech SPA.

Introducción: La Enfermedad por Depósito de Cadenas Pesadas (HCDD) se caracteriza por el depósito tisular de cadenas pesadas de inmunoglobulina monoclonal truncadas, que, a nivel molecular, carecen del primer dominio constante. La afectación renal es la más frecuente, manifestándose con proteinuria, hipertensión, microhematuria y disfunción renal progresiva. La mayoría de los casos de HCDD se clasifican como gammapatía Monoclonal de Significación Renal (MGRS), existiendo una paraproteinemia detectable, en ausencia de neoplasias hematológicas. Solo en una cuarta parte de los casos se identifica un clon maligno de células plasmáticas que cumple los criterios diagnósticos de mieloma múltiple.

Caso Clínico: Se presenta el caso de una mujer de 58 años que debutó con proteinuria, microhematuria, hipertensión y disfunción renal progresiva. Los estudios de laboratorio revelaron paraproteinemia IgG-lambda e hipocomplementemia. Las imágenes identificaron un tumor costal solitario y el estudio de médula ósea con mielograma, biopsia y citometría de flujo, descartaron un mieloma múltiple. La biopsia renal reveló glomeruloesclerosis nodular, rojo Congo negativa, con restricción de IgG3 a lo largo de las membranas basales glomerular y tubular, sin formación de fibrillas, compatible con una HCDD por IgG3 (Fig. 1). La biopsia del tumor costal con inmunofluorescencia y digestión con pronasa, confirmó un plasmocitoma con positividad intensa y exclusiva para IgG3-lambda (Fig. 2). La paciente recibió radioterapia costal y quimioterapia dirigida a células plasmáticas con ciclofosfamida, bortezomib y dexametasona, logrando remisión renal y hematológica completas (Fig. 3).

Discusión: Este caso inédito y original, destaca la importancia de considerar el plasmocitoma en el diagnóstico diferencial de las enfermedades por depósito de inmunoglobulinas monoclonales y nos recuerda que la HCDD por subclase de IgG3 o IgG1 se expresa frecuentemente como una glomerulonefritis hipocomplementémica, dado la capacidad de estas cadenas truncadas para unirse a C1q y activar la vía clásica del complemento. Una búsqueda exhaustiva de trastornos clonales de células plasmáticas subyacentes en casos de HCDD clasificados como MGRS puede orientar a un enfoque terapéutico eficaz.

Conclusión: En conclusión, el diagnóstico de plasmocitoma debe considerarse en pacientes con MIDD y MGRS aparente, ya que la identificación temprana y el tratamiento efectivo pueden conducir a la remisión de la enfermedad.

ENFERMEDAD RENAL POR DEPÓSITO DE CADENAS PESADAS SECUNDARIA A PLASMOCITOMA ÓSEO SOLITARIO: PRIMER REPORTE DE LA LITERATURA.

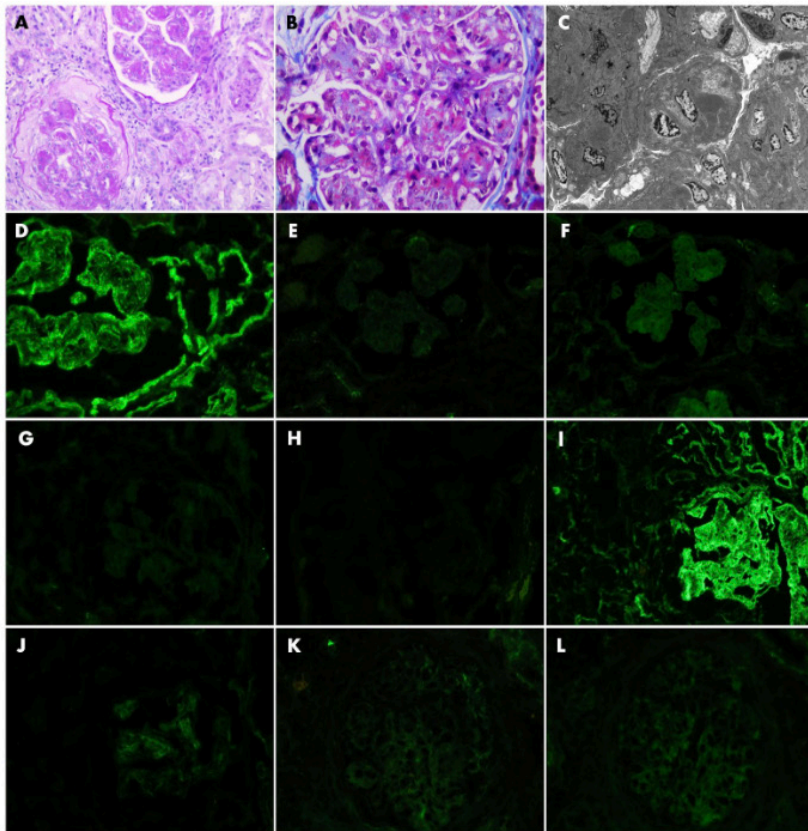


Figura 1. Hallazgos de la biopsia renal. A y B, microscopía óptica. C, Microscopía electrónica. D, Inmunofluorescencia para IgG. E-J, Inmunofluorescencia para kappa (E), lambda (F), IgG subclase gamma1 (G), gamma2 (H), gamma3 (I) y gamma4 (J). K-L, Inmunofluorescencia con digestión con pronasa para kappa (K) y lambda (L).

ENFERMEDAD RENAL POR DEPÓSITO DE CADENAS PESADAS SECUNDARIA A PLASMOCITOMA ÓSEO SOLITARIO: PRIMER REPORTE DE LA LITERATURA.

