

510 VALIDACIÓN DE LA ECUACIÓN PRONÓSTICA CKD-RISK G4+ (GRAMS SCORE) EN ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA AVANZADA

A. TEMPRADO COLLADO¹, FJ. TORO PRIETO¹, PG. DONOSO NARANJO¹, ML. VIDAL BLANDINO¹
¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL VIRGEN DEL ROCÍO (SEVILLA/ESPAÑA)

Introducción: Los pacientes de edad avanzada con Enfermedad Renal Crónica Avanzada (ERCA) presentan alta comorbilidad cardiovascular y mortalidad. Se han desarrollado herramientas pronósticas que intentan predecir riesgo de requerir Tratamiento Renal Sustitutivo (TRS), presentar eventos cardiovasculares(CV) y muerte. Una de ellas es la ecuación CKD-Risk G4+, desarrollada por Grams para población con ERCA. Nuestro objetivo fue la validación del CKD-Risk G4+(Grams score) en esta población.

Material y método: Estudio unicéntrico de cohorte retrospectiva no randomizado de pacientes mayores de 65 años con ERCA que acuden por primera vez a consulta durante 2016-2017 Seguimiento durante 4 años o primer evento clínico definido como necesidad TRS(incluyendo Tratamiento Renal Conservador (FGe ≤ 8 ml/min/1.72m²) o muerte. Se recogieron datos demográficos y clínicos para cálculo de riesgo del CKD-Risk G4+(Grams score).

Resultados: Se analizaron 303 pacientes que cumplieran criterios de inclusión, 31 se excluyeron por pérdidas de seguimiento. Las características clínicas de la población estudiada vienen recogidas en tabla 1. Se analizaron incidencias observadas de muerte, inicio TRS y CV así como las puntuaciones de riesgo de la ecuación a 2 y 4 años. La ecuación discriminó de forma significativa para todos los eventos a 2 años y 4 años. El análisis de regresión logística mostró significación para los puntos de corte a partir de los cuales eran predictores. Las Curvas Kaplan-Meier para valorar la supervivencia libre de eventos (TRS o exitus) según la puntuación obtenida a 2 años mostró significación en el análisis de Cox (HR 2,17; IC95% 1,45-3,25, p<0,001) y a 4 años (HR 1,88; IC95% 1,40-2,51, p<0,001).

Conclusiones: La ecuación CKD-Risk G4+(modelo Grams) proporcionó buena discriminación en nuestra cohorte de pacientes para predecir de forma significativa el inicio TRS, eventos cardiovasculares y muerte. Es necesario realizar calibración y establecer puntos de corte de referencia del modelo para cada predicción sobre los que finalmente se pueda planificar la atención médica. Se requieren más estudios de validación externa.

Tabla 1. Características clínicas (N=271)

Características	n (%)
Edad (media \pm DE)	74,91 (5,6)
Varones (n, %)	169 (62)
Raza Blanca(n)	272 (100)
Cociente albúmina/creatinina orina (mediana)Q1-Q3	283 (10; 1029)
<20 n(n)	59 (21,8)
30-300 n(n)	84 (31)
>300 n(n)	128 (47,2)
FGe CKD-EPI ml/min/1,73m ² (media)	21,39 (3,75)
Etiología ERC (n %)	
Vascular	86 (31,7)
Diabéticos	84 (31)
No filada	48 (17,7)
NTIC	24 (8,9)
Otros	30 (10,6)
Comorbilidad	
DM n(n)	173 (63,8)
HTA n(n)	258 (95,2)
Historia Cardiovascular n(n)	136 (50,4)
Tuberculosis n(n)	141 (52,1)
TAS (media (DE))	138,9 (19,7)

511 CKD-RISK G4+(GRAMS SCORE) VS KIDNEY FAILURE RISK EQUATION (KFRE). ¿QUÉ HERRAMIENTA PRONÓSTICA PREDICE MEJOR EL INICIO DE TERAPIA RENAL SUSTITUTIVA?

A. TEMPRADO COLLADO¹, FJ. TORO PRIETO¹, N. SANTOS COLLADO¹, G. MONTILLA COSANO¹, ML. VIDAL BLANDINO¹
¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL VIRGEN DEL ROCÍO (SEVILLA/ESPAÑA)

Introducción: El uso de herramientas pronósticas para predecir necesidad de Terapia Renal Sustitutiva (TRS) en pacientes con Enfermedad Renal Crónica Avanzada (ERCA) estadio G4 es necesario fundamentalmente en pacientes añosos. La más usada es el Kidney Failure Risk Equation (KFRE). El Grams Score (GS) predice riesgo de TRS, eventos cardiovasculares y mortalidad aportando predicción más completa para elección de modalidad de TRS pero precisa de más parámetros en su ecuación. Nuestro objetivo fue comparar ambas ecuaciones pronosticando cuál predice mejor el inicio de TRS.

Material y método: Estudio de cohorte retrospectiva de pacientes añosos con ERCA. Seguimiento durante 5 años o primer evento clínico definido como necesidad TRS (incluido Tratamiento Renal conservador con FGe ≤ 8 ml/min/1.73m²) o muerte.

Resultado: Se analizaron 271 pacientes que cumplieran criterios inclusión. Tanto el GS como el KFRE mostraron buena discriminación estableciendo puntos de corte de referencia según AUC (Tabla). Al comparar evento TRS a dos años entre GS y KFRE, observamos que las curvas ROC presentan AUC similar, con p-valor 0,356. En análisis de regresión logística para el evento TRS a 2 años por Grams, pacientes con puntuación $\geq 17,85\%$ presentaron 11,53 [IC95% 5,16-27,78] veces más probabilidad de TRS en comparación con KFRE, en los que con una puntuación $\geq 20,77\%$, presentaron 17,532 [IC95% 7,594-40,47] veces más probabilidad de TRS (ambas p<0,001). Al comparar ambas ecuaciones en el análisis de regresión de Cox solo fue significativo el KFRE (HR 0,217 (IC95% 1,45-5,06; p<0,002), mostrando ser mejor predictor de TRS a 2 años.

Conclusiones: Ambas ecuaciones (KFRE y Grams Score) presentaron buena discriminación para la predicción de TRS, sin embargo en nuestra población el KFRE fue mejor predictor para TRS a los 2 años. Observamos riesgo competitivo entre mortalidad y necesidad de TRS por lo que este análisis habría que tenerlo en cuenta para la planificación de cuidados ante la progresión de la enfermedad renal.

Tabla 1.

Evento, score utilizado y tiempo de predicción	Punto de corte	Sensibilidad (S)	Especificidad (E)	Área bajo la curva (AUC)
TRS Grams-2	$\geq 17,85\%$	0,71	0,82	0,843 (0,773; 0,912)
TRS Grams-4	$\geq 19,65\%$	0,76	0,72	0,828 (0,757; 0,878)
TRS KFRE-2	$\geq 20,77\%$	0,71	0,88	0,829 (0,745; 0,912)
TRS KFRE-5	$\geq 27,95\%$	0,79	0,73	0,808 (0,743; 0,873)

512 INSIDE-CKD: PREDICCIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y COSTES ASOCIADOS A LA ERC DE 2022 A 2027 EN ESPAÑA

R. ALCÁZAR ARROYO¹, JF. NAVARRO GONZÁLEZ², U. ARANDA OLIVA³, M. CAPEL SÁNCHEZ⁴, A. CEBRIÁN CUENCA⁵, B. LOPEZ-CHICHERI⁶, M. MORENO BARÓN⁷, S. PÉREZ RODRÍGUEZ⁸, B. PIMENTEL DE FRANCISCO⁹, A. ORTIZ ARDUAN⁹

¹SERVICIO DE NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA LEONOR (MADRID/ESPAÑA), ²SERVICIO DE NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DE CANDELARIA. (SANTA CRUZ DE TENERIFE/ESPAÑA), ³MEDICAL AFFAIRS, BIOPHARMACEUTICALS MEDICAL. ASTRAZENECA (MADRID/ESPAÑA), ⁴HEOR & PRICING. ASTRAZENECA (MADRID/ESPAÑA), ⁵MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNITARIA. CENTRO DE SALUD CARTAGENA CASCO ANTIGUO (MURCIA/ESPAÑA), ⁶MARKET ACCESS. ASTRAZENECA (MADRID/ESPAÑA), ⁷ASOCIACIÓN PARA LA LUCHA CONTRA LAS ENFERMEDADES DEL RIÑÓN. FEDERACIÓN ALGER ALMERÍA (ALMERÍA/ESPAÑA), ⁸EVIDENCE GENERATION, BIOPHARMACEUTICALS MEDICAL. ASTRAZENECA (MADRID/ESPAÑA), ⁹SERVICIO DE NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ (MADRID/ESPAÑA)

Introducción: La enfermedad renal crónica (ERC) es un importante problema de salud pública que afecta aproximadamente al 10-15% de la población adulta española, con un elevado impacto clínico, económico y social. El aumento de la mortalidad y de la prevalencia de la terapia renal sustitutiva (TRS) en la última década han puesto de manifiesto la necesidad de llevar a cabo intervenciones que ayuden a disminuir el impacto futuro.

Materiales y métodos: INSIDE-CKD1 es un modelo de microsimulación que permite proyectar la epidemiología y los costes asociados a la ERC en España mostrando la evolución de su carga clínica y económica en 5 años (2022-2027). Basándose en un conjunto de datos procedentes de la literatura y estadísticas nacionales (edad, sexo, estadios ERC, comorbilidades asociadas y complicaciones cardiovasculares) el modelo genera una población virtual simulada representativa de la población española. La proyección muestra la prevalencia y comorbilidades en los distintos estadios de la ERC así como la incidencia de complicaciones, prevalencia de TRS y sus respectivos costes asociados.

Resultados: Entre 2022 y 2027, el modelo predice un incremento de la prevalencia de ERC del 10,7%* al 11,7% en la población adulta, pese a lo cual sólo tendrán diagnóstico registrado de ERC el 31,6% de los pacientes en 2027. Se estima que los casos de TRS aumentarán en un 14,7% así como la mortalidad por cualquier causa en las personas con ERC diagnosticada, alcanzándose un total acumulado de 654,281 casos en 5 años. Los costes directos sanitarios aumentarán un 13,8% en 5 años, alcanzando los 4.890 millones de euros en el año 2027, de los que el 42,5% corresponde al coste de la TRS, aun cuando estos representan menos del 4% de los pacientes con ERC diagnosticados.

Conclusiones: Entre los años 2022 y 2027, se prevé un aumento significativo tanto de la carga clínica como económica de la ERC. Este estudio sienta las bases sobre las que poder analizar potenciales soluciones para actuar sobre esta tendencia y mejorar el diagnóstico y pronóstico de los pacientes con ERC, contribuyendo así a mejorar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud.

*En términos de inputs para el modelo, los datos de TFG y albuminuria, extraídos de Otero et al., 2010 y Gorostidi et al., 2018 se distribuyeron de acuerdo con los datos del Reino Unido para proporcionar categorías de edad más detalladas, obteniéndose una prevalencia basal del 10,7%. 1. Tangri N et al. Adv Ther. 2023 Jan;40(1):265-281. doi: 10.1007/s12325-022-02353-5.

513 EXERCISE AND RENAL DISEASE: EX-RED – PRELIMINARY RESULTS

R. MORALES FEBLES¹, PL. DELGADO MALLEN², R. MIQUEL RODRÍGUEZ³, S. ESTUPIÑÁN TORRES³, M. COBO CASO², L. DÍAZ MARTÍN³, C. DE LA CONCEPCIÓN CRUZ PÉRERA⁴, S. LUIS LIMA⁵, F. GONZÁLEZ RINNE⁶, E. PORRINI¹

¹UICEC (UNIDAD DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA Y ENSAYOS CLÍNICOS). UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA (SANTA CRUZ DE TENERIFE/ESPAÑA), ²NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS (SANTA CRUZ DE TENERIFE/ESPAÑA), ³UICEC (UNIDAD DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA Y ENSAYOS CLÍNICOS). SERVICIO CANARIO DE SALUD (SANTA CRUZ DE TENERIFE/ESPAÑA), ⁴UICEC (UNIDAD DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA Y ENSAYOS CLÍNICOS). HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS (SANTA CRUZ DE TENERIFE/ESPAÑA), ⁵LABORATORIO CENTRAL. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS (SANTA CRUZ DE TENERIFE/ESPAÑA)

Antecedentes y objetivo: La obesidad (OB) y el síndrome metabólico (SM) son factores riesgo de progresión de Enfermedad Renal Crónica (ERC) establecida. Sin embargo, el efecto de la intervención sobre la OB/SM en la evolución de la función renal y la proteinuria se desconoce. Este estudio pretende evaluar el efecto del ejercicio terapéutico en: (a) la mejora del SM y (b) los parámetros renales, tasa de filtración glomerular (TFG) y proteinuria.

Material y métodos: Se realizó un estudio prospectivo exploratorio de 6 meses. Los pacientes con ERC y SM fueron tratados con ejercicio individualizado incremental según situación basal y respuesta terapéutica (aeróbico y de fuerza) prescrito por el fisioterapeuta para analizar el impacto sobre TFG medido con iohexol y proteinuria. En paralelo, desde el inicio se diseñó un plan para evaluar y promover la adherencia. Asimismo, se recogieron muestras de orina, parámetros antropométricos y analíticos (0, 3 y 6 meses). En este estudio exploratorio se incluyeron 40 casos.

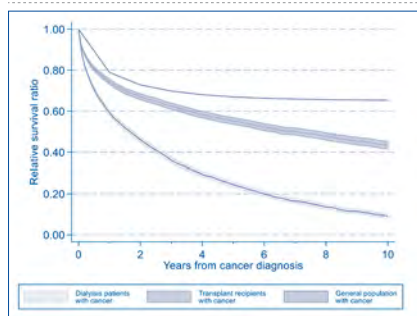
Resultados: En este análisis preliminar 22 pacientes completaron el tratamiento. La edad media fue de 58 años, el 78% eran hombres y el 78%, diabéticos. Las enfermedades renales más frecuentes fueron glomerulonefritis (40%) y nefropatía diabética (30%). A los 6 meses, 5 (22%) pacientes no cambiaron el peso. De los restantes (N=17, 78%), todos mostraron una reducción de peso: de 97 kg \pm 18 a 87 \pm 18, p=0,001. Estos pacientes se clasificaron en 3 grupos según cambios en la TFG: (A) Disminución TFG (N=6, 35%): de 54 ml/min \pm 13 a 44 \pm 14, p=0,001; IMC de 33 kg/m² \pm 4 a 30 \pm 5, p=0,003 y triglicéridos de 211 mg/dL \pm 98 a 127 \pm 59, p=0,026; (B) TFG estable (N=7, 41%): de 47 ml/min \pm 22 a 46 \pm 21, p=0,2; IMC de 35 kg/m² \pm 3 a 31 \pm 3, p=0,002 y triglicéridos de 160 mg/dL \pm 57 a 105 \pm 29, p=0,02; (C) Aumento TFG (N=4, 24%): de 59 ml/min \pm 16 a 66 \pm 18; p=0,015 y IMC de 39 kg/m² \pm 3 a 36,5 \pm 2, p=0,015. No se observaron cambios significativos en albuminuria y otros parámetros del SM. No se registraron efectos adversos durante el seguimiento asociados al ejercicio.

Conclusiones: El ejercicio es un método de intervención eficaz y seguro para bajar de peso y mejorar el perfil metabólico en pacientes con ERC y SM. No todos los pacientes que disminuyen peso presentan efectos en los parámetros de función renal. El impacto de los cambios en la TFG asociados con mejora en el SM/OB merecen especial atención en estudios diseñados ad-hoc.

