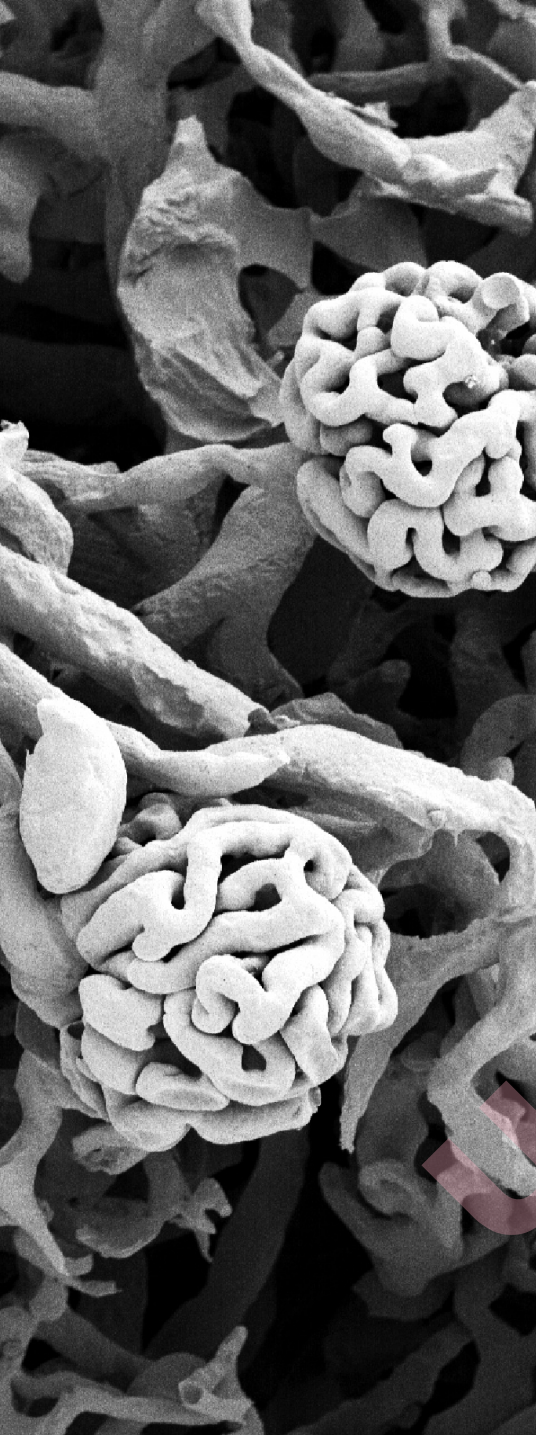






JORNADAS GLOMERULOPATÍAS

**ANÁLISIS DE LA NEFRITIS LÚPICA EN
EL URUGUAY**

Dra. Gabriela Ottati

14 y 15 de Setiembre 2015

ANALISIS DE LA NEFROPATIA LUPICA EN EL URUGUAY

- Prevalencia en el Uruguay
- Comparación prevalencia con otros registros en el mundo
- Análisis nefropatía lúpica Uruguay
- Sobrevida por décadas

ANALISIS DE LA NEFROPATIA LUPICA EN EL URUGUAY

- Prevalencia en el Uruguay
- Comparación prevalencia con otros registros en el mundo
- Análisis nefropatía lúpica Uruguay
- Sobrevida por décadas



- La población actual de nuestro país, según el censo 2011, es **3:251.526 habitantes**,
- sexo masculino 1: 561.236 (48%),
- distribución urbana del 94.3%.
- Raza blanca 2: 790.000 (93.2%)
- Raza Negra 164.200 (5.9%)
- Indígena 12.100 (0.4%)
- Mestiza 12.000 (0.4%)

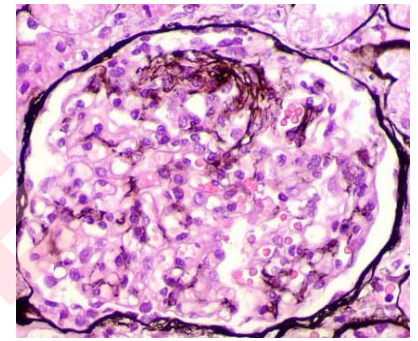
- El registro uruguayo de glomerulopatías inicio su actividad en 1970 en el Centro de Nefrología del Hospital de Clínicas, UDELAR.
- En 1985 con el patrocinio de la SUN, alcanzo escala nacional.
- En 1989 el grupo encargado del Registro, diseño en 1989 el Programa de Prevención y Tratamiento de las Glomerulopatías.
- En el año 2000, el MSP oficializo el programa y estableció la obligatoriedad de denunciar a todos los pacientes con Glomerulopatías.

Changes in the Incidence of Glomerular Diseases in Uruguay During the Last Ten Years

Oscar A. Noboa, MD*1,4, Liliana Gadola, MD1,4, Hena Maria Caorsi, MD2,4, Mariela Garau, MD1,4, Nelson Acosta2,4, Panuncio Ana3, Maria Auchayna4, Silvia Melesi3, Ana Marino3 and Francisco Gonzalez Martinez

	1998-1999		2003-2004		2008-2009	
diagnóstico	n	pmp	n	pmp	n	pmp
NEFROPATÍA LÚPICA	20	3.98	18	3.52	23	4.38
NEFROPATÍA DIABÉTICA	3	0.60	6	1.17	7	1.33
VASCULITIS.	15	2.99	36	7.04	33	6.28
AMILOIDOSIS	6	1.19	7	1.37	13	2.48
MIELOMA	2	0.40	4	0.78	3	0.57
CRIOGLOBULINEMIAS	0	0.00	1	0.20	1	0.19
MICROANGIOPATIA TROMBÓTICA	3	0.60	0	0.00	1	0.19

Tabla 3. Incidencia en mayores de 14 años de las glomerulopatías vinculadas a enfermedades sistémicas



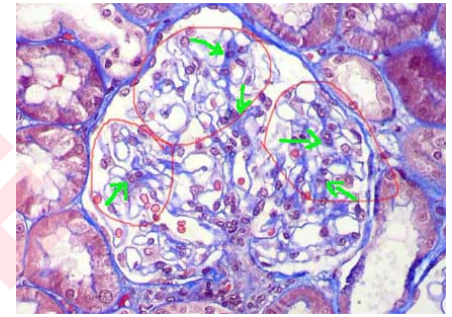
Período 2010-2012

Se registraron 537 biopsias en riñones **nativos**, de las cuales 492 (91.6%) fueron en pacientes mayores de 14 años; de ellas, 452 correspondían inequívocamente a glomerulopatías(*).

Incidencia anual: 58 casos por millón de habitantes

Año	No. De biopsias
2010	161
2011	119
2012	172

- ▶ Se excluye NTI, Mieloma(3), necrosis cortical, HTA y sin diagnóstico (22)



Distribución de las biopsias según grandes grupos. 2010-2012

Diagnóstico	Frecuencia	%
Sin diagnóstico con biopsia inclasificable	44	9.7
Glomerulopatías primarias	281	62.2
Glomerulopatías secundarias	127	28.1
Total	452	100.0



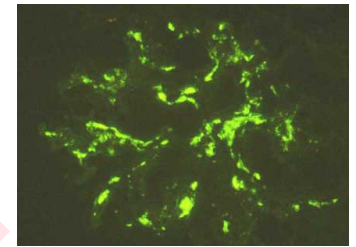
Incidencia de glomerulopatías vinculadas a enfermedades sistémicas

	Frecuencia	Porcentaje	Tasa de incidencia pmp
Nefropatía lúpica	50	39,1	6,48
Nefropatía diabética	8	6,3	1,04
Vasculitis.	51	39,8	6,61
Nefropatía por síndrome antifosfolípídico primario	1	0,8	0,13
Amiloidosis	8	6,3	1,04
Mieloma	1	0,8	0,13
Crioglobulinemias	1	0,8	0,13
Microangiopatía trombótica	6	4,7	0,78
Esclerosis sistémica (esclerodermia)	1	0,8	0,13
Enfermedad de goodpasture	1	0,8	0,13
Total G. Secundarias	128	100,0	16,6

