

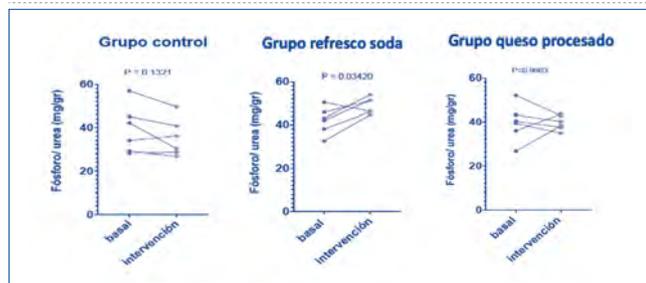
699 INFLUENCIA DE LA INGESTA DE FÓSFORO INORGÁNICO EN SUJETOS CON FUNCIÓN RENAL NORMAL

MV. PENDÓN-RUIZ DE MIER¹, L. SÁNCHEZ-MOLINA², C. RODELO-HAAD¹, C. MEMBRIVES³, R. SANTA-MARIA¹, JR. MUNOZ-CASTAÑEDA¹, A. MARTIN-MALO¹, M. RODRIGUEZ¹, S. SORIANO¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL U. REINA SOFÍA (CÓRDOBA/ESPAÑA), ²NEFROLOGÍA. UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA (CÓRDOBA/ESPAÑA), ³NEFROLOGÍA. IMIBIC (CÓRDOBA/ESPAÑA)

En pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) es deseable reducir la ingesta de fosforo inorganico (Pi) ya que produce mayor progresion renal y morbimortalidad cardiovascular. El Pi ingerido puede reflejarse en el ratio fosforo/urea (P/U) en orina de pacientes con ERC. El objetivo de este estudio es evaluar si un aumento de la ingesta de Pi se traduce en un aumento del ratio P/U en sujetos con función renal normal. Se realizo un estudio prospectivo experimental en 18 sujetos sin enfermedad renal, con 2 visitas: la primera basal y la segunda tras una intervencion dietetica. Hicieron una encuesta dietetica durante 3 dias y recogieron orina de 24h el cuarto dia, el dia previo a la visita. La estimacion de la cantidad de P ingerida se calculo mediante 2 métodos: calibrador de dietas y BEDCA (Base de Datos Española de Composicion de Alimentos). Se dividieron en grupos segun el tipo de intervencion dietetica: Grupo control, la dieta no se modifico; Grupo refresco cero, se añadio Pi en forma de bebida gaseosa cero calorías; y Grupo queso procesado, se agrego P organico e inorganico a la dieta en forma de queso fresco. Al inicio del estudio, la ingesta de P fue 1.5 ± 0.4 g/día; siendo Pi 0.2 ± 0.1 g/día. Tras la intervencion, ni BEDCA ni el calibrador de dietas midieron de forma fiable la proporcion de Pi ingerido. Sin embargo, en el grupo de refresco, el ratio P/U aumento (42.0 ± 6.2 a 48.9 ± 3.7 p=0.034). No hubo diferencias significativas en P/U en los otros grupos. Por lo tanto, es relevante medir P/U en orina para detectar el aumento de Pi en la dieta en sujetos con funcion renal normal. Esto permitiría hacer recomendaciones dieteticas personalizadas para reducir la ingesta de Pi sin restriccion de la ingesta de proteínas.

Figura 1.



700 MODELOS DE APRENDIZAJE AUTOMÁTICO COMO PREDICTORES DEL DESARROLLO DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA TRAS UNA LESIÓN RENAL AGUDA

MA. CABRERA CÁRDENAS¹, X. LARRIVA-NOVO², A. SÁNCHEZ HORRILLO¹, L. SALANOVA VILLANUEVA³, P. MUÑOZ RAMOS¹, J. BERROCAL COLMENAREJO¹, B. QUIROGA GILI¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA (MADRID), ²DPTO. INGENIERÍA SISTEMAS TELE-MÁTICOS, ETSI TELECOMUNICACIÓN. UNIVERSIDAD POLITÉCNICA DE MADRID (MADRID), ³NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA (MADRID)

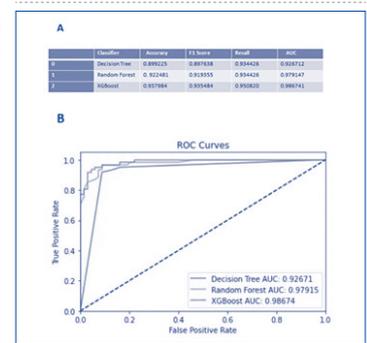
Introducción: La lesión renal aguda (LRA) es común en pacientes hospitalizados y acarrea una elevada morbimortalidad, incluyendo el desarrollo de enfermedad renal crónica (ERC). Nuestro objetivo es desarrollar modelos de aprendizaje automático basados en inteligencia artificial para predecir el desarrollo de ERC tras un episodio de LRA.

Métodos: Se incluyó a todos los pacientes con LRA de nuestro centro en 2013 y 2014. Estudiamos tres modelos de aprendizaje automático: arboles de decisión (DT), random forest (RF) y XGboost. Incluimos técnicas de preprocesamiento de datos y selección de características: eliminación recursiva de características (RFE) y optimización de hiperparámetros mediante algoritmos de Grid search. Comparamos los resultados de los diferentes algoritmos utilizando métricas de evaluación como la precisión, F1 Score, Recall y ABC (área bajo la curva ROC).

Resultados: Se incluyó a 1253 pacientes (55% varones, edad 76±13 años). El FGe basal fue de 57 ml/min/1,73m² y al ingreso 31 ml/min/1,73m². Al iniciar el estudio de los modelos de aprendizaje automático propuestos se imputaron datos con valores nulos mediante técnicas de imputación simple obteniendo 513 pacientes de los cuales el 48,5% desarrollaron ERC a los tres meses. Al aplicar los modelos se obtuvieron altos valores de precisión para el desarrollo de ERC (DT-ABCROC=0,926; RF-ABCROC=0,979; XGBoost-ABCROC=0,986). Las variables más significativas fueron: diabetes mellitus, dislipemia, edad, escala Barthel, uso de diurético, FGe inicial y final del ingreso y requerimiento de TRS.

Conclusiones: Dentro de los modelos de aprendizaje automático propuestos, XG-Boost es el idóneo, siendo capaz de predecir el desarrollo de ERC a los 3 meses tras un episodio de LRA.

Figura 1.



701 NIVELES DE ANTI-FACTOR Xa EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL AVANZADA ANTICOAGULADOS CON ENOXAPARINA

E. LÓPEZ MELERO¹, C. CASES CORONA¹, E. LANDALUCE TRISKA¹, M. LEÓN PÓO¹, D. ROLDÁN¹, E. GRUSSI¹, A. SHABAKA²

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCÓN (MADRID), ²NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ (MADRID)

Introducción: La enoxaparina es una heparina de bajo peso molecular (HBPM) ampliamente utilizada en el tratamiento de enfermedades tromboembólicas. La literatura actual indica que hay una reducción en el aclaramiento y un aumento en la vida media de las HBPM en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) grave asociada con niveles elevados de antiXa y un mayor riesgo de sangrado. Por lo tanto, se ha recomendado ajustar la dosis de enoxaparina a 1mg/kg/día para la anticoagulación terapéutica y 0.5 mg/kg/día para la profiláctica en pacientes con filtrado glomerular <30 ml/min. El objetivo de este estudio es valorar el grado de la anticoagulación con estas dosis en pacientes con ERC avanzada.

Material y métodos: Realizamos un estudio prospectivo de pacientes hospitalizados en planta de Nefrología entre mayo 2019 y abril 2023 que precisaron anticoagulación con enoxaparina por motivo profiláctico o terapéutico. Excluimos a los pacientes con un filtrado glomerular estimado >30 ml/min. La dosis de anticoagulación inicial fue de enoxaparina 1 mg/kg/día en caso de anticoagulación terapéutica y 0.5 mg/kg/día para la anticoagulación profiláctica según indica la ficha técnica. Se realizó monitorización de niveles de antiXa a las 4 horas de la administración de la 3ª dosis de enoxaparina en todos los casos.

Resultados: Se reclutaron 153 pacientes; 70 pacientes con ERC estadio 4-5 (35 con estadio 4 y 35 estadio 5) y 83 pacientes con ERC en terapia renal sustitutiva. 132 pacientes recibieron anticoagulación a dosis terapéutica (86,3%) y 21 a dosis profiláctica (13,7%). En los pacientes anticoagulados con intención terapéutica, 73 pacientes (55,3%) tuvieron niveles terapéuticos de antiXa, mientras que el 32,6% tuvieron niveles infraterapéuticos y 12,1% tuvieron niveles supratrapéuticos. Se observó una relación inversa entre la proporción de pacientes con niveles adecuados de antiXa y el estadio de enfermedad renal, siendo los niveles de antiXa adecuados en 66,7%, 58,6% y 48,6% de los pacientes con ERC estadio 4, estadio 5 y estadio 5d respectivamente. No hubo una asociación significativa entre los niveles de antiXa y la obesidad o la hepatopatía. En los pacientes anticoagulados con intención profiláctica, 42,9% alcanzaron los niveles objetivos, mientras que el 38,1% tuvieron niveles por debajo del objetivo y 19% estuvieron sobredosificados.

Conclusiones: La dosificación de enoxaparina según peso como indica la ficha técnica, conlleva a una alta proporción de pacientes con enfermedad renal crónica avanzada que no alcanzan niveles terapéuticos de antiXa, especialmente en los pacientes con terapia renal sustitutiva. Para asegurar una correcta anticoagulación de estos pacientes, sería necesario utilizar regímenes individualizados basados en la monitorización de niveles de antiXa para la prevención de los eventos tromboembólicos y minimizar el riesgo de eventos hemorrágicos.

702 ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO DE SANGRADO TRAS BIOPSIA RENAL CON "MAJOR BLEEDING RISK SCORE"

J. CARO ESPADA¹, B. ÁLVAREZ NUÑEZ¹, C. YUSTE LOZANO¹, L. RODRIGUEZ GAYO¹, E. MÉRIDA HERRERO¹, E. GUTIERREZ SOLÍS¹, E. MORALES RUIZ¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL 12 DE OCTUBRE (MADRID)

Introducción: La biopsia renal (BR) es el método diagnóstico de elección para la mayoría de enfermedades renales. A pesar de ser un procedimiento seguro, el 6-8% presenta complicaciones, principalmente hemorragia. El "Major bleeding risk score (MBRS)" identifica 11 factores de riesgo (máximo 41 puntos) para desarrollar complicaciones mayores, es decir sangrado que precise transfusión, arteriografía, nefrectomía o muerte.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, donde se analizaron 358 BR sobre riñón nativo realizadas entre 2017 y 2022 por el equipo de nefrología intervencionista en un hospital terciario. Tras aplicar el MBRS finalmente se analizaron 273 BR con el objetivo de validar el score en nuestra cohorte.

Resultados: De las 273 BR analizadas, el 46.5% eran varones, con una media de 53.6 ± 18.5 años. La mayoría de las biopsias renales (BR) se realizaron sobre riñón izquierdo (82.4%), obteniendo una media de 2.1 ± 0.7 cilindros y 12.33 ± 6.27 glomérulos. El MBRS estratificó a los pacientes en tres grupos de riesgo: G1 si score de 0 a 9 puntos (36.6% BR), G2 si score de 10 a 19 puntos (38.8% BR), y G3 si 20 a 29 puntos (24.5% BR). Once pacientes (4%) presentaron complicaciones mayores (0.3% en G1, 1.5% en G2 y 2.2% en G3). El riesgo de sangrado aumentó proporcionalmente con el estadio de riesgo (G1 1% vs G2 3,8% vs G3 9%, p=0,037). Los pacientes que presentaron complicación tras la BR presentaron significativamente un MBRS más elevado que los pacientes que no se complicaron (19 ± 5,23 puntos vs 13 ± 7,19 puntos respectivamente). Lógicamente los pacientes que se complicaron asociaron con más frecuencia anemia y trombopenia, además de un IMC más bajo (23.6 ± 5.9 vs 27.3 ± 5.4, respectivamente, p=0.03) comparados con los pacientes que no presentaron complicación. Las patologías que presentan mayor riesgo de sangrado son las microangiopatías trombóticas (OR 0,123 [0,037 a 0,406]).

Conclusiones: El score de riesgo MBRS estratifica adecuadamente a los pacientes según el riesgo de sangrado, por lo que debería realizarse de forma rutinaria para indicar la biopsia renal.

703 EL PROTEOMA DE CÉLULAS ENDOTELIALES TRATADAS CON INDOXIL SULFATO Y DE SUS VESÍCULAS EXTRACELULARES REVELA MEDIADORES DE LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR ASOCIADA A LA ENFERMEDAD RENAL

A. FIGUER¹, F. SANTOS², G. VALERA³, S. CIORDIA⁴, M. RODRÍGUEZ⁴, R. RAMÍREZ⁵, G. BODEGA⁶, E. MORALES⁷, J. CARRACEDO⁸, M. ALIQUÉ⁹

¹DPTO. BIOLOGÍA DE SISTEMAS DE LA UNIVERSIDAD DE ALCALÁ. INSTITUTO RAMÓN Y CAJAL DE INVESTIGACIÓN SANITARIA (IRYCIS)/ UNIVERSIDAD DE ALCALÁ (MADRID, ESPAÑA), ²LABORATORIO DE PROTEÓMICA FUNCIONAL. CENTRO NACIONAL DE BIOTECNOLOGÍA (CNB-CSIC), CAMPUS DE CANTO-BLANCO (MADRID, ESPAÑA), ³DEPARTAMENTO DE GENÉTICA, FISIOLÓGIA Y MICROBIOLOGÍA. UNIVERSIDAD COMPLUTENSE/ INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA HOSPITAL 12 DE OCTUBRE (MADRID, ESPAÑA), ⁴DEPARTAMENTO DE GENÉTICA, FISIOLÓGIA Y MICROBIOLOGÍA. UNIVERSIDAD COMPLUTENSE (MADRID, ESPAÑA), ⁵DPTO. BIOMEDICINA Y BIOTECNOLOGÍA. UNIVERSIDAD DE ALCALÁ (MADRID, ESPAÑA), ⁶NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE, INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA HOSPITAL 12 DE OCTUBRE (IMAS12) (MADRID, ESPAÑA)

Introducción: La uremia provoca disfunción endotelial que favorece el desarrollo de enfermedades cardiovasculares. El proteoma de las células endoteliales dañadas y de las vesículas extracelulares (VE) se ha caracterizado para estudiar los mecanismos implicados en el desarrollo de patologías cardiovasculares asociadas a la enfermedad renal para identificar posibles dianas diagnósticas y terapéuticas que pueden actuar como mediadores y/o biomarcadores. Así, el objetivo de este trabajo fue describir alteraciones en los niveles de proteínas en células endoteliales y sus VE tras ser tratadas con la toxina urémica indoxil sulfato (IS).

Metodología: Se cultivaron células endoteliales (HUVVEC) control (n=5) y con IS (250 µM IS, 24 h, n=5) y se aislaron las VE liberadas. Se lisaron las células y VE de cada condición y se identificó y cuantificó su patrón proteico mediante un espectrómetro de masas (Orbitrap Exploris™240).

Resultados: Se identificaron 5871 proteínas (5836 protein groups) en el análisis proteómico de las células y 3614 (3546 protein groups) en VE (FDR<1%). Se detectaron 145 proteínas con expresión significativamente diferencial: 75 reguladas negativamente y 70 reguladas positivamente en células, y 141 proteínas de expresión diferencial: 77 están reguladas a la baja y 64 reguladas al alza en VE (IS vs control). En las células destacan cambios de expresión en proteínas relacionadas con el ciclo celular, especialmente el descenso de los niveles de proteínas que participan en la replicación y previenen errores de mitosis (MCM2, TACC3) y de factores de iniciación de la traducción (EIF3H, EIF3F y EIF4E). Por el contrario, aumenta de la expresión de inhibidores de la transcripción (ING5, CTCF) y de la caspasa-3, que junto con la baja regulación de la serpina-B3 (inhibidora de la apoptosis), podrían indicar que el IS genera daño celular y reducción de la proliferación. En las VE destaca la disminución de proteínas de la matriz extracelular: colágenos, ECM1, fibronectina y perlecan, y un aumento de la enzima degradadora de la matriz MMP1. Además, aumentan los niveles de componentes del complemento (C5 y CFI), LYZ (bactericida), S100A7 (químico-atrayente), ICAM-1 (molécula de adhesión) y CALML5 (activación inmunitaria). Esto sugiere que las VE liberadas tras el tratamiento con IS tienen un efecto proinflamatorio, promoviendo la activación de células del sistema inmunitario.

Conclusión: El análisis proteómico realizado in vitro revela la participación de nuevas moléculas en la disfunción endotelial causada por IS que son potenciales herramientas diagnósticas y terapéuticas de la enfermedad cardiovascular asociada a la enfermedad renal.

Financiado por el ISCIII proyectos "PI19/00240", "PI20/01321" y contrato "FI20/00018"

704 CARACTERIZACIÓN DE LA NATREMIA EN UNA COHORTE DE MUJERES GESTANTES CON DIAGNÓSTICO DE PREECLAMPSIA EN EL PERIODO 2019-2022

V. CALLE PEREZ¹, M. HERAS BENITO², M. RODRIGO VILLAMOR³, AR. FALCONI SARMIENTO⁴, LA. CORREA MARCANO⁵, C. FONSECA DE JESUS SILVA⁶, C. RODRIGUEZ TUDERO⁷, E. VILLANUEVA SANCHEZ⁸, A. TYSZKIEWICZ⁹, JL. LERMA MARQUEZ⁹

¹NEFROLOGÍA. FACULTAD DE MEDICINA. UNIVERSIDAD DE SALAMANCA (SALAMANCA, ESPAÑA), ²NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA (SALAMANCA, ESPAÑA), ³NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA (SALAMANCA, ESPAÑA), ⁴NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA (SALAMANCA, ESPAÑA), ⁵NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA (SALAMANCA, ESPAÑA), ⁶NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA (SALAMANCA, ESPAÑA), ⁷NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA (SALAMANCA, ESPAÑA), ⁸NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA (SALAMANCA, ESPAÑA), ⁹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA (SALAMANCA, ESPAÑA)

Introducción y objetivos: En el embarazo la natremia puede disminuir de forma "fisiológica", en aproximadamente 5-6 mEq/L. Así sólo una concentración de sodio plasmático ≤ 130 mEq/L durante la gestación podría considerarse como "verdadera" hiponatremia. Objetivo: estudiar características de natremias en gestantes con preeclampsia y su posible asociación con morbi-mortalidad materno-fetal.

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo retrospectivo trasversal de una cohorte de mujeres gestantes con preeclampsia en periodo 2019-2022. De la historia clínica se registraron datos clínicos (antecedentes médicos y obstétricos), información relativa al embarazo en curso y fin de éste; antecedentes de hiponatremia (antes y durante el embarazo actual), en periparto así como valor mínimo de natremia; se analizó morbi-mortalidad materno-fetal. Se definieron cuatro grupos de estudio según natremia (mEq/L): controles >135 ; "pseudohiponatremia": $>130 - \leq 135$; hiponatremias verdaderas: leve: $\geq 125 - \leq 130$; hiponatremia grave: Significación $p < 0,05$. Estudio aprobado por Comité Ético de nuestro Centro.

Resultados: Se estudiaron 205 casos, con edad media de 32,46±6 años (rango 15-45), edad gestacional semana 23-40, un 69,8% con preeclampsia con criterios de gravedad. Las pseudohiponatremias fueron el grupo mayoritario (56,5%), seguidas por controles (37,5%). De las hiponatremias verdaderas (leves-graves), fueron 4,39%, y 1,46% respectivamente. Las hiponatremias verdaderas se asociaron con hiponatremia previa al embarazo ($p=0,008$) y con la natremia mínima en el embarazo actual ($p=0,000$). Sólo una paciente del grupo control presentó eclampsia. No hubo fallecimientos maternos, pero sí tres muertes fetales; éstas últimas ocurrieron exclusivamente en el grupo de pseudohiponatremias (No significativo). En el análisis de regresión logística binaria para mortalidad fetal (variables independientes: edad materna, hiponatremia previa, crecimiento intrauterino restringido (CIR) y antecedentes maternos de hipotiroidismo, solo los antecedentes maternos de hipotiroidismo ([RR]:0.038; 0.002-0.594; $p=0,020$) y CIR durante el embarazo ([RR]:0.046; 0.003-0.734; $p=0,029$) se asociaban independientemente con la mortalidad fetal.

Conclusiones: en nuestra cohorte de preeclampsia, las pseudohiponatremias representan el grupo mayoritario y a la vez, el único en que se han registrado muertes fetales. Con estos hallazgos cabe preguntarse si las pseudohiponatremias son realmente "fisiológicas" o por el contrario tienen significado patológico, que sería conveniente aclarar con estudios futuros más amplios.

705 UNIDAD DE GAMMAPATÍAS MONOCLONALES Y AMILOIDOSIS (UGAM-A): IMPORTANCIA DEL NEFRÓLOGO EN EL ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR

F. BERTOMEU MORENO¹, M. ALMENARA TEJEDERAS², F. ALONSO GARCÍA³, R. DURO MILLÁN², M. SÁLGUEIRA LAZO¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA (SEVILLA), ²HEMATOLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA (SEVILLA)

Introducción: La Unidad de Gammopatías Monoclonales y Amiloidosis (UGAM-A) es una comisión hospitalaria multidisciplinaria que discute casos complejos en relación con el diagnóstico y tratamiento de pacientes con discrasias sanguíneas y amiloidosis.

Objetivos:

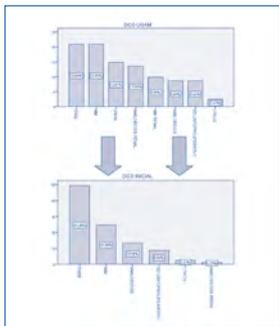
- Definir las características demográficas, clínicas y analíticas más habituales de los pacientes presentados en la UGAM-A.
- Estudiar el número de decisiones, diagnósticas y terapéuticas, tomadas por la comisión y la implicación de las mismas.
- Evaluar datos pronósticos como necesidad de terapia renal sustitutiva (TRS) y éxitos.

Material y método: Estudio observacional retrospectivo de la cohorte de pacientes presentados en la UGAM-A. Los datos fueron extraídos de las actas de la UGAM-A del periodo Ene/18-Dic/22.

Resultados: 81 pacientes valorados con una mediana de 69 años, 52 hombres (64.2%). HTA 58 (71.6%), DM 22 (27.2%), Enf. Cardiovascular 14 (17.3%), Neoplasia 12 (14.8%). 56 pacientes (69.1%) presentaban daño renal en el momento de la valoración, 54 con criterios de ERC, con una creatinina media 1.7 +/-1.0 mg/dl y proteinuria 1.3 +/-1.7g/mg. Encontramos afectación cardíaca en 19 pacientes. Se produjeron 37 (45.7%) cambios diagnósticos tras la valoración por la UGAM. Se realizaron 22 (27.2%) modificaciones terapéuticas, inicio o cambio. 17 (77.3%) tuvieron lugar en pacientes con afectación renal. Fueron 10 (12.3%) cambios de tratamiento presentando un 22.7% de ellos mejoría de función renal vs 7% grupo sin cambio de tratamiento. ($p=0,04$). 8 (9.9%) pacientes requirieron de TRS, con una mediana de tiempo a inicio de 452d. Fallecieron 25 (30.9%) pacientes, con una mediana de tiempo de 370d, siendo la causa cardíaca 12, la más habitual, seguida de la infecciosa, 8.