Resúmenes

Enfermedad renal crónica - Epidemiología y clínica

514 ESTUDIO POBLACIONAL EN AUSTRALIA Y NUEVA ZELANDA DE SUPERVIVENCIA RELATIVA POR CÁNCER EN DIÁLISIS Y TRASPLANTE RENAL

L. OLIVERAS¹, B. ROSALES², N. MONTERO¹, E. MELILLI¹, JM. CRUZADO¹, AC. WEBSTER³, N. DE LA MATA²¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARI DE BELLVITGE (L'HOSPITALET DE LLOBREGAT/ESPAÑA), ²SYDNEY SCHOOL OF PUBLIC HEALTH. SYDNEY MEDICAL SCHOOL (SYDNEY/AUSTRALIA)**Introducción:** La supervivencia por cáncer en la población general está aumentando. La población con insuficiencia renal tiene mayor incidencia y mortalidad por cáncer. El análisis de supervivencia relativa mide el exceso de mortalidad directa o indirectamente atribuida al cáncer.**Métodos:** Se han estimado las tasas de supervivencia relativa en los pacientes en diálisis, trasplantados renales y población general con cáncer en Australia y Nueva Zelanda (1980-2019). Se ha usado la población general como referencia, ajustando por sexo, edad, año y país. Se ha modelado el exceso de mortalidad con la regresión de Poisson.**Resultados:** 4089 pacientes en diálisis y 3253 trasplantados renales han sido diagnosticados de cáncer. Los pacientes en diálisis son mayores y tienen más comorbilidades en comparación con los trasplantados renales. La población con enfermedad renal crónica terminal tiene tasas de supervivencia a los 5 años inferiores: 0.25 (IC 95% 0.23 a 0.26) en diálisis y 0.55 (IC 95% 0.53 a 0.57) en trasplante renal, comparado con 0.67 (IC 95% 0.67 a 0.67) en la población general con cáncer (Figura 1). En cualquier punto temporal los pacientes en diálisis tienen una ratio de exceso de mortalidad 2.10 veces mayor que la población general (2.10, IC 95% 2.02 a 2.18). El exceso de mortalidad en trasplantados no es significativo. Los patrones de supervivencia relativa y de exceso de mortalidad difieren según la neoplasia: pulmón tiene la peor tasa de supervivencia relativa, mientras que melanoma, mama y próstata tienen la ratio de exceso de mortalidad más alta. También hay diferencias en sexo: las mujeres tienen mejores tasas de supervivencia relativa pero con un exceso de mortalidad superior.**Conclusiones:** La supervivencia relativa por cáncer es inferior en los pacientes en diálisis y trasplantados renales. Los patrones de supervivencia relativa y exceso de mortalidad difieren según el tipo de cáncer y sexo.**Figura 1. Supervivencia relativa en todos los tipos de cáncer**

515 VALORACIÓN DE LA FRAGILIDAD EN PACIENTES ANCIANOS CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA (PANCERC)

J. MONTERO MUÑOZ¹, S. LLAMAS FERNÁNDEZ², B. PADRONES LÓPEZ², EM. LÓPEZ ÁLVAREZ¹, 'AGC GERIATRÍA. HOSPITAL MONTE NARANCO (OVIEDO)**Introducción:** La fragilidad aumenta el riesgo de resultados desfavorables como mortalidad/hospitalización en ancianos con enfermedad renal crónica (ERC). A pesar de considerarse de forma generalizada un síndrome caracterizado por pérdida de homeostasis y mayor vulnerabilidad a eventos adversos, no existe consenso acerca de cuál es la mejor forma de valorarla en ancianos con ERC. El objetivo del presente estudio es comparar varias escalas de valoración de la fragilidad (modelos tanto fenotípicos como acumulativos) y analizar su capacidad predictiva de eventos adversos en pacientes ancianos con ERC ingresados en una Unidad Geriátrica de Agudos (UGA).**Materiales y método:** Estudio observacional prospectivo realizado con pacientes ≥ 80 años con ERC ingresados en una UGA por enfermedad médica entre los meses de diciembre de 2022 y enero de 2023. Variables: edad, sexo, institucionalización, índice de Barthel (IB) previo, índice de Lawton (IL) previo, deterioro cognitivo (DC), fragilidad (definida por: criterios de Fried, Clinical Frailty Scale (CFS), escala FRAIL, índice Frágil-VIG), comorbilidades (grado de ERC, HTA, DM, DL, ICC, índice de Charlson (ICh)), filtrado glomerular estimado por CKD-EPI (FGCKD-EPI) al ingreso, diagnóstico principal, tasa de reingreso o exitus a 30 días.**Resultados:** 204 pacientes fueron incluidos, 70.1% mujeres, edad media 90.7 \pm 3.9 años. El 29.4% vivía en residencia. El IB previo fue de 58.8 \pm 32.8 y el IL de 1.9 \pm 2. El 41.7% tenía DC. La prevalencia de fragilidad variaba en función de la escala (Fried 90.2%, FRAIL 72.2%, CFS 83.3%, Frágil-VIG 95.3%). Grados de ERC: G3b (40.2%), G3a (37.7%), G4 (21.1%), G5 (1%). Comorbilidades: HTA (91.2%), ICC (73.5%), DL (56.4%), DM (42.2%) e ICh 3.1 \pm 1.8. El FGCKD-EPI medio al ingreso fue 35.70 \pm 14.01 mL/min/1.73 m² (Grados de ERC: G3b (40.2%), G3a (37.7%), G4 (21.1%), G5 (1%). Los diagnósticos más frecuentes fueron ICC (64.7%), infección respiratoria (63.2%) y ERC agudizada (48.5%). La tasa de reingreso/mortalidad a 30 días fue 36.3%.

La concordancia entre las distintas escalas de fragilidad fue débil, siendo algo mayor al comparar FRAIL, CFS y Frágil-VIG con los criterios de Fried (índice kappa entre 0.34 y 0.36; p<0.001). Al analizar el evento combinado de reingreso/mortalidad, se encontró una asociación significativa con la escala FRAIL (OR 2.8 [1.3 a 6; p=0.009]), CFS (OR 3.6 [1.2 a 10.8; p=0.018]), institucionalización OR 2.1 [1.1 a 3.8; p=0.021]), edad (+1.6 [+0.4 a +2.7; p=0.006]), IB (-10.2 [-19.6 a -0.9; p=0.032]), e IL (-0.7 [-1.3 a -0.2; p=0.007]). Únicamente la escala FRAIL se comportó como predictor independiente de reingreso/mortalidad a 30 días (OR 2.5 [1.1 a 6.1; p=0.037]) ajustando por edad, IB, IL, e institucionalización.

Conclusiones:

- La escala FRAIL podría ser la más útil dada su capacidad predictiva de eventos adversos.
- Independientemente de la herramienta utilizada, la prevalencia de fragilidad fue muy elevada.
- Las distintas escalas parecen no ser intercambiables en ancianos ingresados con ERC.

516 KIDNEY RISK FAILURE EQUATION (KRFE), VALIDACIÓN CON PRONÓSTICO REAL Y CORRESPONDENCIA CON LA INTUICIÓN CLÍNICA

C. MON MON¹, I. GALINDO¹, I. OÑATE¹, M. ORTIZ LIBREROS¹, C. LENTISCO¹, M. SANCHEZ SANCHEZ², S. CEDENO CEDENO³, RE. CAMACHO⁴, JC. HERRERO BERRÓN⁵, A. OLIET PALA¹¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO SEVERO OCHOA (LEGANÉS (MADRID))**Introducción:** La KRFE es una ecuación que, incluye como variables, la edad, el sexo, el FGe y la albuminuria, predice el riesgo de ERCT y necesidad de tratamiento sustitutivo a 2 y 5 años, ajustando el pronóstico a la edad. La KRFE estratifica el riesgo en bajo (0-5%), intermedio (5-15%) y alto (>15%).**Materiales y métodos:** Estudio de cohortes retrospectivo que incluyó pacientes vistos como nuevos en la consulta general de Nefrología durante el año 2016 y el año 2022, se calculó, a posteriori, la KRFE y se estudió su validez clínica.

Se analizó la causa de derivación, características clínicas y analíticas, su correlación con riesgo KRFE, así como, factores pronósticos reales: reenvíos a consulta de pacientes altados, paso a prediálisis, hemodiálisis y su asociación con riesgo KRFE a 5 años.

Resultados: Se estudiaron 137 pacientes nuevos, 66 del 2016 y 71 del 2022.

No hubo diferencias en las causas de derivación entre ambos años, la más frecuente fue la ERC (43,5%) seguida de HTA (15%).

En el año 2022 los pacientes presentaron mayor edad (69,72 vs 63,47, P<0,04), fueron derivados más frecuentemente desde primaria (93% vs 78%, p<0,01) y fueron alta directa (en la primera consulta) en más ocasiones (49,3% vs 24,2%, P<0,02).

En ambos grupos (2022 y 2016) los pacientes con riesgo intermedio-alto vs bajo según KRFE, presentaban una mayor creatinina (2,0 vs 1,16, p<0,001), mayor proteinuria (1,4 vs 0,2, p<0,01) y menor hemoglobina (11,7 vs 13,9, p<0,010).

En la validación a posteriori de los pacientes del 2016, calculando la fórmula KRFE, se demostró una relación significativa (p<0,05) entre pronóstico y estratificación de riesgo según KRFE: 6 pacientes pasaron a prediálisis (5 de alto riesgo según KRFE, 1 de bajo riesgo) y 3 a tratamiento conservador (los 3 de riesgo intermedio).

En los 137 pacientes, se observó una asociación significativa entre:

Menor riesgo KRFE con recibir alta (p<0,001) y alta directa, en la primera visita (P<0,02). Mayor riesgo KRFE con reenvío a consulta (p<0,01), presencia de DM (p<0,09) o HTA (P<0,01).

Conclusiones: La ecuación KRFE, calculada a posteriori, en pacientes vistos como nuevos en la consulta general en el año 2016 y 2022, concuerda con la intuición del clínico respecto al pronóstico.

El KRFE se demuestra como una herramienta útil para discriminar pacientes de riesgo y que precisan seguimiento hospitalario.

La KRFE se asocia a factores de riesgo tradicionales (proteinuria, DM e HTA) y no tradicionales de ERC, pero ya descritos en la literatura, con la hemoglobina (Fórmula de HUGÉ).

517 INFRAUTILIZACIÓN DE LA DETERMINACIÓN DE ALBUMINURIA EN LA EVALUACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN ESPAÑA, ESPECIALMENTE EN MUJERES

P. DE SEQUERA¹, J. ARIAS-MANJÓN², F. PROCACCINI³, M. BENAVENT-NUÑEZ⁴, B. QUIROGA⁵, I. ROMERO-OGANDO⁶, G. LÓPEZ-YEPES⁷, J. DIEZ-MARTÍNEZ⁸, A. ORTIZ-ARDUAN⁹¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA LEONOR (MADRID/ESPAÑA), ²GRUPO DE INVESTIGACIÓN. MEDSAVANA SL (MADRID/ESPAÑA), ³NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PRINCESA (MADRID/ESPAÑA), ⁴NEFROLOGÍA. CLÍNICA UNIVERSITARIA DE NAVARRA (MADRID/ESPAÑA), ⁵NEFROLOGÍA. FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ (MADRID/ESPAÑA)**Introducción:** Las «Guías 2021 sobre la prevención de la enfermedad cardiovascular (CV) en la práctica clínica» de la ESC y otras 13 sociedades científicas europeas situó a la albuminuria como marcador de la evaluación del riesgo cardiovascular (RCV), junto con la presión arterial, la colesterolemia, la glucemia y el filtrado glomerular en varones mayores de 40 años y mujeres mayores de 50 años o postmenopáusicas. En 2023, la Sociedad Española de Nefrología lideró a otras 15 sociedades científicas españolas en un documento similar.**Objetivo:** Evaluar la situación actual de la medida de la albuminuria en España como parámetro de RCV y en comparación con otros parámetros de laboratorio necesarios para un correcto diagnóstico del RCV (presión arterial, colesterol, glucemia y filtrado glomerular estimado) en distintas poblaciones usuarias de la sanidad.**Materiales y métodos:** Estudio observacional, retrospectivo no intervencionista basado en el uso secundario de los datos contenidos en la Historia Clínica Electrónica (HCE) utilizando técnicas de Inteligencia Artificial (software Savana Manager v4.0). Periodo estudio: 01/01/2011 a 31/1/2022, 707.493 pacientes.**Resultados:** Sólo el 1,24% de los participantes tenían al menos una determinación de albuminuria, frente a 32,3% que tenían una estimación de FG (tabla). Fue el único factor de RCV que se determinó con menos frecuencia en mujeres (un 23% menos que en hombres). La determinación de albuminuria fue más frecuente, pero subóptima en pacientes DM (6,45%), con HTA (4,77%), mayores de 50 años (2,24%) o con diagnóstico de ERC en los informes (3,12%). Las determinaciones de albuminuria aumentaron en los dos años más recientes.**Conclusiones:** La determinación de albumina en orina se realiza con muy baja frecuencia, incluso en pacientes de alto RCV, lo que hace suponer un infradiagnóstico de la ERC. Además, es el único factor de RCV que se determina con menos frecuencia en mujeres que en hombres.[Ver tabla](#)

518 FENOTIPO DE FRAGILIDAD DE FRIED Y SU RELACIÓN CON LA MORTALIDAD EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA AVANZADA

A. NOGUEIRA PÉREZ¹, G. ÁLVAREZ GARCÍA¹, P. OCHOA PÉREZ¹, P. RUIZ LOPEZ-ALVARADO¹, J. MOLLA CUADRILLERO¹, G. BARRIL CUADRADO¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA (MADRID)

Objetivo: evaluar el riesgo de mortalidad del fenotipo de fragilidad de Fried y sus criterios en pacientes con enfermedad renal crónica avanzada (ERCA).

Material y métodos: valoramos 225 pacientes con ERCA. Se determinó el porcentaje de fragilidad con los criterios diagnósticos de FRIED, que se componen de 5 criterios: 1.-pérdida de peso involuntaria, 2.-fatiga, 3.-disminución de la fuerza muscular, 4.-disminución de la actividad física, y 5.-disminución de la velocidad de la marcha).

Resultados: un 65,8% fueron hombres, la media de edad fue 70,68±11,95años, siendo mayor en mujeres (Mujeres:72,29±13,45años vs Hombres:69,85±11,06años; p=0,137).

Un 17,8% cumplían criterios de fragilidad (13,5% hombres y 26% mujeres; p=0,020).

Un 10,2% de los pacientes presentaron pérdida involuntaria de peso, un 26,3% presentaron fatiga, 20% disminución en la velocidad del paso, un 49,3% disminución en la fuerza muscular y un 14,7% disminución en la actividad física semanal.

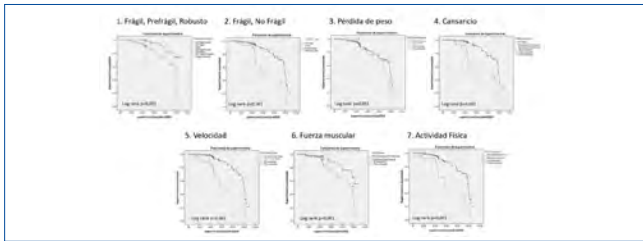
En el periodo de estudio fallecieron 50 pacientes (28 hombres y 22 mujeres).

Los participantes frágiles tuvieron mayor riesgo ajustado de mortalidad (HR 2.67; IC 95%: 1,82-3.93; p<0.001), de la misma manera aquellos que presentaron fatiga (HR 3.29; IC 95%: 1,98-5,48; p<0.001), disminución en la velocidad del paso (HR 3.30; IC 95%: 1,84-5.93; p<0.001), disminución de la fuerza muscular (HR 2.87; IC 95%: 1,53-5.35; p=0.001), y disminución en la actividad física (HR 2.86; IC 95%: 1,51-5.43; p=0.001), no resultado significativo la pérdida de peso involuntaria. En la figura se muestran las curvas de Kaplan-meier de supervivencia para la fragilidad y cada uno de los criterios por separado.

Conclusiones:

1. Los criterios de fragilidad de Fried están relacionados con la mortalidad en pacientes con ERCA.
2. Cada criterio por sí mismo va a suponer un aumento en el riesgo de mortalidad, de ahí que sea necesaria la intervención en cada uno de ellos.

■ **Figura 1. Curvas de mortalidad de Kaplanmeier, en las diferentes gráficas puede observarse como los pacientes que no presentaban fragilidad o el criterio correspondiente (línea Azul) tenían mayor supervivencia**



519 UTILIDAD DEL TEST SHORT PHYSICAL PERFORMANCE BATTERY (SPPB) PARA DETERMINAR FRAGILIDAD EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA AVANZADA

A. NOGUEIRA PÉREZ¹, G. GONZÁLEZ LÁZARO¹, G. ÁLVAREZ GARCÍA¹, MA. CABRERA CÁRDENAS¹, A. SÁNCHEZ HORRILLOS¹, G. BARRIL CUADRADO¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA (MADRID)

La fragilidad es un síndrome geriátrico cuya definición es compleja, una de las más utilizadas la define como "Un síndrome médico con múltiples causas y contribuyentes que se caracteriza por una fuerza disminuida, resistencia y función fisiológica reducida que aumenta la vulnerabilidad de un individuo para desarrollar una mayor dependencia y/o muerte", de la misma manera que su definición es compleja su diagnóstico también lo es, existiendo múltiples herramientas para evaluarla, la más utilizada son el criterio diagnóstico de FRIED.

Objetivo: determinar la utilidad del Test Short Physical Performance Battery (SPPB) para evaluar fragilidad en un grupo de pacientes con ERCA.

Material y métodos: se evaluaron a 225 pacientes con ERCA, se determinó el porcentaje de fragilidad con los criterios diagnósticos de FRIED (se compone de 5 criterios: 1.-pérdida de peso involuntaria, 2.-fatiga, 3.-disminución de la fuerza muscular, 4.-disminución de la actividad física, y 5.-disminución de la velocidad de la marcha), y se realizó el test SPPB (evalúa la funcionalidad con 3 pruebas cortas: equilibrio, velocidad marcha, sentadillas).

Resultados: un 65,8% fueron hombres, la media de edad fue 70,68±11,95años, siendo mayor en mujeres (Mujeres:72,29±13,45años vs Hombres:69,85±11,06años; p=0,137).

Un 17,8% cumplían criterios de fragilidad (13,5% hombres y 26% mujeres; p=0,020).