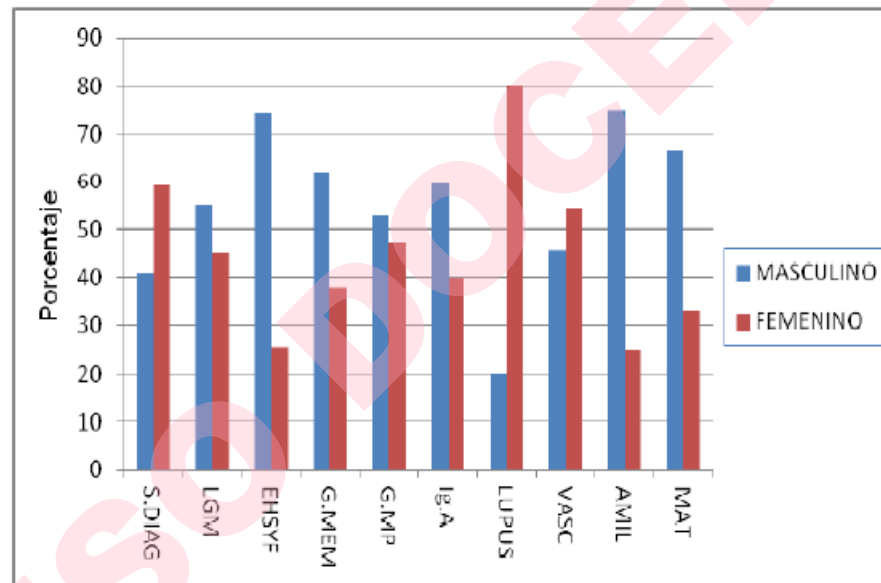
Incidencia de glomerulopatías vinculadas a enfermedades sistémicas



	1998-1999		2003-2004		2008-2009		2010-2012	
Diagnóstico	n	TI	n	TI	n	TI	n	TI
NEFROPATÍA LÚPICA	20	3.98	18	3.52	23	4.38	50	6,48
NEFROPATÍA DIABÉTICA	3	0.60	6	1.17	7	1.33	8	1,04
VASCULITIS.	15	2.99	36	7.04	33	6.28	51	6,51
AMILOIDOSIS	6	1.19	7	1.37	13	2.48	8	1,04
MIELOMA	2	0.40	4	0.78	3	0.57	1	0,13
CRIOGLOBULINEMIAS	0	0.00	1	0.20	1	0.19	1	0,13
MICROANGIOPATIA TROMBÓTICA	3	0.60	0	0.00	1	0.19	6	0,78

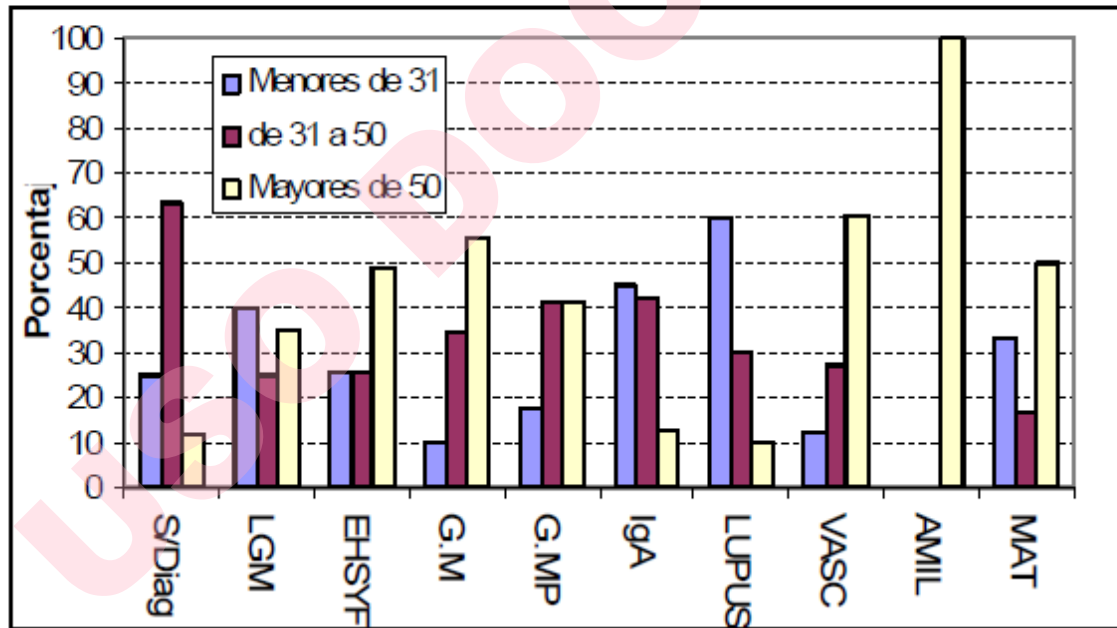


Distribución por sexo en las diferentes glomerulopatías. Período 2010-2012.





Edad al momento de la biopsia según glomerulopatía. Período 2010–2012





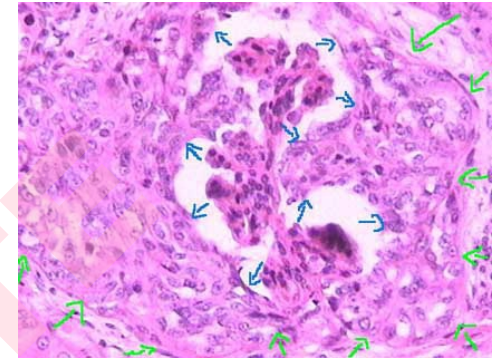
Forma de presentación: AUA

	Frecuencia	Porcentaje
SIN DIAGNÓSTICO con BIOPSIA INCLASIFICABLE	16	23,2
HIALINOSIS FOCAL Y SEGMENTARIA	6	8,7
GN MEMBRANOSA	3	4,3
N. IgA	25	36,2
GN MESANGIAL (NO IgA)	1	1,4
GN EXTRACAPILAR (limitada al riñón)	1	1,4
GN ESCLEROSANTE CRÓNICA	1	1,4
NEFROPATÍA LÚPICA	11	15,9
NEFROPATÍA DIABÉTICA	2	2,9
VASCULITIS.	2	2,9
AMILOIDOSIS	1	1,4
Total	69	100,0



Forma de presentación: Síndrome nefrótico

	Frecuencia	Porcentaje
SIN DIAGNÓSTICO con BIOPSIA INCLASIFICABLE	2	2.4
LESION GOMERULAR MÍNIMA	18	21.2
HIALINOSIS FOCAL Y SEGMENTARIA	10	11.8
GN MEMBRANOSA	30	35.3
GN MEMBRANOPROLIFERATIVA	2	2.4
N. IgA	5	5.9
GN POST INFECCIOSA	1	1.2
NEFROPATÍA LÚPICA	13	15.3
NEFROPATÍA DIABÉTICA	2	2.4
AMILOIDOSIS	2	2.4
Total	85	100.0



Forma de presentación: GNRP

	Frecuencia	Porcentaje
LESION GOMERULAR MÍNIMA	2	6.3
GN MEMBRANOSA	2	6.3
GN MEMBRANOPROLIFERATIVA	2	6.3
N. IgA	1	3.1
GN EXTRACAPILAR (limitada al riñon)	7	21.9
NEFROPATÍA LÚPICA	6	18.8
VASCULITIS.	11	34.4
CRIOGLOBULINEMIAS	1	3.1
Total	32	100.0

ANALISIS DE LA NEFROPATIA LUPICA EN EL URUGUAY

- Prevalencia en el Uruguay
- Comparación prevalencia con otros registros en el mundo
- Análisis nefropatía lúpica Uruguay
- Sobrevida por décadas.

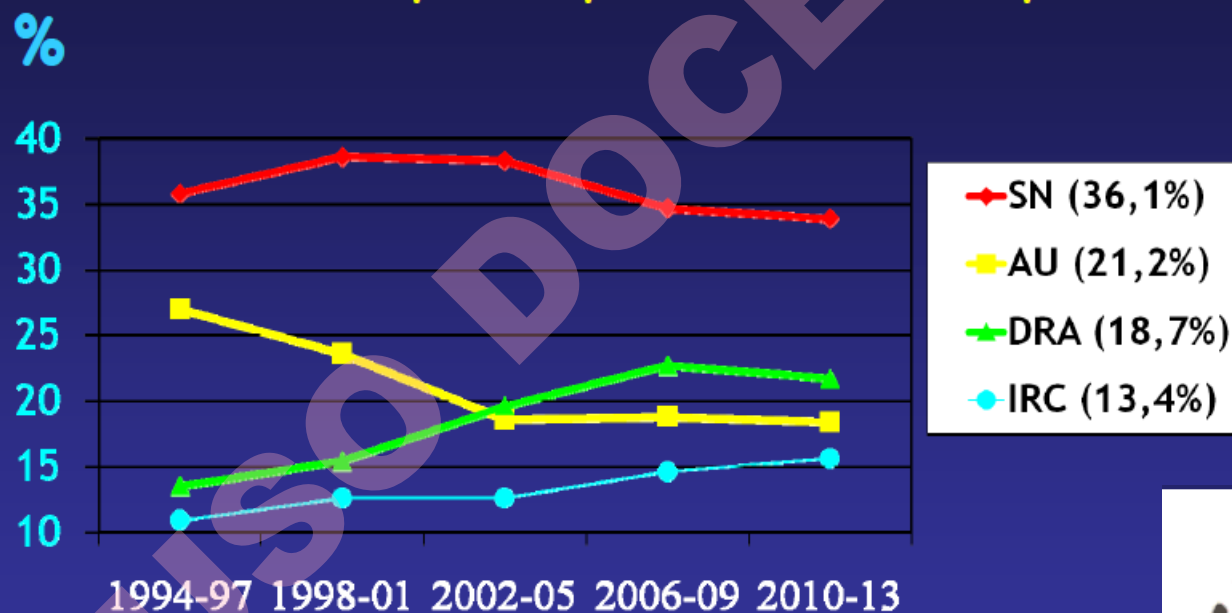
Comparación prevalencia con otros registros en el mundo