Conclusiones: Los nefrólogos deben ser partícipes de los casos clínicos complejos que acompañan los diagnósticos hematológicos. En nuestro estudio, casi el 80% de los pacientes presentaba afectación renal concomitante a la patología hematológica. El papel del nefrólogo resulta fundamental aclarando mecanismos de daño renal y potenciado el inicio de tratamiento aún cuando no cumplen criterios desde el punto de vista hematológico, de forma que más del 77% de las actuaciones terapéuticas tuvieron lugar en pacientes con afectación renal.

Figura 1.



706 SALUD MENTAL EN LA CLÍNICA DE ONCO-NEFROLOGÍA: MUJERES Y PERSONAS QUE VIVEN SOLAS SON LOS MÁS VULNERABLES

JI. ZAMORA CARRILLO¹, S. BERMEJO GARCÍA¹, A. CALLEJO PÉREZ², I. AGRAZ PAMPLONA³, A. VERGARA ARANA⁴, M. LÓPEZ MARTÍNEZ⁵, JC. LEÓN ROMÁN⁶, M. PATRICIO LIEBANA⁷, O. BESTARD MATAMOROS⁸, MJ. SOLER ROMEO⁹

¹NEFROLOGÍA. VALL D'HEBRON HOSPITAL CAMPUS (BARCELONA), ²ONCOLOGÍA. VALL D'HEBRON HOSPITAL CAMPUS (BARCELONA)

Introducción: El cáncer es una entidad frecuente y gracias a los avances terapéuticos está cronicándose, surgiendo la enfermedad renal como un problema prevalente y la Onco-nefrología como una subespecialidad. Los trastornos psiquiátricos en los pacientes con cáncer son prevalentes, así como en los pacientes renales. No se ha estudiado el impacto de dichos trastornos para pacientes con cáncer y enfermedad renal. El objetivo es estudiar la prevalencia de trastornos psiquiátricos en los pacientes de Onco-nefrología y su evolución.

Material y métodos: Estudio prospectivo incluyendo todos los pacientes visitados en la Unidad de Onco-nefrología en nuestro centro desde noviembre-2021 hasta febrero-2023. Se evaluaron mediante cuestionarios en la primera visita, 6 meses y 12 meses: sueño (Epworth), depresión (Geriatric Depression Scale(GDS) and Patient Questionnaire Health (PHQ)), cognición(Montreal) y ansiedad (Generalized Anxiety Disorder(GAD)). Se evaluaron características clínicas y analíticas de los pacientes.

Resultados: Se incluyeron 182 pacientes, edad de 68(±11)años, 70(38,5%) mujeres, 56(30,8%) padecían diabetes mellitus, la media de creatinina 1,7(±0,88)mg/dL y FG 44(±21)ml/min. 18(9,9%) pacientes vivían solos, 152(83,5%) vivían acompañados, 4 (2,2%) en residencia. La neoplasia más frecuente fue pulmón(n=38;20,9%) y el motivo de derivación fue enfermedad renal crónica(n=94;51,6%). En la primera visita, 81 pacientes(44,5%) presentaban alteración del sueño, 32,7%(n=59) depresión, 72(39,6%) deterioro cognitivo y 14(7,7%) ansiedad. En el análisis univariado evidenciamos que los pacientes que vivían en residencia presentaron mayor depresión($p=0,013$). Los pacientes con deterioro cognitivo tenían mayor prevalencia de DM($p=0,003$), una peor función renal y eran mayores ($p < 0,001$). Los pacientes que presentaban alteraciones en sueño eran mayores($p=0,01$) y las mujeres mayor ansiedad($p < 0,001$). A los seis meses, las mujeres presentaron mayor ansiedad($p=0,03$) así como los que progresaron oncológicamente($p < 0,001$). Los pacientes que vivían solos presentaron mayor depresión($p=0,002$). A los doce meses la progresión oncológica se asoció a depresión($p=0,034$). En el análisis multivariado evidenciamos la edad como factor de riesgo de deterioro cognitivo(OR:1,1; $p < 0,001$) y el sexo femenino en la depresión(OR: 3,39; $p < 0,001$). A los 6 meses, ser mujer es un factor de riesgo para presentar ansiedad (OR:8,6; $p=0,01$), y los pacientes que vivían solos para depresión (OR:10,8; $p < 0,001$). 30 pacientes(16,5%) fueron éxitos. En el análisis de Kaplan-Meier se evidenció mayor mortalidad en los pacientes con alteraciones del sueño($p=0,039$), progresión renal($p=0,003$) y oncológica($p=0,028$). Esto no se confirmó en análisis multivariado.

Conclusiones: Los pacientes de Onco-nefrología presentaron una alta prevalencia de depresión y ansiedad, especialmente los pacientes que viven solos y de sexo femenino. Así pues, es esencial realizar un abordaje integral y saber detectar la población vulnerable para mejorar su pronóstico y calidad de vida.

707 ¿CUÁLES SON LA SITUACIÓN Y NECESIDADES REALES DE LOS JÓVENES NEFRÓLOGOS EN ESPAÑA? ANÁLISIS DETALLADO Y EVOLUCIÓN 2017-2022

J. JUEGA¹, B. FERNÁNDEZ², M. PÉREZ-FONTÁN³, M.J. PÉREZ-SÁEZ⁴, D. REDONDO¹, D. ARROYO¹, J. VILLA¹, I. BEIRÉD¹, M. MONTOMOLÍ¹

¹GRUPO COORDINADOR JOVSEN 2014-2019. SEN (ESPAÑA); ²GRUPO COORDINADOR JOVSEN DESDE 2019. SEN (ESPAÑA); ³RESPONSABLE DEL GRUPO JOVSEN DE LA JD DE LA S.E.N. 2014-2020. SEN (ESPAÑA)

El trabajo corresponde a un grupo de trabajo o un estudio multicéntrico: grupo de jóvenes nefrólogos de la SEN (jovSEN)

Introducción: En Octubre 2014 se constituyó el grupo de trabajo SEN de jóvenes nefrólogos (jovSEN). Desde entonces ha realizado diversas iniciativas de apoyo e impulso a la comunidad de jóvenes especialistas en nefrología menores de 41 años pertenecientes a la SEN. En 2017, junto con la JD de la SEN, se diseñó una encuesta para conocer en detalle su situación y necesidades, replicándola en 2022 para estudiar la evolución en las respuestas.

Métodos: Se distribuyó encuesta completa de 24 preguntas sobre características demográficas, situación formativa, laboral, satisfacción y necesidades a todos los socios SEN especialistas en nefrología menores de 41 años en Junio 2017 y en Septiembre 2022. Se obtuvieron 256 respuestas en 2017 y 255 en 2022 (39% de los encuestados)

Resultados: En 2017 mayoría mujeres (75%), edad media 35±3 años, procedente de España (80%), realización MIR en España 99%. Actividad predominante en sector público (68%), especialmente hospital universitario (62,5%), mayoría de contrato estable (57,9%), sólo 2% titular de plaza fija. Áreas de trabajo mayoritarias nefrología clínica (30%), y HD (27%). El 25% ostentaba algún cargo de responsabilidad. El grado de satisfacción laboral (0-100) medio fue de 60±26, siendo el 51% ≥70. En 2017 el 57,4% presentaba posibilidad de realizar actividad investigadora, ejecutándola activamente un 17%. Un 60% había publicado algún trabajo como primer autor. Formación: 19% había alcanzado título de experto ó master universitario y 17% tesis doctoral. Sólo el 54% consideraba que recibía formación continuada post-MIR adecuada. Los déficits formativos referidos mayoritarios: Anatomía patológica, nefrología diagnóstica/intervencionista, técnicas convectivas. Sólo un 39% percibía una atención adecuada por parte de SEN. Necesidades principales: formación específica, orientación laboral y guía para becas. Un 74% conocía la existencia del grupo jovSEN, pero 63% tenía un nivel de conocimiento de su actividad bajo ó nulo. En 2022 se percibe impacto laboral de pandemia COVID. Un 22% recibió un contrato específico durante la pandemia, el 74% de ellos eventual, el 5% estable. Probablemente por ello, hay incremento significativo de actividad en hospital universitario (81% vs. 63% previo) y un aumento de contratos eventuales (54% vs. 42% previo) existiendo descenso de cargos de responsabilidad (19 vs. 25% previo). Sin embargo, la satisfacción laboral es similar, hay mayor viabilidad de investigación (72,5 vs. 57%) y su ejecución (25 vs. 17%).

Además hay porcentaje mayor de títulos de experto ó master universitario (30,6 vs. 19%), se percibe mayor conformidad con la formación post MIR (64 vs. 54%), con la propuesta SEN para los jóvenes (56 vs. 39%), y se conoce más el grupo jovSEN (92,5 vs. 74%).

Conclusiones: La realidad de los jóvenes nefrólogos es compleja y diversa, y condicionada por pandemia COVID en los últimos años. Sin embargo la satisfacción global es buena y la percepción en la formación y la atención al colectivo ha aumentado evolutivamente.

708 MORTALIDAD A 1 AÑO TRAS INGRESO POR INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA EN EL SÍNDROME CARDIORRENAL

J. DELGADO DOMÍNGUEZ-P¹, A. AÍFFIL MENESES¹, M. MUÑOZ RINCÓN¹, R.K. LOAYZA¹, C. FERNÁNDEZ¹, C. RIAZA¹, M. CALVO¹, C. GARCÍA CARRO¹, A.I. SÁNCHEZ FRUCTUOSO¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS (MADRID/ESPAÑA)

Introducción: La insuficiencia cardiaca (IC) y la enfermedad renal crónica (ERC) son enfermedades epidémicas concurrentes. A pesar del manejo multidisciplinar, la comorbilidad y el daño orgánico establecido ensombrecen el pronóstico de estos pacientes después de presentar un episodio de IC aguda.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes ingresados por IC aguda valorados por interconsulta entre los años 2014-2020. Analizamos datos analíticos, ecocardiográficos, clínicos y terapéuticos y su relación con la muerte a 1 año desde el episodio.

Resultados: Incluimos 98 pacientes, 64% varones, con medianas de edad de 80 años (IC95%: 72-85); creatinina basal de 1,6 mg/dl (1,33-2,00), filtrado glomerular (FG) de 35 ml/min (29-45) y proteinuria de 0,51 g/24h (0,16-1,00). Clasificamos el cuadro clínico en un 61,2% de IC congestiva, un 23,5% como IC de predominio izquierdo y un 15,3% de predominio derecho. Según las cifras tensionales contabilizamos un 32,7% de casos con presión arterial sistólica >140 mmHg y un 34,7% 85 mmHg. En el análisis de regresión logística univariado, las siguientes variables se asociaron significativamente a mortalidad a 1 año: IC derecha (73,3% éxito versus 44,6%, p=0,040), hipotensión sistólica (64,7% vs 40,6%, p=0,023), hipotensión diastólica (63,6% vs 41,5%, p=0,039), pérdida de FG superior al 10%/año los 5 años previos (69,8% vs 31,5%, p<0,001), presentar ingresos hospitalarios con fracaso renal (FRA) los 3 años previos (60% vs 29,7%, p=0,004), tratamiento mantenido con bloqueo del SRAA (29% vs 58,2%, p=0,007), hiperfosfatemia (62% vs 35,4%, p=0,008) y presentar FG>30 mL/min al alta del episodio (38,3% vs 58,8%, p=0,042). En el análisis multivariante, IC derecha (OR 6,96 [1,48-32,84] p=0,014), pérdida de FG >10%/año (OR 7,66 [2,54 - 23,06] p<0,001), ingresos previos con FRA (OR 4,42 [1,52-12,82] p=0,006) e hiponatremia severa (definida como Na

Conclusiones: La disfunción ventricular derecha puede ser un factor de mal pronóstico en el episodio de IC aguda en un contexto de síndrome cardiorenal. Presentar un mayor declive anual del FG o ingresos previos con descompensación renal también se han relacionado con mayor mortalidad en nuestro trabajo. El tratamiento mantenido con bloqueo del SRAA y el uso de AEEs se han mostrado como factores protectores. La hiponatremia durante el episodio se comporta como un marcador de gravedad y mayor mortalidad a corto plazo.

709 SENSIBILIDAD DE LOS ANCA EN EL DIAGNÓSTICO DE LAS VASCULITIS

I. GÓMEZ ROJAS¹, T. NIÑO MOJICA¹, L. SALANOVA VILLANUEVA¹, B. QUIROGA GILI¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA (ESPAÑA)

Introducción: La positividad de los anticuerpos frente a citoplasma de neutrófilo (ANCA) en muchas ocasiones no obedece a un diagnóstico de vasculitis. El objetivo del presente estudio es determinar la sensibilidad de los ANCA en una cohorte de pacientes con diferentes diagnósticos.

Métodos: Se incluyeron todos los pacientes con ANCA positivos (frente a mieloperoxidasa [MPO] y/o proteinasa 3 [PR3]). Se recogieron características basales y el diagnóstico final. Se analizaron la sensibilidad de los ANCA en el diagnóstico de las vasculitis, la correlación con otros autoanticuerpos y la asociación con otros diagnósticos de enfermedades autoinmunes.

Resultados: Se incluyeron 57 pacientes (67% mujeres, edad 63±16 años). De ellos, 32 (56%) tenían PR3 positivos y 41 (72%) MPO. Entre los pacientes con 41 MPO positivos, 17 (41%) tenían un diagnóstico de vasculitis, correspondiendo una sensibilidad del 71%. Todos los casos de Takayasu, panarteritis nodosa (PAN), poliangeítis microscópica (PAm), poliangeítis con granulomatosis (PAG) y crioglobulinémica tenían MPO positivo. En cuanto a la positividad de MPO en pacientes sin vasculitis, 1 paciente tenía un lupus eritematoso sistémico (LES), otro VIH, cuatro virus de la hepatitis C, y 8 otras enfermedades autoinmunes. El 5% de los pacientes con MPO positivo tenían factor reumatoide positivo, el 20% anticuerpos frente a RO, el 26% anticuerpos antinucleares (ANA) y el 25% anti-DNA positivos.

Entre los 32 pacientes con PR3 positivos, 7 (22%) tenían un diagnóstico final de vasculitis, correspondiendo una sensibilidad de 28%. El 67% de los pacientes con PAG y el 50% con PAm tenían anticuerpos PR3 positivos. Un PR3 positivo se asoció a LES en un paciente, enfermedad inflamatoria intestinal en un paciente, VIH en un paciente, VHC en dos pacientes, cirrosis biliar primaria en un paciente y otras enfermedades autoinmunes en 5 pacientes. El 37% de los pacientes con PR3 positivo tiene ANA y el 25% anti-DNA positivos.

Conclusiones: Los anticuerpos frente a MPO presentan una aceptable sensibilidad (71%) mientras que los PR3 presentan una baja sensibilidad (28%) en el diagnóstico de vasculitis. Se debe descartar la presencia de otras patologías que puedan condicionar un resultado positivo diferente a la vasculitis.

710 MICROANGIOPATÍA TROMBÓTICA PRIMARIA Y SECUNDARIA. EXPERIENCIA CON ECULIZUMAB

M. MOMPO RAMOS¹, MC. RAMOS TOMÁS¹, I. VIEJO BOYANO¹, M. PERIS FERNÁNDEZ¹, F.J. MARQUÉS ORTEGA¹, A. PERIS DOMINGO¹, E. GARRIGÓS ALMERICH¹, J. HERNÁNDEZ JARAS¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARI I POLITÈCNIC LA FE (VALENCIA)

Introducción: En la microangiopatía trombótica (MAT) está implicado el complemento, por lo que el eculizumab es de utilidad tanto en sus formas primarias como secundarias.

Material y métodos: Análisis observacional retrospectivo de pacientes diagnosticados de MAT entre 2016-2022 que reciben eculizumab. Se analizaron etiología, diagnóstico y tratamiento de la MAT y se miden parámetros renales y hematológicos al diagnóstico, 2^a, 4^a dosis, y a los 6 meses tras retirada del fármaco.

Resultados: Se analizaron 22 pacientes (45% varones) cuya edad media fue 37,7 años. 15 eran portadores de trasplante de órgano sólido (TOS); (46,67% renal, 33,33% pulmonar, 6,67% cardíaco, 6,67% hepático, 6,67% pulmón-riñón). Se biopsió a 10 pacientes, todos compatibles con MAT. 4 presentaron estudio genético con alteración del complemento (3 deleciones CFH1-CFH3, y 1 mutación factor H), y mantienen eculizumab actualmente. La etiología más frecuente fue la infecciosa (40,91%; 2 COVID, 2 E.Coli toxina Shiga +, 2 C.Difficile, 2 CMV y 1 VEB+ gripe A). Posteriormente, mixta (27,27%) y farmacológica (27,27%) (ACN/ Inh mTOR), eclampsia (9,09%), y finalmente, enfermedades sistémicas autoinmunes (4,55%). La mediana de inicio de eculizumab fueron 7 días. En la tabla 1 se recogen las variables resultado; se observa una mejoría estadísticamente significativa (p< 0,05) a nivel renal y hematológico desde la 2^a dosis. Se reduce la Cr pico en un 50% en el 76,76% de la muestra. A los 6 meses tras la retirada del fármaco, el único parámetro sin significación estadística es la Cr (posiblemente en relación con otras etiologías de ERC intercurrentes) Las reacciones adversas fueron leves. 8 de los 12 pacientes (54,5%) que requirieron terapia renal sustitutiva al diagnóstico, no la precisaron al finalizar eculizumab. Los 4 pacientes que permanecieron en hemodiálisis, tardaron más de 7 días en iniciar tratamiento y son portadores de TOS. 2 pacientes fallecieron. No ha habido recaídas.

Conclusiones: Eculizumab mejora la MAT de forma temprana tanto parámetros renales como hematológicos de forma significativamente estadística. Es seguro y eficaz en MAT primaria y secundaria.

Tabla 1.

	DIAGNÓSTICO	2ª DOSIS		4ª DOSIS		6 MESES RETIRADA	
		Media	p-valor	Media	p-valor	Media	p-valor
Cr	5,88	2,7	0,001	2,01	0,000	3,22	0,136
FG	13,33	37,91	0,000	53,72	0,002	52,45	0,008
Hb	6,62	9,5	0,000	10,41	0,000	12,32	0,000
LDH	1816	507,67	0,001	385	0,008	254,17	0,017
Plaquetas	62,61	202	0,000	221,71	0,001	238,33	0,003
Haptoglobina	9	51,19	0,013	126,42	0,005	107,24	0,018

711 CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO ASISTENCIAL DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA (ERC) EN ESPAÑA. PROYECTO CARABELA-CKD

B. QUIROGA GILI¹, J.J. APARICIO SÁNCHEZ², U. ARANDA OLIVA³, JI. DIAGO CABEZUDO⁴, FJ. ESCALADA SAN MARTÍN⁵, JJ. GORGOJO MARTÍNEZ⁶, M. PÉREZ MARAVER⁷, P. RUIZ LÓPEZ⁸, M. SÁLGUEIRA LAZO⁹, P. DE SEQUERA ORTIZ¹⁰

¹SERVICIO DE NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PRINCESA (MADRID/ESPAÑA); ²MEDICAL AFFAIRS. BIOPHARMACEUTICALS MEDICAL, ASTRAZENCA (MADRID/ESPAÑA); ³MEDICAL AFFAIRS. BIOPHARMACEUTICALS (MADRID/ESPAÑA); ⁴DEPARTAMENTO DE ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN. CLÍNICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA (PAMPLONA/ESPAÑA); ⁵SERVICIO DE ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN. HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCÓN (MADRID/ESPAÑA); ⁶SERVICIO DE ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BELLVITGE (BARCELONA/ESPAÑA); ⁷PRESIDENTE. ASOCIACIÓN MADRILEÑA DE CALIDAD ASISTENCIAL (AMCA) (MADRID/ESPAÑA); ⁸UNIDAD DE NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA (SEVILLA/ESPAÑA); ⁹SERVICIO DE NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA LEONOR (MADRID/ESPAÑA)

Introducción: La ERC afecta a 1 de cada 7 adultos en España. Se caracteriza por un proceso asistencial multidisciplinar que requiere la coordinación de todos los profesionales y niveles asistenciales involucrados bajo un modelo integrado. Carabela-CKD tiene como objetivo identificar las claves para estandarizar y adecuar los modelos de abordaje actuales de la ERC en España.

Material y método: Proyecto codesarrollado por S.E.N., S.E.E.N., S.E.C.A. y AstraZeneca que aplica una metodología Kaizen de ingeniería de procesos. Partió de una fase de caracterización basada en la recogida y evaluación de indicadores clave en el abordaje de la ERC en 5 hospitales piloto, donde se identificaron diferentes modelos asistenciales, líneas de acción, ejes de cambio e indicadores de calidad. Posteriormente, los indicadores fueron validados y priorizados en un foro nacional bajo el método DELPHI. A nivel regional, se priorizaron líneas de acción y generaron soluciones. Los resultados fueron consensuados y validados por >60 profesionales sanitarios.

Resultados: Se identificaron 9 variables en la caracterización de 3 modelos asistenciales principales, junto con 25 indicadores para medir la transformación (Tabla). Se definieron 8 ejes de cambio: coordinación interprofesional, formación a profesionales/pacientes, cultura de registro del dato, estandarización de protocolos/procesos asistenciales o roles/funciones de enfermería y otras especialidades, accesibilidad a recursos y experiencia del paciente/resultados en salud. Sobre estos ejes se plantearon 17 líneas de acción: establecimiento de un canal informático ágil de comunicación A.P.-A.H., implantación de gestores de casos para transiciones intra-/extra-hospitalarias, estandarización de herramientas sobre "PROMs y PREMs" o la protocolización de rutas asistenciales multidisciplinares del paciente crónico, entre otras.

Conclusiones: Este trabajo constituye una propuesta de caracterización y optimización del modelo actual de abordaje de la ERC. La definición de estos parámetros e indicadores podría ayudar a establecer las bases para la estandarización de recomendaciones que permitan mejorar la atención del paciente con ERC.

[Ver tabla](#)

712 KYDNEY FRAILTY CALCULATOR: UNA NUEVA HERRAMIENTA PARA VALORAR FRAGILIDAD EN EL PACIENTE RENAL

R. MOUZO MIRCO¹, JA. GONZALEZ FERNANDEZ², MA. ROMERO RUIZ³, S. UTA⁴, M. CERVENKA¹, ML. ALVAREZ ALEJANDRE¹, D. ORTIZ DEL OLMO⁵, MM. MARTINEZ ALVAREZ⁶, F. CURIEL FERIA⁴

¹NEFROLOGIA. HOSPITAL EL BIERZO (PONFERRADA/ESPAÑA); ²UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS. HOSPITAL EL BIERZO (PONFERRADA/ESPAÑA); ³TRAUMATOLOGIA. HOSPITAL EL BIERZO (PONFERRADA/ESPAÑA); ⁴URGENCIAS. HOSPITAL EL BIERZO (PONFERRADA/ESPAÑA)

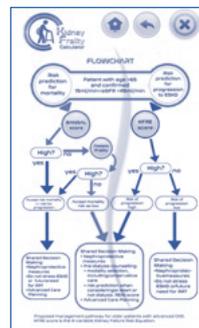
Introducción y objetivos: El aumento de la esperanza de vida en las últimas décadas, tanto en España como en los países desarrollados en general, se asocia con el incremento del número de pacientes con enfermedad renal crónica avanzada (ERCA). Ante este hecho, cada vez es más frecuente que el nefrólogo necesite valorar si este tipo de paciente es candidato o no a terapias renales sustitutivas (TRS). En este contexto, nace una App denominada "Kidney Frailty Calculator" que desarrolla las Guías del "European Renal Best Practice Group Clinical Practice: Guideline on management of older patients with chronic kidney disease stage 3b or higher (eGFRhttps://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28391313, con el objetivo de ayudar al médico a definir la situación de su paciente en cuanto a supervivencia, progresión de la ERC, calidad de vida y en la toma de decisiones sobre la conducta a seguir.