Se obtuvieron puntos de corte de máxima sensibilidad y especificidad para fragilidad una puntuación en el test SPPB≤6, obteniendo un ABC: 0,834;95%IC: 0,771-0,897; p<0,001. 84% sensibilidad-57% especificidad.

Un 23,6% de los pacientes presentaron una puntuación en el test SPPB≤6 (19,9% hombres y 36,4% mujeres; p=0,001).

Conclusión: el test SPPB puede utilizarse como criterio diagnóstico de fragilidad, interpretando como fragilidad un resultado en test igual o menor a 6 puntos.

Figuras.



520 EL IMPACTO DEL GÉNERO SOBRE LA ESPERANZA DE VIDA EN PERSONAS CON ERC

M. SÁEZ MORALES¹, RM. SÁRACHO ROTAECHE¹, I. FERNÁNDEZ ESPINOSA¹, S. SÁNCHEZ BLANCO¹, S. CAMINO RAMOS¹, R. BERZAL RICO¹, A. BEDIA RABA¹, O. CARMONA LORUSSO¹, MC. ROBLEDO ZULET¹, PF. NEYRA BOHORQUEZ¹

¹NEFROLOGÍA. OSAKIDETZA (VITORIA/ESPAÑA)

La esperanza de vida al nacer (EV) es un indicador de salud global. En nuestra provincia, una de las más altas de España, es de 84,3 años. La ERC afecta en torno al 20% de los mayores de 60 años, siendo un reconocido factor de riesgo de mortalidad.

Durante 3 años previos a la pandemia Covid 19, en el laboratorio centralizado de toda la provincia, registramos las analíticas realizadas en centros de salud y CCEE en las que hubiera una determinación de creatinina. Se estimó el FG mediante CKD-EPI, se consideró ERC estadio 3 o más (ERC3+) si era <60ml/min/1.73m². Se calculó la prevalencia dividiendo los casos con ERC3+ sobre el total de sujetos, ajustando por edad según método directo. Se estratificó por sexo y área de salud. Disponíamos de información contrastada de la esperanza de vida de las 22 áreas de salud de nuestra provincia. Utilizando como unidad cada área de salud, mediante regresión lineal simple, estimamos el coeficiente de correlación como medida de asociación entre prevalencia ERC3+ y EV.

Analizamos 131.661 sujetos, prevalencia ERC3, hombres: 6,3%, mujeres: 6,1%. En hombres, la EV osciló entre los 76 y 83 años según área de salud, la prevalencia de ERC3+ varió entre el 6 y el 8%. En los hombres el coeficiente de correlación entre prevalencia ERC3+ y EV fue de -0,48, P=0,02. En mujeres el coeficiente de correlación fue de +0,53, P=0,01.

Existe una asociación negativa entre la presencia de ERC y la EV en varones. Aunque no podemos establecer una relación causal, la ERC puede condicionar una reducción significativa de EV. En mujeres, existe una relación positiva entre la presencia de ERC y la EV, probablemente en las mujeres la presencia de ERC sea un fenómeno asociado al envejecimiento.

Es posible que las políticas sanitarias respecto a la ERC deban adaptarse a estas diferencias, en hombres hacia prevención primaria y en mujeres a la secundaria.

521 ESTIMACIÓN DEL FILTRADO GLOMERULAR EN PACIENTES MUY SENILES EN LA UNIDAD DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA AVANZADA

J. HERNÁN MERINO¹, M. PETRUCCI MAURICIO¹, N. FERNÁNDEZ GRANADO¹, J. VALLADARES ALCOBENDAS¹, D. PECCI DUARTE¹, E. VÁZQUEZ LEO¹, L. GONZÁLEZ RODRÍGUEZ¹, B. CANCHO CASTELLANO¹, NR. ROBLES PÉREZ-MONTEOLIVA¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BADAJOZ (BADAJOZ)

Introducción: La creatinina sérica se ha utilizado ampliamente en la práctica clínica para el cálculo del filtrado glomerular estimado y clasificar a los sujetos en diferentes estadios de la Enfermedad Renal Crónica (ERC). Se piensa que la cistatina C sérica define con mayor precisión la estratificación de la ERC y se considera un biomarcador endógeno por Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO).

Material y método: Muestra de 48 pacientes muy seniles (≥80a) incidentes en la Unidad de Enfermedad Renal Crónica Avanzada (U-ERCA), 01/01/2022 a 31/03/2023, representando el 31,79% de los incidentes totales. 62,5% varones. 91,7% hipertensos. 56,3% diabéticos. Edad mediana (RIQ) 84,5 (81,25-87). Etiología de ERC: Nefroangioesclerosis 31,3%, Nefropatía diabética 25%, Glomerulopatías 4,2%, Nefropatía Tubulointersticial crónica 8,3%, Oncológicas 4,2%, Nefrotoxicidad 6,3%, Otras 2,1%, no filiadas 18,8%.

Se midió la tasa de filtrado glomerular estimado por las ecuaciones de CKDEPI y el CKDEPI-cistatinaC. Se evaluó la estratificación por estadios y la correlación entre ambas fórmulas en esta muestra.

Resultados: El filtrado medio por CKDEPI fue de 17,17±6,68 ml/min/1.73 m², mediana (RIQ) 17,00 (13-21), por CKDEPIcistatinaC 18,9±6,61 ml/min/1.73 m², mediana (RIQ) 17,94 (13,95-22,54). Se encontró una correlación de Pearson de 0,724 p<0,01. Se encontraron diferencias de prevalencias entre categorías de filtrado, reclasificando la ecuación de CKDEPIcistatina C a un 5,9% de los pacientes de estadio 5 a 4 e incluso 3b.

No se encontraron diferencias entre el FG estimado por ambas fórmulas y el sexo, tampoco para la presencia de diabetes.

Conclusiones: El porcentaje de pacientes muy seniles que inician seguimiento en nuestra U-ERCA es elevado, más de un tercio del total. La atención pormenorizada y la búsqueda de la adecuada estimación del FG sigue siendo un reto en estos pacientes muy seniles, con el fin de definir de forma global su manejo terapéutico.

La estimación del FGR por CKDEPIcistatinaC reclasifica a casi un 6% de los ancianos en estadios superiores. Por tanto, es importante evidenciar estas diferencias dado que la población está sujeta a ser frágil y vulnerable, mientras que la preservación y perfecta identificación de la realidad del FG puede mejorar la asistencia evitando abordajes terapéuticos agresivos o toma de decisiones precipitadas.

Resúmenes

Enfermedad renal crónica - Epidemiología y clínica

522 REGISTRO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA NO EN TERAPIA RENAL SUSTITUTIVA. SEGUIMOS APORTANDO DATOS

P.J. LABRADOR GÓMEZ¹, J.C. AGUILAR AGUILAR², A. ALVAREZ LOPEZ³, F.J. FÉLIX REDONDO⁴¹NEFROLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE CÁCERES (CÁCERES/ESPAÑA); ²NEFROLOGÍA. HOSPITAL CIUDAD DE CORIA (CORIA/ESPAÑA); ³NEFROLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO DON BENITO VILLANUEVA DE LA SERENA (DON BENITO/ESPAÑA); ⁴DIRECCIÓN GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA. SERVICIO EXTREMEÑO DE SALUD (MÉRIDA/ESPAÑA)**El trabajo corresponde a un grupo de trabajo o un estudio multicéntrico:**

Grupo Autonómico del Proceso Asistencial Integrado de ERC

Introducción: La enfermedad renal crónica (ERC) es un problema de salud pública. El Servicio Extremeño de Salud ha creado dentro del Proceso Asistencial Integrado (PAI) de ERC un registro de pacientes con ERC.**Material y métodos:** En enero de 2020 dentro de la historia clínica digital (JARA) se incluyó una herramienta para registrar pacientes con ERC. Dicha herramienta permite en el momento de inclusión del paciente seleccionar el grado de filtrado glomerular, de albuminuria y la presencia de daño renal.

Se han analizado los registros de pacientes incluidos en el PAI de ERC en Extremadura.

Resultados: Hasta el 30 de abril de 2023 se habían incluido 5.419 pacientes, edad media 75.7±14.5 años, mediana 79 (rango intercuartílico 69-86), rango 10-104. Mujeres 50.9%. El responsable de inclusión fue un nefrólogo en el 81.9% de los casos y en el 18.1% restante un médico de familia. La estratificación de la ERC en el momento de su inclusión se muestra en la tabla.

Fueron excluidos del PAI 3 pacientes por error y 56 por recuperación de la función renal. A lo largo del periodo analizado, iniciaron tratamiento renal sustitutivo (TRS) 83 pacientes (1.5%) con un seguimiento medio de 20.3±13 meses. Fallecieron 750 (13.8%) con un seguimiento medio de 20.7±21.4 meses. De los 83 pacientes que iniciaron TRS, 15 (18.1%) fallecieron, con un tiempo medio de 5.5±4.9 meses (rango 0-15).

Conclusiones: La mayoría de pacientes son identificados por nefrología y presentan un riesgo alto o muy alto. La probabilidad de iniciar diálisis es 10 veces menor que la de fallecer. Un porcentaje elevado de pacientes que iniciaron TRS fallecen en los primeros 6 meses. Debemos mejorar la inclusión de pacientes en fases precoces de ERC desde Atención primaria.

Tabla 1.

	A1	A2	A3	Total G
G1	1,2	3	1,8	6
G2	0,9	5,7	2,6	9,2
G3a	20,4	7,9	3	31,2
G3b	18	11,5	4,6	34,1
G4	6,7	6	4,8	17,4
G5	0,2	0,5	1,2	2
Total A	47,3	34,6	18,1	

Bajo riesgo 2.1%, Riesgo moderado 29.1%, Riesgo alto 30.3%, Riesgo muy alto 38.5%
Los datos se expresan en porcentajes respecto al total de pacientes registrados

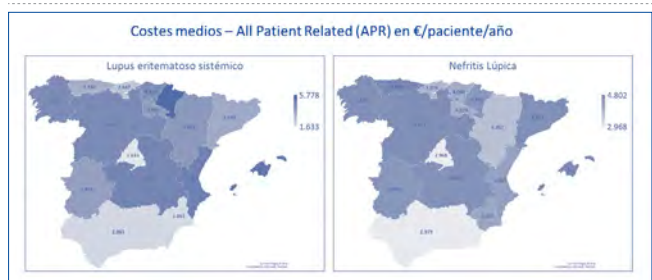
523 CARGA DE ENFERMEDAD DE LUPUS ERMATOSOS SISTÉMICO (LES) Y DE NEFRITIS LÚPICA (NL) EN ESPAÑA

A. AVELLO ESCRIBANO¹, B. FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ¹, V. PÉREZ GÓMEZ¹, R. FERNÁNDEZ PRADO¹, A. ORTIZ ARDUAN¹¹NEFROLOGÍA. FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ (MADRID)**Introducción:** El LES y la NL afectan principalmente a mujeres jóvenes, pero su epidemiología en España es poco conocida. Hemos investigado la carga de enfermedad del LES y la NL en España y en comunidades autónomas (CCAA) entre 2016 y 2021.**Material y métodos:** Se extrajeron del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) del Ministerio de Sanidad, los datos diagnóstico primario y coste medio de LES y NL por provincias y CCAA.**Resultados:** Durante el periodo analizado, tuvieron contacto con el sistema de salud en España un promedio anual de 3232 casos de LES y 639 de NL. Las CCAA que más contribuyeron fueron Madrid y Andalucía, mientras que Cataluña contribuyó menos, a pesar de ser la segunda CCAA más poblada. Los contactos anuales aumentaron un 29% (LES) y 65% (NL) entre 2016 y 2021, siendo Madrid, Andalucía, País Vasco y Murcia las CCAA que más contribuyeron al aumento de casos de NL, por este orden. El coste medio fue de 3677€/paciente/año en los pacientes con LES, incrementándose hasta los 4176€ si el paciente presentaba NL. El LES resultó más caro en Navarra (5778€) y la NL en Asturias (4802€), mientras que en Madrid fue donde costó menos gestionar el contacto de ambas entidades con el sistema sanitario (1633€ y 2968€ respectivamente) (Figura).

Los nefrólogos manejan el 53% de los casos de NL y el 14% de los casos de LES, con grandes diferencias regionales en la distribución de especialistas.

Conclusión: Se observa un aumento en el número de contactos reportados de LES y NL con el sistema sanitario en España entre 2016 y 2021, con grandes diferencias regionales en la distribución de casos, costes y especialistas que atienden a estos pacientes. Es importante investigar las causas de estas diferencias para optimizar el cuidado del LES y la NL.

Figura 1.



524 APLICABILIDAD DEL CONSENSO NACIONAL EN ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA. ¿SE SIGUEN LAS RECOMENDACIONES EN LA PRÁCTICA CLÍNICA?

N. FERNÁNDEZ¹, S. RODRIGO¹, D. SILVESTRE¹, C. PARDO¹, M. GARCÍA¹, R. PRIETO¹, A. DEL BOSQUE¹, D. OLLERO¹, A. IZARRA¹, A. VILLARROEL¹¹DPTO. MÉDICO. ASTRAZENECA (ESPAÑA)**Introducción:** La elevada incidencia, morbilidad y mortalidad de la ERC la convierten en un problema de salud pública a nivel mundial y nacional. Las dificultades que suponen la detección precoz y el manejo de pacientes con ERC contribuyen significativamente a este problema. Por ello, se ha publicado un documento de consenso multisociedad –Documento de información y consenso para la detección y manejo de la enfermedad renal crónica (2022) – a nivel nacional sobre el manejo del paciente con ERC.**Material y métodos:** El estudio está basado en las percepciones y valoraciones obtenidas en la discusión sobre la aplicabilidad del consenso nacional por 176 nefrólogos durante reuniones realizadas en 11 CCAA.**Resultados:** Un elevado porcentaje de los nefrólogos que participaron en la discusión del análisis del consenso considera que la ERC está infradiagnosticada en su CCAA (77%) y que la detección de albuminuria no se realiza de manera rutinaria en AP en el diagnóstico de ERC (72%). Además, señalan que las derivaciones desde AP no cumplen los criterios recomendados y que no se hace suficiente uso de la consulta virtual con nefrología para poder evitar derivaciones innecesarias. En el consenso se refleja que hasta ahora el bloqueo del SRAA había sido la única evidencia en el tratamiento y prevención de la ERC. Dapagliflozina cuenta con indicación para el manejo de la ERC en pacientes con DM-2 y en pacientes con ERC no diabética (nefroangiosclerosis y nefropatía por IgA, entre otras). Casi el 90% de los nefrólogos seguirían estas recomendaciones de tratamiento muy frecuentemente y menos del 15% no lo haría. En general existe consenso intercomunitario en los diferentes aspectos valorados (diagnóstico, derivación y tratamiento) especialmente en cuanto a la falta de detección de albuminuria en AP (σ0.2).**Conclusiones:** Las recomendaciones especificadas en el ‘Documento de información y consenso para la detección y manejo de la enfermedad renal crónica’ se están aplicando menos de lo deseado en la práctica clínica destacando especialmente la falta de detección de albuminuria y el incumplimiento de los criterios de derivación lo que concuerda con las elevadas cifras de infradiagnóstico descritas en España. Esta información podría servir para ayudar a focalizar los aspectos a mejorar guiando futuras intervenciones que tengan el objetivo de mejorar el diagnóstico y manejo de pacientes con ERC.