Registro Argentino Glomerulopatias (2008)	1714 BR	480 (28%) NL	SAN 2008
Registro Paulista (1999- 2005) 11 centros	1844 BR	713 (25,5%)NL	NDT(2006)21:3098- 3105
Registro Uruguayo (1985- 2006) Nacional	2237 BR	252 (11.3%) NL	PPTG (1985-2006)
Registro Español (1994- 2013) 93 centros	21988 BR	15404 (12%) NL	XLIV Congreso SEN
Registro Italiano (1996- 2000) 128 centros	14607 BR	1335 (9%) NL,Amil, Vas	KI (2004)66: 890-894
Olmsted County (1974- 2003)	208 BR	25 (12%) NL	CJASN (2006) 1:483- 487

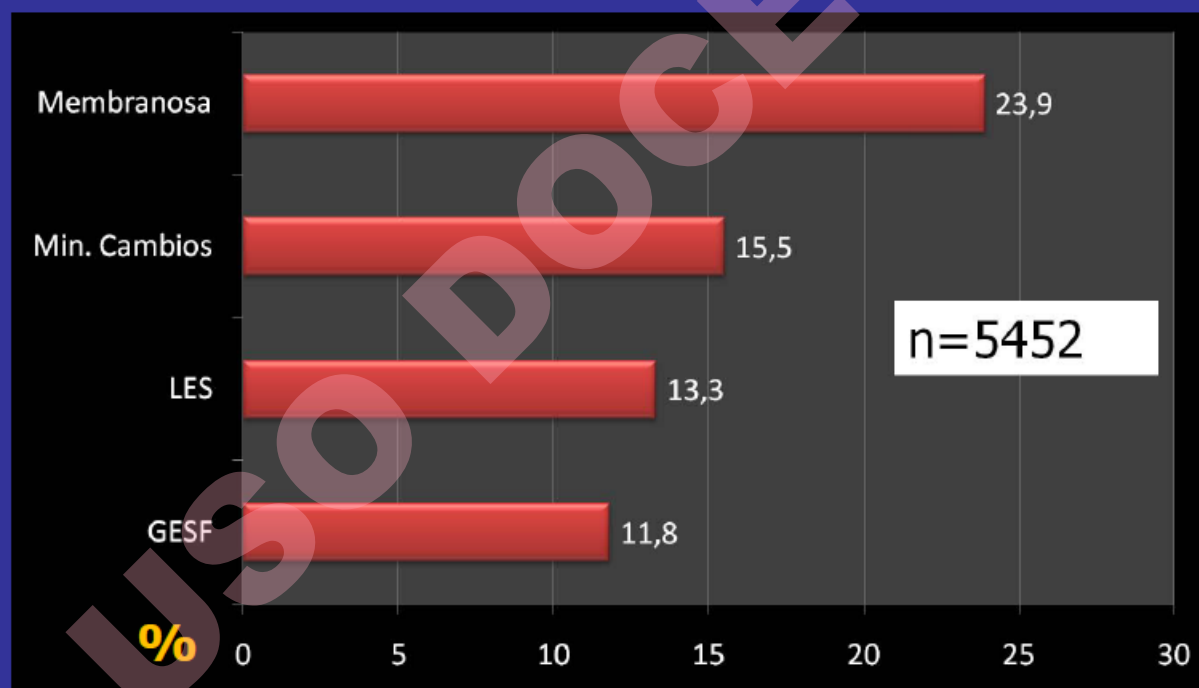
Registro Español de Glomerulonefritis

- Periodo de tiempo: 1994-2013 (20 años)
- 21 988 biopsias renales
- No incluidas biopsias de trasplante
- Centros participantes: 158
- No disponemos de datos de seguimiento
- No biobanco

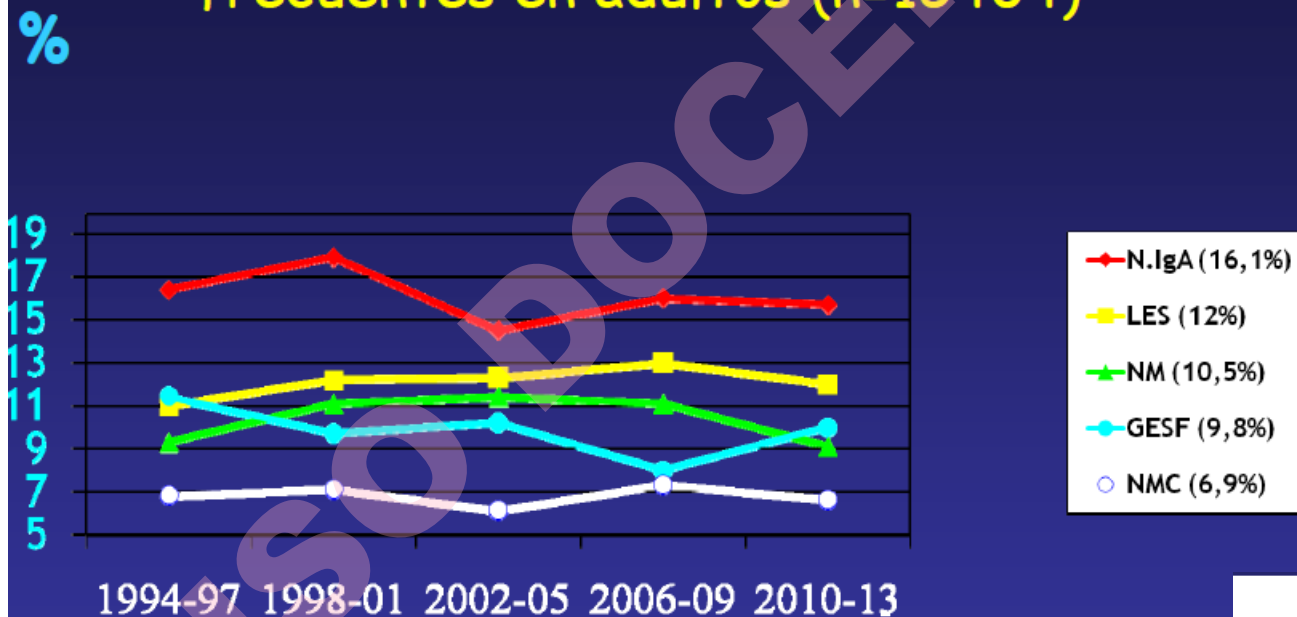
Cambios en la prevalencia del síndrome principal con el tiempo



Síndrome nefrótico (adultos)



Evolución de las patologías mas frecuentes en adultos (n=15404)



ANALISIS DE LA NEFROPATIA LUPICA EN EL URUGUAY

- Prevalencia en el Uruguay
- Comparación prevalencia con otros registros en el mundo
- Análisis nefropatía lúpica Uruguay
- Sobrevida por décadas.