Métodos: La valoración se realiza mediante el cálculo de Kidney Failure Risk Equation, Bansal Score y Clinical Frailty Scale, cuyos resultados se utilizan en un Algoritmo final que orienta al nefrólogo en la toma de decisiones. Además, la App dispone de otras numerosas pruebas adicionales que ayudan a personalizar la valoración en cada paciente.

Resultados: Se valora Predicción Riesgo de Mortalidad y Predicción Riesgo de Progresión a ERTC para la toma compartida de decisiones como Medidas nefroprotectoras; Planificación avanzada de cuidados; Valoración necesidad actual o futura de TRS; Valoración en este segundo caso, si precisa asesoramiento previo a diálisis (selección de modalidad, incluida medidas conservadoras); y finalmente, Predicción riesgo al considerar iniciar o no TRS. Además, posee otras funciones como: Copiado, que permite exportar los resultados obtenidos a documentos; Guías con links a publicaciones de interés sobre el tema; y Fórmulas utilizadas para el cálculo de los resultados obtenidos con sus Referencias.

Conclusiones: En un contexto creciente de envejecimiento significativo de la población con ERC, en donde el concepto de Fragilidad tiene cada vez mayor presencia en nuestra especialidad, nace la aplicación "Kidney Frailty Calculator" como una nueva herramienta que ayuda al nefrólogo a definir la situación de su paciente en cuanto a supervivencia, calidad de vida y en la toma de decisiones sobre la conducta a seguir. La descarga gratuita desde Apple Store o Google Play y su uso amigable facilitan su utilización. Sin embargo, como toda App, se trata sólo de una herramienta que nunca podrá sustituir al criterio clínico.

Figura 1.



713 DECISIONES COMPARTIDAS EN ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA AVANZADA

L. RAMOS¹, M. MOHARRA¹, B. BAYÉS², F. COFAN³, JM. DÍAZ⁴, X. FULLADOSA⁵, I. GARCÍA⁶, L. SANS⁶

¹ÁREA DE ESTRATEGIA EN SALUD. AQUAS (BARCELONA); ²NEFROLOGÍA. HOSPITAL CLÍNIC (BARCELONA); ³NEFROLOGÍA. FUNDACIÓ PUIGVERT (BARCELONA); ⁴NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARI DE BELLVITGE (HOSPITALET DE LLOBREGAT); ⁵NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARI JOSEP TRUETA (GIRONA); ⁶NEFROLOGÍA. HOSPITAL DEL MAR (BARCELONA)

Objetivo: Elaborar una herramienta de ayuda a la toma de decisiones compartidas (HATDC) en enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) y promover su evaluación e implementación.

Material y método: Cuando existe más de una opción terapéutica disponible para una determinada condición de salud o enfermedad, las HATDC aportan información objetiva sobre las diferentes opciones y sus ventajas e inconvenientes. Las HATDC facilitan la conversación entre profesionales y pacientes para la toma de decisiones informadas, teniendo en cuenta los valores y preferencias de cada persona. La iniciativa Decisiones Compartidas de AQUAS genera, desde el año 2015, HATDC disponibles en la web decisionescompartides.gencat.cat. En este sentido, siguiendo una metodología de síntesis de la evidencia científica y análisis cualitativo, se ha elaborado una HATDC en ERCA y se han analizado las visitas web anuales. Posteriormente, se evaluará el perfil de los usuarios y la utilidad de la herramienta mediante un cuestionario web, con el fin de elaborar una estrategia de implementación de la HATDC en colaboración con los Servicios de Nefrología de diferentes hospitales de Cataluña.

Resultados: La HATDC en ERCA fue publicada en la página web decisionescompartides.gencat.cat en 2015 y su contenido fue actualizado en 2021. Participaron 7 profesionales especialistas en nefrología y 8 pacientes, además de la Sociedad Catalana de Nefrología y la Asociación de Pacientes con Enfermedad Renal de Cataluña (ADER). En 2022, la herramienta en ERCA recibió 7.357 visitas, siendo la tercera herramienta de AQUAS más visitada.

Conclusiones: Se ha elaborado con éxito el HATDC en ERCA. Se trata de la tercera HATDC de AQUAS más visitada de las 14 actualmente disponibles. El cuestionario web aportará información sobre el perfil de los usuarios, la utilidad de la herramienta y cómo mejorar su aplicación en la práctica clínica diaria. Los resultados obtenidos permitirán, con la colaboración de los distintos centros hospitalarios, idear una estrategia de implementación eficaz.

714 EXPERIENCIA DE UNA CONSULTA MONOGRÁFICA DE ONCO-NEFROLOGÍA TRAS 2 AÑOS DE SU PUESTA EN MARCHA

MJ. REGUERA CARMONA¹, PM. GARCÍA GARCÍA¹, A. ALONSO BETHENCOURT¹, C. RODRIGUEZ ALVAREZ¹, O. SIVERIO MORALES², D. LUIS RODRIGUEZ³, E. MARTIN IZQUIERDO⁴, V. DOMINGUEZ PIMENTEL⁵, E. GALLEGU DE MORA-ESPERANZA⁶, M. MACÍA DE LAS HERAS¹

¹NEFROLOGIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DE CADELARIA (SANTA CRUZ DE TENERIFE)

Introducción: La patología renal en las especialidades de Onco-Hematología ha aumentado en los últimos años debido al desarrollo de nuevos fármacos, la afectación renal asociada a las neoplasias y la complejidad de los enfermos junto con el aumento en la esperanza de vida. El objetivo del estudio es evaluar las características y la evolución de los pacientes remitidos a la consulta de Onco-nefrología desde Enero/2020 hasta Diciembre/2022.

Material y métodos: Estudio observacional y descriptivo de los pacientes valorados en consulta de Onco-nefrología desde su puesta en marcha hasta Diciembre/2022. Analizamos las características clínico-demográficas y la evolución de los pacientes en consulta.

Resultados: Se valoraron 123 pacientes, 65 varones (52,8%), el resto mujeres con una media de edad de 66.9 años. El 66,6% eran hipertensos y el 36,5% diabéticos. El motivo más frecuente de consulta fue la insuficiencia renal (78%) presentando fracaso renal agudo el 19,5% y ERC el 80,5%, seguido de la proteinuria (14,6%), alteraciones iónicas (4%) e hipertensión (3,25%). Las neoplasias más frecuentes fueron las hematológicas (47,15%). De las sólidas, las ginecológicas fueron las más prevalentes, seguidas de las genitourinarias. Padecían enfermedad metastásica un 30% de los pacientes. Respecto al tratamiento, el 35,7% recibió tratamientos combinados (cirugía/RDT/ fármacos), el 24,3% quimioterapia, inmunoterapia el 3,25%, hormonoterapia el 7,31%. Sin embargo, el 24,3% no había sido tratado en la primera consulta. Las consultas fueron realizadas principalmente por Oncología (47,1%) y Hematología (33,3%). En la primera consulta la mediana de creatinina fue 1.6mg/dl. Un 22,7% presentaban proteinuria >500mg/dl (14,6% nefrótica) y el 22% de los pacientes valorados no tenían estudio urinario. Respecto a la terapia renal sustitutiva, se emplearon filtros de PMMA en 5 pacientes al debut de la neoplasia hematológica y 1 paciente afecto de leucemia precisó diálisis por reagudización renal secundaria a síndrome de lisis tumoral. Ninguno precisó diálisis crónica. Se realizaron 7 biopsias renales por proteinuria nefrótica, Sº nefrítico y ERC. El hallazgo histológico predominante fue la amiloidosis, GMN proliferativa y toxicidad farmacológica. El 32,5% de los pacientes fueron dados de alta de seguimiento por resolución del motivo de consulta. Fallecieron por progresión tumoral el 17,8%.

Conclusiones: La mayoría de los pacientes oncohematológicos son derivados a la consulta por ERC para completar estudios y entretener la progresión renal, pero un elevado porcentaje son remitidos sin estudio urinario. La patología hematológica es la más prevalente y la más diagnosticada en biopsia renal. Sólo un 4,8% de los pacientes precisaron TRS con recuperación de la función renal. Consideramos que la Onco-nefrología es un ejemplo de abordaje integral para diagnosticar, asistir y prevenir de forma precoz las complicaciones renales e ingresos hospitalarios.

715 PREVALENCIA Y TIPOS DE HIPONATREMIAS ATENDIDAS POR NEFROLOGÍA EN INTERCONSULTAS HOSPITALARIAS EN EL PERÍODO 2019-2022

M. HERAS BENITO¹, M. RODRIGO VILLAMOR², V. CALLE PÉREZ³, JA. MENACHO MIGUEL¹, MP. FRAILE GÓMEZ¹, A. MARTÍN ARRIBAS¹, K. RIVERO GARCÍA¹, MA. LIZARAZO SUAREZ¹, AR. FALCONI SARMIENTO¹, C. FONSECA DE JESUS SILVA⁴

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA (SALAMANCA.ESPAÑA), ²NEFROLOGÍA. FACULTAD DE MEDICINA. UNIVERSIDAD DE SALAMANCA (SALAMANCA.ESPAÑA), ³NEFROLOGÍA. FACULTAD DE MEDICINA. UNIVERSIDAD DE SALAMANCA (SALAMANCA.ESPAÑA), ⁴NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA (SALAMANCA.ESPAÑA)

Introducción: La hiponatremia es el trastorno electrolítico más común en hospitalizados. Objetivo: Analizar la frecuencia y características de hiponatremias que son objeto de interconsulta hospitalaria a Nefrología.

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo retrospectivo de hiponatremias atendidas en el periodo 2019-2022. De la base de datos de interconsultas de Nefrología se seleccionaron las hiponatremias. De la historia clínica se registraron datos sociodemográficos, antecedentes personales patológicos y tratamientos empleados crónicamente, natremia crítica. Se valoró la clínica presentada, el tratamiento empleado y complicaciones derivadas de corrección rápida. La estadística se hace con SPSS 26.0. Datos expresados en media \pm ds. Para comparar variables cuantitativas se utilizó ANOVA y para variables cualitativas se usó Chi-cuadrado. $P < 0,05$.

Resultados: Del total de 2633 interconsultas atendidas, 133 correspondían a hiponatremias (5,05%); 72 hombres (54,13%). La edad media de pacientes con hiponatremia fue de $69,65 \pm 13$ años [26-93]. El 13,5% vivían en un centro sociosanitario. 40,6% con diabetes mellitus, 63,2% con hipertensión arterial y 39,8% enfermedad renal crónica. Usaban hipotensores 78,2%, diuréticos 60,2%. La natremia crítica fue de $121,92 \pm 5$ mEq/L [105-131] y la última natremia al alta, fue de $134,07 \pm 4$ mEq/L. Atendiendo al volumen extracelular (VEC) y osmolaridad elevada (pseudohiponatremias), la distribución fue: N=71 (53,4%) con VEC elevado [insuficiencia cardíaca la más común de este grupo con n=37]; N=30 (22,6%) hipovolémicas; N=22 (16,5%) normovolémicas [síndrome de secreción inapropiada de hormona antidiurética idiopática y secundario n=18, insuficiencia suprarrenal n=3, diabetes insípida n=1] y N=10 (7,5%) pseudohiponatremias ([hiperglucemia n=3, nutrición parenteral n=7]). La natremia más baja se registró en normovolémicas (natremia de $117,23 \pm 5$ mEq/L) versus resto de grupos ($p < 0,000$). 74 pacientes (55,6%) con criterios de gravedad (sodio ≤ 125 mEq/L). 45 pacientes (35,8%) de pacientes presentaron algún tipo de clínica, 3 convulsiones y 1 coma como graves y 5 caídas. Tratamientos empleados: furosemida en el 57,9%, suero salino hipertónico en 27,1%, hemodiálisis el 5,3%. La corrección rápida de natremia (>10 mEq/24h) se detectó en 14,3% casos. No hubo ninguna mielinólisis cerebral pontina. Tuvieron ingresos posteriores con hiponatremia o recaídas de la misma durante el ingreso el 36,1%. Se registraron 71 exits (53,4%) de pacientes durante el proceso de recogida de datos del estudio.

Conclusiones: la mayoría de interconsultas solicitadas a Nefrología por hiponatremia tienen criterios de gravedad; siendo las categorizadas en normovolémicas donde se detectan menores valores de natremia. Las hiponatremias hipovolémicas son las que requieren atención nefrológica con mayor frecuencia.

716 IMPACTO DE LAS MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS EN LA INCIDENCIA DE HOSPITALIZACIONES POR INFECCIÓN RESPIRATORIA EN PACIENTES DE CENTROS DE HEMODIÁLISIS

G. USECHE-BONILLA¹, M. SANZ SAINZ², J. PORRAS-ALONSO³, AJ. MARIN FRANCO⁴, I. DE LEÓN-PONCE DE LEÓN⁵, C. ALFARO-SANCHEZ⁶, JL. PIZARRO LEÓN⁷, S. MARTÍNEZ-VAQUERA⁸

¹DIRECTOR MÉDICO. DIAVERUM NEFROCLUB (VALENCIA - ESPAÑA), ²DIRECTORA MÉDICA. DIAVERUM MADRID (MADRID - ESPAÑA), ³CLINIC APPLICATION SPECIALISTS. DIAVERUM ESPAÑA (ESPAÑA), ⁴DIRECTOR MÉDICO. DIAVERUM PONFERRADA (PONFERRADA - ESPAÑA), ⁵IT MANAGER. DIAVERUM ESPAÑA (ESPAÑA), ⁶DIRECTOR MÉDICO. DIAVERUM GALICIA (SANTIAGO - ESPAÑA), ⁷DIRECTOR MÉDICO. DIAVERUM MALAGA (MALAGA - ESPAÑA), ⁸DIRECTORA MÉDICA. DIAVERUM ESPAÑA (ESPAÑA)

Introducción: Las medidas no farmacológicas para el control de la pandemia por la enfermedad del n-Coronavirus 2019 (COVID-19) también afectaron la incidencia habitual de otras enfermedades respiratorias estacionales y no estacionales. Nuestro objetivo es analizar el impacto de las medidas no farmacológicas contra COVID-19 en la incidencia de hospitalizaciones por infecciones respiratorias en pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis en centros satélites de España.

Materiales y métodos: Se recogieron datos de pacientes de 47 centros de diálisis en España, enfocándonos en datos relacionados con hospitalización por infección respiratoria, en 3 periodos definidos: 01/01/2016 al 31/12/2019 (pre-pandemia); 01/01/2020 al 31/12/2021 (confinamiento) y 01/01/2022 al 31/12/2022 (post-confinamiento). Para evitar sesgos no se tomaron en cuenta registros de infección por COVID. En cada periodo se incluyeron los datos de todos los pacientes prevalentes al inicio del periodo, no se tomaron en cuenta los que fueron dados de alta durante el periodo. Se realizó un análisis de supervivencia para eventos recurrentes, por medio del software estadístico R.

Resultados: Se analizaron los datos de 11499 registros en la historia electrónica. El número total de pacientes por periodo es de: 2769 en el primero, 3770 en el segundo y 4251 en el tercero. Los pacientes, en su mayoría hombres de 73 años de media, hipertensos, con un 50% de prevalencia de diabetes y tabaquismo, no mostraron diferencias significativas entre los grupos. En el análisis de supervivencia se evidenció una disminución del riesgo de infección respiratoria durante el confinamiento (HR=0.54) y post-confinamiento (HR=0.72), ambas con significación estadística.

Conclusiones: La persistente reducción del riesgo en el periodo post-confinamiento sugiere que el uso continuado de mascarillas en los entornos sanitarios puede haber contribuido a disminuir el contagio entre pacientes durante sus tratamientos de diálisis. Se recomienda realizar estudios futuros para explorar más a fondo el impacto de estas medidas y buscar otras estrategias preventivas para reducir las hospitalizaciones.

Figura 1.

Análisis de supervivencia para eventos recurrentes				
Variables	HR	95% IC ^a	q ^b	
Periodo				
Pre-pandemia	—	—	—	
Confinamiento	0.54	0.46, 0.65	<0.001	
Post-confinamiento	0.72	0.59, 0.89	<0.001	
Edad				
1.03	1.03, 1.04	0.002		
Sexo				
1.08	0.91, 1.27	0.4		
Hipertensión Arterial				
0.84	0.66, 1.08	0.2		
Diabetes Mellitus				
1.30	1.13, 1.50	<0.001		
Tiempo en diálisis				
1.00	1.00, 1.00	<0.001		
Hábito tabaquico				
No Fumador				
Fumador				
1.44	1.22, 1.71	<0.001		
2.11	1.67, 2.67	<0.001		

^aHR = Hazard Ratio, IC = Intervalo de Confianza
^bCorrección de la tasa de descubrimiento falso para pruebas múltiples

717 APLICACIÓN DE HERRAMIENTAS DE COACHING EN LA CONSULTA DE NEFROLOGÍA GENERAL Y UNIDAD DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL

F.J. LAVILLA ROYO¹

¹NEFROLOGÍA. CLINICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA (PAMPLONA/ESPAÑA)

Objetivo: La implementación de técnicas de coaching en la consulta de Nefrología pueden ayudar a mejorar el conocimiento por parte del paciente de su estado de salud y objetivos de cuidado.

Material y métodos: Estudio prospectivo iniciado en la consulta de Nefrología y en la Unidad de HTA, en Julio de 2022, incluyendo 318 pacientes con una edad media de 65 años (EE 0.77), Varones 66.8%. Siendo diagnosticados de HTA 44.2%, insuficiencia renal crónica (IRC) 40.1% y diabetes 17.5%. Se aplicó en la consulta una encuesta mediante una rueda de salud que categorizaba de 1 a 3 el seguimiento de la dieta, actividad física, calidad del sueño, control de la salud, seguimiento medicación, actividad laboral-diaria, entorno socio-familiar y estado emocional (1: negativo, 2: neutro, 3 positivo). Al final el paciente puntuaba su estado de salud en una escala de 1 a 10 (malestar a bienestar)

Resultados: Las puntuaciones obtenidas de la escala de bienestar ofrecían una media de 7.35 EE 0.075. Esa puntuación se asociaba a la edad de forma inversa aunque con dispersión ($p=0.016$, $r=-123$). No se apreciaban diferencias entre poblaciones según presencia de HTA, diabetes o IRC. Valorando por separado los ítems cuestionados. El seguimiento de la dieta obtenía diferencias ($p < 0.001$): 1: 6.9 EE 0.199, 2: 7.25 EE 0.128, 3: 7.55 EE 0.104. Actividad física ($p < 0.001$): 1: 6.54 EE 0.164, 2: 7.41 EE 0.133, 3: 7.76 EE 0.095. Descanso ($p < 0.001$): 1: 7.15 EE 0.247, 2: 6.93 EE 0.131, 3: 7.63 EE 0.095. Actividad laboral-diaria ($p < 0.001$): 1: 6.28 EE 0.376, 2: 6.33 EE 0.185, 3: 7.63 EE 0.077. Entorno socio-familiar ($p < 0.001$): 1: 6.31 EE 0.548, 2: 6.39 EE 0.165, 3: 7.68 EE 0.165. Estado Emocional ($p < 0.001$): 1: 5.56 EE 0.429, 2: 6.59 EE 0.142, 3: 7.77 EE 0.076. En la valoración subjetiva del estado de bienestar de todas las variables, la que más influye en el estado emocional, seguido de la actividad física y el entorno socio-familiar (t: 5.501, 3.928, 2.535 respectivamente).

Conclusiones: La implementación de técnicas de coaching en la consulta de Nefrología General y en la Unidad de hipertensión arterial puede ayudar a que el paciente tome conciencia de los apartados en los que podría mejorar, así como mejorar el conocimiento de su estado de bienestar, de forma fácil y sencilla, sin recurrir a herramientas más complejas. Por otro lado se advierte la mayor influencia del estado emocional en la sensación subjetiva de bienestar, seguida del cumplimiento de la actividad física y el entorno socio-familiar, siendo elementos a trabajar desde la consulta.

718 INHIBIDORES DEL CHECK-POINT (ICP) Y SU REPERCUSIÓN RENAL: NUESTRA EXPERIENCIA

AG. GARCÍA DE BUSTOS¹, AO. OLARTE GARCÍA¹, AG. GOYOAGA ALVAREZ¹, IZ. ZIMARRO ZALBIDEA¹, AF. FERNANDEZ URIARTE¹, MC. CARDENAS SIERRA², FG. GARICANO GOLDARAZ³, PG. GARRIDO VALTIERRA³, JF. FERREIRO QUINTANA³, JJ. JIMENO MARTIN¹

¹NEFROLOGÍA. OSAKIDETZA (GALDAKAO), ²FARMACIA. OSAKIDETZA (GALDAKAO), ³ONCOLOGÍA MÉDICA. OSAKIDETZA (GALDAKAO)

Introducción: La aparición de nuevas terapias antineoplásicas como los ICP, han revolucionado la oncología durante la última década. Sin embargo, se asocian a efectos adversos inmunomediados (EAI), incluyendo la nefritis tubulo-intersticial aguda (NTIA). Nuestro objetivo es describir la repercusión renal de los pacientes tratados con ICP en nuestro centro.

Materiales y métodos: Realizamos un estudio descriptivo de pacientes pertenecientes a Oncología Médica de nuestro hospital que iniciaron ICP en monoterapia en 2019. Determinamos: edad, sexo, fármaco y número de ciclos, creatinina (Cr) al inicio, Cr máxima durante el tratamiento y al 1º y 3º año, diagnóstico de ERC, así como la presencia de fracaso renal agudo (FRA) con o sin NTIA asociada (según criterios guías ASCO), eosinofilia, piuria estéril y tratamiento con IBP, AINEs o alopurinol durante el tratamiento.

Resultados: Se obtuvo una muestra de 61 pacientes con edad media 66,9 años siendo el 82% varones, padecían ERC el 26,2% (n=16). Tratados con Pembrolizumab (n=29), Atezolizumab (n=16), Nivelolumab (n=11), Durvalumab (n=4) y Avelumab (n=1), con 5,8 ciclos de media. La Cr media pre-tratamiento fue de 0,9 mg/dl, siendo la máxima durante el tratamiento 1,16; al año 1,02 y al 3º año 0,93. 13 pacientes cumplieron criterios de FRA (21,3%) durante el tratamiento con 12,5 ciclos de media; de ellos 6 padecían ERC (46,2%), 4 eosinofilia (30,8%), sólo 3 pacientes cumplieron criterios de NTIA (4,9%), en 4 pacientes hubo que suspender el tratamiento por nefrotoxicidad y en el 40% no se determinó sedimento. Los 3 casos diagnosticados de NTIAs fueron en varones y tratados con pembrolizumab con una media de 1,9 ciclos, ninguno sobrevivió más de un año; ¾ tomaban IBP, ½ tenía prescrito algún AINE y ninguno tomaba alopurinol. Durante el tratamiento, el 80%, 42% y 4% de los pacientes tuvieron pautados IBP, AINE y Alopurinol respectivamente, desarrollaron eosinofilia el 18%, el 24,6% tuvo EAIs no renales (los más frecuentes colitis y neumonitis) y en más de la mitad (57,4%) no se obtuvo sedimento urinario durante el tratamiento.

Conclusiones: En nuestra muestra los ICP se asociaron a aumento de Cr y episodios de FRA durante el tratamiento con implicaciones graves como la suspensión del mismo. Probablemente detectáramos más NTIAs monitorizando el sedimento urinario. Consideramos positivo crear equipos de trabajo de Onco-Nefrología. Necesitamos estudios mayores para obtener datos más precisos.