525 EXPERIENCIA DE TRATAMIENTO CON RITUXIMAB EN UNA COHORTE DE PACIENTES NEFROLÓGICOS EN UN ÚNICO CENTRO

A. SAURINA SOLE¹, I. TAPIA GONZALEZ¹, M. POU POTAU¹, D. OLEAS VEGA¹, F. MORENO GUZMAN¹, V. ESTEVE SIMÓ¹, V. DUARTE ALLEGRO¹, R. SANCHEZ MARIN¹, M. RAMÍREZ DE ARELLANO SERNA¹¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL DE TERRASSA (TERRASSA (BARCELONA))**Introducción:** El rituximab (RTX) es un anticuerpo monoclonal que se une específicamente a la molécula CD20 humana eliminando las células CD20+ por citotoxicidad dependiente de anticuerpos. Utilizado en patologías hematológicas, reumatológicas, y algunos casos de glomerulopatías primarias con síndrome nefrótico idiopático (SNI).**Objetivo:** Conocer las características y perfil de seguridad de los pacientes (p) con indicación nefrológica de tratamiento con RTX en un único centro.**Material y métodos:** Revisión retrospectiva de los pacientes con indicación nefrológica de RTX desde 2014 hasta marzo de 2023 en nuestro centro. Estudio de las características demográficas y clínicas, indicaciones y respuesta al tratamiento.**Resultados:** 21 pacientes: 12 hombres y 9 mujeres, edad: 56.33± 18.33 años (23-75). Todos excepto dos con biopsia renal. Diagnósticos: nefropatía lúpica (3p), nefropatía membranosa primaria (5p), vasculitis asociada a ANCA (4p), vasculitis crioglobulinémica (4p), nefropatía por cambios mínimos corticodependiente (1p) e HFyS (4p). Indicación: 1era elección en 6 pacientes, corticodependencia o refractariedad a tratamientos previos en 10, y recidiva o tratamiento de mantenimiento en 4. Tratamientos previos: 15p habían recibido tratamiento inmunosupresor previo (esteroides, ciclofosfamida, metotil micofenolato, anticalcineurínicos y azatioprina). Dosificación: 10 pacientes con pauta de 375 mg/m² (x4 dosis semanal) y 11 p con 1 g x2 (quincenal). Reiteración: 13 pacientes reciben 1 tanda de RTX, 2p: 2 tandas, 3p: 3 tandas, 2p: 4 tandas y 1p hasta 7 tandas. Seguimiento: 26.09 ± 26.9 meses [1-78 meses]. Resultados: Remisión Completa: 7 pacientes, Remisión Parcial: 8 pacientes, 3 pacientes sin respuesta, 2 pacientes son éxito precoz (sin poder valorar respuesta al tratamiento) y 1 paciente abandona el tratamiento por intolerancia. Evolución: seguimiento actual 13 pacientes. Pérdidos 8 pacientes: 4 exits (2 en los primeros dos meses por patología de base y 1 por shock hemorrágico), 3 por cambio de residencia y 1 por inicio de tratamiento sustitutivo renal. Hasta su seguimiento: 12 pacientes no precisan corticoterapia y 7 siguen tratamiento con dosis bajas de corticoides principalmente por indicación reumatológica (LES, vasculitis). Complicaciones relacionadas con RTX: 1 paciente presentó intolerancia a la infusión a pesar de tratamiento preventivo sin completar el tratamiento y 1 presentó un proceso infeccioso (celulitis) al mes del tratamiento. El resto de los pacientes fallecidos no se relacionaron con el tratamiento.**Conclusiones:** El tratamiento con RTX representa una buena alternativa para el tratamiento de patologías mediadas por inmunidad por células B, con un buen perfil de seguridad y pocos efectos secundarios, permitiendo una rápida disminución y/o retirada de esteroides.

526 UTILIDAD DE LA FORMULA DE KELLER PARA LA EVALUACION DEL FILTRADO GLOMERULAR

D. PECCI¹, E. LEO¹, M. PETRUCCI¹, J. HERNAN¹, E. GARCIA DE VINUESA¹, J. VALLADARES¹, A. ALVAREZ LOPEZ¹, J. RODRIGUEZ SABILLON¹, E. MORENO¹, NR. ROBLES¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BADAJOZ (BADAJOZ)

Objetivos: Habitualmente usamos las fórmulas MDRD y CKD-EPI para calcular el filtrado glomerular (FG). Desgraciadamente, el cálculo de estas ecuaciones requiere disponer de un programa apropiado. Hemos valorado una fórmula simplificada, la ecuación de Keller, para este uso, comparándola con los resultados de la CKD-EPI.

Diseño y métodos: Se han incluido 608 pacientes atendidos en la consulta de nuestro hospital, de ellos el 65,9% eran varones y el 34,6% padecían diabetes mellitus. La edad media era 58,5±14,5 años y un FG medio de 71,4±35,5 ml/min calculado por CKD-EPI y ajustado por sexo. La fórmula de Keller se calcula como FG = 130-edad sin ajuste por sexo (Keller F, Nephrol Dial Transplant. 1987;2(5):382).

Resultados: El FG calculado por fórmula de Keller era 66,5±14,7 ml/min con una diferencia media entre ambas ecuaciones de 5,4±36,2 ml/min entre ambas. El coeficiente de correlación entre las dos fórmulas era 0.192 (p < 0.001, Rho de Spearman). Usando como punto de corte un FG <60 ml/min, no habría cambios de estratificación en 350 casos (58%) mientras que re-clasificaría 255 casos (42%). Si se examina por separado, el FG para mujeres era 71,5±32,0 por CKD-EPI y 58,1±12,6 por Keller (p < 0,001, Student) con una diferencia media de 13,5±28,5 ml/min. Para varones, la media por CKD-EPI era 72,2±37,0 frente a 70,9±13,8 por fórmula de Keller (p = 0,370, Student) con una diferencia media de 1,26±39,0 ml/min (p = 0.513).

Conclusiones: La fórmula de Keller puede ser un método extremadamente sencillo de valoración rápida del FG en la práctica clínica, particularmente en pacientes varones. No obstante, la estratificación definitiva deberá realizarse mediante las formulas habituales de cálculo del FG, como CKD-EPI.

527 BETA-2-MICROGLOBULINA COMO PREDICTOR DE MORTALIDAD Y PROGRESION DE ENFERMEDAD RENAL EN PACIENTES ATENDIDOS EN CONSULTA DE NEFROLOGIA: COMPARACION CON LA CISTATINA C

E. LEO¹, D. PECCI¹, J. HERNAN¹, M. PETRUCCI¹, E. GARCIA DE VINUESA¹, J. VALLADARES¹, E. MORENO¹, A. ALVAREZ LOPEZ¹, J. RODRIGUEZ SABILLON¹, NR. ROBLES¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BADAJOZ (BADAJOZ)

Objetivos: La beta-2-microglobulina ha sido como marcador de función renal como complemento o alternativa de la creatinina sérica y el FG calculado a partir de esta. Se ha señalado también que se relaciona con la mortalidad en pacientes en hemodiálisis. De la misma manera, la cistatina C ha demostrado ser un buen predictor de morbilidad en esta población. Hemos valorado su eficacia comparativa como predictor de mortalidad en un grupo de pacientes de consulta, la mayor parte de ellos con enfermedad renal crónica, pero que no habían llegado a tratamiento renal sustitutivo.

Diseño y métodos: Se han incluido 229 pacientes atendidos en la consulta de nuestro hospital, de ellos el 68,0% eran varones y el 41,3% padecían diabetes mellitus. La edad media era 58,5±14,5 años y un FG medio de 64,1±33,5 ml/min. Se comparó la supervivencia comparando para ambos parámetros los pacientes con valores por debajo y por encima del percentil 50 de la muestra. Se ha analizado la relación mediante la curva de supervivencia por método de Kaplan-Meier

Resultados: Los pacientes con B2M BAJA tenían: edad 58,2 ±13,7 años, FG 62,7±29,3 ml/min, n = 110. Aquellos con B2M ELEVADA: edad 66,1±13,9 años, FG 31,9± 13,2 ml/min, n = 119. La mediana de B2M sérica 3,02 (2,17-3,64) mg/l, frente a 5,94 (5,00-7,73), p < 0,001 (Mann-Whitney). En el grupo con B2M BAJA la supervivencia era 88,0% a los cinco años, frente a 72,1% en el grupo B2M ELEVADA (p < 0,01 Log Rank). La supervivencia a cinco años antes de tratamiento renal sustitutivo también fue diferente entre grupos (97,0% vs. 75,8%, p < 0,001 Log Rank). Los pacientes con cistatina BAJA tenían: edad 57,1 ±14,1 años, FG 70,6±28,6 ml/min, n = 88. Aquellos con cistatina ELEVADA: edad 65,0±13,8 años, FG 34,7± 16,5 ml/min, n = 141. La mediana de cistatina sérica 1,22 (0,95-1,40) mg/l, frente a 2,14 (1,78-2,59), p < 0,001 (Mann-Whitney). En el grupo con cistatina BAJA la supervivencia era 93,2% a los cinco años, frente a 72,4% en el grupo B2M ELEVADA (p < 0,01 Log Rank). La supervivencia a cinco años antes de tratamiento renal sustitutivo fue diferente entre grupos (98,6% vs. 81,6%, p < 0,001 Log Rank).

Conclusiones: Beta-2-microglobulina y cistatina C parecen tener una similar capacidad predictiva de mortalidad y progresión a enfermedad renal crónica terminal en la población de nuestra consulta.

528 RIESGO COMPETITIVO ENTRE MORTALIDAD Y NECESIDAD DE TERAPIA RENAL SUSTITUTIVA EN LA ECUACIONES PRONÓSTICAS (KIDNEY FAILURE RENAL EQUATION (KFRE) Y MODELO DE GRAMS)

A. TEMPRADO COLLADO¹, FJ. TORO PRIETO¹, PG. DONOSO NARANJO¹, N. SANTOS COLLADO¹, ML. VIDAL BLANDINO¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL VIRGEN DEL ROCÍO (SEVILLA/ESPAÑA)

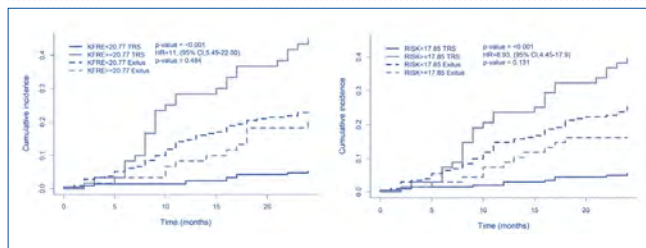
Introducción: Se produce situación de Riesgo Competitivo (RC) cuando la aparición de un tipo de evento modifica la capacidad de observar el evento de interés. Al analizar la progresión de enfermedad renal crónica y necesidad de terapia renal sustitutiva (TRS), el riesgo de mortalidad se comporta como RC. El estimador de Kaplan-Meier sólo indica probabilidad de supervivencia en ausencia de RC ya que sobrestima el evento. Es necesario utilizar otros métodos que analicen RC como el modelo de Fine y Gray. Nuestro objetivo fue analizar el riesgo competitivo entre KFRE y Grams score para el evento Terapia Renal Sustitutiva a 2 años.

Material y método: Estudio unicéntrico de una cohorte retrospectiva no randomizado de pacientes añosos, con ERC estadio G4 que acudieron por primera vez durante 2016 y 2017. Seguimiento durante 2 años o primer evento clínico definido como necesidad de TRS (incluyendo Tratamiento Renal Conservador con FGe ≤8 ml/min/1.72m²) o éxitus.

Resultado: Se incluyeron 271 pacientes. La incidencia acumulada de TRS a 2 años, analizada por KFRE fue 4,27% para una puntuación <20.77; 36,67% para ≥20.77 con p <0,001; y por Grams, fue 4,43% para una puntuación <17.85; 32,35% para ≥17.85 con p <0,001. Mediante el modelo de regresión de Fine-Gray (Gráfico) se muestran las incidencias acumuladas de necesidad de TRS y mortalidad a 2 años, calculadas mediante KFRE (izquierda) y Grams score (derecha). En análisis multivariante, el KFRE mostro una HR 5,3; IC95% 2,34- 11,99 p<0,001 y Grams con HR 2,67, IC95% 1,16-6,11 con p=0,02.

Conclusiones: KFRE y el Grams score son buenos predictores para predecir riesgo de TRS a los 2 años ajustado por mortalidad. KFRE se muestra superior al Grams score con mayor potencia estadística. Por tanto, sería recomendable el uso de KFRE en consultas de ERCA para conocer el riesgo de requerir TRS aún teniendo en cuenta la elevada mortalidad que la población con ERC presenta.

Figuras.



529 EXPERIENCIA EN UNA CONSULTA MULTIDISCIPLINAR ENDOCARDIORRENAL: MEJORA DE LA TITULACIÓN DE FÁRMACOS CON UNA MEJORA CLÍNICA OBJETIVABLE

M. JIMÉNEZ VILLODRES¹, C. JIMÉNEZ RUBIO², I. VEGAS AGUILAR³, JC. PRADO DE LA SIERRA¹, P. GARCÍA FRIAS¹, R. FERNÁNDEZ JIMÉNEZ³, JM. GARCÍA ALMEIDA³

¹NEFROLOGÍA. HU VIRGEN DE LA VICTORIA (MÁLAGA); ²CARDIOLOGÍA. HU VIRGEN DE LA VICTORIA (MÁLAGA); ³ENDOCRINOLOGÍA. HU VIRGEN DE LA VICTORIA (MÁLAGA)

La complejidad creciente de los pacientes con Enfermedad Renal Crónica (ERC) hacen que el abordaje multidisciplinar se haga necesario. La asociación con la Insuficiencia Cardíaca (IC) en más del 40% de los casos hace que el algunos casos deba realizarse conjuntamente con Cardiología. Por este motivo en algunos hospitales se está promoviendo la consulta multidisciplinar Cardiorrenal, donde cardiólogo y nefrólogo revisan conjuntamente a pacientes complejos como estos.

En nuestro caso hemos añadido a la valoración de función renal, la valoración grado de congestión multiparamétrica (ecografía POCUS, VeXus, biomarcadores y bioimpedancia) y la valoración nutricional y morfológico, mediante ecografía muscular, pruebas de fuerza en la consulta y bioimpedancia enfocada a nutrición.

Las Características de la población eran las siguientes (n=37):

Varón (n=25, 67.6%).

Causa ERC: Nefropatía Vascular/Ishémica (n=20) 54.1%, Nefropatía Diabética (n=6) 16.2%, No filiada (n=6) 16.2%, Obstruccion (n=3) 8.1%, Resto (n=2) 5.4%.

Estadio ERC: Estadio 4 (n=15) 40.5%, Estadio 3B (n=8) 21.6%, Estadio 3A (n=7) 18.9% y Estadio 5 (n=7) 18.9%.

Causa IC: Ishémica (n=14) 37.8%, No filiada (n=9) 24.3%, Valvular (n=6) 16.2%, Hipertensiva (n=6) 16.2% y Resto (n=2) 5.4%.

Grado IC (FEV): FEV reducida <40% (n=15) 40.5%, FEV 40-50% (n=4) 10.8%, FEV >50% (n=11) 29.7% y Recuperada >50% (n=7) 18.9%.

Resultados:

- Clase funcional NYHA de grado II-III a grado I-II. (Media 2.5 ± 0.23 a 1.8 ± 0.2 p=0.022).
- VeXus de grado 1 a grado 0 - 1 (Media 1 ± 0.27 a 0.6 ± 0.18 p= 0.048).
- No hubo cambios significativos en NT-proBNP ni en Ca-125.
- GFR CKD-EPI de 25.5 ± 2.4 ml/min/1.73 m² a 26.3 ± 2.68 ml/min/1.73 m².
- Cociente albúmina/creatinina de 311 ± 117 mg/g a 321 ± 116 mg/g.
- Peso (Kg) de 75 ± 2.3 a 73.5 ± 2.43 (p=0.022).

Discusión: El GFR CKD-EPI medio de 25.5 ml/min y la albuminuria se mantienen estables en el seguimiento. Se aprecia con el intervencionismo médico mejora de la clase funcional NYHA de la disnea, la congestión medida mediante VeXus y descenso del peso de los pacientes al titular adecuadamente los diuréticos. Uno de los ítems recogidos fue titular los cuatro fármacos esenciales en el tratamiento de la IC en estos enfermos que pasó de n=5 (13.5%) a n=22 (59.4%).

Conclusiones: El abordaje multidisciplinar para conseguir titular la terapia adecuada consigue una mejoría clínica objetivable sin menoscabo de la función renal.

Resúmenes

Enfermedad renal crónica - Epidemiología y clínica

530 RELACIÓN ENTRE ERI, INFLAMACIÓN, EVENTOS CV Y Hb EN PACIENTES CON ANEMIA ASOCIADA A LA ERC: ANÁLISIS POST HOC DEL ESTUDIO RIKAS

A. CASES¹, E. GONZÁLEZ DE ANTONA², P. FELICE³, A. ORTIZ², G. CADEDDU⁴

¹SERVICIO DE NEFROLOGÍA. UNIVERSITAT DE BARCELONA. IDIBAPS (BARCELONA/ESPAÑA), ²DEPARTAMENTO MÉDICO. ASTELLAS PHARMA S.A (MADRID/ESPAÑA), ³DEPARTAMENTO MÉDICO. ASTELLAS PHARMA S.A (BARCELONA/ESPAÑA), ⁴ASTELLAS PHARMA S.A. ASTELLAS PHARMA S.A (MADRID/ESPAÑA)

Objetivo: Analizar la relación entre el Índice de Resistencia a la Eritropoyetina (ERI) y variables clínicas en pacientes con anemia de la enfermedad renal crónica (ERC) tratados con agentes estimuladores de la eritropoyesis (AEE) a partir de la base de datos BIGPAC®, utilizada para el estudio RIKAS.

Materiales y método: Análisis post hoc no intervencionista, retrospectivo de una cohorte de pacientes anémicos con ERC no en diálisis (ERC- NDD) estadios 3-5 y en diálisis (ERC-DD), tratados con AEE. Se estratificaron los pacientes según el ERI realizando un análisis multivariante para evaluar la asociación con proteína-C-reativa (PCR), niveles de hemoglobina (Hb), prevalencia de eventos cardiovasculares (CV): MACE (ictus o infarto no fatal, mortalidad cardiovascular), MACE+ (MACE y hospitalización por angina inestable o insuficiencia cardiaca).

Resultados: La PCR se midió por lo menos una vez en el 67,4% y 99% de pacientes ERC-NDD y ERC-DD en 2015, con una recurrencia media anual y desviación estándar (DS) de 1,8 (1,1) y 4,5 (1,7), respectivamente. Estratificando por cuantiles según el ERI (valores obtenidos durante los 3 meses previos al 1 de enero de 2015) a los pacientes ERC-NDD (n=1257) y ERC-DD (n=195), los OR (IC95%) indicaban que a mayor ERI mayor probabilidad de niveles de PCR > 5 mg/L, Hb.