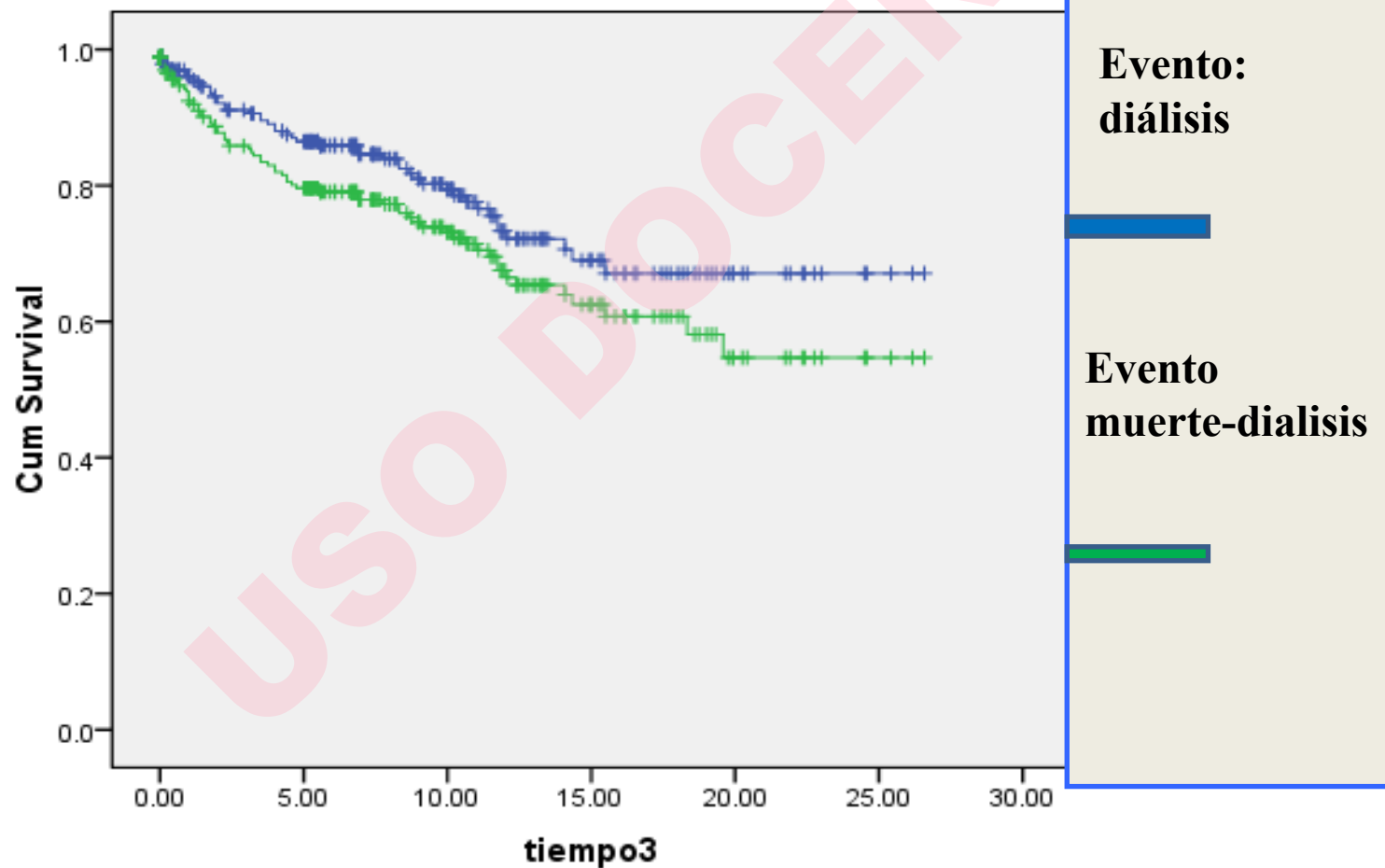
- **Introducción:**
- **Objetivo:**
- Describir la epidemiología, manifestaciones clínicas y pronóstico de los pacientes con Nefropatía Lúpica (NL).
- Análisis retrospectivo.
- Criterio de inclusión: biopsia renal compatible con NL reportados al RUG, entre 1985-2006.
- Indicación estudio histológico: alteraciones urinarias persistentes.

Resultados

Población/	N= 252
Sexo femenino	218 (86.5%)
Edad (media)	29±11.8 años
Tiempo medio seg.	118±78 meses
Cr p (media)	1.90 ±0.14 mg/dl
Cr p (mediana)	1.24 mg/dl (0.32-10)
Filtrado glomerular < 60 ml/min/1.73 m ² CKD epi	46%
Proteinuria Nefrótica	62%
Pacientes hipertensos	58%

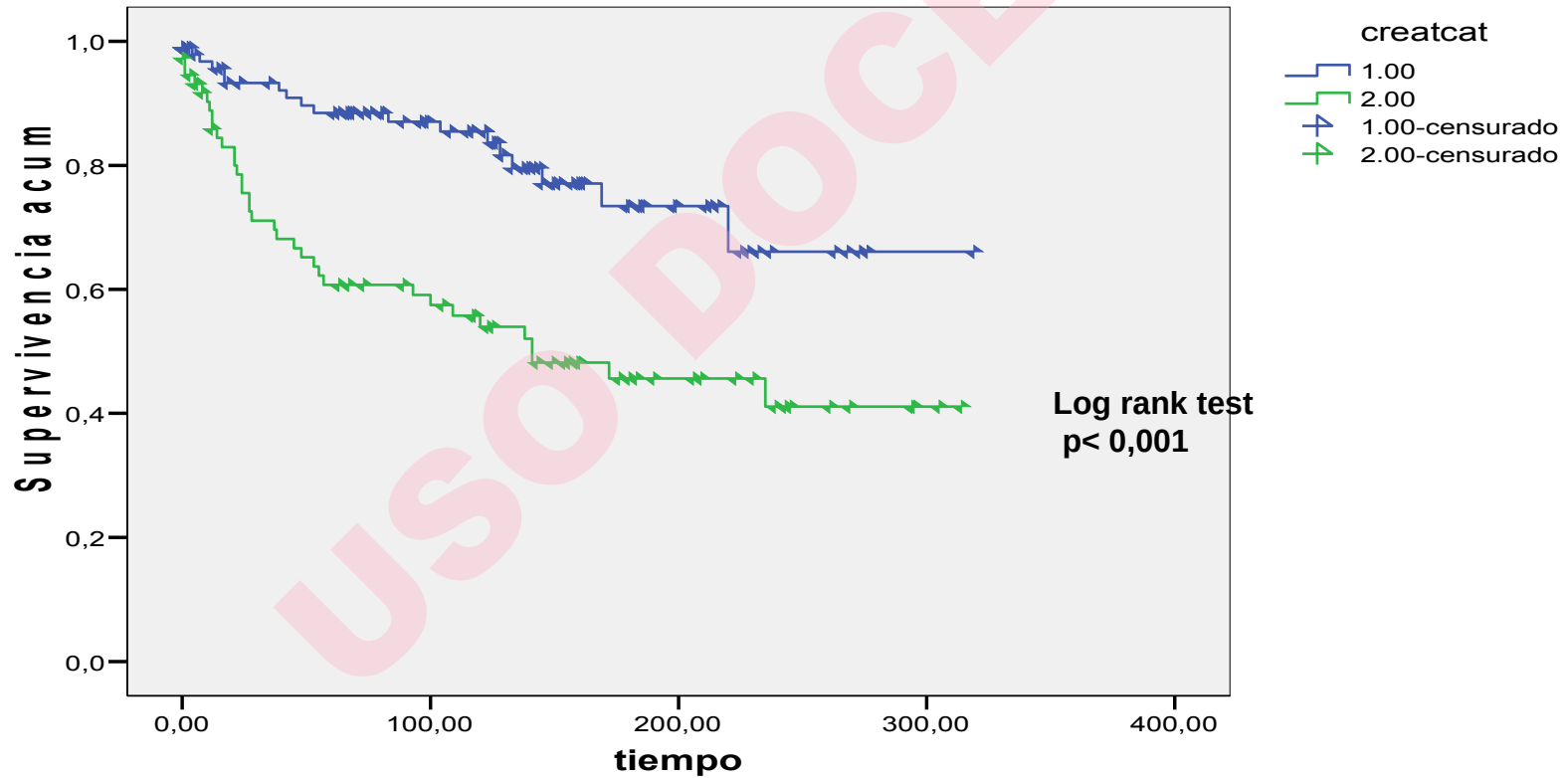
La SV global (evento fue diálisis y muerte) fue 82% a los 5 años, 76% a los 10 años.
La SV renal (evento diálisis) fue a los 5 años 88%, a los 10 años 82%.