Resúmenes

Miscelánea

719 CONSULTA DE ONCONEFROLOGÍA: UN VALOR DE PACIENTE COMPLEJO

M. PARRA COLLADO¹, J. PANTOJA PEREZ², A. VALERO ANTON¹, P. GANDIA UREÑA¹, V. ESCUDERO QUESADA¹, C. CASTRO ALONSO¹, E. VIVO ORTI¹, A. AVILA BERNABEU¹, I. MAESTRO MAQUES¹, A. SANCHO CALABUIG¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL DR PESET (VALENCIA),²ONCOLOGÍA. HOSPITAL DR PESET (VALENCIA)

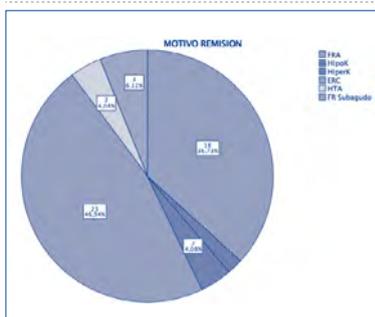
Introducción: La aparición de las nuevas terapias dirigidas e inmunoterapia ha supuesto un gran avance en el tratamiento y el pronóstico del paciente oncológico. En Junio de 2021 se inició la consulta de Onconefrología en nuestro centro.

Material y método: Se recogieron prospectivamente los pacientes remitidos a Nefrología desde Junio de 2021 a Abril de 2023. Se analizaron sus características demográficas, clínicas, analíticas basales, y situación oncológica y motivo de remisión.

Resultados: Se analizaron un total de 49 pacientes. La edad media era de 69,3±10,5 años. 39% eran mujeres. El IMC medio fue de 29,5±6,5 Kg/m² (29% obesos), 73,5% HTA, 30,6% DM2 y 53,5% dislipémicos. 24 de 49 pacientes cumplían criterios de ERC (14 % además nefrectomizados). La Cr a la remisión fue 1,62±0,7 mg/dl (FGe 43±17 ml/min/1.73m²), siendo la previa Cr 1,34±0,5 mg/dl (FGe 54,5±21 ml/min/1.73m²). El motivo fundamental de remisión fue la ERC y/o su progresión en un 47 % de los casos, seguido del FRA en 18 (36 %). 2 pacientes fueron remitidos por diselectrolitemia, 2 por HTA y 3 por FR subagudo. 22 pacientes (45%) tenía enfermedad metastásica y 14 (28%) estaba en progresión. A 3 pacientes se les practicó biopsia renal: 2 de ellos fueron NTIA inmunorrelacionada y 1 fue NTA atribuida a Pemetrexed. La neoplasia mas habitual fue la pulmonar (35%), seguida del colon/recto (14 %). Los fármacos oncológicos mas utilizados son: Cisplatino (41%), seguido de la inmunoterapia (18%). El resto se presenta en la gráfica. Al seguimiento, 14 pacientes fueron éxitos. Un 10 % de los pacientes eran de un Departamento de Salud diferente al nuestro. Cada paciente al seguimiento realizó una media de 6,7 visitas.

Conclusiones: El paciente oncológico remitido a Nefrología presenta un riesgo cardiovascular elevado y casi el 50 % ya tienen ERC. El motivo mas frecuente de remisión es la ERC y la neoplasia mas habitual la pulmonar. Se ha visto un aumento en el uso de terapias dirigidas e inmunoterapia. La consulta de Onconefrología propicia una vía ágil de atención estrecha del paciente Onconefrológico complejo, que supone con un importante consumo de recursos.

Figura 1.



720 DIFERENCIAS ENTRE LOS JÓVENES NEFRÓLOGOS ESPAÑOLES SEGÚN SU GÉNERO. ¿CUÁL ES LA REALIDAD? ANÁLISIS Y EVOLUCIÓN 2017-2022

J. JUEGA¹, B. FERNÁNDEZ², M. PÉREZ-FONTÁN³, M.J. PÉREZ-SÁEZ⁴, D. REDONDO¹, D. ARROYO¹, L. MEDINA⁵, C. GARCÍA⁶, A. BUXEDA⁷, M. MONTOMOL⁸

¹GRUPO COORDINADOR JOVSEN 2014-2019. SEN (ESPAÑA),²GRUPO COORDINADOR JOVSEN DESDE 2019. SEN (ESPAÑA),³RESPONSABLE DEL GRUPO JOVSEN DE LA JD DE LA S.E.N. 2014-2020. SEN (ESPAÑA) El trabajo corresponde a un grupo de trabajo o un estudio multicéntrico: grupo de trabajo de jóvenes nefrólogos (jovSEN)

Introducción: En Octubre 2014 se constituyó el grupo de trabajo SEN de jóvenes nefrólogos (jovSEN). Desde entonces ha realizado diversas iniciativas de apoyo e impulso a la comunidad de jóvenes especialistas en nefrología menores de 41 años pertenecientes a la SEN. En 2017, junto con la JD de la SEN, se diseñó una encuesta para conocer en detalle su situación y necesidades, replicándola en 2022 para estudiar la evolución en las respuestas.

Métodos: Se distribuyó encuesta completa de 24 preguntas sobre características demográficas, situación formativa, laboral, satisfacción y necesidades a todos los socios SEN especialistas en nefrología menores de 41 años en Junio 2017 y en Septiembre 2022. Se obtuvieron 256 respuestas en 2017 y 255 en 2022 (39% de los encuestados). Subanálisis de datos de diferencias entre géneros dentro de los jóvenes nefrólogos Españoles.

Resultados: Las Mujeres(M) nefrólogas jóvenes mayoría en 2017 (75%) y 2022 (72,6%). Presentaban en 2017 mayor proporción edad< 35 años respecto hombres (H), 43% vs. 35,5%, sin embargo en 2022 proporción se invierte (M 53,6 vs. H 56,5%). En 2017 Mujeres mayor procedencia Española (83 vs. 70,5%) (p< 0,032), mantenida en 2022, con descenso global (M 78,5% vs. H 64,7%) (p< 0,031). En 2017 mujeres trabajaban en sector público que hombres(74 vs. 50%),(p<0,001);esta diferencia se minimiza en 2022 por trasvase hacia público de hombres (M 80 vs. H 67%). La inestabilidad contractual se deteriora más en mujeres, de 40% de eventuales al 55,5% mientras hombres sufren mínima subida (48,4 a 49,3%), a pesar de porcentajes de contratos COVID (mayoría eventuales) fue similar (M 20,8 vs. H 24,6%). En 2017 H ostentaban más cargos de responsabilidad (36 vs. 17%), (p<0,019); esta diferencia se pierde al descender en 2022 en hombres al 17,4%. Satisfacción laboral (0-100): En 2017 porcentaje ≥ 50 similar (M 81,3 vs. H 77,8%); en 2022 se incrementan las diferencias por aumento en hombres como descenso en mujeres (M 75 vs. H 90%) (p<0,006). Se mantiene la satisfacción en mujeres ≥ 70 en ambas encuestas (51,9 vs. 51,4), de nuevo aumentando en hombres (≥ 70 en 2017 51% vs. 65% en 2022).(p< 0,034).

Formación: En 2017 Los hombres tenían más títulos de experto ó Master Universitario (M 15% vs. H 30,5%) (p< 0,045), invirtiéndose en 2022 (M 33,3 vs. H 24,6%). En ambos géneros incremento similar de posibilidad de investigar y su ejecución.Mujeres mayor incremento en publicación primer autor (28 a 35,4%), si bien hombres persisten con más coautorías internacionales 2022 (M 37 vs. H 55%). Más mujeres consideran adecuada la formación post MIR en 2022 (65,2% vs. 60%), la atención recibida desde la SEN (M 59,4 vs. H 48%), y conocen en mayor proporción y profundidad las iniciativas del grupo jovSEN.

Conclusiones: Existen diferencias entre géneros entre los jóvenes nefrólogos españoles, con impacto parcial en la satisfacción laboral, que aumenta más en hombres. La valoración global es creciente en ambos sexos, mayor en Mujeres.

721 ¿BIOPSIA RENALES PERCUTÁNEAS AMBULATORIAS SEGURAS?

R. RODRIGUEZ URQUIA¹, L. OLIVERAS PAGES¹, M. RAU LERTONA¹, R. ALVAREZ ESTEBAN¹, M. QUERO RAMOS¹, M. HUESO VAL¹, D. SANDOVAL RODRIGUEZ¹, I. RAMA ARIAS¹

¹NEFROLOGIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BELLVITGE (HOSPITALET DE LL)

Introducción: La biopsia renal (BR) sigue siendo el estándar de oro para el diagnostico, manejo y emitir un pronóstico de la mayoría de las enfermedades renales, la técnica percutánea guiada por ultrasonido utilizando pistola automática con resorte en tiempo real se considera un procedimiento relativamente seguro, pero al final termina siendo un procedimiento invasivo no exento de complicaciones y se recomienda realizarla con el paciente hospitalizado. El objetivo principal es analizar la seguridad y factores de riesgo de BR ambulatorias.

Material y métodos: Analizamos datos de pacientes que les practico BR tanto de Injerto renal como riñón nativo realizadas entre junio 2018 a diciembre 2021 en la unidad de Nefrología del Hospital universitario de Bellvitge, técnica percutánea ecodirigidas con aguja automática de 16G, seleccionando pacientes geográficamente, que su domicilio estuviera a un radio de 30 km2 del hospital para ser ambulatorias, se suspendieron las antiagregantes y anticoagulantes 4 días antes del procedimiento, manteníamos al paciente en observación por 6 hrs y realizamos un hemograma control antes del alta, registramos datos del procedimiento y de las complicaciones (hematomas, hematurias, FAV, dolor, entre otros), consideramos complicaciones graves las que necesitaron procedimiento intervencionistas o transfusiones.

Resultados: Se realizaron un total 453 biopsia, de estas en su gran mayoría de injerto renal (450) y Riñón nativo (3), un 27,14 % era hombres, de estas 185 fueron ambulatorias dado que cumplían criterios geográficos, media de edad 57,4 años, media de tensión arterial 132/77mmHg, media de hematocrito 37,94, se observo 54 (8.4%) complicaciones, 29 hematomas, 6 hematurias, 2 FAV, 15 anemia de 2 puntos de hemoglobina, 1 fiebre (origen urinario) y 1 dolor; 2 de estas se clasificaron como graves dado que requirieron embolización por sangrado activo mas transfusión; un 89% de las complicaciones se manifestaron en las primeras 6 hrs, dentro de las factores de riesgo asociados a las complicaciones encontramos el sexo femenino, hipertensión y paciente hospitalizados.

Conclusiones: La tasa de complicaciones del procedimiento es bajo y aun así todas las complicaciones graves aparecen durante el periodo de observación, comparadas con las biopsias hospitalaria, este enfoque claramente reduce costos y es mas amable con el paciente, por lo tanto, en pacientes seleccionados, las biopsias ambulatorias son seguras.

722 ANÁLISIS DE FACTORES ASOCIADOS CON LA PRESENTACIÓN, EVOLUCIÓN Y MORTALIDAD DE LA ACIDOSIS LÁCTICA ASOCIADA A METFORMINA EN EL ÁREA SANITARIA CORRESPONDIENTE A UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DURANTE UN PERIODO DE 10 AÑOS

JA. FERRERAS GASCÓ¹, P. JUÁREZ MAYOR¹, M. PUJOL SAUMELL¹, A. BABARA¹, JM. PEÑA PORTA¹, A. FERRER DUFOU¹, P. IÑIGO GIL¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA (ZARAGOZA/ESPAÑA), ²TOXICOLÓGIA. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA (ZARAGOZA/ESPAÑA)

Introducción: Es evidente que la metformina es uno de los principios activos más prescritos a nivel global. Está ampliamente respaldada como terapia inicial de la DM2 por organizaciones investigadoras debido a su bajo costo, perfil de seguridad y beneficios cardiovasculares. Es preciso prestar suma atención a sus potenciales efectos adversos, destacando por su evidente repercusión su posible relación con la Acidosis Láctica; la llamada "Acidosis Láctica Asociada a Metformina" (MALA).

Material y métodos: Se trata de un análisis clínico-epidemiológico, retrospectivo y unicéntrico de una serie de 72 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión: en tratamiento con metformina y que cumplían criterios analíticos definitivos de acidosis láctica: pH ≤ 7,35 y nivel de lactato ≥ 5 mmol/litro acompañado o no de niveles cuantificados de metformina por encima de 5 mcg/mL (valores terapéuticos: 1-2 mcg/mL). Estos episodios procedieron de pacientes que hayan ingresado durante el periodo comprendido entre enero 2010 y julio 2020 (área sanitaria correspondiente a un hospital de tercer nivel). Se analizaron los factores clínicos y analíticos asociados y la mortalidad.

Resultados: Setenta y dos casos (52.8 % varones). Edad media de 76.03 ± 10.371 años; 46 de ellos con niveles séricos de metformina cuantificados (26,41 ± 17,87 mcg/mL); el 97.2% en contexto de fracaso renal agudo; 40.3% afectos de enfermedad renal crónica; se determinó sobredosificación de metformina en 17 casos (23.6%); 26 (36.1%) precisaron ingreso en UCI; 36 (50%) precisaron tratamiento depurador (hemodiálisis en 26 casos, hemofiltración venovenosa continua en 8 casos y 2 pacientes precisaron ambas técnicas). Existió correlación significativa entre: niveles de metformina y: creatinina pico, pH y lactato sérico. La mortalidad fue del 23.6%; hubo diferencias significativas entre los fallecidos y los supervivientes respecto a la creatinina final, pH, bicarbonato sérico y actividad de protrombina. El análisis de regresión logística multivariante asociado a la mortalidad en nuestra serie arrojó significación estadística en cuanto al pH y creatinina pico.

Conclusiones: La MALA es un cuadro con un destacable potencial inductor de gravedad y cuenta con una elevada mortalidad, existe un importante número de pacientes bajo tratamiento con dosis supratrapéuticas de metformina según su estadio de ERC. Prácticamente todos los casos en el contexto de un fracaso renal agudo de origen prerenal. Un notable porcentaje de casos de nuestra serie era consumidor de fármacos nefrotóxicos de modo simultáneo. Es preciso advertir a los pacientes en tratamiento con metformina sobre las posibles situaciones inductoras de esta entidad, en especial la deshidratación, con fines de la suspensión del fármaco durante el proceso. Palabras claves: Metformina, Acidosis láctica, Fracaso renal agudo.

723 ¿QUÉ NOS CONSULTAN?: ANÁLISIS DE LAS INTERCONSULTAS HOSPITALARIAS AL SERVICIO DE NEFROLOGÍA

G. MARTÍNEZ FERNÁNDEZ¹, F. RAMOS CARRASCO¹, C. CALCAZAR FAJARDO¹, MR. VIGUERAS HERNÁNDEZ¹, C. JIMÉNEZ NÁJERA¹, T. CARBAJO MATEO¹, A. ALONSO GARCÍA¹, C. GARCÍA ARNEO¹, MR. GEA PENALVA¹, A. ANDREU MUÑOZ²

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA (MURCIA)

Introducción: La valoración de interconsultas realizadas por otros servicios representa una actividad fundamental entre las actividades llevadas a cargo por los nefrólogos encargados de la parte "clínica" (excluido el tratamiento renal sustitutivo) superior en ocasiones a la valoración de pacientes ingresados a nuestro cargo.

Objetivo: Realizar un análisis de las interconsultas realizadas a Nefrología por el resto de Especialidades en los últimos años.

Material y métodos: Estudio retrospectivo observacional. Analizamos interconsultas realizadas al Servicio de Nefrología (Hospital de referencia de un Área Sanitaria) entre 1/01/2020 y 1/07/2022. Excluimos los pacientes en diálisis y las interconsultas de Urgencias. Valoramos/ analizamos: Interconsultas totales; Sexo/edad; Servicio de interconsulta; Motivo (FRA, trastornos iónicos, HTA, sospecha de patología glomerular, necesidad de plasmaféresis, intoxicación por litio o ERC sin otra causa); Motivo del fin del seguimiento; Tiempo medio de seguimiento. Necesidad de diálisis;

Resultados: Total: 474 interconsultas. Resto en la imagen anexa.

Conclusiones:

- Los servicios que más consultan son Medicina Interna y Cardiología, seguidos de Urología y Cirugía General.
- El fallo renal agudo es con amplísima diferencia el principal motivo de interconsulta, seguido de la ERC y los trastornos iónicos.
- La causa del fin del seguimiento es en porcentaje similar el alta hospitalaria y el alta por Nefrología.
- Aproximadamente 1 de cada 10 pacientes precisó diálisis. Los servicios donde más pacientes fueron dializados fueron UCI, MI, Cardiología y Cirugía General.
- Tiempo medio de seguimiento similar entre especialidades médicas y quirúrgicas. Seguimiento más duradero en los pacientes de UCI, sin diferencias significativas en el resto de especialidades.
- La valoración de interconsultas es una de las actividades más importantes y que más tiempo y recursos requieren para los nefrólogos encargados de la parte "clínica" de la especialidad.

[Ver figuras](#)

724 UN ANTES Y UN DESPUÉS EN LA ONCONEFROLOGÍA

J.J. ALVAREZ SALTOS¹, A. MERINO RIBAS¹, ML. CABANA CARCASI¹, N. MARTIN ALEMANY¹, J. BOSCH BARRERA², GM. GONZÁLEZ SUÁREZ³, C. NOBOA PAEZ³, CM. CASTILLO DEVIA¹, YA. ACOSTA BAPTISTA¹, J. CALABIA MARTÍNEZ¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARI DR JOSEP TRUETA DE GIRONA (GIRONA/ESPAÑA),²ONCOLOGÍA MÉDICA. INSTITUT CATALÀ D'ONCOLOGIA (GIRONA/ESPAÑA)

Introducción: En los últimos años, han aparecido nuevas dianas terapéuticas para las patologías neoplásicas. Por este motivo, el objetivo de este trabajo es describir la evolución de los tratamientos oncológicos y su impacto en la afectación renal.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo observacional analizando las biopsias renales realizadas del 2014 a febrero 2023 de los pacientes con diagnóstico de neoplasia.

Resultados: Se compararon 6 pacientes biopsiados entre 2014 y 2018 (grupo A) con 22 pacientes biopsiados desde 2019 a febrero 2023 (grupo B). En el grupo A la edad media era 68,5±7,1 años y en el B 70,7±7,1. En el grupo A se observaron predominantemente mujeres (66,7%), mientras que en el B la mayoría fueron hombres (81,8%). En el grupo A se observó mayor proporción de toma de estatinas y ácido acetil-salicílico respecto al B (83,3% vs. 31,8%, p=0.024; 33,3% vs. 4,5%, p=0.043). Respecto a su patología oncológica, en el momento de la biopsia renal, la mayoría de los pacientes del grupo A se encontraban libres de enfermedad (66,7%); mientras que en el grupo B, se encontraban mayoritariamente estables (50%) (p<0.001). En el grupo A todas las nefropatías fueron causadas por un factor ajeno a la neoplasia, mientras que en el grupo B el 63.6% fueron secundarias al tratamiento oncológico (p=0.003). En el grupo A se observaba un mayor tiempo desde el diagnóstico oncológico hasta la muerte respecto al grupo B (3033±1889,09 días vs. 692±719,47 días, p=0.012). En cuanto a la función renal en el momento de la biopsia, observábamos en el grupo A una función renal normal o estable (66,7%), y en el grupo B mayor frecuencia de deterioro de la función renal (77,3%), (p=0.041); con creatinina de 1,82±0,68 en el grupo A vs. 3,95±2,48 en el B, (p=0.049). Finalmente, las biopsias renales del grupo A mostraron en un 16,7% necrosis tubular aguda y nefritis túbululo-intersticial aguda o crónica; mientras que en las biopsias del grupo B, observamos los hallazgos mencionados en un 81,8% (p=0.002).

Conclusiones: Con la introducción de los nuevos antineoplásicos, el concepto de nefropatía en los pacientes oncológicos ha cambiado radicalmente. Se requiere un abordaje multidisciplinar y una mayor especialización en este campo.

725 IMPACTO DE LA HUELLA DE CARBONO DERIVADA DE LA ADMINISTRACIÓN DE AGENTES ESTIMULANTES DE LA ERITROPOYESIS VS MEDICACION ORAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA AVANZADA Y EN PACIENTES EN DIÁLISIS PERITONEAL

E. GIMÉNEZ-CIVERA¹, S. LOMAS-CALATAYUD¹, MJ. PUCHADES¹, L. GANDÍA-SALMERÓN¹, C. FORQUET¹, B. GONZALES-CANDÍAS¹, M. MONTOMOLI¹, E. PÉREZ-BERNAT¹, F. MONCHO¹, JL. GÓRRIZ¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO (VALENCIA)

Introducción: La huella de carbono (HdC) derivada de procesos sanitarios puede tener relevancia en las decisiones terapéuticas. El objetivo del estudio ha sido analizar el impacto de la huella de carbono (HdC) derivada del uso de tratamientos de administración subcutánea vs oral en pacientes con la misma condición médica.

Material y métodos: Estudio observacional, transversal, unicéntrico, no intervencionista en pacientes con enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) y en Diálisis Peritoneal (DP). Se realiza medición del impacto de la HdC comparando tratamientos de administración subcutánea (agentes estimulantes de la eritropoyesis -AEE-) vs otra medicación oral (cinacalcet), ambas de dispensación hospitalaria. Se incluyeron 28 pacientes en DP y 13 en ERCA. Si el paciente recibía ambos tratamientos se excluyó del estudio. La HdC se calculó mediante técnicas analíticas a partir de modelos de ciclos de vida híbridos de los medicamentos analizados. Para este análisis se han contemplado tres grupos: transporte de pacientes (Km recorridos, desplazamientos/año, recogida, modalidad de desplazamiento y tipo de combustible), energía (consumo energético refrigeración) y eliminación y transporte de residuos (autoadministración o administración por un familiar, lugar de desecho y información recibida de reciclaje). La cuantificación se ha realizado mediante la fórmula: actividad x factor de emisión (actividad= sumatorio de HdC de las variables que componen a cada grupo, factor de emisión=constante proporcionada por la base de datos del Ministerio: <https://www.miteco.gob.es/es/cambio-climatico>). En datos de hospital se calcularon datos de transporte de suministros y de residuos, consumo energético, multiplicados por el factor de emisión correspondiente.

Resultados: El impacto global de la HdC derivada del proceso de tratamiento subcutáneo con AEE ha sido de 95.512,93 kg de CO₂/año en comparación a la derivada del tratamiento con cinacalcet, 12.199,85 kg de Co₂/año (p<0,001). El análisis por grupos no detectó diferencias significativas en el consumo derivado del transporte (14,28 [3,75-24,50] p=0,46). En cambio, tanto en el apartado de energía y residuos la utilización de AEE mostró una HdC significativamente mayor que el uso de medicación oral (177,58 [0,00 – 355,16], p<0,001) vs (66,00 [36,36 – 132,00], p<0,001), respectivamente.

Conclusión: La HdC derivada de la administración subcutánea de AEE supone un impacto medioambiental negativo al compararse con una medicación oral de dispensación hospitalaria en pacientes con la misma condición médica. La utilización de fármacos que no precisen administración SC con jeringas podría ser más sostenible al no precisar refrigeración ni de incineración de residuos, reduciendo así la huella de carbono en un 85%.