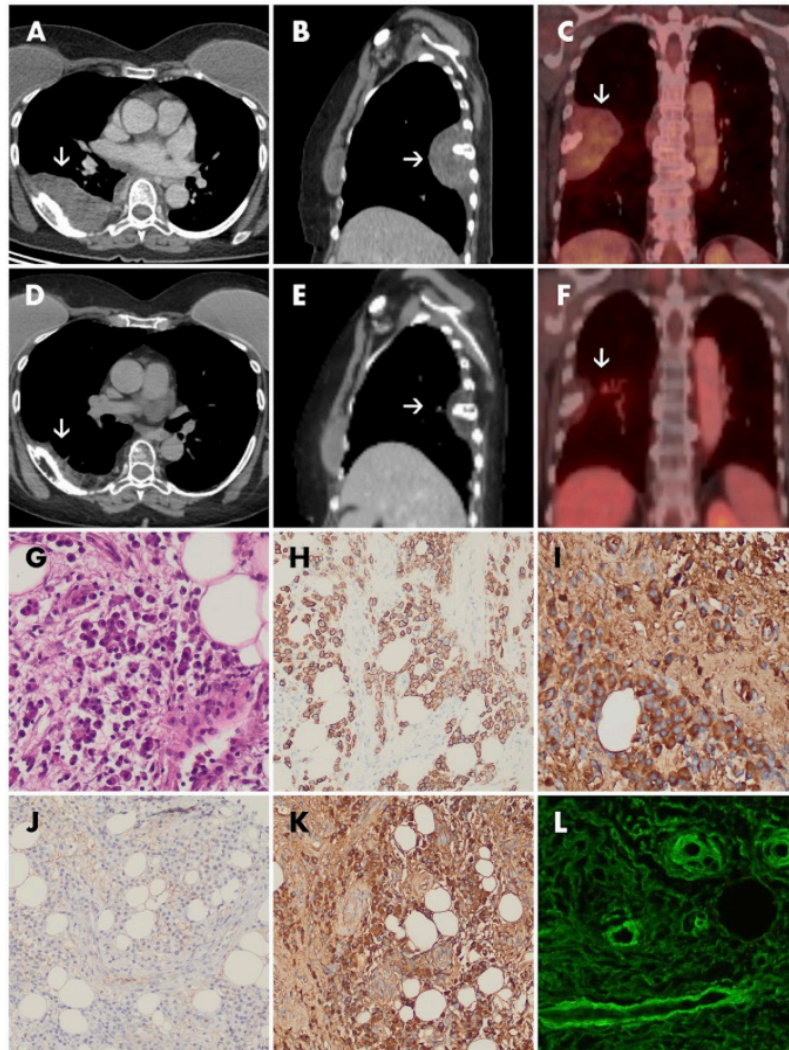


Figura 2. Evaluación imagenológica e histológica del tumor torácico. A-C, PET-CT antes del tratamiento. D-F PET-CT seis meses después del tratamiento. G-L, Biopsia de masa costal, microscopía óptica (G), inmunohistoquímica CD138 (H), inmunohistoquímica IgG (I), inmunohistoquímica para kappa (J), inmunohistoquímica para lambda (K), inmunofluorescencia con digestión con pronasa con anticuerpos anti IgG3 (L).

ENFERMEDAD RENAL POR DEPÓSITO DE CADENAS PESADAS SECUNDARIA A PLASMOCITOMA ÓSEO SOLITARIO: PRIMER REPORTE DE LA LITERATURA.

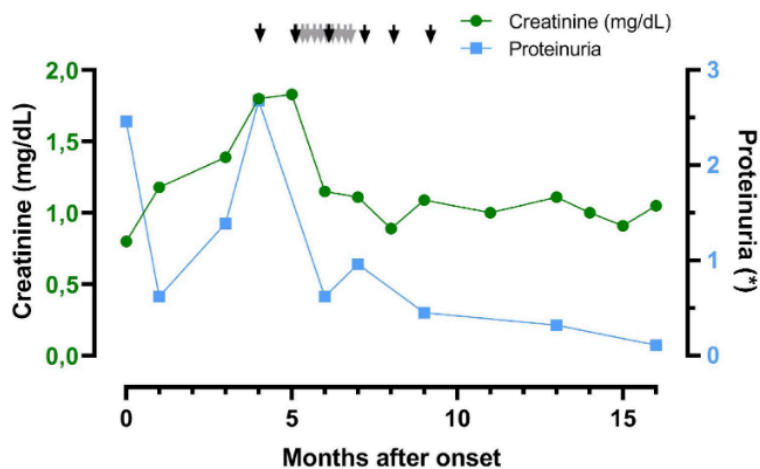


Figura 3. Evolución temporal de la creatinina sérica (círculos verdes) y la proteinuria (cuadrados celestes) desde el inicio de la enfermedad hasta un año después del inicio del tratamiento con radioterapia y quimioterapia dirigida a células plasmáticas. Las flechas negras representan los ciclos de quimioterapia con ciclofosfamida, dexametasona y bortezomib, y las flechas grises indican las sesiones de radioterapia. (*) Proteinuria medida en gramos/24 h o cociente proteína/creatinina en muestras de orina.

FRACTURA ESPONTÁNEA DE CATÉTER DE DIÁLISIS PERITONEAL Y DISFUNCIÓN ASOCIADA: REPORTE DE DOS CASOS SINCRÓNICOS

Trabajo 147

Categoría de Trabajo: Caso Clínico

Tema de Trabajo: Diálisis Peritoneal

Autores: Joaquín Sharp Segovia, María Catalina Gutiérrez Rodríguez, Lucy Abarzúa Pereira, Ana Mireya Ortiz Mejías

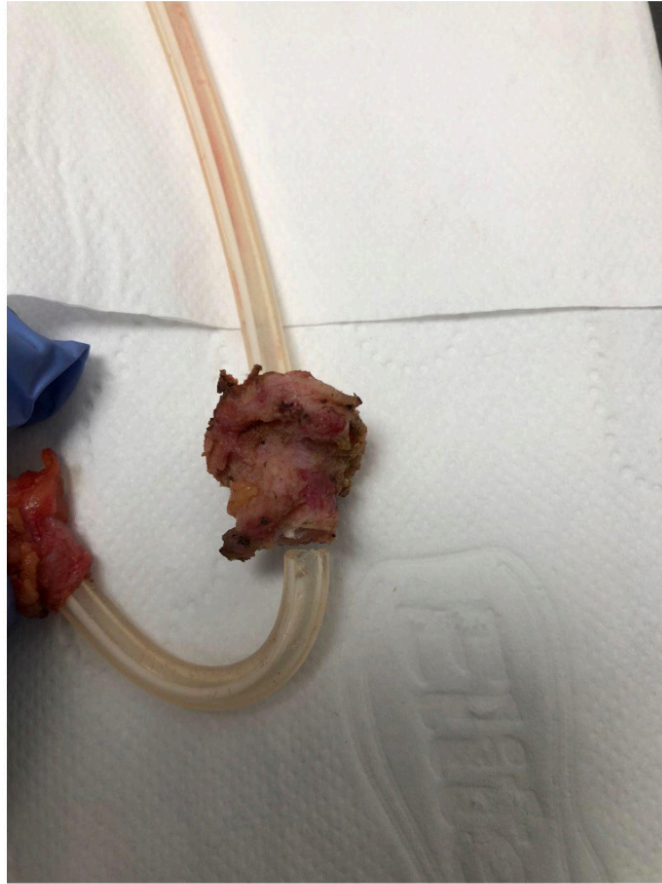
Lugar de Trabajo: 1. Residente de Nefrología, Red de Salud UC·Christus 2. Interna de Medicina, Universidad de Los Andes 3. Unidad de Diálisis Peritoneal, Red de Salud UC·Christus 4. Jefa Unidad de Diálisis Peritoneal, Red de Salud UC·Christus.