Curva de sobrevida

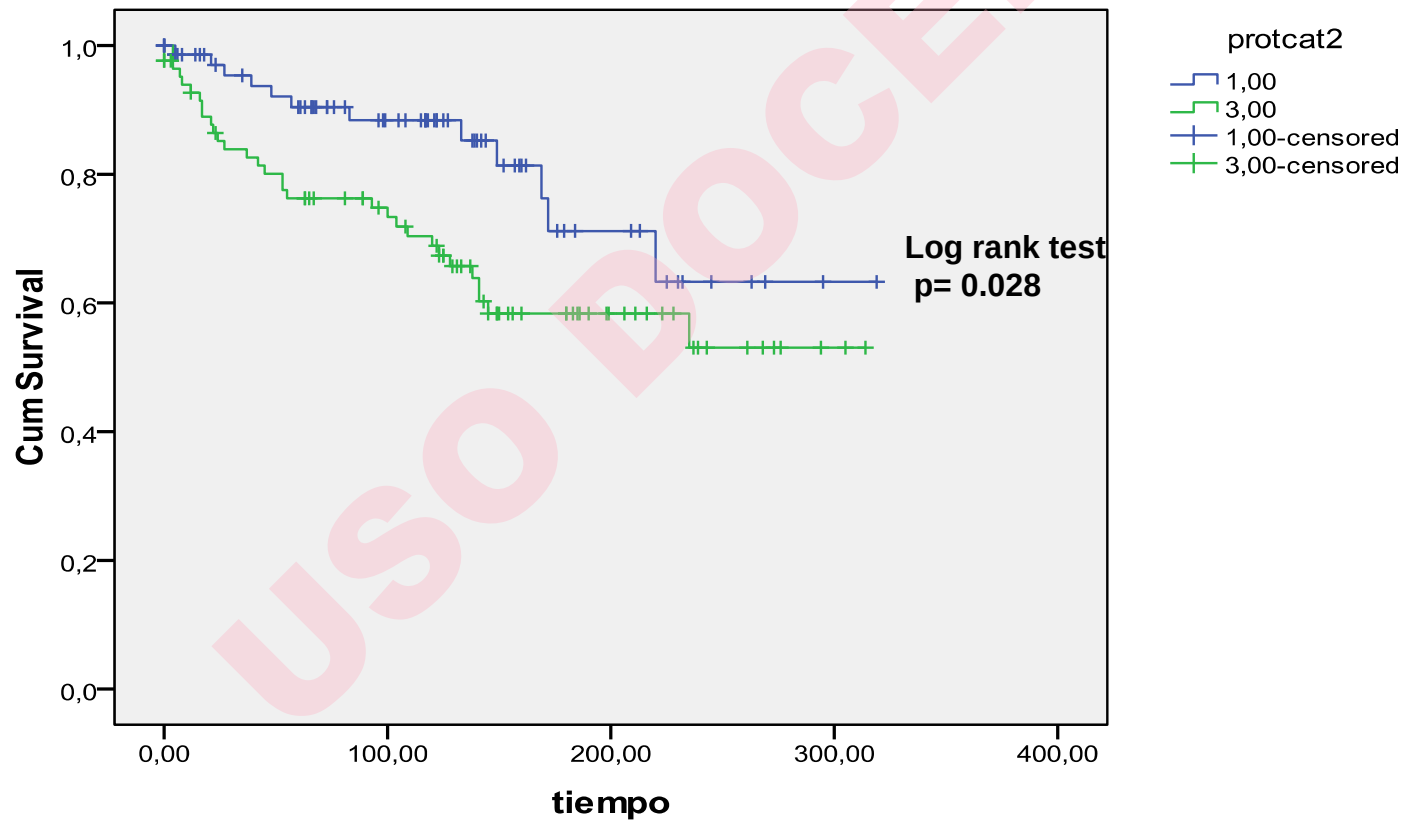


Sobrevida global según creatinina inicial mayor a 1.5 mg/dl

Funciones de supervivencia



Sobrevida global según proteinuria nefrótica al debut



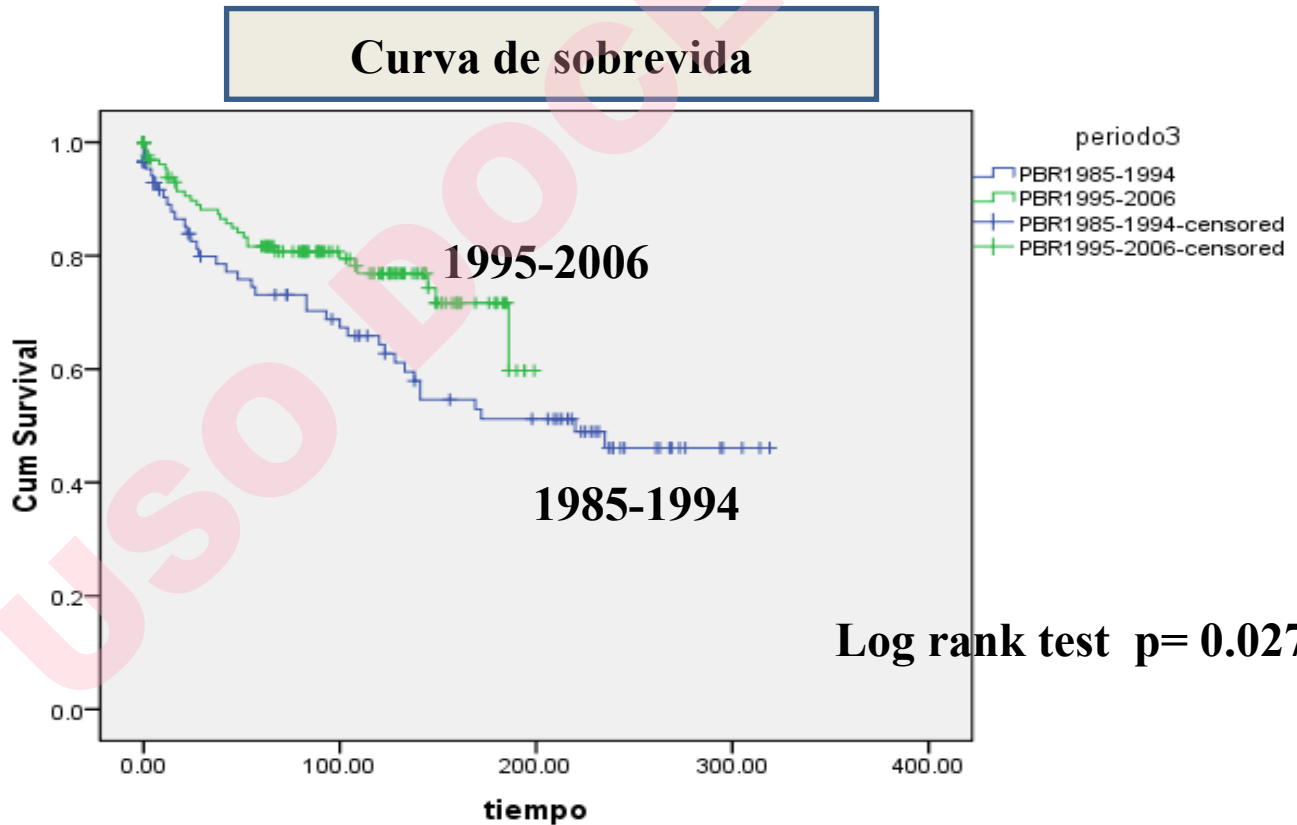
Factores de riesgo de progresión a la IRE/muerte

COX	P (valor)
Cr p > 1.5 mg/dl	p = 0.013
Proteinuria Nefrótica	P=0.03
Edad	P=0.043

ANALISIS DE LA NEFROPATIA LUPICA EN EL URUGUAY

- Prevalencia en el Uruguay
- Comparación prevalencia con otros registros en el mundo
- Análisis nefropatía lúpica Uruguay
- Sobrevida por décadas

- Se dividió en dos periodos al grupo de pacientes, siendo la sobrevida estadísticamente significativa mejor para el segundo periodo, $p = 0.027$



En el primer periodo, la tasa de biopsia fue de 2.98 biopsias por millón de población (100 casos) y en el segundo periodo de 4.3 (152 casos).

Se analizaron 2 periodos:

	1985-1994	1995-2006	p
edad media (años)	26.8±1.07	30.26±1.00	ns
mediana	25	29	ns
creatinina (mg/dl)	2.3±0.24	1.64±0.17	p<0.05
mediana	1.7	1.01	P< 0.05
HTA	41/66 (62%)	49/86 (57%)	ns
Proteinuria (nefrótica)	40/69 (58%)	45/83 (54%)	ns

- **Evolución de los 252 pacientes:**
- 51 progresaron a enfermedad renal terminal
- 22 (8.73%) fallecieron
- 7 (2,77%) en el primer año después del diagnóstico histológico

Cambios en la sobrevida por periodos:

?

Three Decades of Progress in Treating Childhood-Onset Lupus Nephritis

Tanya Pereira, Carolyn L. Abitbol, Wacharee Seeherunvong, Chryso Katsoufis, Jayanthi Chandar, Michael Freundlich, and Gastón Zilleruelo

95 pacientes, seguidos desde Enero de 1980 hasta Diciembre de 2010, 28 desarrollaron ESRD. Retrospectivo

Table 1. Patient and renal survival on the basis of era of initial treatment regimen

Era	n	WHO Classification (n)			Treatment	Renal Survival (%)		5-Year Patient Survival (%)
		III	IV	V		2-Year	5-Year	
1	17	3	12	2	Triple oral therapy: CS + AZA + CYC	82	52	83
2	24	1	19	4	iv-CYC	62	51	87
3	31	4	20	6	MMF ± iv CYC	96	91	97
4	23	1	18	4	RTX ± iv CYC ± MMF	95	88	91

Low-dose maintenance CS was used in all eras. Pulse intravenous methylprednisolone was used in eras 2 to 4. WHO, World Health Organization; AZA, azathioprine; CYC, cyclophosphamide; CS, corticosteroids; iv, intravenous; MMF, mycophenolate mofetil; RTX, rituximab.

Predictores de mal pronóstico fueron etnia (afroamericana), bajo filtrado (< 60 ml/min), proteinuria nefrótica al diagnóstico.)