726 EXPERIENCIA DE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRADA DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

P. FERNÁNDEZ-LLAMA¹, N. AYASREH², MA. LLAUGER³, MV. FEIJOO³, S. FERRER³, JM. DIAZ³, E. COLL³, S. BENITO³, L. GUIRADO³, F. CALERO²

¹NEFROLOGÍA. FUNDACIÓ PUIGVERT. BARCELONA. UNIVERSITAT AUTÒNOMA DE BARCELONA. (BARCELONA),²NEFROLOGÍA. FUNDACIÓ PUIGVERT. BARCELONA. UNIVERSITAT AUTÒNOMA DE BARCELONA. (BARCELONA),³ATENCIÓN PRIMARIA DRETA EIXAMPLE BARCELONA. INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT (BARCELONA)

En los últimos 23 años nuestro hospital ha desarrollado en el territorio de referencia, un programa estratégico para la atención de la enfermedad renal crónica (ERC) dado el aumento de su prevalencia. El objetivo del programa es mejorar la salud renal y la calidad asistencial de los pacientes con ERC. Se han desarrollado estrategias para mejorar la atención integrada nefrológica basadas en la formación continuada, la creación de circuitos asistenciales y consensos clínicos, consultas médicas (presencial y virtual) y actividades con pacientes. También se han identificado indicadores de calidad para evaluar el programa. Se han realizado 23 Jornadas anuales de nefrología y atención primaria (AP) con una medida de participación de 100-120 médicos por jornada, más de 50 talleres de formación en los centros de AP y 120 médicos han realizado una formación hospitalaria presencial acreditada. También se ha desarrollado una "Ruta asistencial de la ERC" que se revisa periódicamente y un "Consenso sobre la armonización terapéutica". El seguimiento de los indicadores muestra: 1) un aumento del 41% en la detección de la ERC, 2) más del 70% de pacientes con ERC están en tratamiento con un inhibidor del sistema renina angiotensina, 3) menos de un 2% de los pacientes con ERC consumen AINEs y en el 81% de los que consumen, se ha evaluado la función renal y 4) el 60% de los pacientes con diabetes tienen una hemoglobina glicada < 7%. La actividad de la consulta virtual creada en el 2016 ha ido en aumento siendo en el 2022 de 712 consultas. La ERC es el motivo más frecuente de consulta (44%) y el 62% de las consultas se han resuelto con la primera consulta. Desde el 2007 se han realizado 7 jornadas presenciales educativas para pacientes que se sustituyeron por videos didácticos en el 2020. Han participado más de 2500 personas entre pacientes y familiares. Nuestra experiencia ilustra que un programa integrado mejora la atención a los pacientes con ERC. Es aconsejable que estos programas se desarrollen de acuerdo con las necesidades territoriales, y que tengan un seguimiento regular y una evaluación continuada. Finalmente, el éxito del proyecto también depende de la experiencia y liderazgo de las personas que lo coordinan y del apoyo de las instituciones implicadas.

727 EXPERIENCIA DE 20 AÑOS EN LA BIOPSIA RENAL ECODIRIGIDA EN EL HOSPITAL DE SEGOVIA

C. MARTIN VARAS¹, L. CALLE GARCÍA¹, A. RODRÍGUEZ GÓMEZ¹, P. SÁNCHEZ GARROTE¹, P. GARCÍA GUTIÉRREZ², B. CHILQUINGA MORALES³, C. SANTOS ALONSO¹, M. HERAS BENITO¹, A. SAIZ GONZÁLEZ¹, M.J. FERNÁNDEZ-REYES LUIS¹

¹NEFROLOGÍA. COMPLEJO ASISTENCIAL DE SEGOVIA (SEGOVIA/ ESPAÑA), ²NEFROLOGÍA. COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA (SALAMANCA/ ESPAÑA), ³ANATOMÍA PATOLÓGICA. HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMÓN Y CAJAL (MADRID/ ESPAÑA)

Introducción: La biopsia renal ecodirigida a tiempo real (BRE) es el gold standard para la valoración de las patologías glomerulares. La rentabilidad diagnóstica ha mejorado y la tasa de complicaciones ha disminuido con la introducción de la ecografía, sobre todo si es realizada por el nefrólogo. Desde el grupo de Nefrología Intervencionista de la Sociedad Española se defiende la realización de la BRE en manos del nefrólogo. Contamos nuestra experiencia realizando BRE desde hace 20 años.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de 299 BRE realizadas entre enero de 2003-diciembre de 2022. Todas se realizaron con aguja automática 16G. Se utilizó antes de 2011, ecógrafo SIEMENS Sonoline G20 y luego, ecógrafo SONOSITE M-turbo con bracket and needle guide. Se recogieron datos socio-demográficos, hipertensión, diabetes mellitus (DM), creatinina, aclaramiento de creatinina medido por MDRD-4, proteinuria (orina de 24h), características del sedimento, síndrome clínico, número de biopsia, localización de la biopsia, número de cilindros y glomérulos, diagnóstico clínico pre-biopsia, diagnóstico definitivo y complicaciones post-biopsia. Análisis estadístico: SPSS 15. Tablas de contingencia (Chi-cuadrado). Coeficiente Kappa para correlaciones.

Resultados: 174 (58,2%) BRE en varones y 125 (41,8%) en mujeres. Edad media: 57,3±19,6 años. 195 pacientes eran hipertensos (65,2%) y 52 tenían DM (17,4%). Valores analíticos: Creatinina 2,68±3 mg/dl; MDRD-4 52,84±40,84 ml/min; proteinuria 4,46±4,79 gr/24h. Las biopsias fueron realizadas sobre riñón nativo (97,7%). Se obtuvieron 1,75±0,56 cilindros y 9,88±6 glomérulos. La mayoría de BRE se realizaron por: síndrome nefrótico (34,8%), insuficiencia renal aguda (26,8%) y hematuria recidivante (14,4%). Las patologías glomerulares más frecuentes por edades son similares a los datos reportados por la sociedad española: nefropatía IgA, nefropatía lúpica y vasculitis. Se produjeron 19 BRE con complicaciones (6,4%): 16 menores (5,3%, hematuria y hematoma); y 3 mayores: hemorragia 2 (0,7%) y nefrectomía 1 (0,3%). Coeficiente kappa para el tipo de ecógrafo utilizado y la aparición de complicación: 0,048. En 37 biopsias no hubo material suficiente (12,4%).

Conclusiones: En nuestra serie, el beneficio de realizar nuestras propias BRE se reflejó en el número de complicaciones. Sólo hubo 3 BRE (1%) con complicaciones mayores: más frecuentes en mujeres, mayores de 64 años, con sospecha de vasculitis, hipertensas sin DM y con creatinina por encima de 4,5 mg/dl. El cambio de ecógrafo no supuso más o menos complicaciones. En conclusión, la realización de BRE por parte del nefrólogo es segura. El uso del ecógrafo ha contribuido a disminuir el número de complicaciones. Creemos que debe formar parte de nuestra actividad diaria.

728 SITUACIÓN LABORAL DE LAS NEFRÓLOGAS ESPAÑOLAS

C. YUSTE LOZANO¹, AM. GARCÍA- PRIETO²

¹NEFROLOGÍA. H 12 OCTUBRE (MADRID, ESPAÑA), ²NEFROLOGÍA. H GU GREGORIO MARAÑÓN (MADRID/ESPAÑA)

Introducción: A pesar de que las mujeres (M) somos la mayoría de los socios de la S.E.N (58%), con una tendencia claramente creciente (70% de los miembros JovSEN) y que el porcentaje de hombres (H) en la S.E.N solo supera al de M en > 60 años, resulta llamativo el bajo porcentaje de M en puestos de poder.

Métodos: Con el objetivo de analizar las diferencias de género entre los socios de la S.E.N. realizamos una encuesta anónima de 37 ítems para conocer la situación laboral y las percepciones de los nefrólogos españoles.

Resultados: 212 nefrólogos contestaron la encuesta, con una mayoría de M (72.3%) entre 30 y 50 años (58%). Laboralmente, las nefrólogas españolas sienten padecer precariedad con mayor frecuencia (82.2%M vs 63.3% H, p 0.006), se consideran menos valoradas profesionalmente (46.1% M vs 71.2%H, p 0.001), y tienen una menor satisfacción global (M 6.5 ± 1.8 puntos vs H 7.2 ± 1.7 puntos sobre 10 respectivamente, p=0.009). Las nefrólogas presentan un menor interés por la investigación (M 67.1% vs H 79.1%, p=0.049), que condiciona un menor porcentaje de publicaciones como primer autor (62.5% M vs 69.5%, NS), como último autor (27.8% M vs 45.8% H, p=0.01), y menor participación en ensayos clínicos (M 50.3% vs H 57.6%, p=0.02). Lo que condiciona un menor reconocimiento de las nefrólogas, dado que solo el 45.3% ha impartido ponencias de la industria comparado con el 69% de los hombres (p=0.002). De igual modo, parece que los sueños de las nefrólogas son menos elevados, dado que el 25% no quieren ser profesoras frente el 5.1% de los H (p= 0.002) y están menos dispuestas a asumir labores administrativas como jefatura de sección (53.9% M vs 77.2% H, p=0.03) o de servicio (36.2% M vs 61% H, p= 0.01). Por otro lado, el 75.7% de las nefrólogas sienten que han tenido que aplazar alguna meta laboral por metas profesionales comparadas con el 61% de los H (p=0.036). Las mujeres son más altruistas, y más dadas a realizar trabajo no remunerado como la organización de eventos de trabajo M 82.1% vs 66.1% de los hombres (p=0.012). Finalmente el 76.2% de los nefrólogos tienen un hombre como referente, comparado con el 41,9% de las nefrólogas que tiene un mujer como referente.

Conclusiones: Existen una diferencia entre las metas laborales entre los nefrólogos y las nefrólogas españolas que probablemente condiciona que haya menos mujeres en puestos de poder. Se necesitan mujeres referente en Nefrología, para potenciar el desarrollo laboral de la mujer más allá del ámbito clínico.

729 LAS INTERCONSULTAS ELECTRÓNICAS PODRÍAN EVITAR LA MAYORÍA DE LAS DERIVACIONES AL ESPECIALISTA DE NEFROLOGÍA, DIEZ AÑOS DE PREGUNTAS Y RESPUESTAS

J. ALFONZO JULIÁ¹, M. POU POTAU¹, V. DUARTE GALLEGU¹, V. ESTEVE SIMÓ¹, F. MORENO GUZMAN¹, D. OLEAS VEGA I¹, R. REQUENA MÚJICA¹, A. SAURINA SOLÉ¹, I. TAPIA GONZÁLEZ¹, M. RAMÍREZ DE ARELLANO SERNA¹

¹NEFROLOGÍA. CONSORCI SANITARI DE TERRASSA (ESPAÑA)

Introducción: El sistema sanitario español se sustenta en la atención primaria. La comunicación entre los distintos niveles de atención especializada y el área básica de salud precisa de un canal de flujo de información que sea seguro y ágil. La implementación de los avances en tecnología de la información en el ámbito sanitario ha posibilitado la creación de sistemas de gestión de interconsultas electrónicas. Estos permiten reducir el número de derivaciones hospitalarias, evitan desplazamientos, optimizan el tiempo de respuesta, facilitan la accesibilidad al especialista y disminuyen el gasto sanitario.

Material y método: Estudio observacional, descriptivo, unicéntrico, retrospectivo que analiza las interconsultas realizadas desde 9 centros de atención primaria al servicio de nefrología entre los años 2011-2021. Se analizan parámetros demográficos: edad/sexo, analíticas (creatinina, filtrado glomerular estimado) así como derivación a consultas externas de nefrología.

Resultados: 608 interconsultas en 10 años, 52% de pacientes mujeres, edad media 67,7 ± 19,2 años, Cr. media 133,5 ± 82,6 µmol/L; FG medio 47,4 ± 21,1 ml/min. El tiempo de respuesta medio fue de 2,09 ± 3,6 días. El 87% de las consultas no generaron derivación a consultas externas de nefrología, con >90% de las respuestas cerradas por el mismo especialista. El motivo de consulta más frecuente fue la enfermedad renal crónica (ERC) 19,9%, seguido de la hipertensión arterial (HTA) 16,1%, alteraciones del sedimento 15,3%, dudas sobre tratamiento médico 9,7%, manejo de la anemia 9,2% y quistes renales 5%.

Conclusiones: La implementación de un sistema electrónico de interconsultas facilita la comunicación entre el médico de atención primaria y el especialista, se resuelven rápidamente las consultas realizadas con una reducción importante del número de derivaciones, así mismo se optimizan los recursos de sistema nacional de salud.

730 TÉCNICA Y COMPLICACIONES EN LAS BIOPSIAS RENALES. REGISTRO DEL HOSPITAL DE DONOSTIA

MV. GONZALEZ MARTIN¹, A. AYMAT AGUIRRE¹, MT. RODRIGO DE TOMAS¹, C. MARTINEZ AMPUNARRIZ¹, B. ELORTZA LARREA¹, A. POVEDANO MEDINA¹

¹NEFROLOGIA. OSAKIDETZA (SAN SEBASTIAN)

Introducción: Existen diferentes métodos para la realización de una biopsia renal, siendo la forma percutánea ecoguiada la preferida al ser la menos invasiva. El calibre de la aguja a emplear para la obtención de la muestra no está clara. Nuestro objetivo ha sido analizar las biopsias realizadas en nuestro hospital, comparado el tipo de aguja empleada con los glomérulos obtenidos y las complicaciones asociadas a la técnica.

Material y método: Se ha realizado un análisis descriptivo y retrospectivo a través de la plataforma SPSS de las biopsias realizadas desde el 22/12/2019 al 27/9/2021 en nuestro centro, introduciendo las variables de edad, sexo, tipo de aguja empleada y el calibre de la misma. A su vez también se estudió el diagnóstico anatomopatológico resultante y las complicaciones derivadas de la biopsia renal.

Además, se realizó una comparación entre el nº de glomérulos obtenidos en cada biopsia con el porcentaje de complicaciones y el calibre de aguja empleado para cada una de ellas.

Resultados: Se recibieron un total de 52 biopsias renales desde el 22/diciembre/2019 hasta el 27/09/2021, de los cuales un 60,4% eran varones y un 37,7% mujeres con una media de edad de 56 años. La cantidad de glomérulos medios que se adquirieron fueron 20. El tipo de aguja más empleada fue la de tipo Trucut en 30 pacientes (56.6%). El calibre empleado fue de 16G en 32 pacientes (60.4%) y de 18G en 20 pacientes (37.7%). La patología más frecuente obtenida fue la GN IgA en un 22.6%. Hubo un 30.2% de complicaciones, siendo la más frecuente fue el hematoma >10mm autolimitado. Para el análisis de la asociación entre el calibre de la aguja asocia y las complicaciones, se ha empleado la prueba T de Student para muestras emparejadas donde se objetiva que existen diferencias significativas entre el calibre de la aguja y el aumento de complicaciones con un IC 95% (-0,468; - 0,758) p <0.01, objetivándose mayor tasa de complicaciones en las muestras obtenidas con agujas de 16 G. Se analizó si el calibre de la aguja se asocia a mayor obtención de glomérulos en la biopsia renal, empleando la prueba T Student para muestras emparejadas resultando ser estadísticamente significativo con una p<0.001 e IC (15,995-22,805).

Conclusión: En las biopsias renales realizadas con agujas de 16G, en comparación con las de 18 G, se obtuvieron mayor número de glomérulos y aunque se asoció a más complicaciones, éstas no fueron graves. La biopsia realizada con las agujas de 16G es una técnica segura y con mayor garantía de obtención de muestra de calidad.

731 USO DE DAPAGLIFLOZINA EN PROTEINURIA POR ENFERMEDAD DE FABRY: A POSITO DE 2 CASOS

SO. FERNÁNDEZ¹, SP. FERNÁNDEZ², CC. FERNÁNDEZ³, P. FERNÁNDEZ⁴

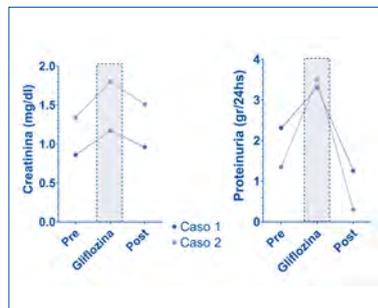
¹NEFROLOGÍA. DIAVERUM (PALMA DE MALLORCA, ESPAÑA), ²NEFROLOGÍA. CENTRO DE INVESTIGACIÓN DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ENFERMEDAD DE FABRY (CATAMARCA, ARGENTINA), ³NEFROLOGÍA. CIPERCA SRL (CATAMARCA, ARGENTINA), ⁴NEFROLOGÍA. HOSPITAL PRIVADO UNIVERSITARIO DE CÓRDOBA (CÓRDOBA, ARGENTINA)

Introducción: La Enfermedad de Fabry (EF) es una enfermedad sistémica ligada al cromosoma X que puede producir afección renal, cardíaca y del SNC, llevando a la muerte en edades tempranas. El compromiso renal incluye proteinuria, hiperfiltración glomerular y enfermedad renal crónica. La terapia de reemplazo enzimática (TRE) es el tratamiento de elección en casos con criterios de tratamiento específico. La TRE no disminuye la proteinuria. Dapagliflozina inhibe el cotransportador Sodio Glucosa en el túbulo contorneado proximal. Está indicado entre otras enfermedades, en la proteinuria e insuficiencia renal.

Materiales y métodos: Caso 1: varón de 47 años con EF y ERC. Dolor neuropático y trastornos digestivos desde la adolescencia. Estudio genético: mutación c112- 1126 del AGGA. Ecocardiograma: hipertrofia concéntrica de VI. Terapia de reemplazo enzimática (TRE) desde los 35 años de edad. En tratamiento con losartán y espironolactona. Laboratorio abril de 2021: creatinina sérica 0.86mg/dl, proteinuria de 24hs 2.31g en 24 hs. Septiembre 2022: creatinina 1.17mg/dl, proteinuria 3.3g/día. En septiembre de 2022 comenzó con dapagliflozina 10 mg/día y la proteinuria mejoró, mientras que la función renal se mantuvo estable. Caso 2: varón de 47 años, misma mutación. HVI, bradicardia. Hipoacusia neurosensorial severa. Tratamiento con TRE desde los 40 años, enalapril, aspirina y rosuvastatina. Laboratorio mayo 2021: clearance de Cr 135 ml/min, proteinuria de 24hs 1.35g/día. Junio 2022: proteinuria 3.51g en 24 hs. Laboratorio agosto 2022: clearance de Cr 84ml/min, proteinuria 2.64g en 24hs. Inicio dapagliflozina 10 mg/día en junio de 2022. Laboratorio febrero 2023: proteinuria 0.31g en 24hs (figura 1).

Conclusión: Se describen 2 pacientes con nefropatía secundaria a Enfermedad de Fabry, proteinuria persistente a pesar de la TRE y nefroprotección tradicional. En ambos casos observamos una respuesta favorable con el uso de dapagliflozina en menos de 1 año de tratamiento. Dapagliflozina puede ser una buena opción de tratamiento para pacientes con proteinuria y EF. Aún falta evidencia para realizar una recomendación, pero estas publicaciones pueden contribuir a realizar recomendaciones en futuras guías.

Figura 1.



732 APLICABILIDAD DEL CONSENSO NACIONAL SOBRE EL MANEJO DE LA HIPERTENSIÓN EN URGENCIAS: CONSENSOS Y DIFERENCIAS ENTRE COMUNIDADES AUTÓNOMAS

D. SILVESTRE¹, A. JIMENEZ¹, J. MORENO¹, R. PRIETO¹, C. PARDO¹, A. DEL BOSQUE¹, E. TRIAS¹, C. ÁLVARO¹, A. PRADO¹, A. IZARRA¹

¹DPTO. MÉDICO. ASTRAZENECA (ESPAÑA)

Introducción: El "Documento de consenso: recomendaciones para el manejo de la hipertensión en urgencias," elaborado por representantes de la SEMES, la SEN y la SEC, ha sido publicado recientemente con el objetivo de mejorar el manejo multidisciplinar y pronóstico del paciente con hipertensión. El objetivo del presente estudio es valorar la aplicabilidad de dicho consenso en la práctica clínica en urgencias y nefrología en las distintas comunidades autónomas (CCAA), analizar similitudes y diferencias entre las mismas, y descubrir en qué aspectos cabe mejorar.

Material y método: El estudio está basado en las percepciones y valoraciones obtenidas en la discusión sobre la aplicabilidad del consenso nacional por 366 nefrólogos y urcenciólogos durante 27 reuniones realizadas en 13 CCAA. Las valoraciones se codificaron numéricamente. A partir de las medias obtenidas por cada CCAA se elaboró una media nacional para cada aspecto, señalando su nivel de dispersión entre CCAA.

Resultados: En la mayoría de CCAA se considera que entre un 30-40% de pacientes con IC y/o ERC tienen un segundo episodio de hipertensión. Además, la mayoría también considera que la rapidez de manejo de la hipertensión en urgencias depende de la cifra de potasio, la clínica y el ECG.

En todas las CCAA se modifica el tratamiento con iSRAA, en la mayoría en 25-50% de los pacientes. La reintroducción de iSRAA es el aspecto que obtuvo un menor grado de consenso intercomunitario. Extremadura y Canarias son las CCAA donde más se reintroduce y Aragón y Baleares donde se hace menos. La voluntad de tratar con agentes anti-hipertensivos al alta fue el segundo aspecto con menor consenso intercomunitario. En la mayoría de CCAA se consideraría bastante su uso, exceptuando Baleares y Canarias. En la mitad de CCAA la mayoría de los médicos señala que su hospital no tiene acceso a los nuevos tratamientos, siendo las CCAA con menor acceso Asturias, Baleares y Canarias. Finalmente, en todas las CCAA se deriva a atención primaria o a nefrología. Navarra, Aragón y Canarias son las que más derivan a atención primaria, mientras que Asturias, Baleares, Extremadura y Andalucía son las que más derivan a nefrología.

Conclusiones: Los resultados expuestos muestran que las recomendaciones establecidas en el consenso nacional para evitar las recurrencias y mejorar la supervivencia no se están siguiendo de forma generalizada en España. Esta información puede servir de guía a futuras intervenciones que tengan el objetivo de mejorar el manejo del paciente con hipertensión.

733 ¿CUÁLES SON LOS INTERESES DE LOS RESIDENTES DE NEFROLOGÍA EN 2023?

C. YUSTE¹, S. SORIANO², E. SÁNCHEZ³

¹NEFROLOGÍA. H 12 OCTUBRE (MADRID), ²NEFROLOGÍA. HU CORDOBA (CÓRDOBA), ³NEFROLOGÍA. HOSPITAL DE CABUENES (ASTURIAS)

El trabajo corresponde a un grupo de trabajo o un estudio multicéntrico: Grupo de apoyo a la diálisis peritoneal española (gadppe)

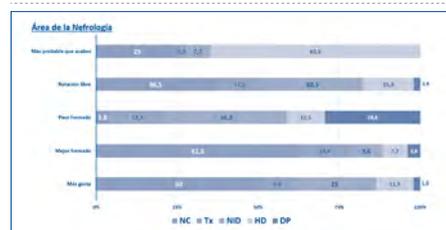
Introducción: Uno de los principales objetivos estratégicos del Grupo de Apoyo a la Diálisis Peritoneal española (GADPE) es el de mejorar el conocimiento de la diálisis peritoneal (DP) entre los jóvenes nefrólogos para ampliar la incidencia y prevalencia de la DP en España.

Objetivo y metodología: Diseñar acciones que puedan hacer de la DP un tratamiento más atractivo y motivador para los nefrólogos. Para ello, realizamos una encuesta oficial de la S.E.N. de 22 ítems destinada a nefrólogos residentes españoles para conocer sus preferencias, su experiencia y su formación en las distintas áreas de la nefrología durante su residencia.