Introducción: La disfunción del drenaje de un catéter de Diálisis Peritoneal (DP) es frecuente y suele deberse a causas mecánicas diversas, muchas veces reversibles con manejo médico. La fractura espontánea en su trayecto subcutáneo es muy infrecuente y se limita a reportes aislados. Se presentan dos casos de fractura espontánea a nivel del túnel subcutáneo, de temporalidad concurrente y catéteres de similar antigüedad. Ambas pacientes dieron su consentimiento.

Caso Clínico: El primer caso corresponde a una mujer de 65 años, usuaria de DP automatizada (DPA) desde hace 28 meses por nefropatía por IgA, con antecedentes de cáncer de mama tratado y cirugía bariátrica. Consultó por dificultad súbita al drenaje, refractaria a laxantes. La evaluación de enfermería evidenció tramo exterior sano, infusión conservada, pero imposibilidad de drenaje en decúbito o sedente. Logró drenaje parcial en bipedestación, con colapso de la línea y frémido al palparla. La radiografía sugirió dudosa fractura, confirmada por tomografía. El segundo caso se presentó un mes después, en una mujer de 64 años, usuaria de DPA desde hace 29 meses por falla renal de etiología no precisada, con antecedentes de hipertensión precoz e infecciones urinarias recurrentes. Consultó por cuadro clínico idéntico; durante la evaluación, la auscultación del túnel reveló un sonido vibratorio tipo acúfeno durante el intento de drenaje. La radiografía fue diagnóstica. Ambos catéteres eran tipo Missouri. No existía antecedente de trauma, tracción ni peritonitis asociada. En ambos casos se efectuó recambio laparoscópico sin incidentes, logrando reinstaurar la técnica precozmente con ajustes de volumen y permanencia, sin necesidad de transferencia a hemodiálisis. La fractura espontánea es una complicación extremadamente rara, habitualmente manifestada como falla súbita de drenaje. Suele ocurrir en catéteres con más de dos años de uso, lo que sugiere un fenómeno de fatiga del material. Se han propuesto como factores de riesgo el poliuretano y la mupirocina tópica, no presentes en estos casos. También se ha planteado la posibilidad de microlesiones durante la instalación o defectos de fabricación.

Conclusión: La valoración por enfermería especializada es crucial para reconocer signos atípicos de disfunción del catéter. La detección de fenómenos vibratorios, tanto palpatorios como auscultatorios, no había sido previamente descrita y podría constituir un signo clínico sugestivo. Solo el estudio precoz con imágenes permite confirmar el diagnóstico.