Conclusiones: Existe una asociación entre el ERI, marcadores de inflamación, riesgo de Hb <10 g/dL y prevalencia de enfermedad CV, a pesar de las limitaciones metodológicas del estudio: retrospectivo de una base de datos, tamaño muestral (sobre todo en ERC-DD) y la limitada recurrencia de la medición de la PCR en ERC-NDD.

Figura 1. Tabla 1. Odds Ratio (IC95%) calculada para los cuantiles del ERI (clase de referencia primer cuartil del ERI), y PCR ≥ 5 vs <5, Hb <10 g/dL vs ≥ 10 d/dL y prevalencia de eventos CV (MACE+).

ERC- NDD Prevalente (N=1257)	PCR ≥5 mg/L versus <5 mg/L	P-valor	Hb <10 g/dL versus Hb ≥10 g/dL	P-valor	Eventos CV (MACE o MACE+)	P-valor
ERI 1: <2,84 U/kg/eq/dl	Clase referencia	0,004	Clase referencia	0,004	Clase referencia	Clase referencia
ERI 2: 2,85-4,34 U/kg/eq/dl	1,36 (1,04-1,62)	0,14	1,72 (0,61-6,4)	0,32	1,32 (1,05-1,62)	0,021
ERI 3: 4,35-5,91 U/kg/eq/dl	1,39 (1,08-1,81)	0,002	4,72 (1,54-13,8)	0,02	1,41 (1,11-1,82)	0,004
ERI 4: >5,92 U/kg/eq/dl	1,51 (1,05-1,92)	0,001	5,21 (1,84-14,7)	0,002	1,48 (1,16-1,87)	0,002

ERC- DD Prevalente (N=195)	PCR ≥5 mg/L versus <5 mg/L	P-valor	Hb <10 g/dL versus Hb ≥10 g/dL	P-valor	Eventos CV (MACE o MACE+)	P-valor
ERI 1: <4,84 U/kg/eq/dl	Clase referencia	0,27	Clase referencia	0,28	Clase referencia	Clase referencia
ERI 2: 4,85-7,31 U/kg/eq/dl	1,21 (0,93-1,57)	0,78	1,24 (0,13-14,2)	0,92	1,17 (0,59-2,39)	0,76
ERI 3: 7,32-8,60 U/kg/eq/dl	1,43 (1,07-1,73)	0,28	3,72 (0,43-36,1)	0,24	2,19 (0,95-5,02)	0,07
ERI 4: >8,61 U/kg/eq/dl	2,04 (1,63-2,51)	0,12	5,12 (0,64-46,7)	0,12	2,44 (1,13-5,32)	0,02

531 ¿CÓMO ES LA PRESCRIPCIÓN DE LOS iSGLT2 EN ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA POR PARTE DE LOS NEFRÓLOGOS EN ESPAÑA? RESULTADOS DEL PROGRAMA BRIGHT

BARRIOS BARRERA¹, A. ORTIZ ARDUÁN², N. GARCÍA FERNÁNDEZ³, JF. NAVARRO GONZÁLEZ⁴, JL. GÓRRIZ TERUEL⁵

¹SERVICIO DE NEFROLOGÍA. HOSPITAL DEL MAR (BARCELONA, ESPAÑA), ²SERVICIO DE NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ (MADRID, ESPAÑA), ³SERVICIO DE NEFROLOGÍA. CLÍNICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA (PAMPLONA, ESPAÑA), ⁴UNIDAD DE INVESTIGACIÓN. HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DE CADELARIA (SANTA CRUZ DE TENERIFE, ESPAÑA), ⁵SERVICIO DE NEFROLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO (VALENCIA, ESPAÑA)

Introducción: El programa Bright ha recogido las respuestas de nefrólogos en España a cuestiones de práctica clínica relacionadas con la introducción de los inhibidores de SGLT2 (iSGLT2) para el tratamiento de la enfermedad renal crónica (ERC). En base a los resultados, en una segunda fase del programa se buscará optimizar el uso de esos fármacos y sus resultados de salud.

Materiales y métodos: Un Comité de 5 nefrólogos expertos en ERC elaboró un cuestionario online de práctica clínica, que constaba de 26 preguntas divididas en 5 bloques temáticos. Se invitó a responder a 80 nefrólogos con experiencia en ERC ("panel"), representativos de la geografía española.

Resultados: Edad media del panel: 43,5 años; 57,5% mujeres. Los resultados más relevantes por bloques fueron:

- Evidencia científica: el 90% consideró que la población incluida en DAPA-CKD es representativa de la de sus consultas;
- Perfiles de pacientes candidatos a tratamiento con iSGLT2: El 70% considera iniciar un iSGLT2 en pacientes con ERC y cociente albúmina/creatinina en orina >200mg/g, independientemente de la presencia de diabetes, y sólo un 36% los considera tratamiento de elección en ERC independientemente de la presencia de albuminuria y diabetes. Un 63% considera muy adecuado usar dapagliflozina en pacientes con Fge >25 ml/min/1.73m² y mantenerla hasta el inicio de diálisis o trasplante;
- Consideraciones clínicas al introducir dapagliflozina: Un 43% reduce la dosis del diurético independientemente del estado volémico del paciente y casi la mitad del panel refiere precaución al añadir un iSGLT2 en pacientes en tratamiento con sulfonilureas (49%) o insulina (44%). La monitorización del paciente que inicia dapagliflozina es heterogénea, sobre todo en lo referente al seguimiento de la función renal inicial
- Seguridad: Más de la mitad del panel considera las infecciones genitales fúngicas y urinarias bacterianas, así como la insuficiencia renal aguda, como lo que más les preocupa al iniciar dapagliflozina en pacientes con ERC. La cetoadicidosis diabética y la hipoglucemia también son preocupaciones relevantes para el 53% y el 25% de los miembros del panel, respectivamente, en pacientes con ERC y diabetes, y para el 24% y el 10% en los pacientes con ERC sin diabetes.

Conclusiones: Los resultados del cuestionario Bright muestran una visión general de los aspectos relevantes del uso clínico inicial por nefrólogos en España de dapagliflozina en pacientes con ERC. Entre todos ellos, se han identificado varios aspectos que requieren de formación específica complementaria que se abordarán en reuniones locales con los panelistas en la siguiente fase del programa.

532 INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS CON NECESIDAD DE INGRESO HOSPITALARIO EN PACIENTES RENALES

JA. TORRES ORTIZ¹, D. ARROYO¹, MA. ENCALADA LANDIRES¹, G. SÁNCHEZ SÁNCHEZ¹, E. PERVAN GONZÁLEZ¹, M. VILLA VALDÉS¹, J. CARBAYO¹, L. SÁNCHEZ-CÁMARA¹, U. VERDALLÉS¹, M. GOICOCHEA¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN (MADRID/ESPAÑA)

Introducción: La enfermedad renal crónica (ERC) es un problema de salud global con prevalencia en aumento. Las infecciones y la ERC contribuyen mutuamente a un peor desenlace. Por un lado, la incidencia de infecciones es mayor en ERC que en población general. Por otro lado, estas infecciones favorecen la progresión de la enfermedad renal, con mayor frecuencia de complicaciones durante su evolución. Las infecciones respiratorias están entre las más frecuentes que padecen los pacientes renales. El objetivo del presente trabajo es describir el perfil de las infecciones respiratorias que motivan ingreso hospitalario en pacientes con ERC.

Materiales y método: Estudio observacional descriptivo y analítico de los pacientes ingresados en el Servicio de Nefrología con diagnóstico de infección respiratoria entre enero de 2022 y febrero de 2023. Se registraron datos clínicos, analíticos y de seguimiento. El análisis de variables se llevó a cabo con SPSS, incluyendo medidas de frecuencia y de asociación.

Resultados: Se revisaron 620 ingresos, de los que 65 (10.5%) fueron por infecciones respiratorias. La media de edad fue de 69,9±14,2 años, con 46 (70.0 %) hombres. Estaban en terapia renal sustitutiva 58 pacientes (89.3 %): 35.4% hemodiálisis; 33.0% trasplantados y 3.1% diálisis peritoneal. Recibían tratamiento inmunosupresor 35 pacientes (53.8%). Entre las comorbilidades destacaban: hipertensión arterial (87.7%), diabetes (44.6%), tabaquismo (30.8%), antecedentes cardiovasculares, (26.2%) y neumopatía crónica (21.5%), de los que el 64% usaba oxigenoterapia domiciliar o CPAP. La manifestación clínica más frecuente fue la tos (66.5%), seguida de fiebre (56.9%) y disnea (33.8%). Presentaron neumonía 26 pacientes (40.0%), 5 (7.7%) bronconeumonía y 3 (4.6%) bronquitis. Cuatro pacientes (6.1%) necesitaron traslado a unidad de críticos.

La estancia hospitalaria media fue de 12,0±9,1 días. En cuanto al desenlace, fallecieron 5 (7.7%) pacientes en el ingreso. En el seguimiento posterior (mediana 91 días, RIC 57-233), fallecieron 13 (20.0%) pacientes.

Los factores estadísticamente asociados a una mayor duración del ingreso fueron las cifras de sodio (r=-0.264, p=0.034), hemoglobina (r=-0.465, p=0.001) y leucocitos (r=0.345, p=0.005), y la positividad para COVID-19 (14 vs. 10 días, p=0.002). El único factor asociado con mortalidad global fue el antecedente de enfermedad cardiovascular (41.2 vs. 12.5%, p=0.011).

Conclusiones: Las infecciones respiratorias son frecuentes en pacientes con patología renal, y en los casos que requieren ingreso se asocian a una morbimortalidad importante.

533 PREVALENCIA DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN ESTADIO 3 NO DIAGNOSTICADA EN ESPAÑA

R. SANTAMARÍA¹, M. SEQUERA², U. ARANDA³, B. PIMENTEL², E. WITTBRODT⁴, S. BARONE⁵, M. ARNOLD⁶, K. JÄRRBRINK⁷, N. TANGRI⁸, A. CEBRIÁN⁹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL REINA SOFÍA/INSTITUTO MAIMÓNIDES DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA DE CORDOBA (IMIBIC) (CÓRDOBA/ESPAÑA), ²GENERACIÓN DE EVIDENCIA. ASTRAZENCA (GAITHERSBURG/ESPAÑA), ³DEPARTAMENTO MÉDICO. ASTRAZENCA (MADRID/ESPAÑA), ⁴CARDIOVASCULAR, RENAL AND METABOLISM EPIDEMIOLOGY, BIOPHARMACEUTICALS MEDICAL. ASTRAZENCA (GAITHERSBURG/MD/USA), ⁵GLOBAL MEDICAL AFFAIRS, BIOPHARMACEUTICALS MEDICAL. ASTRAZENCA (GAITHERSBURG/MD/USA), ⁶REAL WORLD SCIENCE, BIOPHARMACEUTICALS MEDICAL. ASTRAZENCA (CAMBRIDGE/UNITED KINGDOM), ⁷CARDIOVASCULAR, RENAL AND METABOLISM EVIDENCE, BIOPHARMACEUTICALS MEDICAL. ASTRAZENCA (GOTHENBURG/SWEDEN), ⁸DEPARTMENT OF INTERNAL MEDICINE. UNIVERSITY OF MANITOBA (WINNIPEG/CANADA), ⁹CENTRO DE SALUD CARTAGENA CASCO. SERVICIO MURCIANO DE SALUD/INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA DE MURCIA (IMIB) (MURCIA/ESPAÑA)

Introducción: La enfermedad renal crónica (ERC) afecta a >10% de la población española y se ha convertido en una de las principales causas de mortalidad en todo el mundo. Actualmente, no se conoce la prevalencia del diagnóstico. El estudio REVEAL-CKD tiene como objetivo analizar la prevalencia y los factores asociados con la ERC en estadio 3 no diagnosticada en 11 países. Se presentan los datos de España.

Materiales y método: REVEAL-CKD es un estudio observacional, multinacional que utiliza datos secundarios de bases de datos nacionales, en España fueron extraídos de BIGPAC®. Se incluyeron pacientes ≥18 años con dos valores consecutivos de tasa de filtración glomerular estimada (TFGe) ≥30 y 2 registrados con 91-730 días de diferencia, siendo la fecha de inclusión la del segundo TFGe. Los casos no diagnosticados fueron aquellos sin código de diagnóstico de ERC antes y hasta 6 meses después de su fecha de inclusión.

Resultados: La prevalencia de la ERC en estadio 3 no diagnosticada fue elevada(84,9%) independientemente del sexo, la edad o las comorbilidades presentes, incluidas aquellas relacionadas con un mayor riesgo de progresión de ERC como hipertensión, diabetes mellitus o insuficiencia cardiaca (Tabla). Las mayores tasas de ERC en estadio 3 no diagnosticada fueron observadas en pacientes ≥65 años y en hombres.

Conclusión: Estos resultados muestran que en España una elevada proporción de pacientes con evidencia de ERC no tiene un diagnóstico establecido. Una mayor concienciación con el cribado y la detección precoz de la ERC podrían facilitar la implementación de tratamientos y estrategias que puedan retrasar la progresión de la enfermedad y mejorar el pronóstico de los pacientes.

Tabla 1. Prevalencia de ERC en estadio 3 no diagnosticada en la población de estudio y en subgrupos de pacientes.

VARIABLE	Nº total de pacientes	Nº Pacientes sin código diagnóstico	% Pacientes sin código diagnóstico
General	32.383	3	1,8
Edad <65 años	6.036	5.381	89,2%
Edad >65 años	26.337	22.090	83,9%
Mujer	16.166	13.428	83,1%
Hombre	15.700	13.607	86,7%
HTA	21.255	17.886	84,1%
IC	7.348	6.028	82,0%
ECV	10.950	9.131	83,4%
DM	14.642	12.250	83,7%

DM: diabetes mellitus; ECV: enfermedad cardiovascular; HTA: hipertensión arterial; IC: insuficiencia cardiaca.

534 CARACTERÍSTICAS BASALES DE UNA COHORTE DE PACIENTES MAYORES DE 80 AÑOS CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA INGRESADOS EN UNA UNIDAD GERIÁTRICA DE AGUDOS: REGISTRO PANCERC

B. PADRONES LÓPEZ¹, S. LLAMAS FERNÁNDEZ¹, J. MONTERO MUÑOZ¹, EM. LÓPEZ ÁLVAREZ¹
¹AGC GERIATRÍA. HOSPITAL MONTE NARANCO (OVIEDO)

Introducción: La enfermedad renal crónica (ERC) en ancianos está influenciada por factores como la situación funcional o la fragilidad, que pueden afectar a su evolución, especialmente en pacientes ingresados. Por ello, se decide crear un registro de pacientes mayores de 80 años con ERC ingresados en una Unidad Geriátrica de Agudos (UGA) por enfermedad médica, denominado PANCERC (Pacientes ANCIanos con Enfermedad Renal Crónica). Su objetivo es valorar la influencia de la fragilidad y otros factores en resultados como mortalidad, reingresos, calidad de vida o progresión de la ERC. El presente estudio describe las características basales de la cohorte.

Material y método: Estudio observacional transversal realizado con pacientes ≥ 80 años con ERC ingresados en una UGA por enfermedad médica entre los meses de diciembre de 2022 y enero de 2023. Variables: edad, sexo, institucionalización, índice de Barthel (IB) previo, índice de Lawton (IL) previo, deterioro cognitivo (DC) definido por GDS de Reisberg, fragilidad (≥ 3 criterios de Fried), polifarmacia (≥ 5 fármacos), comorbilidades (grado de ERC, HTA, DM, DL, FA, anemia, ICC, EPOC/asma, índice de Charlson (ICCh)), nutrición (puntuación en Mini Nutritional Assessment-Short Form (MNA-SF)), filtrado glomerular estimado por CKD-EPI (FGCKD-EPI) al ingreso, albuminuria, estancia media, diagnóstico principal, mortalidad intrahospitalaria, motivo de exitus.

Resultados: Se reclutaron 204 pacientes, edad media 90.7 ± 3.9 años, 70.1% mujeres. El 29.4% vivía en residencia. IB previo de 58.8 ± 32.8 (independencia 28.9%, dependencia leve 27%, dependencia moderada 13.7%, dependencia severa 30.4%); IL previo de 1.9 ± 2 . El 58.3% no tenía DC (GDS 1-2), DC leve (1.3 ± 2), DC moderado/severo 30.4% (GDS 4-7). El 90.2% era frágil, y el 93.1% presentaba polifarmacia. Grado de ERC: G3b (40.2%), G3a (37.7%), G4 (21.1%), G5 (1%). Comorbilidades: HTA (91.2%), ICC (73.5%), anemia (57.8%), DL (56.4%), FA (54.4%), DM (42.2%) e ICCh 3.1 ± 1.8 . La puntuación en MNA-SF fue 9.5 ± 2.4 (19.7% desnutrición). El FGCKD-EPI medio al ingreso fue 35.70 ± 14.01 mL/min/1.73 m², y la albuminuria fue 195.48 ± 435.22 mg/g (36.8% A1, 39.7% A2, 13.7% A3). La estancia media fue 10.5 ± 5.8 días, siendo los diagnósticos más frecuentes ICC (64.7%), infección respiratoria (63.2%), ERC agudizada (48.5%) e ITU (20.6%). La mortalidad intrahospitalaria fue 14.7%, siendo las principales causas ICC (40%) e infección respiratoria (26.7%).