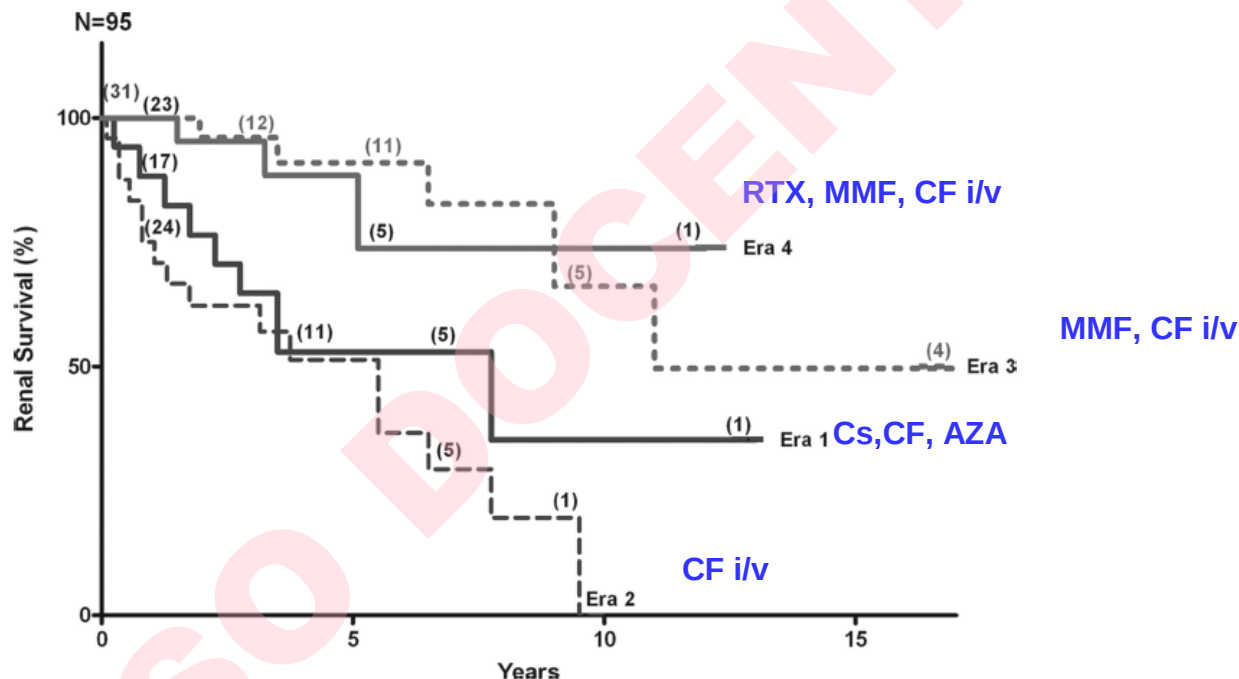


Figure 3. | Kaplan-Meier survival curves comparing renal survival during four eras of progressive treatment regimens: Era 1 ($n = 17$), triple oral therapy with corticosteroids, cyclophosphamide (CYC), and azathioprine; era 2 ($n = 24$), intravenous CYC; era 3 ($n = 31$), mycophenolate mofetil (MMF) was added $\pm$ intravenous CYC; era 4 ($n = 23$), rituximab (RTX) was added $\pm$ MMF $\pm$ CYC. Eras 1 and 2 were not different from each other. With the introduction of MMF (era 3), the 5-year renal survival increased from 51% to 91% ($P < 0.01$) compared with eras 1 and 2. The addition of RTX (era 4) to the treatment regimens improved renal survival compared with eras 1 and 2 ($P < 0.01$) but has not been better than the addition of MMF in era 3.

La infección fue la causa mas frecuente de mortalidad

Table 3. Clinical features of patients with lupus nephritis who died

Patient	Gender	Race/Ethnicity	Age at Diagnosis (Years)	Time to Death (Years)	Treatment Era	ESRD	Cause of Death
1	F	Caucasian	13	4.0	1	No	Portal hypertension
2	F	AA	10	2.0	1	No	Sepsis
3	M	AA	14	2.5	1	No	Sepsis
4	F	Asian	14	7.0	1	Yes	Sepsis
5	F	Hispanic	12	0.5	2	No	Unknown sudden death
6	M	AA	15	3.5	2	Yes	Anasarca; heart failure
7	F	AA	13	1.5	2	Yes	Sepsis
8	F	AA	13	3.5	3	No	Sepsis
9	F	AA	11	9.5	4	Yes	Peritonitis
10	F	Hispanic	6	13.0	4	Yes	Pulmonary hypertension

M, male; F, female; AA, African American.



- **Conclusiones:**
- Demostraron una mejoría en la sobrevida renal con el agregado de MMF
- El agregado de rituximab mostro buenos resultados pero no fue superior al MMF(pero 16 pacientes fueron tratados por enfermedad refractaria después de fallar el tratamiento con MMF / CF)
- La infección fue causa importante de mortalidad.

EXTENDED REPORT

Improved clinical outcome of lupus nephritis during the past decade: importance of early diagnosis and treatment

C Fiehn, Y Hajjar, K Mueller, R Waldherr, A D Ho, K Andrassy

Ann Rheum Dis 2003;**62**:435–439

- **Objetivo:**
- Determinar causas del cambio en el pronóstico de la Nefropatía lúpica (NL) en la última década.

Table 1 Characterisation of patients with lupus nephritis at the time of kidney biopsy. In comparison with the decade from 1980 to 1989, in the decade from 1990 to 2000 there was a lower rate of proteinuria, renal failure (as determined by the number of patients with creatinine values $>110 \mu\text{mol/l}$) and arterial hypertension at the time of the histological diagnosis of lupus nephritis

	1980–1989 (group I)	1990–2000 (group II)	p Value
Patients (n)	15	41	
Sex (M/F)	13/2	32/9	
Median age	29 (19–67)	35 (18–70)	NS
Arterial hypertension (%) [*]	6 (40)	11 (27)	NS
Median serum creatinine ($\mu\text{mol/l}$)	110 (50–430)	70 (30–250)	NS
Creatinine $>110 \mu\text{mol/l}$ at time of presentation (%)	6 (40)	7 (17)	0.02
Median proteinuria (g/l)	46 (24–212)	17 (2–90)	0.008
Proteinuria $>3 \text{ g/day}$ (%)	9 (60)	14 (34)	0.03
Anaemia (%) [†]	5 (33)	25 (61)	0.03
Median dsDNA antibodies (U/ml)	102 (8.7–206)	75 (5.9–1439)	NS
Median SLEDAI	13 (11–26)	16 (8–28)	NS
C3c $< \text{normal}$ (90–180 mg/l) (%)	9 (60)	23 (56)	NS

^{*}Arterial hypertension was defined as a diastolic blood pressure $>90 \text{ mm Hg}$ during three consecutive measurements; [†]anaemia was defined as haemoglobin $<120 \text{ g/l}$ (women) or $<130 \text{ g/l}$ (men).

Table 2 The mean time from the first detection of proteinuria until kidney biopsy was significantly shorter in the decade from 1990 to 2000 than in the decade from 1980 to 1989. The time in months between the first diagnosis of SLE until the referral to our centre and the kidney biopsy showed no significant differences between the two decades. Results are given as mean (SD) [range]

	1980–1989 (group I)	1990–2000 (group II)	p Value
Time from first diagnosis of SLE* until referral to our centre	29.2 (27.9) [range 11–156]	32.0 (41.2) [range 0–132]	NS
Time from first diagnosis of SLE until kidney biopsy	50.3 (52.3) [range 0–60]	39.3 (41.6) [range 1–132]	NS
Time from first detection of proteinuria† until kidney biopsy	15.4 (15.6) [range 5–60]	3.9 (4.7) [range 1–24]	0.00002

*Time when the diagnosis of SLE was first mentioned (not the first appearance of symptoms); †proteinuria >500 mg/day.