FRACTURA ESPONTÁNEA DE CATÉTER DE DIÁLISIS PERITONEAL Y DISFUNCIÓN ASOCIADA: REPORTE DE DOS CASOS SINCRÓNICOS



Catéter del primer caso, foto postoperatoria

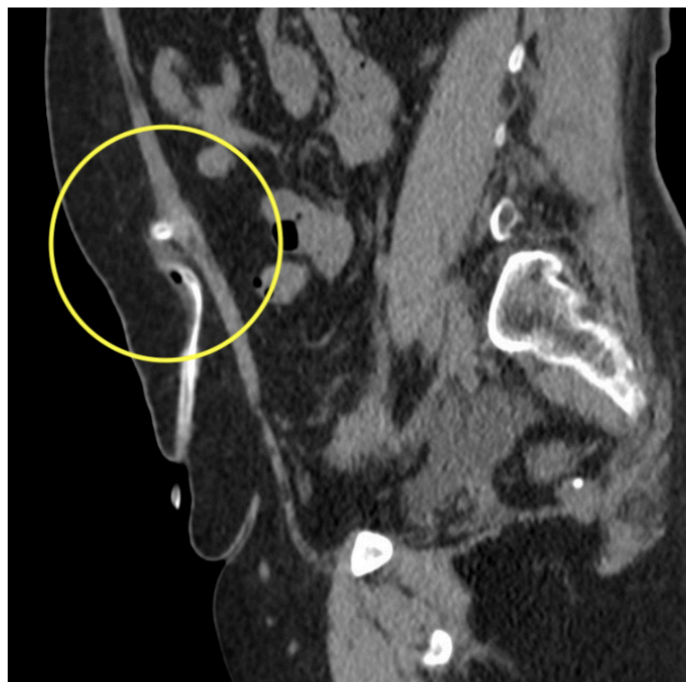


Imagen (TC) del primer caso

FRACTURA ESPONTÁNEA DE CATÉTER DE DIÁLISIS PERITONEAL Y DISFUNCIÓN ASOCIADA: REPORTE DE DOS CASOS SINCRÓNICOS

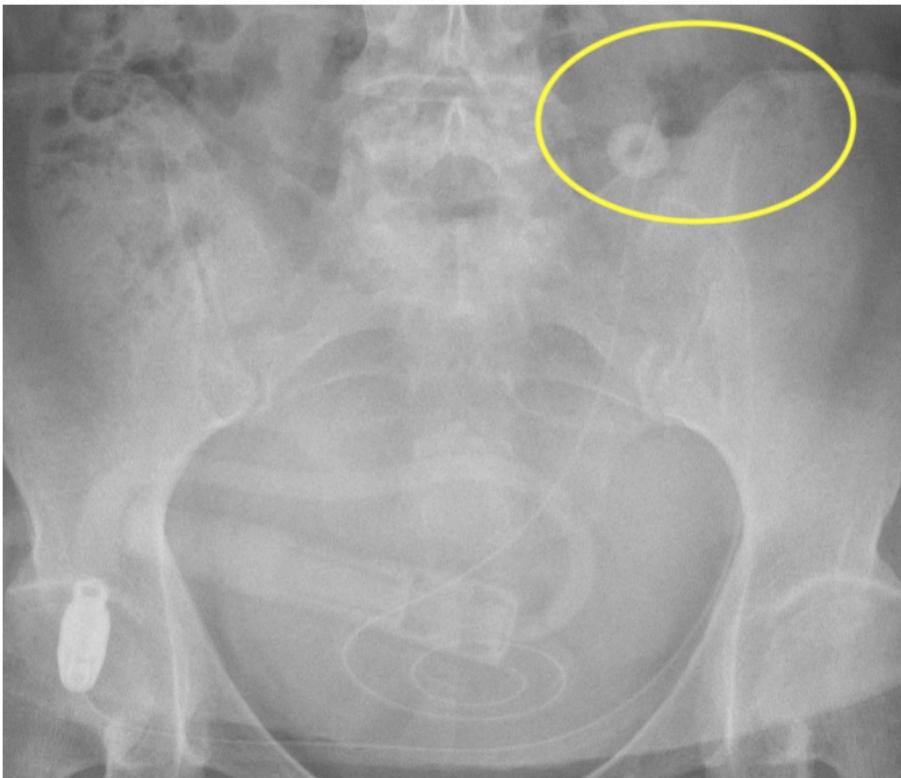


Imagen (Rx AP) del segundo caso

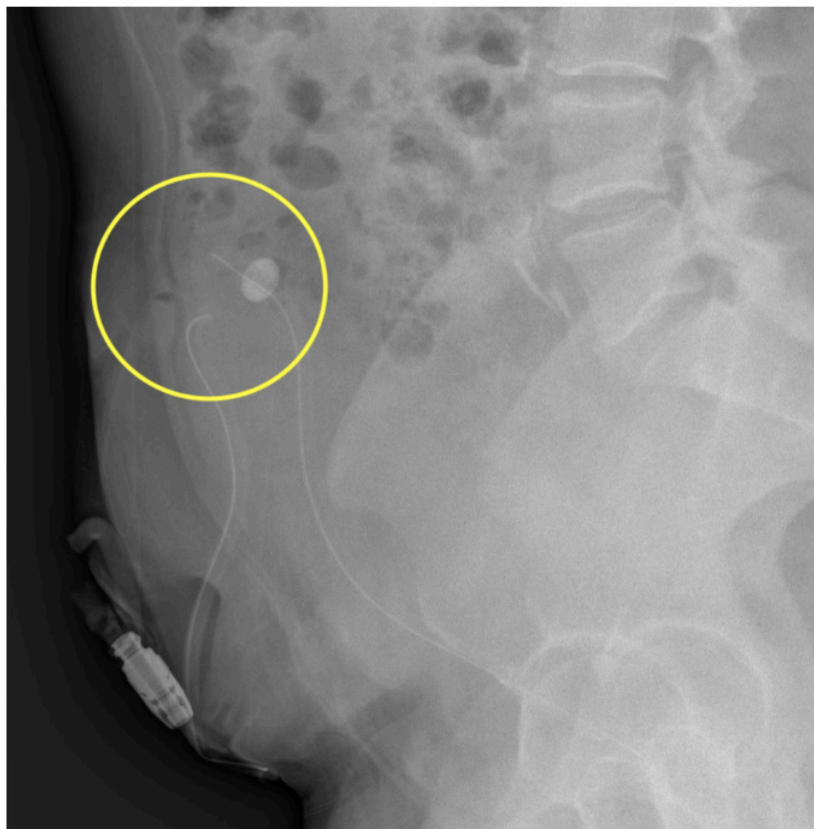


Imagen (Rx Lat) del segundo caso

Trabajo 149

Categoría de Trabajo: Caso Clínico

Tema de Trabajo: Nefrología Pediátrica

Autores: Nicole Rosales Landero, Mariale Ortega, Karen Cuevas, Mario Arellano, Diana Avila

Lugar de Trabajo: 1. Servicio de Pediatría, Unidad de Nefrología Infantil, Hospital San Juan de Dios. 2. Servicio de Pediatría, Unidad de Genética, Hospital San Juan de Dios,

Introducción: SHU Atípico (SHUa) es una microangiopatía trombótica, se han identificado defectos genéticos en la vía alternativa del complemento en el 60-70% de los pacientes. Mutaciones en el gen CD46 codifica MCP, proteína reguladora vía complemento, se presentan en 10-15% de pacientes con SHUa. Existen diferencias en las características clínicas de estos pacientes en relación a otras mutaciones, es importante el diagnóstico molecular para definir pronóstico y tratamiento.

Caso Clínico: Paciente femenina 11 años, antecedente de síndrome hemolítico urémico asociado a diarrea al año de vida, HCTO: 19 Hb: 6 PQ:230.000, Frotis: esquistocitos +, LDH: 2330, Creatinina: 0,7, OC proteinuria (-) GR 0-2, IPC 0.53, Coprocultivo (-). Sin requerimiento de TRR. Al alta creatinina: 0,24, PQ 105.000. A los 11 años presenta 2° episodio vómitos, diarrea, tos, fiebre y disfonía, tratamiento con domperidona, ibuprofeno, claritromicina, prednisona, clorfenamina, al examen normotensa, sin edema, palidez generalizada, petequias en extremidades, diuresis conservada. HCTO 19 HB 6 GB 152.000 PQ 280.000, Frotis: esquistocitos y poiquilocitosis, LDH 885, Creatinina 19,5 BUN 227, Ca 6,9, P 6,7, pH 7,38 HCO3 14, Na 135, K 5, OC glucosuria +++ Proteinuria ++ GR >100. Complemento normal, Coombs directo (-) ANA (-) Ac MPO y PR3 (-) ENA (-) ADAMTS 13 normal. Eco R-V: RD 12,8 cm RI 12,6 cm, pérdida diferenciación CM. IR normal. BP renal: Material hemático intratubular +++. Daño tubular agudo acentuado con necrosis epitelial focal. Nefritis intersticial linfocitaria peritubular. Diagnostico AKI III secundario NIA vs MAT, inicia HD y recibe 3 bolos de MTP 1 Mg/kg/dosis, por sospecha de NIA. Evolución favorable, 10 días HD, exámenes al alta Creatinina: 1.97 HCTO 22 Hb 8 PQ 293000 OC normal IPC 0,16. Estudio genético: Mutación VUS heterocigota gen CD46. Actualmente sin nuevas recaídas, función renal conservada.

Discusión: Mutación MCP da origen a SHUa, cursa con recaídas frecuentes, 90% recupera función, puede progresar a ERCT, Por lo que plantea una difícil decisión en relación al uso de Ac antiC5. Post Trasplante, un 20% recae a diferencia de otras mutaciones.

Conclusión: Se presenta el caso de una paciente con las características fenotípicas de esta variante, probablemente patogénica aún no reportada. Es crucial la descripción de estos casos ya que nos permite reclasificarla, lo que permite diagnósticos más precisos, optimizar la investigación y la toma de decisiones clínica.

EXCELENTE RESPUESTA A ANTICUERPO ANTI-CD20 TIPO II (OBINUTUZUMAB) EN SÍNDROME NEFRÓTICO MULTIDROGA-DEPENDIENTE Y RESISTENTE A RITUXIMAB

Trabajo 150

Categoría de Trabajo: Caso Clínico

Tema de Trabajo: Nefrología Pediátrica

Autores: Maria Pia Rosati Maldifasis, Tatiana Gajardo, Jacqueline Pefaur Penna

*Lugar de Trabajo: 1. Clínica Santa María, Santiago, Chile 2. Hospital Barros Lu-
cos 3. Clínica Santa María, Santiago, Chile.*

Introducción: El 80 % de los Síndromes Nefróticos (SN) pediátricos responden a corticoides, pero cerca del 50 % desarrolla recaídas frecuentes o corticodependencia, requiriendo inmunosupresores ahorradores de esteroides. Rituximab es una alternativa eficaz, aunque algunos pacientes son resistentes o muestran pérdida de respuesta. Los anticuerpos anti-CD20 tipo II humanizados, como obinutuzumab, han mostrado eficacia en casos refractarios. Se presenta el primer caso pediátrico chileno de SN corticodependiente a dosis altas, que no logra remisión prolongada con calcineurínicos y resistente a rituximab, tratado exitosamente con obinutuzumab.