Conclusiones:

- Se observa una alta prevalencia de fragilidad y afectación de AIVD, con algo menor de deterioro en ABVD.
- Los pacientes de la muestra presentan una elevada comorbilidad cardiovascular, siendo la ICC la segunda enfermedad más frecuente, y la primera causa de ingreso y mortalidad.
- La mayoría de los pacientes presentaba un FGCKD-EPI entre 30 y 45 mL/min/1.73 m², así como micro/macroalbuminuria.

535 CALIDAD DE VIDA EN ANCIANOS CON ERC: PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DEL CUESTIONARIO KDQOL-36

S. LLAMAS FERNÁNDEZ¹, B. PADRONES LÓPEZ¹, J. MONTERO MUÑOZ¹, EM. LÓPEZ ÁLVAREZ¹

¹AGC GERIATRÍA. HOSPITAL MONTE NARANCO (OVIEDO)

Introducción: En pacientes muy ancianos con enfermedad renal crónica (ERC), la calidad de vida alcanza un valor que puede llegar a superar al de otros resultados como la esperanza de vida. A pesar de las múltiples herramientas disponibles para evaluarla en pacientes con ERC, no existe un consenso acerca de cuál es más adecuada en ancianos. El cuestionario Kidney Disease Quality of Life-36 (KDQOL-36) es uno de los más utilizados en ERC avanzada, pero su aplicación en ancianos y/o ERC leve-moderada ha sido menos estudiada. El objetivo del presente estudio es analizar las propiedades psicométricas del KDQOL-36 aplicado en una cohorte de ancianos con ERC ingresados en una Unidad Geriátrica de Agudos (UGA).

Material y método: Estudio transversal realizado con pacientes ≥ 80 años con ERC ingresados en una UGA por enfermedad médica en un período de 3 meses. Se excluyeron los pacientes con demencia. Variables: sexo, edad, institucionalización, índice de Barthel (IB) previo, índice de Lawton (IL) previo, índice de Charlson (ICCh), grado de ERC, filtrado glomerular basal estimado por CKD-EPI (FGCKD-EPI); puntuación en dimensiones del KDQOL-36: física (F), mental (M), "carga", "síntomas" y "efectos" de la ERC, así como la puntuación global del KDQOL-36 (PGK). Se analizó la fiabilidad a través de la consistencia interna mediante el α de Cronbach y la capacidad discriminativa mediante correlaciones ítem-subescalas del KDQOL-36.

Resultados: Se incluyeron 151 pacientes, 66.2% mujeres, edad media 90.2 ± 3.7 años. El 20.5% estaba institucionalizado. El IB medio fue de 66.9 ± 30.2 puntos, y el IL fue de 2.3 ± 2 . Presentaron un ICCh medio de 3 ± 1.8 . El FGCKD-EPI medio fue 38.6 ± 10.6 mL/min/1.73m² (estadio G3b (43.7%), G3a (33.8%), G4 (21.9%) y G5 (0.7%)).

La puntuación en las dimensiones del KDQOL-36 fue: física 39 ± 9.8 ; mental 42.7 ± 11 ; "carga" 72 ± 24.4 ; "síntomas" 81.6 ± 10.9 ; "efectos" 86.1 ± 9.9 ; PRK 81.5 ± 9.3 . La correlación entre los ítems y las puntuaciones subtotales fue variable pero mayoritariamente significativa (p de Pearson: 0.14 - 0.93). Al analizar la consistencia interna por dimensiones se objetivó un α de Cronbach de 0.81 (F), 0.74 (M), 0.79 ("carga"), 0.72 ("síntomas"), 0.63 ("efectos") y 0.78 (PGK) respectivamente.

Conclusiones:

- El KDQOL-36 obtuvo una consistencia interna global aceptable, pero progresivamente decreciente en sus componentes, lo que podría reflejar un posible agotamiento de los pacientes.
- Las dimensiones física y mental presentaron mejores propiedades psicométricas, pudiendo ser una alternativa más fiable, útil, ágil y aplicable que el KDQOL-36 completo en este tipo de pacientes.
- La capacidad discriminativa del KDQOL-36 fue en su mayoría aceptable.
- Se observa una mala calidad de vida general (dimensiones física y mental), con mejor calidad de vida relación a dimensiones más específicas de la ERC.

536 DIFERENCIAS DE GÉNERO EN EL SÍNDROME CARDIORRENAL. CONCLUSIONES DE UN REGISTRO MULTICÉNTRICO ESPAÑOL

M. GONZÁLEZ RICO¹, M. COBO MARCOS², R. DE LA ESPRIELLA JUAN³, M. MONTOMOLI¹, MJ. PUCHADES MONTESA¹, F. MONCHO FRANCÉS¹, E. PÉREZ BERNAT¹, MF. ALVARADO VELASQUEZ¹, J. NUÑEZ VILLOTA¹, JL. GÓRRIZ TERUEL¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALENCIA (VALENCIA/ESPAÑA), ²CARDIOLOGÍA. HOSPITAL PUERTA DE HIERRO (MADRID/ESPAÑA), ³CARDIOLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALENCIA (VALENCIA/ESPAÑA)

El trabajo corresponde a un grupo de trabajo o un estudio multicéntrico:

GRUPO DE TRABAJO DE SÍNDROME CARDIORRENAL Y TRATAMIENTO DE LA CONGESTIÓN EN LA INSUFICIENCIA CARDIACA. SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA

Introducción: El síndrome cardiorenal (SCR) se refiere a la interrelación compleja entre el corazón y el riñón en el contexto de una enfermedad crónica. Aunque las diferencias específicas por sexo en la insuficiencia cardíaca (IC) o la enfermedad renal (ER) se han analizado por separado, el fenotipo cardiorenal predominante en las mujeres no ha sido descrito. El objetivo de este estudio fue explorar las diferencias relacionadas con el sexo en el síndrome cardiorenal en una cohorte contemporánea de pacientes ambulatorios con IC.

Material y método: Se realizó un análisis del registro español CARDIOREN (Cardiorenal Spanish registry). Este es un registro observacional prospectivo multicéntrico que incluye a 1107 pacientes ambulatorios crónicos con IC (37% mujeres) de 13 clínicas españolas de IC. Se evaluó la tasa de filtración glomerular estimada (TFGe) y en aquellos con valores < 60 mL/min/1.73 m² se compararon las diferencias relacionadas con el sexo en el fenotipo cardiorenal en pacientes con IC.

Resultados: La TFGe < 60 mL/min/1.73 m² estuvo presente en el 59,1% de la población general de IC, siendo esta prevalencia mayor en la población femenina (63,2% vs. 56,6%, p = 0,032, mediana de edad: 81 años, IQR: 74-86). Entre aquellos con disfunción renal, las mujeres presentaron mayores probabilidades de mostrar IC con fracción de eyección preservada (IC-FEVP) (razón de probabilidades [OR] = 4,07; intervalo de confianza [IC] del 95%: 2,65-6,25, p < 0,001), enfermedad valvular previa (OR = 1,76; IC del 95%: 1,13-2,75, p = 0,014), anemia (OR: 2,02; IC del 95%: 1,30-3,14, p = 0,002), enfermedad renal más avanzada (OR para ERC estadio 3: 1,81; IC del 95%: 1,04-3,13, p = 0,034; OR para ERC estadio 4: 2,49, IC del 95%: 1,31-4,70, p = 0,004) y características clínicas de congestión (OR: 1,51; IC del 95%: 1,02-2,25, p = 0,039).

Conclusiones: En este registro contemporáneo de pacientes ambulatorios crónicos con IC, se observaron diferencias relacionadas con el sexo en pacientes con enfermedad cardíaca y renal combinada. El fenotipo cardiorenal emergente caracterizado por ERC avanzada, congestión e IC-FEVP se observó predominantemente en mujeres.

537 PREVALENCIA Y PERFIL CLÍNICO DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA AMBULATORIA. RESULTADOS DE UN REGISTRO MULTICÉNTRICO ESPAÑOL

M. GONZÁLEZ RICO¹, M. COBO MARCOS², R. DE LA ESPRIELLA JUAN³, M. MONTOMOLI¹, MJ. PUCHADES MONTESA¹, E. PÉREZ BERNAT¹, F. MONCHO FRANCÉS¹, C. SOLANO RIVERA¹, J. NUÑEZ VILLOTA¹, JL. GÓRRIZ TERUEL¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALENCIA (VALENCIA/ESPAÑA), ²CARDIOLOGÍA. HOSPITAL PUERTA DE HIERRO (MADRID/ESPAÑA), ³CARDIOLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALENCIA (VALENCIA/ESPAÑA)

El trabajo corresponde a un grupo de trabajo o un estudio multicéntrico:

GRUPO DE TRABAJO DE SÍNDROME CARDIORRENAL Y TRATAMIENTO DE LA CONGESTIÓN EN LA INSUFICIENCIA CARDIACA. SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA

Introducción: La aparición de enfermedad renal crónica (ERC) en pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) aumenta el riesgo de resultados adversos. Estos pacientes han sido excluidos de los estudios controlados más grandes, por lo que su prevalencia y perfil clínico requieren una evaluación actualizada. El objetivo de este estudio fue analizar la prevalencia y el perfil clínico de la ERC en una cohorte contemporánea de pacientes con IC crónica.

Material y método: Se realizó un análisis del registro CARDIOREN (Cardiorenal Spanish registry), un registro observacional prospectivo multicéntrico de pacientes consecutivos con IC crónica que asistieron a una visita de seguimiento en 13 clínicas de IC españolas. Se recopilaron datos demográficos, comorbilidades y pruebas de laboratorio al inicio del estudio. La función renal se calculó según CKD-EPI y se categorizó según la clasificación KDIGO 2012.

Resultados: Se incluyeron 1107 pacientes (63% hombres, edad mediana 75 años, 48% con FEVI reducida). El 59,1% presentaron una tasa de filtración glomerular estimada (TFGe) < 60 mL/min/1,73 m². La albuminuria se evaluó en 926 pacientes (83%) siendo positiva en 407 pacientes (44%), estando presente en el 11% de aquellos con una TFGe ≥ 60 mL/min/1,73 m². La enfermedad cardiorenal fue responsable del 34% de los casos de enfermedad renal. Las variables independientes asociadas con una TFGe más baja fueron la edad, el sexo femenino, la hipertensión arterial, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la enfermedad renal crónica previa, la presión arterial diastólica basal, la fracción de eyección ventricular izquierda, los niveles de CA125 y la dosis basal de furosemida. En pacientes con IC y fracción de eyección reducida, aquellos con una TFGe más baja recibieron con menos frecuencia terapias basadas en evidencia.

Conclusiones: En esta cohorte contemporánea de pacientes con IC, la prevalencia de deterioro renal fue muy alta. Estos pacientes presentaron algunas características de enfermedad más avanzada y signos de congestión y a pesar de ello un menor uso de tratamiento específico.

Resúmenes

Enfermedad renal crónica - Epidemiología y clínica

538 UTILIDAD DE LA MASA MUSCULAR APENDICULAR E ÍNDICES DERIVADOS, COMO HERRAMIENTAS DE UTILIDAD PARA LA VALORACIÓN DEL ESTADO PONDERAL DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA AVANZADA

A. NOGUEIRA PÉREZ¹, P. OCHOA PÉREZ², G. ÁLVAREZ GARCÍA¹, G. BARRIL CUADRADO¹¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA (MADRID)

El índice de masa corporal (IMC) es un ratio utilizado para determinar el estado ponderal de los pacientes. En enfermedad renal crónica (ERC) puede estar artefactado por el estado de hidratación, por ello la necesidad de utilizar otras herramientas antropométricas que no se vean afectadas por este hecho. Se ha estudiado la utilidad del ratio masa magra apendicular (MMA), dividida por el peso, la altura (h), o por el (IMC), como alternativa para evaluar el síndrome metabólico.

Objetivo: determinar la utilidad de los índices de MMA/Peso; MMA/h²; MMA/IMC como alternativa al IMC, en pacientes con ERC avanzada (ERCA).

Material y métodos: se evaluaron a 238pacientes con ERCA. Se determinó peso y talla, la MMApendicular y la masa grasa (MG) con bioimpedancia monofrecuencia, y se realizaron medidas antropométricas con cinta métrica inextensible. Los pacientes con patología cardiovascular se clasificaron en el G1 y con otras patologías en G2.

Resultados: un 66% fueron hombres. La media de edad fue 70,68±11,95años, siendo mayor en mujeres (Mujeres:72,29±13,45años vs Hombres:69,85±11,06años; p=0,137). En la tabla se muestran las medias de los diferentes índices tanto global como al diferenciar entre hombres y mujeres.

La media de estos índices fue más bajo en pacientes con patología cardiovascular: MMA/IMC: G1:0,65±0,13 vs G2:0,71±0,16; p=0,016.

%MMA/peso: G1:24,68±3,40 vs G2:25,96±3,83; p=0,017. MMA/h²: G1:6,65±0,87 vs G2:7,08±0,29; p=0,013.

El %MMA/peso se correlacionó inversamente con %MG(r=-0,838;p<0,001), con el Pliegue triplicital(r=-0,522;p<0,001), perímetro de cintura(r= 0,238;p<0,001), perímetro de cadera (r=0,383;p<0,001), e índice de adiposidad corporal(r=0,370;p<0,001).

El MMA/IMC inversamente con %MG(r=-0,629;p<0,001), con el Pliegue triplicital(r=-0,451;p<0,001), e índice de adiposidad corporal(r= 0,471;p<0,001).

El MMA/h² directamente con perímetro de cintura(r=0,585;p<0,001), Pperímetro de cadera (r=0,432;p<0,001), e índice cintura/cadera(r= 0,413;p<0,001).

Conclusión: los tres índices (MMA/Peso; MMA/h²; MMA/IMC) pueden utilizarse como alternativa al IMC en la evaluación del estado ponderal del paciente renal.

[Ver tabla](#)

539 UTILIDAD DE LA FÓRMULA DE LA MASA GRASA RELATIVA (RFM) PARA CALCULAR EL PORCENTAJE DE MASA GRASA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA AVANZADA

A. NOGUEIRA PÉREZ¹, G. ÁLVAREZ GARCÍA¹, P. OCHOA PÉREZ², T. NIÑO MOJICA¹, I. GOMEZ ROJAS¹, G. BARRIL CUADRADO¹¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA (MADRID)

La obesidad puede definirse como una "excesiva acumulación de energía en forma de grasa", (>33% en mujeres;>25% Hombres), siendo un importante factor de riesgo en enfermedad renal crónica (ERC). Actualmente existen diferentes métodos para evaluar el porcentaje de masa grasa (MG). Uno de los más utilizados es la bioimpedancia, por su simplicidad y fácil reproducibilidad. En ERC puede existir hiperhidratación, viéndose afectada la medida, de ahí la necesidad de utilizar otros métodos que no requieran material y personal entrenado (DEXA).

La fórmula de la masa grasa relativa (RFM) de Woolcott & Bergman, puede ser una herramienta a tener en cuenta, ya que esta validada y contrastada con diferentes métodos de referencia.

El objetivo del trabajo fue determinar el %MG utilizando la fórmula de RFM en un grupo de pacientes con enfermedad renal crónica avanzada (ERCA).

Material y métodos: se evaluaron 225 pacientes con ERCA, realizando un estudio de composición corporal con bioimpedancia monofrecuencia y una valoración antropométrica midiendo la circunferencia de cintura para obtener la estimación de la masa grasa mediante la fórmula: RFM = 64 - [20 x (altura (m)/circunferencia de la cintura (m)] + (12 x sexo). Dando un valor de 0 para hombres y 1 para mujeres.

Resultados: un 65,8% fueron hombres, la media de edad fue 70,65±11,97, siendo mayor en mujeres (hombres:75,87±5,86; Mujeres:78,87±7,08; p=ns). La media del RFM fue de 34,49±6,93% (Hombres:30,61±3,63%; Mujeres:41,84±5,63%; p<0,001). Con bioimpedancia la media del %masa grasa (%MG) fue de 31,22±9,02% (Hombres:28,77±7,65%; Mujeres:35,94±9,62%;p<0,001).

Encontramos correlación directa entre la RFM y %MG (r:0,672; p<0,001).

Encontramos discrepancia en un 29,6% de los pacientes que presentaban un %MG por debajo de 25% en hombres, y del 33% en mujeres, pero que por RFM presentaban un %MG mayor, observando que ese grupo de pacientes presentaban un estado de hiperhidratación (%ACT:59,30±5,80%). Al realizar el estudio de concordancia, sin este grupo de pacientes, obtuvimos una valor de Kappa de 0,893;p<0,001; y un coeficiente de correlación intraclass de 0,762;p<0,001.