Table 3 Histological classification and specific histological characteristics of the patients with biopsy proven lupus nephritis in the two decades. High chronicity in kidney biopsy as well as the presence of interstitial fibrosis and/or glomerulosclerosis were found significantly less often in the decade from 1991 to 2000 than in the previous decade. In contrast, a high activity index and/or the presence of crescents in kidney biopsy was found more often in the decade between 1990 and 2000. Results are shown as No (%)

	1980–1989 (group I)	1990–2000 (group II)	p Value
Patients (n)	15	41	
Histological classification (WHO)	IV=9, II=2, III=1, V=2, VI=1	IV=32, II=7, V=2	NS
High chronicity index	5 (33)	4 (10)	0.01
High activity index	2 (13)	10 (24)	0.03
Crescents	5 (33)	20 (49)	0.04
Interstitial fibrosis	11 (73)	24 (59)	0.03
Tubular atrophy	12 (80)	30 (73)	NS
Glomerulosclerosis	10 (67)	17 (41)	0.002

Table 4 Treatment of patients with lupus nephritis in both decades. Antihypertensive treatment had to be performed significantly more often in the decade from 1980 to 1989 than in the later decade. Beside this no significant differences in the treatment schedules were found between the groups. Results are given as No (%)

	1980–1989 (group I)	1990–2000 (group II)	p Value
Patients (n)	15	41	
Cyclophosphamide	8 (53)	25 (61)	NS
Oral	2	4	
Bolus	6	15	
Both		6	
Corticosteroids	15 (100)	41 (100)	NS
Intermediate dose*	9	24	
Initial bolus†	6	17	
Azathioprine	4 (27)	16 (39)	NS
Cyclosporin A	3 (20)	4 (10)	NS
Hydroxychloroquine	2 (13)	11 (27)	NS
Mycophenolate mofetil	–	1 (2)	
Antihypertensive treatment in general	12 (80)	21 (51)	0.026
ACE inhibitors	3 (20)	11 (27)	NS
Statins	3 (20)	10 (24)	NS

*Intermediate dose = initial dose of 1 mg/kg body weight methylprednisolone/day followed by slow dose tapering; †initial bolus = >250 mg intravenous methylprednisolone/day followed by slow dose tapering.

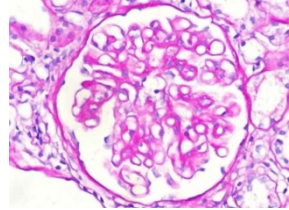
Conclusiones:

- 1.Diagnostico y tratamiento temprano reduce el impacto negativo de los índices de actividad.**
- 2.El tratamiento inmunosupresor fue comparable en ambos grupos.**
- 3.La SV renal mejoro a expensas de un diagnostico y tratamiento mas precoz.**

Predictors of Long-Term Renal Outcome in Lupus Nephritis Trials

Lessons Learned from the Euro-Lupus Nephritis Cohort

Maria Dall'Era,¹ Miriam G. Cisternas,² Dawn E. Smilek,³ Laura Straub,⁴ Frédéric A. Houssiau,⁵
Ricard Cervera,⁶ Brad H. Rovin,⁷ and Meggan Mackay⁸



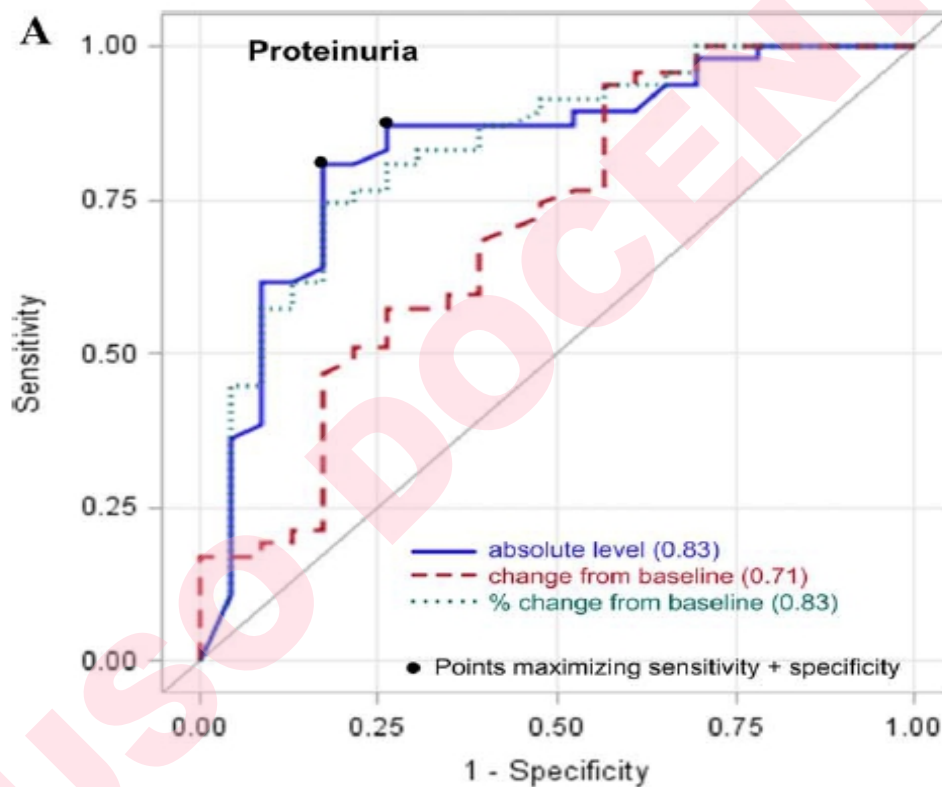
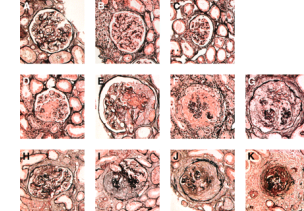
ARTHRITIS & RHEUMATOLOGY
Vol. 67, No. 5, May 2015, pp 1305–1313
DOI 10.1002/art.39026
© 2015, American College of Rheumatology

- ELNT

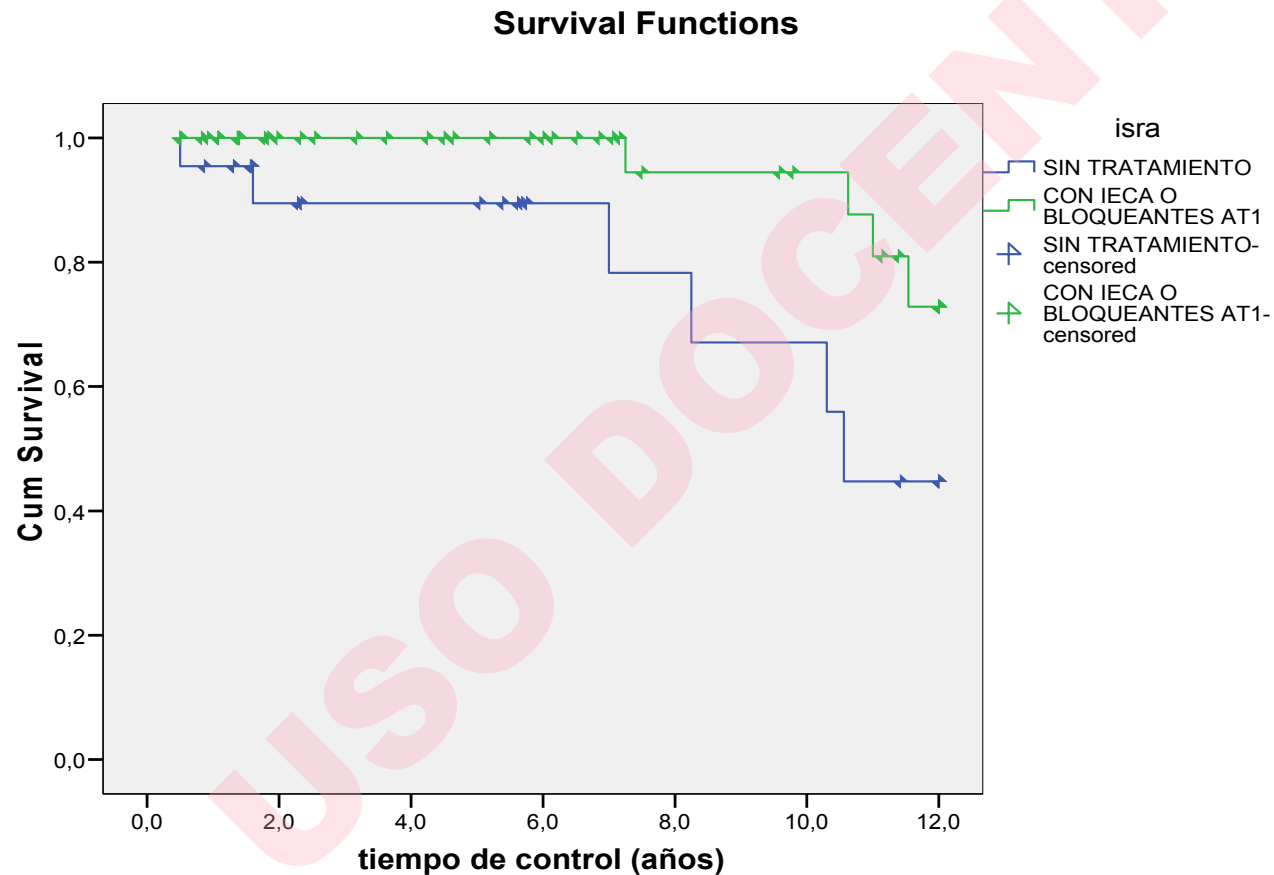


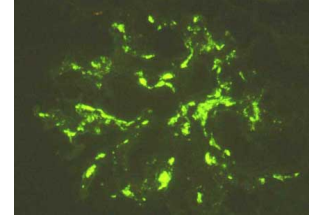
Creatininemia, proteinuria ,
presencia de GR como
predictores de buena
función renal

Proteinuria < 0.8 g/día a un año,
predictor aislado de función renal a largo plazo.
Sensibilidad 81%, especificidad 78%.