Caso Clínico: Paciente femenina de 9 años 5 meses, debut de SN corticosensible a los 18 meses, evoluciona con corticodependencia. Recibió ciclosporina, luego tacrolimus, con múltiples recaídas y uso prolongado de prednisona. Tres ciclos de rituximab (2018-2021) lograron suspensión transitoria de corticoides; una cuarta dosis en 2022 fue inefectiva, a pesar de lograr depleción de LBCD19, persistiendo con altas dosis de corticoides, tacrolimus y micofenolato. Presentó síndrome de Cushing severo, obesidad, talla baja, dislipidemia, intolerancia a la glucosa e hipotiroidismo. Biopsias renales (2016 y 2023) mostraron cambios mínimos; estudio genético GEFS negativo. En septiembre 2023 recibió obinutuzumab 1 g/1,73 m² tras premedicación, bien tolerado. Se logró depleción completa de CD19 a los 15 días, suspensión de corticoides y tacrolimus en 2 meses. A los 24 meses del tratamiento permanece en remisión sin recaídas, con normalización metabólica y sin infecciones.

Discusión: Los anti-CD20 han transformado el manejo del SN dependiente o resistente a corticoides y su uso actualmente está fundamentado con el descubrimiento reciente de los Ac antinefrina. La resistencia a rituximab puede relacionarse con inmunogenicidad, depleción incompleta o persistencia de células plasmáticas autorreactivas. Obinutuzumab, anticuerpo humanizado tipo II, produce una depleción más profunda y sostenida de linfocitos B, con reportes de eficacia en glomerulopatías refractarias y seguridad aceptable.

Conclusión: Obinutuzumab constituye una alternativa terapéutica eficaz y bien tolerada en SN corticodependiente refractario a rituximab, logrando remisión prolongada y reversión de complicaciones por corticoides.

SIMULACIÓN DE LA DOSIS OBJETIVO EN HEMODIÁLISIS INCREMENTAL BISEMANAL PARA NIÑOS MENORES DE 15 KG CON FUNCIÓN RENAL RESIDUAL BASADA EN EL MODELO CINÉTICO DE LA UREA.

Trabajo 151

Categoría de Trabajo: Caso Clínico

Tema de Trabajo: Hemodiálisis

Autores: Jean Grandy Henríquez, Carolina Garay Beltrán, Víctor Au Castro

Lugar de Trabajo: 1. Hospital Exequiel González Cortés 2. Hospital Luis Calvo Mackenna.

Introducción: La Hemodiálisis Incremental (HD-I) es una herramienta útil en niños con Función Renal Residual (FRR). La cuantificación del aclaramiento renal de urea residual (KRU) permite ajustar la terapia y prevenir la diálisis subóptima. No se han evaluado los valores de KRU para alcanzar la dosis objetivo de aclaramiento total de urea según el Modelo Cinético de la Urea (UKM) en lactantes.

Objetivos: Este estudio busca estimar el KRU necesario para alcanzar los objetivos de adecuación basados en el UKM en niños menores de 15 kg sometidos a HD-I bisemanal.

Población y Metodología: Un niño de 3 años (11,5 kg) con displasia renal bilateral, poliuria y enfermedad renal crónica etapa 5, inició HD tres veces por semana, 3 horas/sesión. El Kru se calculó al inicio y al mes de evolución, sumándose a la dosis de diálisis trisemanal administrada. Para estimar el Kru necesario para prescribir y evaluar la adecuación de HD incremental, se simuló un modelo de diálisis considerando la dosis alcanzada de un régimen de HD isovolumétrico de 240 minutos dos veces por semana. Se calcularon $spKt/V$, eKt/V y Kt/V estándar ($std-Kt/V$) con metas fijas en un programa Excel (2.1, 1.8 y 1.71 respectivamente). La dosis dialítica se expresó como $std-Kt/V$ normalizado por área de superficie (SAN), y se obtuvo un $std-Kt/V$ total combinando las contribuciones de diálisis y Kru para alcanzar la dosis objetivo-recomendada en niños de 2.45. Adicionalmente, se realizaron simulaciones para 8 niños y 8 niñas entre 5 y 15 kg, diferenciados por superficie corporal para determinar el Kru necesario para lograr la adecuación.

Resultados: El KRU inicial del paciente fue de $3,99 \text{ ml/min/1,73m}^2$, que disminuyó a $2,98 \text{ ml/min/1,73m}^2$ un mes después, lo que resultó en un Kt/V estándar total de 2,77 con HD trisemanal. La simulación indicó que se requería un KRU mínimo de $3,89 \text{ ml/min/1,73m}^2$ para HD bisemanal. En el régimen simulado de HD bisemanal para 16 niños, el KRU mínimo para alcanzar el objetivo de la recomendación pediátrica para iniciar HD-I (3 ml/min/1,73m^2) fue siempre superior al esperado. El KRU mínimo requerido osciló entre 3,59 y 4,7 en niñas y entre 3,52 y 6,1 en niños, aumentando progresivamente con la disminución del peso.

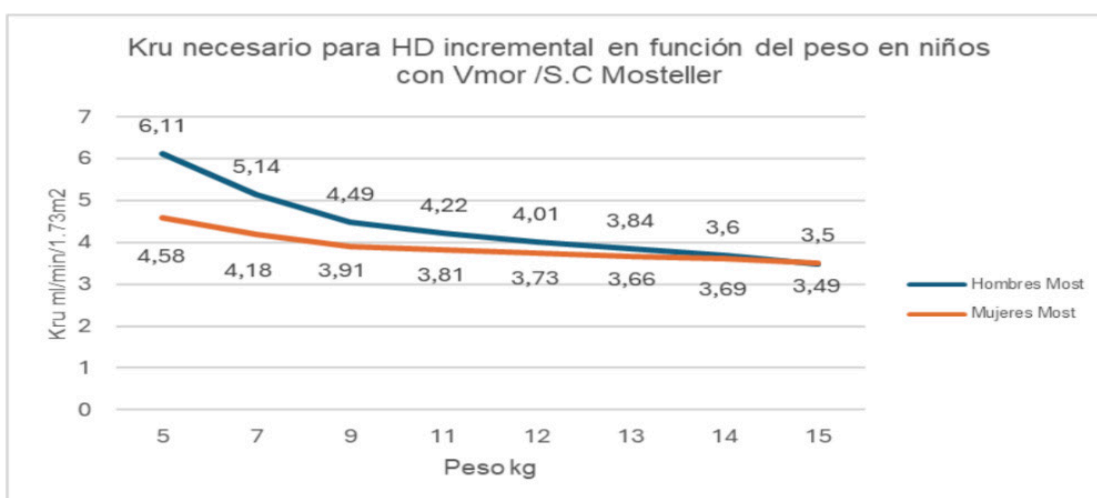
Conclusión: Alcanzar los objetivos de adecuación en niños menores de 15 kg con HD-I bisemanal requiere una medición cuidadosa de KRU, ya que podrían ser necesarios niveles de KRU más altos que las recomendaciones pediátricas estándar.