Conclusión: la hiperhidratación afecta al resultado en la estimación del porcentaje de grasa corporal con bioimpedancia, por ello el paciente debe estar normohidratado o próximo a la normohidratación, la fórmula RFM puede utilizarse para la determinación de la grasa corporal ya que no va a verse afectada por el estado de hidratación.

540 UTILIDAD DEL TEST SIT TO STAND (STS) PARA DETERMINAR FRAGILIDAD EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA AVANZADA

A. NOGUEIRA PÉREZ¹, P. OCHOA PÉREZ², A. CORTINAS¹, L. MARISCAL DE GANTE¹, G. ÁLVAREZ GARCÍA¹, G. BARRIL CUADRADO¹¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA (MADRID)

La fragilidad es un síndrome geriátrico siendo importante su valoración en enfermedad renal crónica. Existen diferentes herramientas para evaluarla, siendo algunas muy sencillas y otras que requieren más tiempo.

Objetivo: determinar la utilidad del Sit to Stand (STS) y sus variantes para evaluar fragilidad en un grupo de pacientes con enfermedad renal crónica avanzada (ERCA), determinando además los puntos de corte con los que determinar fragilidad con este test.

Material y métodos: se evaluaron a 225 pacientes con ERCA, por un lado, se determinó fragilidad con los criterios diagnósticos de FRIED (que se compone de 5 criterios), y se realizó el test STS (evalúa la fuerza-resistencia del tren inferior contabilizando el tiempo en realizar 5 y 10 sentadillas (STS5-ST510) o el número de sentadillas en 30 y 60 segundos (STS30-ST560).

Resultados: un 65,8% fueron hombres, la media de edad fue mayor en mujeres, aunque esta diferencia no resultó estadísticamente significativa. Un 17,8% cumplían criterios de fragilidad (13,5% hombres y 26% mujeres; p=0,020). La media del tiempo en STS5:14,90±5,48seg, STS10:30,20±8,94seg, el número medio de sentadillas fue en STS30:10,38±3,02repeticiones y en STS60:19,60±6,40repeticiones. Se obtuvieron peores resultados en cada uno de los tests conforme aumento la edad (p<0,001).

En STS5 el tiempo medio en frágiles:16,57±6,3seg y no frágiles:13,38±3,97seg;(p<0,001), STS10: frágiles:32,63±8,86seg y no frágiles:28,11±8,53seg(p=0,001). En STS30 el número de sentadillas en frágiles:9,18±2,54seg y no frágiles:11,46±3,02seg(p<0,001); y STS60: frágiles:17,07±5,22seg y no frágiles:21,66±6,27(p<0,001). Se obtuvieron puntos de corte de máxima sensibilidad y especificidad para fragilidad con las diferentes variantes del test STS, mostrándose en la figura las curvas ROC, los puntos de corte obtenidos para diagnosticar fragilidad fueron STS5: 12,5seg y STS10:27,5seg. STS30: 9 sentadillas y STS60: 17 sentadillas.

Conclusión: el test STS puede utilizarse como criterio diagnóstico de fragilidad, utilizando el STS5 o el 10 en pacientes mayores y/o con peor funcionalidad y el STS30y STS60 en pacientes más jóvenes.

541 RATIO AGUA INTRACELULAR/MASA LIBRE DE GRASA COMO PREDICTOR DE SARCOPENIA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA AVANZADA

A. NOGUEIRA PÉREZ¹, G. GONZÁLEZ LÁZARO¹, G. BARRIL CUADRADO¹¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA (MADRID)

La progresión de la enfermedad renal crónica (ERC), puede aumentar el riesgo de pérdida de masa muscular debido a la inflamación, a la uremia, a la malnutrición o a los cambios en la composición corporal. El ratio agua intracelular(AIC)/masa libre de grasa(MLG), se utiliza como marcador de calidad muscular.

El objetivo fue determinar la utilidad del ratio AIC/MLG para determinar sarcopenia en pacientes con ERC avanzada (ERCA).

Material y métodos: se evaluaron a 225 pacientes con ERCA, se realizó un estudio de composición corporal con bioimpedancia monofrecuencia, calculando el ratio AIC/MLG (ml/kg). Para determinar sarcopenia se utilizaron los criterios del grupo europeo de trabajo en sarcopenia (EWGSP2019), valorando la fuerza muscular con dinamometría, calidad muscular con bioimpedancia, y capacidad funcional con el test Short Physical Performance Battery (SPPB).

Resultados: un 65,8% fueron hombres, la media de edad fue 70,65±11,97, siendo mayor en mujeres (hombres:75,87±5,86; Mujeres:78,87±7,08; p=ns). La media de ratioAIC/MLG fue de 333,88±45,08ml/Kg, no resultando significativa la diferencia entre hombres y mujeres.

El ratio fue disminuyendo con la edad (<65años:361,89±35,44;65-74años:340,70±41,75;75-84años:314,60±43,07; ≥85años:304,53±38,02;p<0,001).

La prevalencia de sarcopenia con los criterios EWGSP fue del 39,8%, siendo severa en el 24,8%.

El ratio en pacientes sarcopenicos fue de 309,77±42,40, y en no sarcopenicos de 343,89±42,41 (p<0,001).

En el grupo de los pacientes sarcopenicos: 330,42±26,07 en sarcopenicos y 298,18±46,71 en sarcopenia severa (p=0,003).

Con curvas ROC se calcularon los puntos de corte del ratio AIC/MLG para determinar sarcopenia, obteniendo un ABC: 0,715 (95%IC0,645- 0,785;p<0,001), punto de corte: 324,37 (69% sensibilidad-57%especificidad). Se encontraron un 49% de los pacientes con un ratio menor a 324,37ml/kg.

En mayores de 65 años ABC:0,649

(95%IC0,564-0,735;p=0,001). Punto

de corte: 317,14 (69% sensibilidad-53%especificidad). Se encontraron un 39,8% de los pacientes

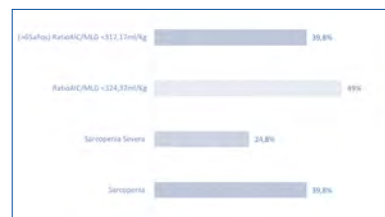
con un ratio menor a 317,14ml/kg (porcentaje similar al encontrado

con los criterios del grupo europeo).

Conclusión: pacientes con sarcopenia el ratioAIC/MLG esta disminuido,

por lo que podría utilizarse para valorarla.

Tabla 1.



542 RATIO AGUA INTRACELULAR/MASA LIBRE DE GRASA COMO PREDICTOR DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA AVANZADA

A. NOGUEIRA PÉREZ¹, P. RUIZ LOPEZ-ALVARADO¹, J. MOLLA RUADRILLERO¹, G. BARRIL CUADRADO¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA (MADRID)

En la enfermedad renal crónica (ERC) puede producirse una disminución de la masa muscular, fuertemente relacionada con la mortalidad. El ratio agua intracelular(AIC)/masa libre de grasa(MLG), es utilizado para determinar la calidad muscular.

El objetivo del estudio fue determinar la influencia del ratio AIC/MLG en la mortalidad de pacientes con ERC avanzada (ERCA).

Material y métodos: se evaluaron a 225 pacientes con ERCA, realizando un estudio de composición corporal con bioimpedancia monofrecuencia para calcular el ratio AIC/MLG(ml/kg). Para el estudio de mortalidad se realizaron curvas de kaplan meier y se utilizaron curvas ROC para determinar los puntos de corte de máxima sensibilidad y especificidad de mortalidad del índice.

Resultados: un 65,8% fueron hombres, la media de edad fue mayor en mujeres, aunque esta diferencia no resultó estadísticamente significativa. En el periodo de estudio fallecieron 50 pacientes (28 hombres y 22 mujeres).

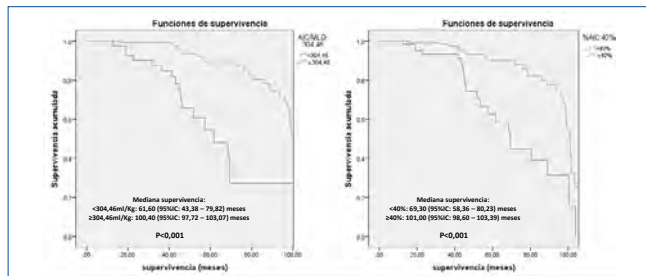
El %AIC en pacientes que fallecieron fue de 40,57±7,56, y en los no fallecidos fue de 44,26±7,57 (p=0,003). El %MLG no resultó significativo entre los pacientes que fallecieron frente a los que no.

La media de ratioAIC/MLG fue de 333,88±45,08ml/Kg, no resultando significativa la diferencia entre hombres y mujeres. El ratio en pacientes que fallecieron fue de 315,99±43,92, y en los no fallecidos fue de 338,99±44,21 (p=0,001).

Se obtuvieron puntos de corte de máxima sensibilidad y especificidad para mortalidad con el ratio AIC/MLG, obteniendo un ABC: 0,642 (95%IC: 0,557 - 0,728; p=0,003). punto de corte: 304,46ml/Kg (84% sensibilidad - 40% especificidad). Con el %AIC se obtuvo un ABC: 0,635 (95%IC: 0,550 - 0,719; p=0,004). punto de corte: 40,4% (72% sensibilidad - 46% especificidad).

Conclusiones: Encontramos que el ratio AIC/MLG va a influir en la mortalidad de los pacientes con ERCA, siendo mayor en aquellos pacientes con un ratio más bajo obteniendo un punto de corte de 304,46ml/Kg.

Figura 1. Curva ROC para determinar punto de corte mortalidad del ratio AIC/MLG



544 MORTALIDAD EN EL ADULTO MAYOR CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA. CUBA, 2011-2019

MC. MARÍN PRADA¹, F. GUTIÉRREZ GARCÍA², MA. MARTÍNEZ MORALES³, CA. RODRÍGUEZ GARCÍA⁴, I. CARDERO QUEVEDO⁵, RY. ROMERO CARRASANA⁶, JF. PEREZ-OLIVA DÍAZ⁷, G. GUERRA BUSTILLO⁸, Y. GARCÍA VILLAR⁹

¹DEPARTAMENTO DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN. INSTITUTO D E NEFROLOGÍA (LA HABANA/CUBA),
²DEPARTAMENTO DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN. INSTITUTO DE NEFROLOGÍA (LA HABANA/CUBA),

³DIRECCIÓN DE REGISTROS MÉDICOS. MINSAP (LA HABANA/CUBA),⁴PUSTO DE DIRECCI'ON. MINSAP (LA HABANA/CUBA),⁵DEPARTAMENTO DE TRASPLANTE. INSTITUTO DE NEFROLOGÍA (LA HABANA/CUBA),
⁶DIRECCIÓN. INSTITUTO DE NEFROLOGÍA (LA HABANA/CUBA)

Introducción: Las enfermedades renales han aumentado, en los mayores de 60 años el riesgo es de dos a tres veces superior que en personas más jóvenes, la mortalidad es superior al desarrollar una insuficiencia renal por lo que fallecen antes de pasar a un tratamiento sustitutivo renal.

Objetivo: Caracterizar la mortalidad del adulto mayor con enfermedad renal crónica en Cuba, en el período 2011-2019.

Métodos: Investigación observacional descriptiva longitudinal. El universo 24 181 fallecidos de 60 y más años. La información tomada de la base de datos de mortalidad del Ministerio de Salud Pública. Se calcularon frecuencias absolutas y porcentajes, tasas crudas de mortalidad, específicas y años de vida potencialmente perdidos. Las tasas fueron tipificadas por el método directo.

Resultados: La tasa de mortalidad fue 62 por 100 000 habitantes. El riesgo resultó mayor en hombres de color negro y de 85 y más años (3,4 x 100 000 habitantes). Las provincias de mayor riesgo: Artemisa, Las Tunas, La Habana, Cienfuegos e Isla de la Juventud. La enfermedad renal hipertensiva es la principal causa de muerte (42,3 por 100 000 habitantes).

Conclusiones: La mortalidad en el adulto mayor con enfermedad renal crónica presentó tendencia al crecimiento, mayor en hombres con color de piel negra y en el grupo 85 y más años. Se observó que la tasa de mortalidad presenta diferencias a nivel nacional. La enfermedad renal hipertensiva principal causa de muerte y la categoría ocupacional más frecuente jubilados y pensionados hombres, aunque no se debe descuidar agricultores y pescadores.

Palabras clave: mortalidad; adulto mayor; riesgo de mortalidad; enfermedad renal crónica.

Ver tablas y figuras

543 ERC. ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO DE MORIR. CUBA, 2011-2020

MC. MARÍN PRADA¹, F. GUTIÉRREZ GARCÍA², MA. MARTÍNEZ MORALES³, CA. RODRÍGUEZ GARCÍA⁴, L. CUELLAR LEMUS⁵, S. VENERO⁶, JF. PEREZ-OLIVA DÍAZ⁷

¹DEPARTAMENTO DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN. INSTITUTO D E NEFROLOGÍA (LA HABANA/CUBA),
²DEPARTAMENTO DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN. INSTITUTO DE NEFROLOGÍA (LA HABANA/CUBA),
³DIRECCIÓN DE REGISTROS MÉDICOS. MINSAP (LA HABANA/CUBA),⁴DIRECCIÓN DE SALUD AMBIENTAL. INSTITUTO DE HIGIENE Y EPIDEMIOLOGÍA (LA HABANA/CUBA),⁵DIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA. INSTITUTO DE HIGIENE Y EPIDEMIOLOGÍA (LA HABANA/CUBA),⁶DEPARTAMENTO DE TRASPLANTE. INSTITUTO DE NEFROLOGÍA (LA HABANA/CUBA)

Introducción: La estratificación epidemiológica de riesgo en salud es una herramienta eficaz para identificar dónde se encuentran los principales problemas en un programa de salud, para distribuir los recursos, donde más se necesitan. La enfermedad renal crónica es un síndrome endocrino metabólico, trae discapacidad a las personas que la padecen, se ha convertido en una de las principales causas de muerte en el mundo, en nuestro país se ha observado un incremento en los últimos diez años.

Objetivo: Estratificar la mortalidad con ERC en Cuba y caracterizar algunas variables socio demográficas del 2011-2020.

Método: El universo estuvo conformado por 35031 fallecidos con una ERC en Cuba, se calcularon porcentajes, tasas brutas, específicas y estandarizadas por edad, sexo, causas de muerte, por provincia de residencia y color de la piel. La estratificación por provincias se clasificó en muy alto riesgo, alto riesgo, mediano y bajo riesgo.

Resultados: Hubo un total de 35031 fallecidos, el riesgo de morir mayor en hombres, adulto mayor con color de la piel negra. La principal causa de muerte la enfermedad renal hipertensiva. Las tasas estandarizadas mostraron incremento lento y sostenido en todas las provincias. Las provincias de muy alto riesgo Artemisa (22.15), Cienfuegos (19.36) y el Municipio Especial Isla de la Juventud (18.72).

Conclusiones: La estratificación del riesgo presentó diferencias en el país, la principal causa de muerte fue la enfermedad renal hipertensiva, los adultos mayores tienen mayor riesgo de morir, aunque es importante prestarle atención al grupo que comprende la edad laboral. Palabras clave enfermedad renal crónica, mortalidad, estratificación, tasa estandarizada, riesgo.

Ver tabla y figura

545 ESCALA POS-S RENAL EN UNA CONSULTA DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA AVANZADA COMO MARCADOR DE LA PROGRESIÓN DE ENFERMEDAD

L. RODAS¹, S. ARAGO¹, K. ROMERO¹, J. BROSETA¹, M. ARIAS¹, N. FONTSERÉ¹, M. VERA¹, A. CASES¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL CLINIC (BARCELONA)

Introducción: En la atención del paciente con Enfermedad Renal Crónica Avanzada (ERCA), la utilización de la escala POS-S Renal, es una herramienta útil para evaluar la carga de sintomatología urémica en los pacientes, y para consolidar la toma de decisiones sobre su tratamiento, realizando el ajustes de los mismos.

Objetivo: Describir el uso de la escala POS-S Renal, en el seguimiento de los pacientes ERCA y su relación con los valores analíticos.

Material y método: Estudio observacional de 162 pacientes con estadios 4 (n=60) y 5 (n=102) de ERCA. Se incluyó en el análisis los datos clínicos (comorbilidad, dependencia, fragilidad, carga sintomática, resultados analíticos). Se evalúa la prevalencia de síntomas de acuerdo al estadio y la relación con los valores analíticos de hemoglobina, BUN, potasio, calcio y fósforo.

Resultados: Cohorte con media de edad 67 años (+14), FG medio 14.5 (+3.9), y seguimiento medio de 9.2 meses. Índice de Barthel 93 en promedio, un Charlson 6 medio, el 62% fragiles o prefragiles según FRAIL. En cuanto a la sintomatología POS renal, el 79% presentaban >2 síntomas, el 10% como unico sintoma debilidad o falta de energía y el 11% ausencia de síntomas. Al analizar la correlación de la carga sintomática con los valores de Hemoglobina, se aprecia que un 65.2% de los pacientes estaban en rango según guías KDIGO, sin una relación significativa con la carga sintomática, y como era de esperar el valor promedio BUN de 90mg/dl, tuvo una relación estadísticamente significativa con relación a la carga sintomática (p<0.002). El 61% de la población analizada, se aprecian unos valores en rango de calcio y potasio de acuerdo a las guías KDIGO, con relación estadísticamente significativa en cuanto a la ausencia de síntomas (p=0.001).