Resultados: 51 residentes respondieron a la encuesta, con una mayoría de mujeres (69%) en los últimos años de formación (R4 43% y R3 22% respectivamente) en hospitales terciarios (76%). La nefrología clínica (NC) es el área de la nefrología que más gusta al 50% de los residentes, en la que se sienten mejor formados (61.5%) y la que más escogen para reforzar en su rotación libre (36.5%). Curiosamente, la nefrología diagnóstica e intervencionista (NDI) es la que más gusta al 25% de los residentes, siendo la segunda área que con más frecuencia deciden reforzar en su rotación libre el 30.8%, dado que el 36.5% de los residentes considera que es donde peor formado se encuentra. Llamativamente, la mayoría de los residentes creen que acaban trabajando en hemodiálisis (HD) (63.5%), a pesar de que sólo es la más gusta al 11.5% de los residentes. Respecto de la DP, sólo un residente refiere que es su área favorita de la nefrología (1.9%), ninguno cree que acabe trabajando en ella y el 28.8% de los residentes cree que es en el área que está peor formado. En cuanto al servicio de nefrología de su formación, el 41.2% de los residentes cree que destaca más en NC, mientras que el 31.4% piensa que destaca menos en el área de trasplantes seguido del 21.6% en DP. El 66% de los residentes han participado en algún trabajo de investigación en la mayoría relacionado con NC (75.7%) seguido muy de lejos por HD (16.2%).

Conclusiones: La nefrología clínica es la subespecialidad más atractiva para los residentes de nefrología, probablemente influido por su mayor implicación en la investigación o el sentimiento de excelencia en la misma de su servicio. El camino de la DP para ser más atractiva hacia los residentes es pues, fomentar la innovación e investigación.

Figura 1. Representación de las preferencias según las subespecialidades de la Nefrología de los residentes encuestados.



734 VALIDACIÓN DE UN PREM EN ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA AVANZADA

M. MOHARRA¹, L. RAMOS¹, L. SANS¹, B. BAYÉS¹, JM. DÍAZ¹, X. FULLADOSA¹, I. GARCÍA¹, M. IBERNON¹, JC. MARTÍNEZ¹, L. PÉREZ²

¹ÁREA DE ESTRATEGIA EN SALUD. AQUAS (BARCELONA), ²NEFROLOGÍA. HOSPITAL DEL MAR (BARCELONA), ³NEFROLOGÍA. HOSPITAL CLÍNIC (BARCELONA), ⁴NEFROLOGÍA. FUNDACIÓ PUIGVERT (BARCELONA), ⁵NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARI DE BELLVITGE (HOSPITALET DE LLOBREGAT), ⁶NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARI JOSEP TRUETA (GIRONA), ⁷NEFROLOGÍA. HOSPITAL MOISÉS BROGGI (SANT JOAN DESPI), ⁸NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARI PARC TAULÍ (SABADELL), ⁹NEFROLOGÍA. CONSORCI HOSPITALARI DE VIC (VIC)

Objetivo: Adaptar y validar el cuestionario Kidney PREM* para evaluar la experiencia de paciente con enfermedad renal crónica avanzada (ERCA). Se trata del primer cuestionario de Patient Reported Experience Measure (PREM) en nefrología validado en castellano y en catalán.

Material y método: El Kidney PREM se utiliza desde 2016 en Reino Unido para evaluar la experiencia de paciente en ERCA. Se compone de 38 preguntas divididas en 13 dimensiones. En primer lugar, el cuestionario se ha adaptado al castellano y al catalán siguiendo las recomendaciones internacionales, mediante una adaptación transcultural. Para ello, se han llevado a cabo entrevistas en profundidad a pacientes, miembros de la Asociación de Pacientes con Enfermedad Renal de Cataluña (ADER) y especialistas en nefrología. Posteriormente, el cuestionario será administrado en papel a 450 pacientes de 8 hospitales de Cataluña para evaluar sus propiedades psicométricas: fiabilidad y validez. Los criterios de inclusión de los pacientes serán: pacientes con ERC estadios IV y V, y en tratamiento renal sustitutivo (diálisis peritoneal, hemodiálisis hospitalaria o trasplantedos).

Resultados: En el estudio de adaptación cultural participaron 9 pacientes y 9 profesionales. 5 pacientes eran varones y 4 mujeres, la mayoría mayores de 55 años. De los 9 pacientes, 3 seguían tratamiento de diálisis, 1 estaba trasplantedo y 5 tenían visitas programadas en el servicio por otros motivos. La media de tiempo requerido para responder al cuestionario fue de 15 minutos. De los 9 profesionales, 7 eran especialistas en nefrología y 2 eran enfermeros/as.

Conclusiones: Todos los participantes puntuaron como "muy alta" la idoneidad de las preguntas. No obstante, surgieron dificultades de comprensión del cuestionario que requerían una mejora del diseño. También se identificaron algunas preguntas que no parecían reflejar la experiencia de los pacientes. Por último, se consensaron y armonizaron las versiones definitivas en catalán y castellano para iniciar el estudio de validación.

*<https://ukkidney.org/kidney-patient-reported-experience-measure>

735 LAS TÉCNICAS DE REMPLAZO RENAL A TRAVÉS DEL TIEMPO

I. ZIMARRO ZALBIDEA¹, MI. GALLARDO RUIZ¹, A. HERNANDO RUBIO¹, A. GOYOAGA ÁLVAREZ¹, A. GARCÍA DE BUSTOS¹, A. FERNÁNDEZ URIARTE¹, AA. OLARTE GARCÍA¹, S. BILBAO ORTEGA¹, A. GARCÍA BARANDIARAN¹, MI. JIMENO MARTÍN¹

¹NEFROLOGÍA. H. GALDAKAO - USANSOLO (GALDAKAO)

Introducción: Las técnicas de remplazo renal continuas son ampliamente utilizadas desde hace algunas décadas en el manejo de pacientes críticos, siendo técnicas que han evolucionado notablemente en los últimos años. No obstante, ¿sigue el perfil de paciente que las precisa presentando las mismas características? ¿En qué hemos mejorado?

Material y métodos: Estudio observacional en el que se compararon 88 pacientes que ingresaron en las unidades de críticos (UCI) y Reanimación) y que precisaron TRRC los años 2012 y 2022.

Resultados: La edad media fue de 65 y 67 años, siendo mayores de 80 años 1 (3,1%) y 3 pacientes (8,9%). Las mujeres representaron un 25% de los casos en ambos años. Las comorbilidades más repetidas fueron la HTA y el tabaquismo. Se registró ERC previa en el 9% de los pacientes en 2012 y en el 19% en 2022, siendo un 5,3% trasplantados renales en este último año. La causa principal de ingreso en 2012 fue el shock séptico (28,1%), seguido por las paradas cardiorrespiratorias (25%); en 2022 fueron la insuficiencia respiratoria (34%), en el 63% de éstos por COVID, y la sepsis (25%). Ver tabla. La mortalidad en 2012 fue del 93,75%, siendo del 42,8% en 2022, excluyendo a los afectados por COVID, ya que en este su grupo la mortalidad fue del 91,6%.

Conclusiones: A pesar de que variables como la edad, el sexo y las comorbilidades sean similares en ambos grupos, se ha ampliado el espectro de pacientes que se considera candidato a TRRC, incluyendo más pacientes con ERC previa (como trasplantados renales), sin que ello repercuta en el número de pacientes que precisan TRS de forma crónica. Además, se ha logrado disminuir la cantidad de pacientes en los que se ha suspendido la técnica debido a complicaciones de la misma; consiguiendo, también, una disminución significativa de la mortalidad.

Ver tabla

736 EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON HIPERCALCIURIA Y TRATAMIENTO CON TIAZIDAS

C. ROSADO RUBIO¹, G. CARREÑO CORNEJO¹, D. BARREDA GRANDE¹, A. JUEZ DEL POZO¹, R. MANZANEDO BUENO¹, D. MENÉNDEZ GONZÁLEZ¹, C. FELIPE FERNÁNDEZ¹, I. JIMENEZ SAN SEGUNDO¹, S. MUÑOZ HERNÁZ¹, J. MARTÍN GARCÍA¹

¹NEFROLOGÍA. COMPLEJO ASISTENCIAL DE ÁVILA (ÁVILA), ²ANÁLISIS CLÍNICOS. COMPLEJO ASISTENCIAL DE ÁVILA (ÁVILA)

Introducción: Recientemente (Dhayat NA, et al, NEJM, March 2, 2023), en ensayo aleatorizado a diferentes dosis de tiazida, cuestionan el efecto de hidroclorotiazida en la recurrencia de litiasis. Hasta la fecha, las tiazidas y tiazidas-like han constituido la "piedra angular" en la prevención de la recurrencia de litiasis en pacientes con hipercalcemia.

Objetivo y método: Analizar recurrencia y datos urinarios (calcemia/24 h, calcemia/kg peso, Ca/creat, fosfatemia, magnesuria, kaliuria, citraturia y oxaluria) de pacientes de la consulta en 2022, con hipercalcemia en los últimos 5 años.

Resultados: Se estudiaron 48 pacientes, con edad de 61,0 (30-83) y peso 73,8 (48,5-102,0), el 60,4% eran mujeres. Los diagnósticos fueron, hipercalcemia renal: 29(60,5%); Hipercalcemia abortiva: 9(18,8%); pérdida renal de fosfato: 3(6,3%), Hiperparatiroidismo Primario: 1(2,1%); "Riñón en Esponja": 4(8,3%); Hipocitraturia: 1(2,1%) y toma de Topiramato: 1(2,1%). Solo 10 pacientes estaban en tratamiento con dieta y AcalKa, el resto con hidroclorotiazida a dosis de, 12,5mg/día: 6(12,5%) pacientes, 25 mg/día: 12(25%) y >=50 mg/día: 10(20,9%); o tiazidas-like: Clortalidona 25 mg/día: 4(8,2%), Clortalidona50/amiloride5: 5(10,4%), Indapamida: 1(2,1%). La evolución de los parámetros urinarios en 5 años, se expresa en la tabla adjunta. En este periodo, 8(16,7%) pacientes presentaron al menos 1 episodio de crisis reno-uretral. Era más jóvenes (mediana de edad 54,5 vs 63 a), todos tomaban tiazidas y su calcemia promedio en los 5 años fue mayor: 262±119,1 vs 228,5±118,4 (p=0,04). No hubo diferencias en el resto de parámetros estudiados. La dosis de tiazida respecto a la recidiva de cólico nefrítico, analizada por prueba exacta de Fisher, no fue significativa (p=0,17).

Conclusiones: En nuestra muestra, la incidencia de litiasis sintomática es baja (16,7% vs 38%, 40% y 28% del estudio de NEJM). Los recurrentes presentaron calcemias más elevadas. La dosis de tiazida no parece tener influencia en la recurrencia de litiasis (similar hallazgo al reportado en NEJM).

Tabla 1. Valores urinarios de pacientes con hipercalcemia: 5 años						
Años	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Calcemia	262,6±128,6	261,3±161,9	209,32±91,6	232,7±111,4	213,8±101,8	228,1±111,2
Calcemia/kg	3,5±1,6	3,4±1,9	2,96±1,3	3,2±1,7	2,98±1,5	3,1±1,5
Ca/creat	0,20±0,08	0,19±0,07	0,17±0,07	0,19±0,09	0,18±0,07	0,18±0,07
Fosfato	923,5±291,1	897,7±339,4	896,7±319,2	861,2±258,4	848,5±304,8	884,8±311,4
Magnesio	109,1±58,4	94,4±42,4	98,6±52,7	96,2±43,1	90,0±40,8	98,5±47
Potasio	76,8±26,6	69,1±26,5	67,0±24,1	68,1±25,7	71,0±33,8	66,4±26,7
Citrato	557,1±310,2	649,1±258,5	656,9±266,2	704±327,3	721,8±369,2	758±335,5
Oxalato	27,9±9,4	29,5±13,2	24,9±8,1	23,8±9,5	31,9±9,1	30,5±14,3

737 BIOPSIA RENAL. SEGURIDAD Y RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DE UN PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN UN CENTRO HOSPITALARIO

J. ALFONZO JULIA¹, A. SAURINA SOLE¹, V. DUARTE GALLEGU¹, V. ESTEVE SIMO¹, F. MORENO GIZMAN¹, D. OLEAS VEGA¹, I. TAPIA GONZÁLEZ¹, M. POU POTOU¹, R. SANCHEZ MARIN¹, M. RAMIREZ DE ARELLANO¹

¹NEFROLOGÍA. CONSORCI SANITARI DE TERRASSA (ESPAÑA)

Introducción: La biopsia renal (BR) es un procedimiento diagnóstico que permite conocer la etiología y pronóstico de las enfermedades renales, posibilitando la toma de decisiones terapéuticas. Por su naturaleza invasiva se relaciona con complicaciones relevantes como sangrado, lesión renal o de órgano contiguo. La protocolización del procedimiento, junto a la experiencia del explorador influyen en su seguridad.

Método: Estudio descriptivo, retrospectivo, unicéntrico, que incluye pacientes con biopsia sobre riñón nativo entre 2006-2022, todas realizadas por radiólogo con aguja automática 16G. Se analizaron datos demográficos, analíticos, ecográficos y complicaciones relacionadas. Se aplicó un protocolo de actuación que incluye: A) Consentimiento informado; B) Hospitalización; C) Estudio analítico y ecográfico previo; D) Premedicación con sueros y desmopresina en caso de insuficiencia renal (IR), E) Guía ecográfica; F) Hemograma a las 6h y 24h postbiopsia y G) Control ecográfico a las 24h. Se consideró complicación menor: un descenso de Hb > 0,9 g/dL a las 6h o aparición de hematoma <1,9 cm; complicación mayor: Hematoma > 2cm; requerimiento transfusional, intervención quirúrgica/angioradiológica o muerte.

Resultados: 256 BR. Edad: 50,8±17,4 años, rango (14-85) con 17,5% >70 años. Sexo: 55% de hombres. Creatinina (Cr) 233±222 µmol/L, rango (12-1222). Indicaciones más frecuentes: Proteinuria 26%; Lesión renal aguda 23% y Sd. Nefrítico 19%. El 82% de las biopsias fueron realizadas por el mismo radiólogo. Número de pases 2,1 ±0,5, rango: 1-4 pases. Resultados histológicos: GN primarias 48%. El 5% de los estudios histológicos resultaron no diagnósticos. Complicaciones mayores 2,7%. Complicaciones menores 32%, de las cuales el 57% no presentaban hematoma >2cm en la ecografía de control. La variación de Hb a las 6h fue de 0,7±0,8 g/dL. Ingreso electivo (IE) 45,7%. Los pacientes con IE eran más jóvenes 45±15,3 Vs 59±17,7 años, tenían menor cifra de Cr: 97±76,9 Vs 326±258 µmol/L y las indicaciones más frecuentes fueron: Proteinuria 50% y Sd. Nefrítico 17% Vs Lesión renal aguda 37% y Sd. Nefrítico 17%. Mayor número de GN primarias 58% en los IE Vs 39%. No se encontraron diferencias significativas respecto al desarrollo de complicaciones menor o mayor y al tipo de ingreso, número de pases o premedicación con desmopresina.

Conclusiones: La aplicación sistematizada de un protocolo de actuación, así como la realización por parte de radiólogo experto, permite la obtención de BR diagnósticas, minimizando el riesgo de complicaciones mayores. La disminución de Hb en control postbiopsia a las 6h (complicación menor) podría estar sobrevalorada por un componente dilucional.

738 ¿INFLUYE EL MÉTODO DE RECOGIDA DE ORINA EN LOS PARÁMETROS URINARIOS DE PACIENTES CON HIPERCALCIURIA?

G. CARREÑO CORNEJO¹, C. ROSADO RUBIO¹, D. BARREDA GRANDE¹, R. MANZANEDO BUENO¹, D. MENÉNDEZ GONZÁLEZ¹, A. JUEZ DEL POZO¹, C. FELIPE¹, M. CALZADA GONZÁLEZ¹, ME. LÓPEZ GUÍO¹, J. MARTÍN GARCÍA¹

¹NEFROLOGÍA. COMPLEJO ASISTENCIAL DE ÁVILA (ÁVILA), ²ANÁLISIS CLÍNICOS. COMPLEJO ASISTENCIAL DE ÁVILA (ÁVILA)

Introducción: Los estudios metabólicos de pacientes con litiasis son fundamentales para diagnóstico y un tratamiento que disminuya las recidivas. La recogida de orina de 24 horas es "patrón oro" para realizar las determinaciones. Existe controversia sobre como recoger esta, para asegurar que la orina no se contamine y mantenga un pH ácido que impida la precipitación de sales de fosfato y oxalato que podrían alterar el resultado.

Metodología y objetivo: Hasta 2021, previo a la determinación, en la propia consulta se entregaba un recipiente oscuro con capacidad para 3 litros, al que la enfermera añadía 10 ml de HCl 1/6 normal, y se recogía la orina bajo ese medio las 24 horas. A partir de 2021, por motivos de seguridad y de homogeneidad de la muestra, se les da el recipiente vacío, y cuando entregan la orina, el personal del laboratorio le añade a la muestra de 24 horas 10 ml de HCl 1/6 normal y realiza la mezcla antes de la determinación. El objetivo es analizar si existen diferencias significativas en: calcemia/24h, calcemia/kg, Ca/creat., fosfatemia, magnesuria, kaliuria, citraturia y oxaluria, al cambiar de método, en pacientes con hipercalcemia, en los años 2020 y 2021.

Resultados: Se estudiaron 48 pacientes, edad 61,0 (30-83), peso 73,8 (48,5-102,0), 60,4% mujeres, diagnosticados de, Hipercalcemia renal: 29(60,5%); Hipercalcemia abortiva: 9(18,8%); Pérdida Renal Fosfato: 3(6,3%), Hiperparatiroidismo: 1(2,1%); "Riñón en Esponja": 4(8,3%); Hipocitraturia: 1(2,1%) y toma de Topiramato: 1(2,1%). 10 pacientes estaban con dieta y AcalKaR, el resto con hidroclorotiazida, 12,5, 25, o 50 mg/día: 26(54,1%); o tiazidas-like: Clortalidona 25 mg/día: 4(8,2%), Clortalidona50/Amiloride5: 5(10,4%), Indapamida: 1(2,1%). La calcemia de 24 horas fue menor en 2021: 206,87±105,16 mg/24h vs 236,22±114,70 mg/24 h (p<0,05), sin observar diferencias en Ca/kg: 3,2±1,7 vs 2,98±1,5; o en Ca/Creat: 0,19±0,09 vs 0,18±0,07 (ns). Tampoco hubo diferencias en el resto de parámetros salvo en la oxaluria, mayor en los pacientes en 2021: 31,1 ±9,4 vs 24,5 ±9,5 (p<0,05). El análisis del subgrupo de pacientes que en 5 años no habían presentado recurrencia de litiasis, (n=40) mostró las diferencias en el cociente Ca/creat: 0,179±0,08 (2021) vs 0,20±0,1 (2020) (p=0,03) y se confirmaban en la oxaluria: 30,5±9 (2021) vs 23,8 ±1,6 (2020) (p=0,001).

Conclusiones: La recogida de orina de 24 horas sin ácido en el recipiente y el añadido posterior parece valorar "a la baja" la calcemia y "al alza" la oxaluria, si bien otras variables pueden influir en este aspecto.

739 CONSULTA VIRTUAL COLABORATIVA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA A NEFROLOGÍA. DESCRIPCIÓN DE NUESTRA EXPERIENCIA: PERIODO 2019-2022

PM. VILLABÓN OCHOA¹, AC. ANDRADE LÓPEZ¹, L. DEL RIO GARCÍA¹, JL. PÉREZ CANGA¹, L. ALCURIA LEDO¹, JM. BALTAR MARTÍN¹, M. SERAS MOZÁS¹

¹SERVICIO DE NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN AGUSTÍN (AVILÉS, ASTURIAS)

Introducción: La alta prevalencia de enfermedad renal en la población, supone un gran número de consultas en Atención Primaria (AP), lo que puede generar dudas en cuanto al manejo de los pacientes, que no siempre requieren una derivación a nuestras consultas. En este contexto se crea la Consulta Virtual Colaborativa (CVC) entre AP y Nefrología, con el objetivo de mejorar la accesibilidad de los pacientes al sistema, reducir los tiempos de espera y por tanto el número de consultas presenciales innecesarias.

Material y métodos: Estudio descriptivo de las CVC realizadas entre 2019 y 2022 en dos hospitales. Se analizaron datos demográficos, motivos de consulta, tiempos de respuesta, necesidades final de derivación de los pacientes a las consultas de Nefrología, tanto del área urbana de Avilés, como del área rural de Jario.

Resultados: Entre los años 2019 y el 2022, se valoraron 546 pacientes remitidos a través de la CVC desde AP. Con una edad media de 73 ± 15 años, siendo el 51% de los mismos, mujeres. Entre los principales motivos de consulta estaban: ERC 81%, HTA 15%, proteinuria 6%, anemia 4%, alteraciones electrolíticas 3,1%, quistes renales 1,9%. Sólo un 31% de las CVC fueron citadas en nuestras consultas, resolviéndose así un 69% de las mismas a través de la CVC. El 74% de los pacientes pertenecían a los diferentes centros de salud del área urbana de Avilés. El tiempo medio de respuesta de las CVC, fue de 1.8 días en el área de Avilés y 3,04 días en el área rural de Jario. No hubo ningún coste adicional a los recursos existentes.

Conclusiones: La CVC supone una mejoría significativa en la calidad asistencial de los pacientes, al aumentar la resolución de los casos desde AP y disminuir las primeras visitas derivadas inadecuadamente a Nefrología. Evita desplazamientos innecesarios de los pacientes, en muchos casos mayores. Incentiva el trabajo en equipo entre AP y especializada, favoreciendo la continuidad asistencial, e incluso, promueve la creación de programas formativos. Lo que conlleva un importante ahorro tanto de tiempo, como de costes para el sistema de salud. Sería interesante analizar el coste beneficio que genera la realización de la CVC.

740 ESTUDIO DESCRIPTIVO DE HIPONATREMIAS GRAVES COMO COMPLICACIÓN DE PREECLAMPSIA EN EL PERIODO 2019-2022

V. CALLE PEREZ¹, M. HERAS BENITO², M. RODRIGO VILLAMOR³, G. GONZALEZ ZHINDON³, MA. LIZARAZO SUAREZAREZ³, G. TABERNEIRO FERNANDEZ³, JA. MENACHO MIGUEL³, E. VILLANUEVA SANCHEZ³, C. RODRIGUEZ TUDERO³, A. TYSZKIEWICZ⁴

¹NEFROLOGIA. FACULTAD DE MEDICINA. UNIVERSIDAD DE SALAMANCA (SALAMANCA.ESPAÑA); ²NEFROLOGIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA (SALAMANCA.ESPAÑA); ³NEFROLOGIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA (SALAMANCA.ESPAÑA); ⁴NEFROLOGIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA (SALAMANCA.ESPAÑA)

Introducción y objetivos: La información disponible actualmente sobre la hiponatremia grave (sodio plasmático

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo retrospectivo transversal de una cohorte de gestantes con preeclampsia en periodo 2019-2022. De la historia clínica se registraron datos clínicos (antecedentes médicos y obstétricos), información relativa al embarazo en curso y fin de éste; antecedentes de hiponatremia (antes y durante el embarazo actual), valor mínimo de natremia; morbi-mortalidad materno-fetal. La estadística se hace con SPSS 26.0. Datos expresados media±DS. Estudio aprobado por Comité Ético de nuestro Centro.