SIMULACIÓN DE LA DOSIS OBJETIVO EN HEMODIÁLISIS INCREMENTAL BISEMANAL PARA NIÑOS MENORES DE 15 KG CON FUNCIÓN RENAL RESIDUAL BASADA EN EL MODELO CINÉTICO DE LA UREA.

Tabla 1. Kru esperado simulado en una sesión.

Niños						
HD 2vxs. T. 240 min/isovolumétrica. spKt/V 2.1, eKt/V 1.8 y std-Kt/V 1.73						
Peso kg	S.C m ²	V urea Litros	(V/S.C)/17.5	SAN std-Kt/V	std-Kt/V Residual esperado	Kru esperado
5	0.28	1.93	0.39	0.69	1.76	6.11
7	0.35	3.44	0.56	0.97	1.48	5.14
9	0.43	4.95	0.66	1.16	1.29	4.49
10	0.47	5.78	0.71	1.23	1.22	4.22
11	0.50	6.57	0.75	1.30	1.15	4.01
11.5	0.53	7.06	0.77	1.33	1.12	3.89
12	0.54	7.29	0.77	1.35	1,1	3.84
13	0.57	8.01	0.80	1.39	1.06	3.69
15	0.64	9.48	0.84	1.46	0.99	3.43

Niñas						
Peso kg	S,C m ²	V urea Litros	(V/S.C)/17.5	SAN std-Kt/V	std-Kt/V Residual esperado	Kru esperado
5	0.28	3.18	0.65	1.13	1.32	4.58
7	0.35	4.44	0.72	1.25	1.20	4.18
9	0.43	5.72	0.76	1.32	1.13	3.91
10	0.47	6.4	0.78	1.35	1.1	3.81
11	0.51	7.02	0.79	1.38	1.07	3.73
12	0.54	7.62	0.8	1,4	1.05	3.66
13	0.58	8.21	0.81	1.41	1.04	3.60
15	0.65	9.38	0.83	1.44	1.01	3.50



USO DE MONITOREO REMOTO (MR) EN UNA COHORTE DE 29 PACIENTES EN DIÁLISIS PERITONEAL AUTOMATIZADA (DPA)

Trabajo 152

Categoría de Trabajo: Estudio Clínico

Tema de Trabajo: Hipertensión

Autores: Ruben Torres Díaz, Cynthia Bustamante López, Muriel Robles Morales, María Eugenia Sanhueza Villanueva, Erico Segovia Ruiz, Walter Passalacqua Rivanera, Luis Toro Cabrera, María Jose Hidalgo Jacob, Miriam Alvo Abdovsky

Lugar de Trabajo: 1. Hospital Clínico Universidad de Chile.

Introducción: El MR de pacientes en DPA puede prevenir complicaciones y mejorar la calidad del tratamiento. El MR permite seguir el número de terapias realizadas en relación a las prescritas, ver si se realiza correctamente el tiempo total de la sesión, y ver si se generan alarmas de importancia clínica que puedan prevenir complicaciones.

Objetivo: Realizar un análisis descriptivo del seguimiento con MR en una cohorte de pacientes en APD, respecto de correcto seguimiento de programación prescrita, y parámetros clínicos mensuales.

Metodología: Se realizó análisis descriptivo de 29 pacientes en APD con monitoreo remoto, que aceptaron el seguimiento, además de llevar al menos 3 meses en la técnica, con exámenes mensuales y sin hospitalización durante el mes de septiembre de 2025. En este grupo de pacientes se midió Ultrafiltración (UF), diuresis, tipo de transporte, parámetros clínicos, depuración, número de terapias efectuadas durante el mes, duración media de la terapia, volumen medio de la terapia. Se les separó según tipo de transporte peritoneal (H, HA, LA y L) para ver si existían diferencias respecto de la programación.

Resultados: La edad promedio de los pacientes fue $62,5 \pm 15,4$ años, la UF promedio 969 ± 582 ml, la diuresis 841 ± 778 ml, el promedio de terapias efectuadas fue de $28,1 \pm 3$ sesiones, el número de horas promedio de conexión fue de $10,34 \pm 0,73$ hrs x día, el volumen medio de terapia fue de 8798 ± 1703 ml x día. Se encontró que el 96,5% de los pacientes tenían ≥ 24 sesiones x mes. 1 paciente se realizó sólo 15 sesiones en el mes, identificándose que se debió a exceso de alarmas, producido por atrapamiento de catéter por epiplón que se reparó quirúrgicamente. Respecto al transporte peritoneal, el 13,8% de los pacientes tenían transporte H, 13,8% HA, 34,4% LA, y 38% L. No se encontró diferencias en volúmenes medio de la terapia según tipo de transporte. Si se encontró diferencias en duración media de la terapia: 9,6 hrs en paciente HA, 10,3 hrs en pacientes HA, 10,4 hrs en pacientes LA, y 10,55 hrs en paciente L.

Conclusiones: El MR permitió determinar que la mayoría de los pacientes cumplen con terapia de al menos ≥ 24 sesiones por mes. El MR permitió detectar un paciente con atrapamiento del catéter por epiplón corregido exitosamente. Respecto del tipo de transporte se observa que en pacientes con transporte L tienen mayor tiempo de conexión que era lo esperable. Se concluye que el MR es una buena técnica de seguimiento de estos pacientes.

CARACTERIZACIÓN DEL USO DE AGONISTAS DEL RECEPTOR DE GLP-1 EN ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA 4-5 Y PACIENTES CON GLOMERULOPATÍAS

Trabajo 153

Categoría de Trabajo: Caso Clínico

Tema de Trabajo: Nefrología

Autores: Andrés Saez Perez, Rubén Torres Díaz, Erico Segovia Ruiz, Mario Hernandez Ramirez

Lugar de Trabajo: 1. Residente de Nefrología, Facultad de Medicina Universidad de Chile 2. Departamento de Medicina, Sección de Nefrología, Hospital Clínico Universidad de Chile.

Introducción: La poliuria tras descompresión de una obstrucción urinaria (PPO) es frecuente y suele ser transitoria por poliuria osmótica (aumento de carga de solutos/urea). Menos común, una poliuria prolongada por mecanismos mixtos donde la Resistencia Tubular a Vasopresina (RTV) cobra relevancia. Presentamos un adulto con Uropatía Obstructiva (UO) y PPO hipo-osmolar particularmente severa y persistente.