Conclusiones: La valoración de la sintomatología urémica, utilizando la escala POS-S Renal en la consulta de ERCA, acompañado de la correlación analítica, puede acercarse a predecir el requerimiento de inicio de terapia renal sustitutiva o derivación a equipo de soporte paliativo; pudiendo mejorar la calidad de vida relacionada con los síntomas y ayudando al equipo asistencial nefrológico y al paciente a tomar decisiones informadas sobre el tratamiento y manejo de los síntomas de la ERCA. Es importante tener en cuenta que los niveles elevados de BUN pueden ser indicativos de varios trastornos médicos, pero también pueden ser causados por factores como la dieta, los medicamentos y el ejercicio intenso. Por lo tanto, siempre es necesario interpretar los resultados del BUN en el contexto clínico general del paciente.

546 IMPLANTACIÓN DE LAS TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN PARA MEJORAR LA CALIDAD Y LA EFICIENCIA EN LA ATENCIÓN DE LA CONSULTA DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA AVANZADA

L. RODAS¹, S. ARAGO¹, K. ROMERO¹, J. BROSETA¹, M. ARIAS¹, N. FONTSERE¹, M. VERA¹, A. CASES¹
¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL CLINIC (BARCELONA)

Introducción: El desarrollo del trabajo interdisciplinar de la consulta de enfermedad renal crónica avanzada (ERCA), ha requerido la implementación de nuevas estrategias de educación terapéutica, comunicación y seguimiento de los pacientes. Estas estrategias incluyen tecnologías de información y comunicación (TIC), que por su efectividad para el acceso a la información, pueden mejorar la calidad de la comunicación. En nuestro medio las TIC que se implementaron: telemedicina (videollamadas), aplicaciones móviles, códigos QR, correo electrónico específico de consulta ERCA, que paulatinamente se han convertido en herramientas de fácil acceso a la información.

Objetivo: Describir el uso de TIC en la consulta ERCA y su aceptación en la evolución de la instauración de las mismas.

Metodología: Estudio descriptivo en 162 pacientes con seguimiento en la consulta ERCA desde septiembre de 2020 a diciembre de 2022. Se obtuvo la información mediante el uso de encuesta de satisfacción de atención, validada por el equipo de calidad hospitalaria. Se obtuvieron datos demográficos (sexo, edad, tiempo de seguimiento, uso de TIC); se evaluó la frecuencia del uso de TICs, así como la satisfacción del uso de las mismas. La medición fue ordinal, con un cuestionario de 10 preguntas agrupadas por dimensiones, con escala Likert usando las valoraciones: Siempre (5), Casi siempre (4), A veces (3), Casi nunca (2) y Nunca (1).

Resultados: Cohorte con media de edad 67 años (+14), 66% sexo masculino, FG medio 14.5 (+3.9), y seguimiento medio de 9.2 meses. Se objetivó el uso de telemedicina (Videollamadas) en el 28% (n=45) de los pacientes, con una valoración de 4 (escala Likert), en cuanto a la satisfacción, uso del correo electrónico específico de la consulta ERCA en el 62% (n=100), con una valoración 4 (escala Likert) en cuanto a la satisfacción en la respuesta a los mismos. Así mismo se evidenció que 78,2% (n=126) recibe citaciones a través de su teléfono móvil o correo electrónico, utilizando aplicación hospitalaria específica y el 41% (n=66) de los pacientes valora de manera favorable el uso de códigos QR para acceder a información de educación terapéutica.

Conclusión: En el sistema sanitario el uso de las herramientas digitales se ha visto incrementada exponencialmente en todas las áreas, con el fin de brindar soporte y aportar calidad en la atención de pacientes. Esta descripción de la población de la consulta ERCA de un servicio de Nefrología las valora de manera positiva, contribuyendo de manera favorable en la atención interdisciplinar. Es importante recordar que el uso de TIC es complementario a la atención médica presencial y no debe ser utilizado como sustituto de la misma.

547 RESULTADOS Y VALIDACIÓN DEL KIDNEY FAILURE RISK EQUATION (KFRE). ¿ES ÚTIL EN PACIENTES MENORES DE 65 AÑOS CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA AVANZADA?

A. TEMPRADO COLLADO¹, FJ. TORO PRIETO¹, PG. DONOSO NARANJO¹, N. SANTOS COLLADO¹, ML. VIDAL BLANDINO¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL VIRGEN DEL ROCÍO (SEVILLA/ESPAÑA)

Introducción: Es conocido como la ecuación KFRE (Kidney Failure Risk Equation) predice la necesidad de Terapia Renal Sustitutiva (TRS). Esta validado en pacientes mayores de 65 años con estadio G4, mostrando ser mejor predictor sobre otras herramientas pronosticas en toma de decisiones en enfermedad renal crónica avanzada (ERCA). No queda claro si los puntos de corte para población más joven deberían ser los mismos. Nuestro objetivo fue validar el KFRE en pacientes jóvenes ERCA G4-5 de nuestra área y compararla con población años.

Material y método: Estudio de cohorte retrospectiva en adultos mayores 18 años, con ERCA G4-5 valorados por primera vez entre 2016- 2017. Seguimiento durante 5 años o hasta primer evento clínico (TRS incluyendo manejo conservador (FGe=8ml/min/1.73m²) o éxitus. Comparación grupos < 65 vs >=65 años.

Resultado: Se analizaron 607 pacientes; edad media 72 años, 60% varones, 54,3% diabetes mellitus, 92,2% HTA, FGe (CKD-EPI):20(16,5- 23,82)ml/min/1.73m². 24,5% requirieron TRS a 2 años, 40,6 a 5 años y 29% éxitus.

Al comparar población mayor o igual a 65 años vs menor, KFRE discriminó de forma significativa en ambos grupos, presentando valores más elevados en más jóvenes (tabla 1). En análisis en curvas ROC para evento TRS a 2 y 5 años mostró significación (0,000) en subgrupo =65 años. (KFRE-2años AUC 0,855; IC95% 0,801-0,909 y KFRE-5años AUC 0,752; IC95% 0,697-0,806), estableciendo puntos de corte más elevados en =27,75 vs >=20,82 con p<0,000. En análisis regresión logística establece una ODR para puntos corte a 2 años de 21,5 (IC95% 6,9-67,2) p0,008 en =65 años.

Conclusión: En nuestra área KFRE discrimina y ha sido validado para cualquier grupo de edad. En pacientes más jóvenes los puntos de corte de KFRE son más elevados, aunque dentro de los puntos de referencia establecidos por la ecuación, conocer estos puntos de corte nos podría permitir establecer estrategias que hagan que no nos precipitemos en la toma de decisiones compartidas para una mejor atención en la progresión de la ERC.

Tabla 1.

Comparación entre cohortes	<65 años		≥65 años	
	Mediana (RIQ)	p valor	Mediana (RIQ)	p valor
KFRE a 2 años				
TRS-ERCT / no TRS-ERCT	49,75(28,41-64,73) 16,2(7,15-28,71)	0,00	31,30(21,03- 46,55)/7,57(3,58-17,55)	0,00
KFRE a 5 años				
TRS-ERCT / no TRS-ERCT	81,09(58,35- 96,07)/42,44(22,97-64,53)	0,02	60,72(33,33- 82,02)/24,67(11,49-48-14)	0,00

U-Man-W

548 ESTUDIO DE VALORACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA CON PLATAFORMA ESPECÍFICA

A. NOGUEIRA PÉREZ¹, C. REDONDO POLO¹, P. RUIZ LOPEZ-ALVARADO¹, G. BARRIL CUADRADO¹
¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA (MADRID)

La funcionalidad puede disminuir a medida que progresa la enfermedad renal crónica (ERC), esto puede dar lugar a la aparición de fragilidad y/o sarcopenia, síndromes cada vez más frecuentes en ERC.

Existen diferentes herramientas para valorar la funcionalidad, encuestas, tests de capacidad funcional, hasta medidas complejas con personal y material especializado. En las consultas de nefrología se necesitan herramientas que sean fáciles de utilizar y rápidas dando resultado o diagnóstico.

Objetivo: valorar la utilidad de la plataforma de valoración de la función muscular Tanita BM220®.

Material y métodos: se evaluaron 61 pacientes con ERC con la plataforma de valoración Tanita BM220®, que consiste en realizar 3 sentadillas sobre la plataforma. Además, se realizó el Test Short Physical Performance Battery (SPPB) batería de 3 pruebas cortas que determina la capacidad funcional valorando el equilibrio, velocidad de la marcha y fuerza y resistencia del tren inferior.

Resultados: 53,6% hombres, media de edad fue de 70,93±11,60 años: hombres 74,13±9,77 años vs mujeres: 67,61±12,34 años; (p=0,026). En la tabla y figura, se muestran los resultados de la valoración.

Al realizar el estudio de correlación entre el resultado del test SPPB con el resultado de la plataforma encontramos correlaciones directas:

1. Del test SPPB con la fuerza ejercida en la plataforma (r:0.739;p<0.001) velocidad de ejecución de la sentadilla (r:0,654;p<0.001) y el equilibrio en la plataforma (r:0,652;p<0.001).
2. Del test de equilibrio con la fuerza (r:0,584;p<0.001), la velocidad (r:0,507;p<0.001) y el equilibrio (r:0,462;p<0.001).
3. Del test de velocidad del paso (test 4m) con la fuerza (r:0.543;p<0.001), la velocidad (r:0,607;p<0.001) y el equilibrio (r:0,690;p<0.001).
4. Del test de fuerza resistencia (ST55) con la fuerza (r:0.809;p<0.001), la velocidad (r:0,663;p<0.001) y el equilibrio (r:0,658;p<0.001).

Conclusión: aunque la muestra es reducida, la plataforma parece una herramienta útil de manejo rápido y sencillo, por lo que a priori podría ser utilizada para realizar una valoración de la funcionalidad en pacientes con ERC. Hace falta un estudio con más pacientes para validar la técnica.

[Ver tabla y figuras](#)

549 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL PARA LA TOMA DE DECISIONES: EVALUACIÓN DEL ESTADO DE FRAGILIDAD EN POBLACIÓN CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA AVANZADA

V. DUARTE¹, M. POU¹, F. MORENO¹, A. SAURINA¹, R. SANCHEZ¹, I. TAPIA¹, D. OLEAS¹, V. ESTEVE¹, J. AMBLAS¹, M. RAMIREZ DE ARELLANO¹

¹NEFROLOGÍA. CONSORCI SANITARI DE TERRASSA (TERRASSA/ESPAÑA),²GERIATRIA. UNIVERSIDAD DE VIC (VIC/ESPAÑA)

El estado de fragilidad manifiesta vulnerabilidad ante estresores de salud. La enfermedad renal crónica avanzada ERCA merma las reservas de salud de los individuos. El estado de fragilidad pronostica resultados de salud y valorarlo ayuda a la toma de decisiones terapéuticas en ERCA.

Objetivos: Determinar el estado de fragilidad con distintos métodos en personas incidentes de la consulta monográfica ERCA. Establecer factores relacionados con la fragilidad.
Método: Pacientes incidentes de consulta ERCA con enfermedad renal grado 4-5 no diálisis a lo largo de 12 meses que acepten participación. Recogemos datos de historia clínica y analítica inicial. Valoración del estado de fragilidad desde punto de vista funcional: Short Performance Battery SPPB y valoración de fragilidad como reserva de salud mediante Índice de Fragilidad de VIG (IFVIG) y evaluación de las diferentes esferas de la persona: emocional, social, funcional, nutricional y cognitiva con diferentes tests.

Resultados: Se estudian 49 personas, mayoría hombres (63,3%) de edad media 70,8 años. Predominantemente hipertensos, 42% diabéticos, con antecedentes de coronariopatía y neoplasia: 32,7%. Nefroangioesclerosis y nefropatía diabética principales causas de ERCA. Filtrado glomerular medio 14,52ml/min CPK-EPI.

Presentan elevada comorbilidad: I. Charlson 8,4 pero independientes (Barthel 93,50 y Lawton-Brody 6,75 pts de media). Cognitivamente preservados (MiniMental 31,89pts). Mayoritariamente casados con buen soporte social (Test de Duke 17 pts) y subjetivamente felices (Test de Felicidad subjetiva en la media española).

Fragilidad evaluada como reserva de salud: 63,27% frágiles en algún grado con IFVIG de media 0,18 (fragilidad >0,20). Fragilidad valorada como capacidad funcional: 85,7% frágiles en algún grado con SPPB media 6,29 (fragilidad 6-4pts).

Sexo femenino, estado nutricional y requerimiento de cuidador se relacionan con fragilidad independientemente del método de medición.

Las personas con polifarmacia, mayor comorbilidad, dependencia y mayor estado de depresión (test de Beck) presentan mayor fragilidad (algunos puntos están incluidos en IFVIG).

Conclusiones: Los pacientes incidentes ERCA son frágiles en >60% por cualquier método de valoración. Y ello a pesar de posible sesgo de selección entre los derivados a consulta monográfica ERCA: institucionalizados sólo 1,48% y necesitan cuidador < 23%.

Sexo femenino y nutrición se relacionan con fragilidad independientemente del método de medición.

En nuestro estudio, la evaluación inicial funcional SPPB detecta mayor proporción individuos frágiles respecto valoración de fragilidad inicial como reserva de salud IFVIG.

Valorar estado de fragilidad mejora el diagnóstico situacional de los pacientes con ERCA y ayuda a la toma de decisiones. La herramienta ideal de evaluación en esta población está por determinar.

550 SARCOPENIA Y CORRELACIÓN CON ÍNDICES PRONÓSTICOS EN PACIENTES CON ERCA

J. HERNÁN MERINO¹, M. PETRUCCI MAURICIO¹, N. FERNÁNDEZ GRANADO¹, E. GARCÍA DE VINUESA CALVO¹, B. CANCHO CASTELLANO¹, E. VÁZQUEZ LEO¹, L. GONZÁLEZ RODRÍGUEZ¹, D. PECCI DUARTE¹, D. FERNÁNDEZ BERGÉS GURREA², NR. ROBLES PÉREZ-MONTEOLIVA¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BADAJOZ (BADAJOZ), ²UNIDAD INVESTIGACIÓN. FUNDES-ALUD (VILLANUEVA DE LA SERENA)

Introducción: La enfermedad renal crónica (ERC) se asocia a sarcopenia. La estimación del filtrado glomerular (FG) a través de la ecuación que usa la cistatinaC es una alternativa a la creatinina, dado que no es afectada por la masa muscular. Algunos autores han buscado la relación entre fórmulas de estimación de FG y el estado sarcopénico. Así como en otras patologías intentan identificar índices como el ratio de creatinina y cistatina plasmática (ICC) o el índice sarcopénico (producto de creatinina plasmática * FG-CKDEPI cistatinaC).

Material y método: Muestra de 48 pacientes muy seniles (≥ 80 a) incidentes en la Unidad de Enfermedad Renal Crónica Avanzada (U-ERCA), 01/01/2022 a 31/03/2023, el 31,79% de los incidentes totales. 62,5% varones. 91,7% hipertensos. 56,3% diabéticos. Edad mediana (RIQ) 84,5 (81,25-87). Etiología de ERC: Nefroangioesclerosis 31,3%, Nefropatía diabética 25%, Glomerulopatías 4,2%, Nefropatía Tubulointerstitial crónica 8,3%, Oncológicas 4,2%, Nefrotoxicidad 6,3%, Otras 2,1%, no filiadas 18,8%. El filtrado medio por CKDEPI fue de 17,17 \pm 6,68 ml/min/1.73 m². Se midió la fuerza de prensión manual (FPM) por dinamometría, dinamómetro JAMARplus+, dos intentos por cada mano, considerando el mayor de los cuatro. La FPM baja se diagnosticó como valores inferiores a 27 kg en hombres y menos de 16 kg en mujeres. Se estimó el ICC y el IS.

Resultados: El 64,3% de los pacientes presentó sarcopenia medida por FPM. Se encontró diferencia entre sexos, siendo más frecuente la sarcopenia entre mujeres sin alcanzar significación estadística. No habiendo diferencias atribuibles a la diabetes en esta muestra. Se encontró una mínima asociación entre FG-CKDEPIcistatinaC y la FPM sin llegar a ser estadísticamente significativa (correlación de Pearson 0.234, $p=0.136$). Se ha encontrado una débil correlación entre FPM e ICC correlación de Pearson de 0.315, $p=0.042$. E igualmente débil para el IS (correlación de Pearson entre FPM e IS 0.393 $p=0.010$).

Conclusiones: La prevalencia de sarcopenia estimada por la FPM tiene una alta prevalencia entre los pacientes muy seniles con ERCA. La correlación entre FPM como reflejo de sarcopenia y otras fórmulas de estimación o predicción de la misma no están bien definidas. Se necesitan más estudios en este sentido para poder pronosticar en este tipo de población muy senil pero cada vez más prevalente.