**P 131
IMPACTO DEL PROGRAMA DE HORMONA DE CRECIMIENTO (GH) EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA TERMINAL (ERCT)**
Vivian Gallardo Tampier1, Soledad Villanueva Toral1, Anahí Yizmeyián Maeso1, Antonio Barrera Navarro1, Carolina Sepúlveda Rubio1, Ana Rocha Ruiz1

1Hospital Dr. Exequiel González Cortés

**Introducción:** Los niños con ERCT tienen severo compromiso de crecimiento de etiología multifactorial. El uso de GH en estos pacientes ha demostrado mejorar la velocidad de crecimiento (VC), el puntaje z de talla y la talla final. Desde el año 2010 existe una extensión GES para estos pacientes que incluye el uso de GH.
**Objetivos:**
Evaluar el impacto del programa de GH en niños con ERCT en cuanto a cambios en VC y puntaje Z de talla y efectos adversos.

**Pacientes y Métodos:**

Se estudiaron todos los pacientes incorporados al programa de nuestro hospital, desde Diciembre 2011 a la fecha. Criterios de inclusión: ERCT (VFG<75 ml/min) etapa III, IV o V, en tratamiento médico (TM), diálisis (D), o trasplantado (TX) (de más de 1 año de evolución sin rechazo agudo ni crónico). Talla baja<p3 (-1,88DS) y/o mala VC < p5 y compensado del punto de vista renal (PTH<500, HCO3>22, Hcto>30%, Fosforo< 1.5v limite N). Estado nutricional adecuado y descartadas otras causas de talla baja. Tratamiento (TTO): GH dosis promedio 42ug/kg/día. Seguimiento: control clínico y laboratorio cada 3 meses, evaluando talla, VC, estadío puberal, IGF-1, función renal, PTH y glicemia, más EO anual, ajustando dosis según VC y niveles de IGF-1.
**Resultados:**
20 pacientes (8 mujeres, 12 hombres) han sido incorporados al programa GH, 4 TM, 6 D y 10 TX con un promedio de edad de inicio de 8,8±3,2 años (rango 2,7-14,2), 17 prepubúberes y 3 con pubertad inicial. En la tabla se describen los datos de talla (DS) y VC inicial y seguimiento a los 6, 12, 24, 36, 48 y 60 meses. El promedio de TTO fue de 27 meses (rango 3-66m) con una ganancia promedio de 0,78 DS de talla, siendo mayor en los primeros 6 meses y el 2do año de TTO, existiendo una correlación positiva entre meses de TTO y ganancia de talla. Dos pacientes han llegado a talla final con una ganancia de 1,54 y 1,56 DS. Por grupo de TTO hubo mayor ganancia en grupo TM (0,86DS) y TX (0,85 DS) vs D (0,53 DS)
Efectos adversos: 3 pacientes presentaron hiperPTH (todos en grupo D) requiriendo suspensión de GH, 1 paciente con hiperfosfatasemia, 4 hiperglicemias leves transitorias, 1 hiperglicemia severa que requirió suspensión de GH. No hubo episodios de rechazo agudo de TX.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Meses** | **0m** | **6m** | **12m** | **24m** | **36m** | **48m** | **60m** |
| **N** | 20 | 19 | 15 | 7 | 6 | 5 | 2 |
| **Edad (años)** | 8,8±3,2 | 9,6±3,2 | 10,7±3,3 | 10,5±1,8 | 11,4±2,8 | 11,6±1,6 | 13,2±1,3 |
| **Talla (z)** | -3,01±0,8 | -2,4±0,6 | -2,36±0,9 | -1,73±0,4 | -1,6±0,6 | -1,5±0,6 | -1,31±0,9 |
| **VC (cm/año)** | 3,8±1,7 | 9,05±2,9 | 8,1±2,4 | 8,06±1,9 | 5,6±1,1 | 5,3±1,5 | 3,2±0,4 |

**Conclusiones:** El programa de uso de GH en pacientes ERCT, ha tenido un positivo impacto en mejorar la talla y velocidad de crecimiento, los efectos adversos más frecuentes son la hiperPTH (en pacientes en diálisis) y la hiperglicemia transitoria. Los pacientes en TM y TX responden mejor que los en D, probablemente porque están más compensados metabólicamente. Continuar con este programa será fundamental para mantener el beneficio obtenido y lograr mejorar la talla final de estos pacientes.