Caso Clínico: Varón 57 años, obesidad mórbida, DM2, HTA, dislipidemia y discapacidad intelectual leve. Consulta por oligoanuria y globo vesical. Al ingreso: Na 151 mEq/L, Cr 0,96 mg/dL. PielotAC/ecografía: HUN bilateral moderada, vejiga ~2L con pared engrosada, próstata 119 ml. Tras cateterismo desarrolla PPO severa (hasta 16 L/día) con hipernatremia persistente (hasta 156 mEq/L). Uosm 89 mOsm/L y test con desmopresina negativo sugieren resistencia tubular a vasopresina. Con soluciones hipotónicas normaliza natremia, pero la diuresis >10 L/día persiste >10 días; al añadir indometacina e hidroclorotiazida se estabiliza en 3–4 L/día. Por la evolución inusual, la hermana aporta informe de 1976 con probable RTV infantil; refiere además un hermano con polidipsia/enuresis en la infancia. Pruebas genéticas solicitadas en proceso. Compensado el medio interno, se realiza adenomectomía prostática sin complicaciones; alta con seguimiento nefro-urológico.

Discusión: La descompresión de una UO suele causar PPO y puede inducir RTV adquirida transitoria (washout medular, ↓AQP2,). En este caso, la Uosm 89, la hipernatremia sostenida pese a agua libre y la falta de respuesta a la desmopresina indican RTV como mecanismo predominante. Dado el antecedente infantil y familiar, es plausible una susceptibilidad previa (posible forma congénita parcial) además de PPO. En RTV congénita es frecuente la uropatía obstructiva (megavejiga/HUN) con poliuria crónica y disfunción detrusora, lo que explica la vejiga ~2 L y la dilatación pese a obstrucción no extrema. El control exitoso combinó AINE + tiazida y resolución de la obstrucción. La genética definirá si fue RTV sólo inducida por obstrucción o RTV preexistente exacerbada.

Conclusión: La PPO puede eventualmente generar una poliuria hipo-osmolar severa, sobre todo si existe un defecto previo en la concentración de orina. En estos casos el manejo de la poliuria hipotónica persistente se puede corregir con el uso de AINE + tiazida. En este caso la evaluación genética permitirá la caracterización definitiva del caso.

GLOMERULOESCLEROSIS FOCAL Y SEGMENTARIA (GEFS) EN NIÑOS CAUSADA POR VARIANTE DEL GEN NUP 160: REPORTE DE UN CASO

Trabajo 155

Categoría de Trabajo: Caso Clínico

Tema de Trabajo: Nefrología

Autores: María Alejandra Ortega Colina, Karen Andrea Cuevas Allar, Nicole Rosales Landeros, Mario Arellano Ibarra, Pía Rosati Maldifasi, Gabriela Gonzalez

Lugar de Trabajo: 1. Hospital San Juan de Dios, Santiago de Chile 2. Hospital San Juan de Dios.

Introducción: El Síndrome Nefrótico (SN) se caracteriza por proteinuria, edema e hipoalbuminemia. Entre un 10–20 % presenta corticorresistencia (SNCR), asociada histológicamente a Glomeruloesclerosis Focal y Segmentaria (GEFS) o esclerosis mesangial difusa, lesiones que reflejan daño glomerular irreversible y progresión a Enfermedad Renal Crónica (ERC). Se han identificado más de 50 genes implicados en SNCR. Recientemente, mediante secuenciación del exoma completo, se han descrito mutaciones en genes que codifican componentes del Complejo de Poro Nuclear (CPN), cuyas subunidades —Nucleoporinas (NUP)— regulan el transporte macromolecular núcleo-citoplasma. Entre ellos, NUP107, NUP85, NUP133 y NUP160 se han vinculado con formas monogénicas de SNCR.

Caso Clínico: Se describe el caso de escolar masculino de 12 años, con antecedente de asma, epilepsia y discapacidad cognitiva moderada. A los 6 años presentó orinas espumosas sin edema ni hematuria, con proteinuria en rango nefrótico, función renal y estudios inmunológicos normales. Evolucionó con incremento progresivo de proteinuria, sin constituir SN. La biopsia renal evidenció membrana basal delgada glomerular y GEFS. El estudio genético (paciente y padres) demostró una variante patogénica bialélica del gen NUP160 (NPHS19), asociada a SNCR autosómico recesivo, además de una duplicación 15q11.2-q13.1 que explicaba el fenotipo neurológico. A los 11 años evolucionó a ERC terminal, actualmente en diálisis peritoneal en espera de trasplante renal.

Discusión: Se han descrito más de 60 casos de SNCR relacionados con mutaciones en genes NUP, siendo NUP160 responsable de aproximadamente el 5 %. Estos pacientes suelen debutar en la infancia o adolescencia con proteinuria o SNCR y progresan precozmente a ERC. El daño podocitario se atribuye a alteraciones en proliferación, apoptosis y migración celular, con deslocalización de nefrina, podocina, CD2AP y α -actinina-4.

Conclusión: Este caso contribuye a ampliar el espectro genotipo-fenotipo asociado a mutaciones de NUP160, destacando la relevancia del estudio genético en niños con GEFS.

DÉFICIT DE VITAMINA D, EL OLVIDADO DE DIÁLISIS. EXPERIENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE VALDIVIA

Trabajo 156

Categoría de Trabajo: Estudio Clínico

Tema de Trabajo: Hemodiálisis

Autores: Susana Márquez Muñoz

Lugar de Trabajo: 1. Hospital Base Valdivia.

Introducción: La deficiencia de vitamina D ha sido descrito en nuestro país en distintos grupos (mujeres en edad fértil y personas mayores) según la ENS 2016-2017, con una prevalencia cercana al 84%. Es reconocida la importancia que ejerce la vitamina D sobre distintos sistemas, jugando un rol relevante en los trastornos óseos metabólicos asociados a enfermedad renal crónica.

Objetivos: Estudiar el déficit de vitamina D en los pacientes en hemodiálisis del HBV y correlacionar sus niveles con los de Parathormona (PTH), calcemia, fosfatemia y tratamientos recibidos (carga de colecalciferol y calcitriol).

Población: Se consideran todos los pacientes en hemodiálisis crónica del HBV a junio del 2025.

Metodología: Se midieron los niveles de 25-hidroxivitamina D (25-OH), PTH, calcio y fósforo en junio del 2025 y se revisaron datos demográficos y clínicos obtenidos de las fichas electrónicas.