Resultados: De 205 casos estudiados, la hiponatremia grave se detectó en tres pacientes (1,46%), cuya edad media fue de 32,3±7 años (24-37), con edad gestacional 32-36 semanas; presión arterial (mmHG) sistólica al ingreso: 151,33±19,03 y diastólica 92,66±9,29. Las características comunes presentes en las tres pacientes con hiponatremias graves fueron: edad menor a 40 años, embarazo no múltiple, ausencia de enfermedad renal crónica, diabetes mellitus y de hipotiroidismo; en dos casos se había detectado hiponatremia previa al embarazo (p=0,008); todos los casos se asociaron a crecimiento intrauterino retardado, con un peso medio de recién nacidos de 2241,66±670,39 gramos. Ninguna mujer presentó eclampsia ni hubo fallecimientos maternos ni fetales. En la tabla se describen las características médico obstétricas individualizadas de los tres casos.

Conclusiones: la hiponatremia grave representa una complicación infrecuente en nuestra cohorte, no llegando al 1,5% de toda la muestra: el crecimiento intrauterino retardado y aparición en mujeres menores de 40 años, son rasgos comunes en los tres casos detectados. El hallazgo de hiponatremia antes de la gestación podría llegar a ser un predictor de hiponatremia grave en los momentos periparto.

[Ver tabla](#)

741 EVOLUCIÓN DE LA PLASMAFÉRESIS REALIZADA EN LA PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA TROMBÓTICA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DURANTE EL PERIODO 2014-2022

C. RODRIGUEZ ALVAREZ¹, A. ALONSO BETHENCOURT¹, MJ. REGUERA CARMONA¹, D. LUIS RODRIGUEZ¹, O. SIVERO MORALES¹, PM. GARCIA GARCIA¹, N. DEL CASTILLO¹, EM. MARTIN IZQUIERDO¹, CA. MARÍN DELGADO¹, M. MACÍA HERAS¹

¹NEFROLOGÍA. HUNSC (SANTA CRUZ DE TENERIFE)

Introducción: La púrpura trombocitopénica trombótica (PTT) es una enfermedad infrecuente que se caracteriza por anemia hemolítica microangiopática, trombocitopenia, compromiso neurológico, fiebre y deterioro renal. La mayoría de los casos de PTT inmunomediada se asocia a la presencia de autoanticuerpos dirigidos contra la proteasa de escisión del factor von Willebrand (ADAMTS13), resultando en un déficit de actividad normal del mismo aunque niveles normales no descartan la enfermedad. La mortalidad es elevada si no se inicia precozmente plasmaféresis con plasma fresco congelado (PFC) para reponer el ADAMTS13. El objetivo es describir y analizar la experiencia de pacientes diagnosticados de PTT en nuestro hospital.

Material y métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo, que incluye a pacientes diagnosticados de PTT durante el periodo 2014-2022.

Resultados: 15 pacientes, 60% hombres, media de edad 59,2±15,8 años. 4 tuvieron antecedente de enfermedad autoinmune y 2 de neoplasia. Al debut, 67% tuvo síntomas neurológicos; 53%, síntomas digestivos; 33%, clínica hemorrágica; y 33%, fiebre. 53% presentó fracaso renal agudo (AKI) al debut, con necesidad de hemodiálisis en 2 pacientes. La mediana del PLASMIC-score al debut fue 6 puntos. La actividad de ADAMTS-13 media basal fue 3%. La media de duración de plasmaféresis fue de 38,33±80,05 días y el promedio de plasmaféresis realizadas fue de 17,53±12,51. El volumen medio de recambio con PFC fue 84714,6±87467,99 ml. El 100% recibió esteroides, 47% caplacizumab, 27% rituximab. Los datos analíticos al debut y a la remisión completa (RC) se muestran en la tabla I. El 47% logró inicialmente la RC, el 27% recayó (tiempo medio de recaída tras lograr remisión completa 396±706,57 días), y el 47% falleció (33% sin lograr la RC). Las causas de éxito incluyeron hematoma subdural, shock séptico urinario, cardiopatía isquémica, síndrome antifosfolípido catastrófico, neoplasia, fallo multiórgano.

Conclusión: La alta tasa de mortalidad enfatiza la importancia del diagnóstico temprano, derivación y manejo adecuado de la TTP. Son necesarios estudios para identificar pacientes en riesgo de enfermedad refractaria.

Tabla 1.

	Debut (x ± DE)	Remisión completa (x ± DE)
ADAMTS-13 (%)	3 ± 5	49 ± 36
Creatinina (mg/dl)	1,42 ± 0,61	1,07 ± 0,37
LDH (U/l)	1.060,73 ± 533,32	550,92 ± 1.064,61
Bilirrubina total (mg/dl)	2,52 ± 1,29	0,34 ± 0,30
Haptoglobina (mg/dl)	19,46 ± 19,73	142,15 ± 59,23
Plaquetas (x10 ⁹ /l)	10,933 ± 10,606	254,500 ± 104,119
Hemoglobina (g/dl)	8,87 ± 1,77	11,05 ± 2,13
Hematocrito (%)	27 ± 5	32 ± 5
Fibrinógeno (mg/dl)	402,15 ± 149,56	501,43 ± 182,26
Tiempo protrombina (s)	13,31 ± 2,97	11,73 ± 1,98
INR	1,17 ± 0,25	1,03 ± 0,16
Esquistocitos	6,71 ± 3,36	0,56 ± 0,53

742 SÍNDROME HIPEREOSINÓFILICO POSTRASPLANTE RENAL VUELVE A HEMODIÁLISIS AT. TEMPRADO COLLADO¹, GM. GEMA MONTILLA COSANO¹, FR. FRANCISCO JOSÉ ROCA OPORTO¹, MA. MERCEDES ACEVEDO RIBÓ¹, MT. MERCEDES TORO RAMOS¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO (SEVILLA)

Introducción: El síndrome de DRESS es una reacción medicamentosa grave caracterizada por erupción cutánea extensa, fiebre, eosinofilia, linfocitosis atípica y afectación visceral¹. Se asocia principalmente a anticonvulsivantes, antiinflamatorios no esteroideos, antibióticos, alopurinol y antirretrovirales. Su diagnóstico a veces es tardío y puede convertirse en un reto. Los criterios diagnósticos propuestos por el Registro Internacional de Reacciones Cutáneas Adversas Graves (RegiSCAR) ayudan a establecer el diagnóstico mediante un sistema de puntuación basado en los hallazgos clínico-analíticos².

Caso: Paciente de 23 años con Enfermedad Renal Crónica secundaria a Síndrome nefrótico finlandés, trasplante renal en 2015, con función renal estable con FG 30ml/min. A las dos semanas de recibir dosis de azitromicina por Infección de Transmisión Sexual, presenta exantema en tronco y miembros superiores. Posteriormente, deterioro de función renal. Datos de inflamación intersticial linfoplasmocitaria severa con presencia de eosinófilos en biopsia, con sospecha de rechazo agudo celular versus NIA, a favor de la primera. Se inician corticoides con mejoría del cuadro cutáneo. No mejoría de función renal precisando iniciar Hemodiálisis. Realiza pauta descendente de corticoides durante trece semanas. Una semana después comienza con fiebre y tos no productiva recibiendo Amoxicilina-clavulánico. Ingresa por deterioro del estado general. Se inicia antibioterapia con Piperacilina-tazobactam con rastreo microbiológico negativo. Por sospecha de infección oportunista se inicia cotrimoxazol, doxicilina y esteroides, descartándose. Tras el inicio de esteroides se produce una excelente respuesta clínica. Se diagnostica como posible Síndrome de DRESS al detectar eosinofilia >2.000 células a su ingreso y afectación orgánica pulmonar (patrón en vidrio deslustrado y edema hidrostático), cardíaca (dilatación severa del ventrículo izquierdo con FEVI deprimida y derrame pericárdico), y renal (datos de NIA previa). Sin afectación cutánea ni adenopatías. Actualmente el paciente se encuentra con pauta descendente de esteroides, con mejoría de la FEVI y del derrame pericárdico, sin sintomatología respiratoria y sin afectación cutánea.

Conclusiones: El síndrome de DRESS es una reacción medicamentosa grave con afectación sistémica, poco frecuente. Requiere de diagnóstico y tratamiento precoz. El tratamiento recomendado es el inicio de esteroides, sobre todo si existe afectación pulmonar y/o renal².

Bibliografía: 1. Sritranaviriyakul, N., Ngyuen, L. P., Henderson, M. C., & Albertson, T. E. (2014). Drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms syndrome (DRESS) syndrome associated with azithromycin presenting like septic shock: a case report. Journal of Medical Case Reports, 8(1). <https://doi.org/10.1186/1752-1947-8-332>; 2. Calle, A. M., Aguirre, N., Ardila, J. C., & Cardona Villa, R. (2023). DRESS syndrome: A literature review and treatment algorithm. World Allergy Organization Journal, 16(3). <https://doi.org/10.1016/j.waojou.2022.100673>

743 ANÁLISIS DE LA PROTEINURIA NEFRÓTICA EN UNA CONSULTA DE ONCO- NEFROLOGÍA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

MJ. REGUERA CARMONA¹, PM. GARCÍA GARCÍA¹, A. ALONSO BETHENCOURT¹, C. RODRIGUEZ ALVAREZ², D. LUIS RODRIGUEZ³, O. SIVERO MORALES⁴, E. MARTIN IZQUIERDO⁵, V. DOMINGUEZ PIMENTEL¹, AM. JARQUE LOPEZ⁶, M. MACIA DE LAS HERAS¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DE CADELARIA (SANTA CRUZ DE TENERIFE)

Introducción: La albuminuria es un marcador de daño renal consecuencia de la alteración de la barrera glomerular. Con frecuencia se asocia a enfermedades cardiovasculares y sistémicas pero también puede relacionarse con patología neoplásica y con los tratamientos oncohematológicos, pudiendo alcanzar rango nefrótico, siendo motivo de derivación a la consulta de Onconefrología.

Material y métodos: Realizamos un estudio observacional prospectivo de los pacientes en seguimiento en la consulta de Onconefrología durante el año 2022 que presentaron como manifestación inicial de la neoplasia o durante su seguimiento, proteinuria nefrótica (PN). Analizamos las características clínicas de los pacientes, la etiología de la proteinuria y la evolución renal.

Resultados: Analizamos 11 pacientes, 36,3% hombres y 63,3% mujeres con una media de edad de 57 años. La PN aislada se objetivó en un paciente. En el resto de pacientes, la proteinuria se acompañó de fracaso renal agudo (FRA)(36,3%), enfermedad renal crónica (ERC)(27,2%), síndrome nefrótico(18,1%) y nefrítico(9%). Se realizó biopsia renal a 7 pacientes. La histología reveló: Amiloidosis IgG lambda, GMN membranosa, nefropatía diabética vs GMN membranoproliferativa secundaria en un paciente con diabetes y leucemia linfática crónica y una GMN proliferativa paucimune en un paciente diagnosticado de melanoma y tratado con un inhibidor Check-point. Las neoplasias hematológicas fueron las mas prevalentes(72,7%) principalmente amiloidosis (n4) con un patrón de presentación renal variable, mieloma múltiple(n1), leucemia(n1), linfoma esplénico(n1) y GMSI(n1). Los tumores sólidos ginecológicos fueron los mas frecuentes. A nuestra valoración, solo 3 pacientes fueron diagnosticados previamente de la neoplasia, los restantes se diagnosticaron por la afectación renal.

Conclusiones: En nuestro estudio, la PN fue mas prevalente en las mujeres, presentándose con mayor frecuencia acompañada de FRA o ERC. La mayoría de los pacientes que presentaron PN no estaban previamente diagnosticados de una neoplasia, permitiendo la biopsia renal realizar un diagnóstico precoz, dirigir la terapia y mejorar el pronóstico vital y renal.

[Ver tabla](#)

744 LA INTERCONSULTA NO PRESENCIAL. UNA HERRAMIENTA MUY ÚTIL EN NEFROLOGÍA

I. MINGUELA PESQUERA¹, RI. MUÑOZ GONZÁLEZ¹, I. ACOSTA HERNÁNDEZ¹, MI. DURÁN SOLÍS¹, MI. UGARTE AROSTEGI¹, KP. PÉREZ MENENDEZ¹, A. BUJÁN LÓPEZ P¹, N. GARCÍA ALONSO¹, L. GUTIÉRREZ LEIVA¹, I. MOINA EGUREN¹

¹NEFROLOGÍA. H. UNIV. BASURTO (BILBAO)OSAKIDETZA (ESPAÑA)

Introducción: La derivación de pacientes a consulta externa supone un reto por la saturación de las agendas. Tras la pandemia se está planteando retirar las interconsultas no presenciales (ICNP) y que se hagan las derivaciones directamente. Creemos que la ICNP es un método muy útil en nuestra área y que nos permite modular la demanda evitando citas inadecuadas y priorizando las patologías graves. El objetivo es analizar los resultados de la interconsulta no presencial en el servicio de nefrología.

Pacientes y métodos: Estudio prospectivo desde el 15/02/21 al 31/03/23, descriptivo, en un solo centro, con un área de referencia casi completamente urbana, con un total de ±366.000 habitantes, que cuenta con un total de 27 Unidades de Atención Primaria (UAP) adscritas en un hospital terciario. Se registran desde dónde y porqué nos derivan así como la actitud que tomamos con los pacientes. Se realiza estadística descriptiva. Los datos se muestran en porcentaje y la edad en mediana (rango intercuartil).

Resultados: Tenemos incluidos en la base de datos 2985 registros. El 72,8% provienen de UAP y el 27,2% de especialidades hospitalarias. De las 27 UAP adscritas, entre 3 de ellas nos remiten el 28,3% del total de consultas. Entre los servicios hospitalarios que más nos consultan están urología, reumatología, oncología y digestivo. Entre los 4 suponen el 42,5% de las consultas. La mediana de edad es 69 años (55-80); en un 87,8% se nos consultó una sola vez por esos pacientes y en el resto entre 2 y 6 veces. El motivo de consulta principal es por alteraciones analíticas (71,0%) y de ellas sobresalen la elevación de la creatinina (52,9%) y la macroalbuminuria (14,0%). Sin embargo, hay que destacar que un 8,04% era por cifra de FG baja con nivel de creatinina normal y un 9,04% por microalbuminuria. Con respecto a la actitud, en un 49,5% se solicitaron análisis y en un 23,5% se realizó algún ajuste de tratamiento. Aunque se hicieran varias acciones solo se registraba la principal. Del total de pacientes que no eran seguidos en consulta, el 50,3% de las interconsultas no acabaron en derivación a consulta presencial. La derivación fue siempre con las pruebas complementarias solicitadas, hacia la consulta específica y en el plazo que precisaba cada patología.

Conclusiones: La ICNP es muy útil y permite modular la derivación a nuestra consulta, citarla en la agenda según su patología y evitar sobrecargas de trabajo y demoras en las citas.

745 PRÁCTICAS PARA LA CANALIZACIÓN DE VÍAS CENTRALES: EXPERIENCIA DE UN MODELO TIPO SIMULACIÓN

DA. VARILLAS CASO¹, ED. MORALES RODRÍGUEZ¹, A. DELGADO UREÑA¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN CECILIO (GRANADA/ESPAÑA)

Introducción: La canalización de un acceso venoso central es a menudo una técnica requerida en nuestros pacientes en hemodiálisis. El uso de la ecografía en tiempo real reduce el número de complicaciones asociadas a la técnica respecto a la clásica por referencia anatómica. El entrenamiento basado en simulación puede ayudar a los nefrólogos a desarrollar esta habilidad y mejorar así la seguridad del paciente. En el ámbito intervencionista donde se observan procedimientos complejos es positivo el uso de la simulación al no exponer al paciente a ningún riesgo.

Material y métodos: El modelo consiste en realizar "fantomas" o fantoms de simulación a través de elementos básicos y de fácil reproducción. Los materiales que usamos fueron: recipientes de plástico, drenajes tipo penrose de diferentes calibres, tintes clásicos, gelatina culinaria en polvo, laxante osmótico, látex, agujas, jeringas que nos ayudaran a simular los accesos vasculares, diferenciados en venas con tinte azul y arterias con tinte rojo, y un equipo de Ecografía.

Resultados: Recreamos dos fantomas que usamos para enseñanza de intervencionismo guiado por ecografía durante una sesión clínica. La imagen con el ultrasonido nos permite visualizar el drenaje lleno de líquido que simula un vaso sanguíneo. Es posible realizar la punción ecoguiada del túnel múltiples veces (> 10 veces) y aun así, mantener el "vaso" lleno de fluido y la integridad funcional.

Conclusiones: Está bien establecido que la formación médica mediante simulación tiene muchas ventajas en comparación con las técnicas de formación tradicionales. Se presenta una alternativa diferente de aprendizaje utilizando un modelo de simulación con gelatinas. La simulación ofrece un entorno seguro en el que los nefrólogos pueden practicar repetidamente la canalización de accesos vasculares sin poner en peligro a los pacientes, así como también nos permite mejorar nuestra técnica.

746 CUANDO LA GAMMAPATIA MONOCLONAL COBRA SIGNIFICADO PARA LOS NEFRÓLOGOS

P. MARTÍN ESCUER¹, L. GUERRERO FERNÁNDEZ², S. ÁLVAREZ TUNDIDOR¹, C. CALDERÓN GONZÁLEZ³, V. OVIEDO GÓMEZ⁴, C. RUIZ-ZORRILLA LÓPEZ⁵, A. LORENZO CHAPATTE¹, R. VELASCO PILAR¹, S. BARAKAT FERNÁNDEZ⁶, E. HERNÁNDEZ GARCÍA¹

¹NEFROLOGÍA. COMPLEJO ASISTENCIAL DE PALENCIA (PALENCIA),²HEMATOLOGÍA. COMPLEJO ASISTENCIAL DE PALENCIA (PALENCIA),³NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CABUEÑES (GIJÓN),⁴MEDICINA INTENSIVA. COMPLEJO ASISTENCIAL DE PALENCIA (PALENCIA)

Introducción: Las gammopatías monoclonales constituyen un grupo de trastornos caracterizados por la existencia de un clon de células plasmáticas o, menos frecuentemente, linfocitos B, que producen una inmunoglobulina monoclonal o un fragmento de ella (componente monoclonal: CM). La forma más frecuente e indolente es la gammopatía monoclonal de significado incierto (GMSI). Sin embargo, existe un grupo de GMSI con daño renal secundario al CM, que no cumple criterios de mieloma, denominada gammopatía monoclonal de significado renal (GMSR), con alta morbilidad y mortalidad; llegando en ocasiones a progresar a enfermedad renal crónica avanzada que precisa tratamiento renal sustitutivo. El daño renal se produce tanto por mecanismos patogénicos directos (depósito del CM en las estructuras renales), como por mecanismos indirectos (actuando como autoanticuerpo que provoca la disregulación del complemento). No responden a regímenes inmunosupresores y pueden progresar a hemopatía maligna.

Método: Presentamos 9 casos de GMSR (figura 1), diagnosticados entre 2014 y 2022 en nuestro centro.

Resultados: Caso 1: Amiloidosis AL; Caso 2: Enfermedad por depósito de Ig monoclonal de cadenas ligeras y pesadas. Caso 3: Enfermedad por depósito de cadenas ligeras Kappa; Caso 4: Enfermedad por depósito de cadenas ligeras Lambda; Caso 4: Tubulopatía por depósito de cadenas ligeras Kappa sin síndrome de Fanconi. Caso 6: Enfermedad por depósito de Ig monoclonal; Caso 7: Amiloidosis AL; Caso 8: Amiloidosis AL; Caso 9: Amiloidosis AL.

Conclusión: La GMSR es una nueva entidad que abarca un amplio espectro de afectaciones renales (tanto glomerulares como tubulares), lo que supone un gran reto diagnóstico. La biopsia renal para la detección de la proteína monoclonal junto con un estudio hematológico precoz son imprescindibles para establecer el diagnóstico. No existe un tratamiento bien definido, por lo que hasta ahora se ha seleccionado en base a la naturaleza del clon (linfocito B o célula plasmática).

[Ver figura](#)

747 MANEJO DE LA DISLIPEMIA EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO A CARGO DE NEFROLOGÍA

O. SIVERIO MORALES¹, D. LUIS RODRÍGUEZ¹, V. DOMÍNGUEZ PIMENTEL¹, C. MARÍN DELGADO¹, M. GERARD¹, E. MARTÍN IZQUIERDO¹, M.J. REGUERA CARMONA¹, C. RODRÍGUEZ ALVAREZ¹, J.F. NAVARRO GONZÁLEZ¹, M. MACÍA HERAS¹

¹NEFROLOGÍA. HUNSC (ESPAÑA)

Introducción: La enfermedad cardiovascular es muy frecuente entre la población con enfermedad renal crónica (ERC) y, además, es la causa más frecuente de mortalidad. Se inicia en fases precoces de la ERC, de modo que cuando los pacientes inician tratamiento renal sustitutivo, más de la mitad ya tienen lesiones cardiovasculares tales como hipertrofia del ventrículo izquierdo, aterosclerosis y/o calcificaciones vasculares.

Objetivos: Analizar los parámetros analíticos, demográficos y de morbilidad en los pacientes hospitalizados a cargo de Nefrología poniendo de manifiesto el manejo de la dislipemia y el riesgo cardiovascular asociado.

Material y métodos: Estudio epidemiológico descriptivo y observacional correspondiente a los pacientes hospitalizados a cargo del servicio de Nefrología durante un periodo 30 días.

Resultados: Se cuantificaron un total de 63 ingresos. El 69,84% eran hombres y el 30,16% eran mujeres. La edad media fue de 60,41 años (26-88). El 52,39% de los pacientes estaban en diálisis, estando incluidos el 78,78% en hemodiálisis (HD) y el resto en programa de diálisis peritoneal (DP). En lo referente a la comorbilidad asociada, el 49,21% eran diabéticos y el 85,71% eran hipertensos. Respecto a la dislipemia, el 65,08% de los pacientes tenían el diagnóstico de dislipemia al ingreso estando en tratamiento farmacológico con estatinas, fibratos, omega 3 y/o ezetimibe el 78,05%. Durante el ingreso, se le solicitó el perfil lipídico al 65,08% de los hospitalizados, ofreciendo los parámetros analíticos los siguientes valores medios: Colesterol total: 152,27 mg/dl [309-85]. LDL: 73,40 mg/dl [12-223]. HDL: 47,55 mg/dl [24-82]. Triglicéridos: 153,97 mg/dl [30-326]. La causa de ingreso más frecuente fue la etiología infecciosa con un 31,75%, seguidos por la ERC agudizada y la ICC descompensada en programa de HD con un 22,75% y un 20,63% respectivamente. Por último, el 85,94% de los pacientes tenían un riesgo cardiovascular muy elevado cumpliendo el objetivo de LDL en un 41,82%.

Conclusiones:

- Existe un elevado porcentaje de pacientes con ERC y riesgo cardiovascular muy elevado que no cumplen el objetivo de LDL.
- La dislipemia debe considerarse un antecedente personal relevante en el paciente con ERC debido al riesgo cardiovascular asociado a la misma.
- El manejo de la dislipidemia en pacientes con enfermedad cardiovascular está en continua evolución a la vista de los sucesivos estudios de intervención publicados.
- La incorporación de los inhibidores de PCSK9 pueden jugar un papel relevante en el abordaje de la dislipemia en la ERC.
- El ingreso hospitalario puede ser un momento óptimo para revisar de manera íntegra el tratamiento dislipémico del paciente y optimizar aquellos aspectos insuficientemente controlados.

748 CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA: IMPORTANCIA DE LA TRANSICIÓN DE ERCA A DIÁLISIS

C. SELVA SEVILLA¹, J. PÉREZ MARTÍNEZ², A. ORTEGA CERRATO³, F.J. CENTELLAS PÉREZ², S. BLAS GÓMEZ², M. GERÓNIMO PARDO³

¹FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS. UCLM (ESPAÑA), ²NEFROLOGÍA. CHU ALBACETE (ESPAÑA), ³ANESTESIOLOGÍA. CHU ALBACETE (ESPAÑA)

Introducción: La enfermedad renal crónica puede impactar profundamente en la calidad de vida de los pacientes, por lo que es importante una buena información, selección y preparación de pacientes. Presentamos resultados preliminares de un estudio descriptivo comparativo de la calidad de vida de los pacientes con Enfermedad Renal Crónica Avanzada (ERCA), en Hemodiálisis (HD) o en Diálisis Peritoneal (DP).