Factores De Riesgo En La Progresión De La Nefropatía Lupica. Ottati G.; et al Congreso Latinoamericano De Nefrología, 2004,





IECA retrasan la ocurrencia de compromiso renal y se asocian con disminución de la actividad en pacientes con LES

LUMINA (LIX): a multiethnic US cohort

S. Durán-barragán, G. Mcgwin Jr, L. M. Vilá, J. D. Reveille, G. S. Alarcón.

Rheumatology. Oxford: Jul 2008. Vol. 47, Iss. 7;

Long-term follow-up of the *MAINTAIN* Nephritis Trial, comparing azathioprine and mycophenolate mofetil as maintenance therapy of lupus nephritis

Farah Tamirou,¹ David D'Cruz,² Shirish Sangle,² Philippe Remy,³ Carlos Vasconcelos,⁴ Christoph Fiehn,⁵ Maria del Mar Ayala Gutierrez,⁶ Inge-Magrethe Gilboe,⁷ Maria Tektonidou,⁸ Daniel Blockmans,⁹ Isabelle Ravelingien,¹⁰ Véronique le Guern,¹¹ Geneviève Depresseux,¹ Loïc Guillevin,¹¹ Ricard Cervera,¹² Frédéric A Houssiau,¹ and the *MAINTAIN* Nephritis Trial Group

Tamirou F, et al. *Ann Rheum Dis* 2015;0:1–6.

Porque terapia de mantenimiento

Las dos drogas mas utilizadas son MMF y AZA



Equilibrio entre
controlar actividad y
la toxicidad

ALMS MMF fue superior a la AZA prevenir falla de tratamiento renales a 3 años, después del tratamiento inicial.

MANTAIN MMF fue similar a AZA.

Discrepancias se explicarían por:

ALMS pasaba a mantenimiento si a los 6 meses había respuesta renal.

MANTAIN todos recibían igual inducción e independientemente de la respuesta se pasaba a AZA o MMF.

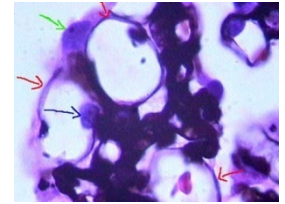
Predominancia no caucásicos **ALMS** (56 vs. 17%)

End point duros como muerte o ERT

Ten Common Mistakes in the Management of Lupus Nephritis

*Bhadran Bose, MBBS, FRACP,¹ Earl D. Silverman, MD, FRCPC,² and
Joanne M. Bargman, MD, FRCPC¹*

Am J Kidney Dis. 2014;63(4):667-676



1. Asumir a la CF i/v como gold estándar en la inducción de la NL
2. Dosis inapropiada de corticoides.
3. No usar anti malaricos de rutina
4. Usar el sedimento urinario como criterio de respuesta.
5. No escalar en la intensidad de la inmunosupresión
6. No considerar la no adherencia como una posible causa de falla del tratamiento
7. No reducir la dosis de Inmunosupresores en pacientes con ERCA.
8. Olvidar de monitorizar los efectos adversos de los inmunosupresores y uso de profilaxis.
9. Hacer una biopsia renal en un paciente de alto riesgo, cuando no va cambiar el tratamiento.
10. Olvidarse de descartar embarazo.

1. Asumir a la CF i/v como gold estándar en la inducción de la NL



1986
Austin



2002
ELNT

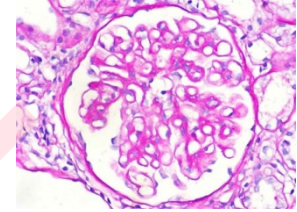


2001
Chan-MMF
ALMS

MMF-CF

Igual efectividad
menor tasa de
toxicidad gonadal y
malignidad

2. Dosis inapropiada de corticoides.



KDIGO recomienda inicio con 1 mg/Kg/día y descender lentamente durante 6 a 12 meses. La dosis de mantenimiento se sugiere sea menor de 10 mg día.

Ante una recaída se indica la misma dosis de prednisona que fue efectiva en lograr respuesta.

La prednisona es tan importante como el agente IS asociado.

El descenso rápido o la suspensión de los mismos expone al paciente a recaída.

3- No usar antimalaricos de rutina

- En estudios se vio que los AM disminuyen riesgo de empuje y mejoran la sobrevida
- Mejora la probabilidad de alcanzar la remisión en la NL membranosa tratada con MMF y disminuye el riesgo de perdida de fucion si se uso previamente al inicio de la NL.

4- Usar el sedimento urinario como criterio de respuesta.

- Los criterios del ACR ponen sedimento urinario activo hematuria, leucocituria, cilindros.
- Autor propone que el sedimento variara según como sea procesado.
- Clase II, de NL puede tener sedimento activo.



No reducir o minimizar la inmunosupresión en pacientes con ERCA



- Un empuje renal en pacientes con estadios avanzados de ERC puede ser muy riesgoso el tratamiento del mismo.
- La intensidad de la inmunosupresión debería ser guiada por la severidad de las manifestaciones extrarrenales.

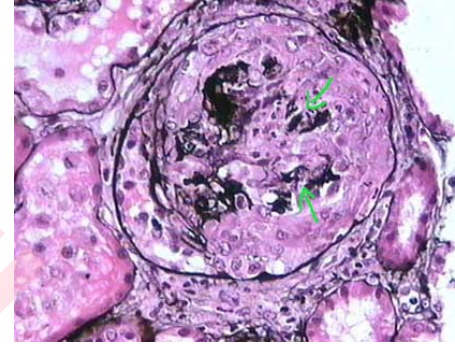
No monitorizar los efectos secundarios de los inmunosupresores.

- Todos los IS tienen efectos secundarios.
- Osteoporosis
- Toxicidad ocular por antimalaricos.
- Profilaxis Neumonía *Pneumocystis jiroveci*



9- Realizar una biopsia renal en un paciente de alto riesgo si no va a modificar la terapéutica

- Empuje severo, manifestaciones extra renales, trombocitopenia



10-No olvidar la gestación como causa de empuje y por la medicación que reciben

USO DOCENTE

- **Conclusiones:**
- Limitaciones cohorte histórica, el debut con insuficiencia renal y proteinuria nefrótica son factores de riesgo de progresión IRT.
- Comparada con otras series sigue siendo elevada la proporción de pacientes que ingresan a diálisis crónica con una mortalidad comparable a otras series.
- Se logro mejorar la sobrevida en el segundo periodo, pensamos que pueden haber contribuido al mejor pronostico: el diagnostico y tratamiento precoz, el mejor control, el acceso a medicación y el uso medicación coadyuvante.

Patólogos que reportan al registro. Dres. Nelson Acosta, María Auchaina, Virginia Coria, Carmen Gutiérrez, Ana Mariño, Silvia Melesi y Ana Panuncio.

Nefrólogos y Residentes de Nefrología que reportan al registro:

Emma Schwedt, Hena Caorsi, Pablo Ambrosioni, Luis Vilardo, Sergio Orihuela, Lydia Zampedri, Graciela Suarez, Carmen Soca, Cristina Sehabiague, Alicia Sans, Alicia Petraglia, Adriana Pastorino, Marianela Pastore, Inés Olaizola, Mariela Odriozola, Laura Miedzovicz, Nelson Dibello, Evelyn Wimber, Inés Martinez, Nancy de Souza, Alfredo Maino, Alejandro Ferreiro, Alicia Maldonado, Orlando Canzani, Susana Gonzalez, Sandra Iglesias, Mónica Bertiz, Walter Gauronas, María García, Alfredo Marra, Marcela Daglio, Marta Lane, Sandra Iglesias, Mónica Bertiz, Walter Gauronas, Alfredo Marra, Ana Cotelo, Mónica Labella, Andrea Coppa, Melania Kurdian, Sylvia Boghossian, Beatriz Gelabert, Marcos Arena, Pilar Varela, Guillermo Garra, Pablo Ríos, Laura Solá, Verónica Lamadrid, Alejandro Opperti, Elida Castello, Ben Spinak, José Valiño, Claudio Orazzieti, Cristina Burgos, Carlos Dufrechou, Oscar Noboa, Marisa Caggiani, Laura Delfino, Margarita Halty, Anabella Rébora, Teresita Llopart, Juan Fernandez Cean, Enriqueta Carbonell, Arturo Altuna, Carlos Panizza, Asunción Alvarez, Graciela Baldovinos, Patricia Larreborges, Rosita Ferreiros, Mario Forselledo, Cristina Fernandez, Lucía

Muchas Gracias