Resultados: De un total de 55 pacientes (53% ♀), \bar{x} edad 62 años (22-87), 62% presenta niveles de 25-OH vitD <30 ng/dL, más frecuente en mujeres (69%), que además presentan un déficit más severo. Por grupo de edad, las mujeres entre 60-69 años es el grupo que tiene más déficit y más severo, a diferencia de los hombres que tienen una distribución más equitativa. El 89% tienen niveles aumentados de PTH. Al separar en 2 grupos (< o > 200 ng/mL), observamos un 50 % y 75% de déficit respectivamente. Sin embargo, no se encuentra una relación estadísticamente significativa ($p=0.3$) entre el déficit de 25-OH vitD y los niveles de PTH. En relación con los que recibieron carga de colecalciferol en los últimos 6 meses no se encontró diferencia significativa con los niveles actuales de 25OH-vit D ($p=0,81$). Tampoco con los niveles de fosfatemia ($p=0.9$) y calcemia ($p=0.85$).

Conclusión: La deficiencia de vitamina D es frecuente en pacientes en hemodiálisis crónica, especialmente en mujeres >60 años. Si bien no se observaron asociaciones significativas entre los niveles de vitamina D y los otros factores, si destaca la prevalencia aumentada de trastornos óseo-metabólicos. Estos resultados evidencian la necesidad de fortalecer el control y manejo del déficit de vitamina D en esta población.

Trabajo 157

Categoría de Trabajo: Caso Clínico

Tema de Trabajo: Transplante

Autores: Susana Márquez Muñoz

Lugar de Trabajo: 1. Hospital Base Valdivia.

Introducción: Los receptores de trasplante presentan mayor incidencia de neoplasias de novo. Sin embargo, existe escasa evidencia del manejo en los hallazgos oncológicos incidentales al momento del implante. Se describen 2 casos del Hospital Base Valdivia (con consentimiento informado). Caso 1: Hombre, 65 años, HTA y ERC por glomerulonefritis membranoproliferativa, trasplante renal el 2018. Durante la cirugía se pesquisó lesión vesical, biopsia rápida informó carcinoma papilar no invasivo urotelial de alto grado, con resección completa. Inmunosupresión con tacrolimus, micofenolato y prednisona. Estudio de diseminación negativo. A los 6 meses presenta recurrencia vesical, el estudio histológico sugiere neoplasia papilar urotelial vs cistitis papilar polipoide, por lo que se realiza cistoprostatectomía radical con derivación de Bricker y linfadenectomía pélvica, biopsia definitiva sin neoplasia residual. Se inició everolimus y se suspendió micofenolato. A los 72 meses postrasplante función renal estable (CrS 1.0 mg/dL, albuminuria moderadamente aumentada). Caso 2: Mujer, 59 años, ERC de etiología no precisada, trasplante renal en 2011. Durante la cirugía se observan ganglios regionales aumentados de tamaño, biopsia diferida informó Linfoma No Hodgkin marginal indolente. Estudio de diseminación negativo. Manejo conservador de LNH. Se reemplazó ciclosporina por everolimus, manteniendo micofenolato y prednisona. A los 42 meses presentó proteinuria nefrótica por rechazo humoral, se agrega tacrolimus y se suspende everolimus, negativizando proteinuria. 5 años después desarrolló adenocarcinoma ovárico bilateral avanzado, tratado con cirugía y quimioterapia paliativa (paclitaxel y carboplatino), con remisión imagenológica. Al presente CrS estable (1.8 mg/dL), pero proteinuria al alza en último año (hasta IPC 3.8 g/g), se planifica biopsia renal (pendiente).

Discusión: Pese al riguroso estudio pretrasplante, aún es posible encontrar accidentalmente elementos neoplásicos durante la cirugía. Se realizó adecuación de la terapia inmunosupresora y vigilancia estrecha de eventuales recidivas.

Conclusión: La pesquisa precoz e inmunosupresión individualizada pueden permitir un manejo exitoso, preservando la función del injerto y mejorando el pronóstico.

RECURRENCIA DE GLOMERULOESCLEROSIS FOCAL Y SEGMENTARIA (RGEFS) EN SEGUNDO TRASPLANTE. TRATAMIENTO CON OFATUMUMAB. REPORTE DE CASO

Trabajo 158

Categoría de Trabajo: Caso Clínico

Tema de Trabajo: Transplante

Autores: Maria Pia Rosati Maldifassi, Tatiana Gajardo, Jacqueline Pefaur Penna

Lugar de Trabajo: 1. Clinica Santa Maria, Santiago, Chile 2. Hospital Barros Lucos.

Introducción: La recurrencia de GEFS (rGEFS) ocurre en 30–50 % del primer trasplante y hasta 90 % en el segundo. La terapia estándar con Plasmaféresis (PF) y rituximab (RTX) logra remisión en cerca del 60 %, pero la pérdida del injerto puede alcanzar 60 % a 5 años. Los anticuerpos anti-CD20 de segunda generación, como ofatumumab, podrían inducir remisión en casos refractarios a RTX. Se presenta el primer caso chileno de rGEFS postrasplante con buena respuesta a ofatumumab.

Caso Clínico: Paciente masculino, debutó con SN corticorresistente al año 8 meses. Refractario a múltiples inmunosupresores (ciclofosfamida, micofenolato, tacrolimus, RTX). Biopsia: GEFS; estudio genético negativo. Evolucionó con anasarca, dislipidemia e hipertensión, requiriendo diálisis peritoneal a los 5 años. Primer trasplante renal (donante vivo madre) a los 7 años: presentó proteinuria masiva a las 24 h; se indicó PF prolongada (4 meses), RTX y abatacept sin remisión, con pérdida del injerto a los 6 meses. Biopsia: rGEFS colapsante. Segundo trasplante (donante fallecido) a los 10 años, desensibilizado con gamaglobulina y RTX. Desarrolló recurrencia precoz con disfunción del injerto y proteinuria masiva. Se inició PF la que se suspende a las 48 horas por sangramiento. Se realiza hemofiltración y a los 10 días se inicia PF y HD. Al mes de trasplante presenta aumento de la diuresis, disminución progresiva de proteinuria (índice de 74 a 4.9) y creatinina pl 1mg%. A los 2 meses persiste proteinuria, se administró ofatumumab 1,5 g/1,73 m² por 1 vez, logrando remisión completa y suspensión de PF. A los 4 años mantiene función renal estable (creatinina 1,2 mg/dl, sin proteinuria).

Discusión: La resistencia a RTX puede deberse a inmunogenicidad o depleción incompleta de linfocitos B. Los anticuerpos anti-CD20 de segunda generación, como ofatumumab y obinutuzumab, inducen una depleción más profunda y sostenida, demostrando eficacia en glomerulopatías refractarias, incluyendo rGEFS postrasplante.

Conclusión: Los anticuerpos anti-CD20 de segunda generación representan una alternativa terapéutica efectiva y segura en rGEFS resistente a PF y RTX, permitiendo preservar la función del injerto y evitar recurrencias.