Material y método: Estudio observacional, descriptivo, prospectivo aprobado por el Comité de Ética e Investigación con medicamentos. Los cuestionarios genéricos de salud EuroQoL-5D-5L (EQ-5D-5L) y Short Form 36 versión 2 (SF-36v2) fueron cumplimentados por 92 pacientes (ERCA, n = 30; HD, n = 29; DP, n = 33). El EQ-5D-5L consta de 5 ítems/dimensiones (Movilidad, Cuidado Personal, Actividades Cotidianas, Dolor/Malestar, Ansiedad/Depresión), y una pregunta sobre el estado de salud autopercibido en una escala de 0 a 100, referido al día de cumplimentación de la encuesta. El SF-36v2 hace referencia al mes previo. Consta de 36 preguntas que son agrupadas en 8 dimensiones: Función Física, Rol Físico, Dolor Corporal, Salud General, Vitalidad, Función Social, Rol Emocional, y Salud Mental. Se utilizaron tarifas españolas para calcular la utilidad para ambas encuestas. La utilidad oscila entre 0 y 1, donde 0 equivale a muerte y 1 equivale a salud plena.

Resultados: Las diferencias en los resultados obtenidos entre los tres grupos no fueron estadísticamente significativas ni para el valor de utilidad ni para ninguna de las dimensiones respectivas (Tabla).

Conclusiones: Los resultados apoyan la teoría de que una buena selección y preparación de los pacientes puede permitir mantener una calidad de vida similar a la previa pese al inicio de tratamiento renal sustitutivo, por lo que apostar por las consultas ERCA tiene repercusión positiva sobre nuestros pacientes.

■ Tabla 1.

	Total n=92	ERCA n=30	HD n=29	DP n=33	p-valor
Varones (%)	68,5	66,7	75,9	63,6	0,567 *
Edad, años	69 [57-77]	68 [53-78]	70 [62-79]	65 [57-74]	0,488 *
Utilidad EQ-5D-5L	0,7735 [0,6325-0,9320]	0,7445 [0,6040-1,000]	0,8000 [0,6690-0,9100]	0,7610 [0,6480-1,000]	0,994 *
Utilidad SF-36v2	0,6025 [0,3555-0,7825]	0,6265 [0,3690-0,7970]	0,6020 [0,3830-0,7930]	0,5490 [0,3550-0,7720]	0,681 *

* Prueba de Chi cuadrado de Pearson. [†] Prueba de Kruskal-Wallis.

749 ANÁLISIS DE LAS PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS ENTRE LAS ENCUESTAS GENÉRICAS DE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EUROQOL-5D-5L, SHORT FORM 12, Y SHORT FORM 36 EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA AVANZADA

M. GERÓNIMO PARDO¹, A. ORTEGA CERRATO², J. PÉREZ MARTÍNEZ², F.J. CENTELLAS PÉREZ², S. BLAS GÓMEZ², C. SELVA SEVILLA³

¹ANESTESIOLOGÍA. CHU ALBACETE (ESPAÑA), ²NEFROLOGÍA. CHU ALBACETE (ESPAÑA), ³CIENCIAS ECONÓMICAS. UCLM (ESPAÑA)

Introducción: La evaluación de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud a través de cuestionarios genéricos basados en preferencias en pacientes con Enfermedad Renal Crónica Avanzada (ERCA) es importante porque permite realizar evaluaciones económicas sanitarias. El objetivo es analizar las propiedades psicométricas de los cuestionarios genéricos EuroQoL-5D-5L (EQ-5D-5L), Short Form 12 versión 2 (SF-12) y Short Form 36 versión 2 (SF-36) para averiguar cuál es el más recomendable en este grupo de pacientes.

Material y método: Este estudio observacional descriptivo y prospectivo fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación con medicamentos del hospital. Los tres cuestionarios fueron cumplimentados por 92 pacientes adultos en estadio ERCA (n = 30) o que llevasen más de tres meses en tratamiento con Hemodiálisis (HD, n = 29) o Diálisis Peritoneal (DP, n = 33). De cada encuesta se calcularon las utilidades con tarifas españolas (utilidad 0 = muerte; utilidad 1 = salud plena), los efectos techo y suelo, y se analizó la consistencia interna (alfa de Cronbach). Se analizaron las correlaciones (rho de Spearman) y grado de acuerdo (coeficiente de correlación concordancia de Lin [Lin-CCC], y gráficos de Bland-Altman) entre las utilidades y dimensiones de las tres encuestas entre sí.

Resultados: Las utilidades medianas [rango intercuartílico] de la EQ-5D-5L, SF-12 y SF-36 fueron de 0,773 [0,632-0,932], 0,636 [0,506-0,804], y 0,602 [0,355-0,782], respectivamente. La mejor consistencia interna la presentó la EQ-5D-5L (alfa=0,82) seguido de la SF-36 (alfa=0,69) y la SF-12 (alfa=0,47). La EQ-5D-5L fue la única con efecto techo (22,8% de las respuestas). Las utilidades de las tres encuestas mostraron correlaciones fuertes (rho>0,70) entre sí, pero el grado de acuerdo entre ellas fue pobre (diferencias medias entre utilidades >0,3; Lin-CCCs entre 0,621 y 0,742) con predominio del error sistemático frente al error aleatorio (gráfico de Bland-Altman).

Se observó correlación fuerte (rho>0,60) entre todas las dimensiones de la SF-12 con la SF-36, pero con pobre acuerdo. Las dimensiones de la EQ-5D-5L mostraron peores correlaciones y acuerdo con las de la SF-12 y la SF-36.

Conclusiones: No existió acuerdo entre las tres encuestas, ni en las utilidades ni en las diferentes dimensiones, por lo que es determinante la elección de la encuesta para medir la calidad de vida de estos pacientes. La EQ-5D-5L presenta efecto techo, por lo que recomendamos la SF-12 o la SF-36 en función de la disponibilidad de tiempo.

750 CREACIÓN DE UN SERVICIO PRIVADO DE NEFROLOGÍA. EXPERIENCIA DE UN CENTRO EN CRECIMIENTO

FM. AMARAL-NEIVA¹, M. ESPINOSA HERNÁNDEZ²

¹NEFROLOGÍA. H. QUIRÓNSALUD CÓRDOBA / H. REGIONAL MÁLAGA (CÓRDOBA), ²NEFROLOGÍA. H. QUIRÓNSALUD CÓRDOBA / H. REINA SOFÍA CÓRDOBA (CÓRDOBA)

Introducción: La Nefrología es una especialidad con un amplio ámbito de actuación entre los cuales la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades renales, hipertensión arterial y factores de riesgo cardiovascular. Reflejamos la experiencia y crecimiento de 3 años del único servicio de Nefrología privado de la provincia que cubre una población de más de 1.3 millones de habitantes.

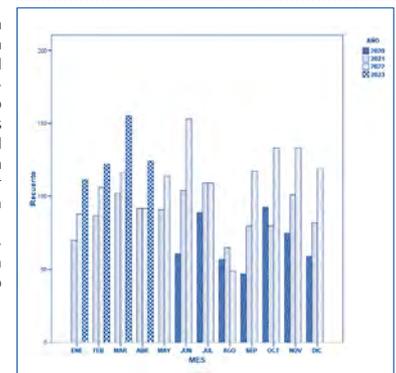
Material y método: Analizamos datos demográficos de la población valorada en consultas de nuestro servicio desde la creación del mismo en Junio de 2020 hasta Abril de 2023. Analizamos los datos empleando el programa SPSS V.15.0.

Resultados: Desde la creación del servicio se han valorado un total de 3385 episodios en consultas externas de nuestro centro, de los cuales 1265 pacientes individuales con un total de 2120 revisiones realizadas. 419 pacientes fueron valorados en solo una ocasión teniendo 846 pacientes por lo menos 3 revisiones realizadas en este periodo con una mediana de 3 valoraciones por paciente. El equipo está actualmente conformado por 2 Nefrólogos con una valoración mensual media de 74 y 69 pacientes/mes. Desde la creación del servicio se ha producido un incremento progresivo de la demanda de consultas con un crecimiento anual medio del número de consultas del 20%, constituyendo las consultas telefónicas en los últimos 6 meses un 24-35% del porcentaje de valoraciones realizadas. El 97.2% de los pacientes valorados pertenece a una compañía de seguros.

Conclusiones: La Nefrología es una especialidad en creciente demanda por la población. El envejecimiento y el aumento de prevalencia de enfermedades crónicas como la hipertensión o la diabetes constituyen los principales agentes que justificarán la necesidad de más Nefrólogos en un futuro en la plantilla de los centros para colaborar en el manejo de esta población con creciente morbilidad.

Fig.1.Crecimiento progresivo sostenido del nº de pacientes valorados en consultas de nefrología en nuestro centro desde la creación del servicio.

■ Figura 1.



751 CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES DE HIPONATREMIAS POR SÍNDROME DE SECRECIÓN INADECUADA DE HORMONA ANTIIDIURÉTICA RESPECTO A OTRAS ETIOLOGÍAS: ANÁLISIS EN COHORTE DEL PERIODO 2019-2022

M. RODRIGO VILLAMOR¹, M. HERAS BENITO², V. CALLE PÉREZ³, K. RIVERO GARCÍA⁴, JA. MENACHO MIGUEL³, G. GONZÁLEZ ZHINDON⁴, G. DELGADO LAPEIRA⁴, LA. CORREA MARCANO³, A. TYSZ-KIEWICZ², AR. FALCONI SARMIENTO⁴

¹NEFROLOGÍA. FACULTAD DE MEDICINA. UNIVERSIDAD DE SALAMANCA (SALAMANCA. ESPAÑA), ²NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA (SALAMANCA. ESPAÑA), ³NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA (SALAMANCA. ESPAÑA), ⁴NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA (SALAMANCA. ESPAÑA)

Introducción: El síndrome de secreción inadecuada de hormona antiidiurética (SIADH) es una causa frecuente de hiponatremia normovolémica. Objetivo: Estudiar características diferenciales de hiponatremias asociadas al SIADH (idiopático y farmacológico) respecto a otras causas de hiponatremias.

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo retrospectivo de una cohorte de 133 hiponatremias estudiadas en interconsultas de Nefrología en el periodo 2019-2022. De la historia clínica se registraron datos sociodemográficos, antecedentes personales patológicos y tratamientos empleados crónicamente, natremia inicial, crítica y al alta, terapias correctoras. Se compararon SIADH (primarios+ secundarios) frente al resto de hiponatremias. La estadística se hace con SPSS 26.0. Datos expresados en media ±ds. Para comparar variables cuantitativas se utilizó t de student (U de Mann Withney) y para variables cualitativas se usó Chi-cuadrado (Fisher). P<0,05.

Resultados: De 133 hiponatremias correspondían a 72 hombres (54,13%). La edad media global fue de 69,65 ± 13 años [26-93]. Cumplieron criterios habituales de SIADH 18 pacientes (13,53%): 9 primarios y 9 secundarios. En la recogida de datos se detectaron 71 exitus. No se registró ninguna mielinolisis cerebral pontina. En la tabla se muestran las diferencias significativas en variables estudiadas. No hubo diferencias significativas al comparar SIADH vs No SIADH, en cuanto a rapidez de corrección de natremia (>10 mEq/L en 24h) (5,6% vs 15,7%), sintomatología (44,4% vs 32,2%) y en exitus (55,6% vs 45,2%).

Conclusiones: en nuestra cohorte de hiponatremias, las correspondientes a SIADH presentan menores valores de natremia tanto al inicio como al fin de la atención nefrológica, suelen ser más graves y en pacientes más jóvenes, que requieren tratamiento controlado con suero hipertónico; la ausencia de enfermedad renal en el grupo de SIADH va inherente a su definición.

[Ver tabla](#)

752 EXPERIENCIA CON ANÁLOGOS DE GLP-1 EN PACIENTES EN HEMODIÁLISIS Y DIÁLISIS PERITONEAL

GE. PAZ ROMERO¹, J. ESTRUCH GARCÍA¹, C. SILLERO LÓPEZ¹, V. DE LA FUENTE FERNÁNDEZ¹, CP. GUTIÉRREZ RIVAS¹, SJ. POLANCO CANDELARIO¹, SN. ROSTI¹, CL. ZAPATA VIZCAINO¹, B. DIEZ OJEA¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE TORREVIEJA (TORREVIEJA)

Introducción: Los pacientes en terapia sustitutiva renal frecuentemente presentan comorbilidades, entre ellas la diabetes mellitus y obesidad. La reducción del peso y el adecuado control glicémico, se han asociado con menos eventos cardiovasculares y mortalidad, además un peso corporal adecuado se recomienda para acceder al trasplante renal. Los análogos de GLP1 han demostrado disminuir el peso de forma segura en la población sana, sin embargo, pocos estudios se han realizado en pacientes con enfermedad renal crónica en terapia sustitutiva renal, por lo que su uso en esta población se ve limitado. Ante esta circunstancia decidimos estudiarlo.

Material y métodos: Pacientes prevalentes de nuestro centro en modalidad de hemodiálisis o diálisis peritoneal diabéticos y con IMC >30. Se recogieron datos epidemiológicos, antropométricos, analíticos, constantes vitales, diuresis y tratamiento elegido en los últimos 6 meses.

Resultados: Se han analizado datos de 7 pacientes, el tiempo medio de seguimiento fue 207,1 días con rango 143-265. De la muestra, el 57% de los pacientes estaban en hemodiálisis y el resto en diálisis peritoneal. 2 pacientes de diálisis peritoneal y 2 de hemodiálisis mantenían diuresis residual >500 ml en 24 horas. Eran diabéticos y obesos, la media del IMC fue 36,09 (rango 30-57) y solo uno de ellos presentaba niveles alterados de glicemia en terapia sustitutiva renal de GLP1. Iniciaron tratamiento con semaglutide 6 pacientes (3 subcutáneo y 3 vía oral) y 1 dulaglutide subcutáneo. Presentaron buena adherencia terapéutica, y solo una paciente presentó efectos adversos como náuseas y vómitos que requirió reducción de pauta. Ninguno de ellos presentó hipotensión en los 6 meses posteriores. A los 3 meses se consiguió una reducción del peso corporal del 6,4% y 6,3% a los 6 meses. Uno de ellos redujo 7,4 kg en 5 semanas y el que no tenía buen control glicémico redujo su glicada 2 puntos en menos de 3 meses. En los pacientes que conservaban diuresis residual no se observó descenso de la misma y respecto a la sobre hidratación, los pacientes en diálisis peritoneal no mejoraron sus resultados medidos por BCM, mientras que, los de hemodiálisis redujeron la sobrecarga hídrica media inicial de 3,8 L a 2,57 L tras 3 meses de terapia.

Conclusiones:

- En nuestra experiencia, parece que los pacientes en diálisis con tratamiento con semaglutide o dulaglutide pierden peso de forma segura.
- Los análogos GLP1 no parecen disminuir la diuresis residual y podrían contribuir en la reducción de la sobrecarga hídrica.

753 FRAGILIDAD Y FUNCIONALIDAD EN LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA: EXPERIENCIA EN UNA CONSULTA DE NEFROGERIATRÍA

O. SIVERIO MORALES¹, MA. DÁVILA JEREZ², MJ. REGUERA¹, E. MARTIN IZQUIERDO¹, C. MARÍN DELGADO¹, A. ALONSO BETHENCOURT¹, C. RODRÍGUEZ ALVAREZ¹, P. GARCÍA GARCÍA¹, A. JARQUE LÓPEZ¹, M. MACÍJA HERAS¹

¹NEFROLOGÍA. HUNSC (ESPAÑA), ²GERIATRÍA. HUNSC (ESPAÑA)

Introducción: La Enfermedad Renal Crónica (ERC) es un problema de salud pública importante debido a su alta prevalencia. Al mismo tiempo, el envejecimiento poblacional es un hecho palpable en nuestra sociedad estimándose que en 2030 la esperanza de vida pueda llegar a los 84,8 años (87,2 años en las mujeres).

Objetivo: Analizar los parámetros asociados a la ERC y su posible relación con el grado de fragilidad y/o funcionalidad en el paciente nefrogeriátrico.

Métodos: Estudio epidemiológico descriptivo y observacional correspondiente a los pacientes valorados en una consulta específica de Nefrogeriatria durante 12 meses.

Resultados: Se cuantificaron 204 pacientes durante 12 meses. La edad media fue de 84,03 años (rango 75- 98 años). El 57,35 % fueron hombres y el 42,65 % fueron mujeres. El 79,9 % acudió de forma presencial. Al analizar la posible relación existente entre los parámetros asociados a la ERC y los grados de fragilidad (mediante la escala de FRAIL) se observó que la edad, la hemoglobina y la albúmina fueron significativos. Así, los pacientes frágiles mostraban una edad mayor y unos valores de Hb y albúmina menores con respecto a los pre-frágiles y robustos. Se observó en los pacientes frágiles, un valor de creatinina mayor y una TFGe menor con respecto a los no frágiles. Al aplicar un análisis de regresión logística multivariante mostraron que la probabilidad de ser frágil frente a no serlo era mayor a medida que los valores de albúmina o de Hb disminuían. Un porcentaje mayor de pacientes frágiles (29,3%) precisaban EPO en el momento de la valoración frente al 11% de pacientes no frágiles. Al valorar la posible asociación de las variables estudiadas y los grados de funcionalidad (mediante el Índice de Barthel), se encontraron diferencias significativas en la edad, la creatinina, la Hb y la albúmina. En el grupo de pacientes dependientes, los valores medios de estas variables fueron mayores para la edad y la creatinina; y menores para la Hb y la albúmina en comparación con los pacientes independientes.

Conclusiones:

- La fragilidad y la dependencia son factores asociados a la ERC en el paciente geriátrico.
- En la población anciana con ERC, existen numerosas comorbilidades, como la DM,HTA y la anemia, que aumentan el riesgo de sufrir discapacidad, requerir ingresos y aumentar la mortalidad.
- La aplicación de escalas específicas para cuantificar la fragilidad y la dependencia en la ERC podrían ser de gran utilidad para un manejo terapéutico más eficiente de las complicaciones derivadas de la misma y facilitar la toma de decisiones.

754 ¿ES HORA DE DEJAR EN PAZ A NUESTROS MAYORES?: ESTUDIO DESCRIPTIVO DE POLIMEDICACIÓN EN EL ADULTO Y FALLO RENAL AGUDO

A. GARCÍA BARANDIARAN¹, I. JIMENO MARTÍN¹, A. FERNÁNDEZ URIARTE¹, A. GOYOAGA ÁLVAREZ¹, I. ZIMARRO ZALBIDEA¹, A. GARCÍA DE BUSTOS¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL GALDAKAO-USANSOLO (GALDAKAO)

Introducción: Con la mejora de esperanza de vida es común, en una población de edad cada vez más avanzada, encontrar personas con cada vez más condiciones médicas crónicas. Se suelen introducir cada vez más fármacos, para pacientes con cada vez más años y patologías.

Objetivo y métodos: Se ha realizado un análisis descriptivo de pacientes que ingresaron en el Hospital Galdakao-Usansolo en Nefrología, no en diálisis, con diagnóstico de FRA, y toma concomitante de múltiples fármacos; con el fin de tener una imagen más amplia a la hora de tomar decisiones como introducir, continuar o discontinuar farmacoterapias. Del ingreso se obtuvieron datos del paciente como antecedentes y Factores de Riesgo Cardiovascular (HTA, DLP, DM2...), número de fármacos, antihipertensivos o de diuréticos, grado de FRA, supervivencia al año del ingreso...

Resultados: De los pacientes ingresados en Nefrología en 2022, se reclutaron 97 (n) con diagnóstico de FRA. La edad media de los ingresados fue de 71 años, siendo un 70.9% >65 años. El FRCV más prevalente fue la HTA 83.4%, seguido de la DLP 65.9% y la DM2 un 40.2%. La media de fármacos era de 9,6 fármacos/paciente, mediana de 10. Los IECA/ARA2 fueron los antihipertensivos más habituales, tomados por el 84.8%. La mayoría de pacientes (46%) tomaba > 3 fármacos antihipertensivos. Un 60.8% de pacientes tomaba diuréticos, con 1,6 diuréticos/paciente de media. El grado de FRA más habitual fue de AKIN III, siendo el 61.85% de los pacientes. La mortalidad global fue del 30%, el 50% de los fallecidos tenía más de 80 años, y la mitad de pacientes con 80 años que ingresó por FRA falleció al año de haber ingresado.

Conclusiones: Es habitual que los pacientes con más años acumulen más patologías, y por ende tengan más medicaciones. A mayor número de medicaciones, más efectos adversos, en ocasiones causando sinergia entre ellos. El hecho de encontrar una mediana de 10 fármacos/paciente, la mayoría con >3 fármacos antihipertensivos y que 2/3 tomen varios diuréticos, ha resultado en un 62% de FRA graves de entre los ingresados. En pacientes >80 años, que la mitad de los que ingresó con FRA fallezca al año de haber ingresado nos debe hacer pensar si tiene sentido indicar tantos fármacos para un intento de control de FRCV en pacientes cuya supervivencia no va a ser de más de 10 años. Y más aún cuando ingresar por FRA facilitada (o directamente causada) por los fármacos que toma redundan en que 1 de cada 2 ingresados >80 años fallece al año. La comorbilidad y mortalidad descrita invitan a aligerar el pastillero de nuestros mayores.

Figura 1.



755 CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES DE HIPONATREMIAS GRAVES (NATREMIAS

≤125 MEQ/L): ESTUDIO COMPARATIVO EN COHORTE DEL PERIODO 2019-2022

M. HERAS BENITO¹, M. RODRIGO VILLAMOR², V. CALLE PÉREZ³, A. MARTÍN ARRIBAS⁴, C. RODRÍGUEZ TUDERO⁵, E. VILLANUEVA SÁNCHEZ⁶, G. TABERNERO FERNÁNDEZ⁷, JA. MENACHO MIGUEL⁸, JL. LERMA MARQUEZ⁹, MP. FRAILE GÓMEZ²

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA (SALAMANCA.ESPAÑA), ²NEFROLOGÍA. FACULTAD DE MEDICINA. UNIVERSIDAD DE SALAMANCA (SALAMANCA.ESPAÑA), ³NEFROLOGÍA. FACULTAD DE MEDICINA. UNIVERSIDAD DE SALAMANCA (SALAMANCA.ESPAÑA), ⁴NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA (SALAMANCA.ESPAÑA)

Introducción: La hiponatremia grave per se puede acompañarse de elevada morbi-mortalidad, y requiere de una actuación metódica para evitar complicaciones relacionadas con su forma de corrección. Objetivo: conocer las características diferenciales, así como evolución con el tratamiento aplicado en hiponatremias graves.

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo retrospectivo de una cohorte de 133 hiponatremias estudiadas en interconsultas de Nefrología en el periodo 2019-2022. De la historia clínica se registraron datos sociodemográficos, antecedentes personales patológicos y tratamientos empleados crónicamente, natremia inicial, crítica y al alta, terapias correctoras y grado de corrección. Se dividió la muestra global en el punto de corte sodio plasmático ≤125 mEq/L: [graves: ≤ 125 versus >125]. La estadística se hace con SPSS 26.0. Datos expresados en media ±ds. Para comparar variables cuantitativas se utilizó t de student (U de Mann Withney) y para variables cualitativas se usó Chi-cuadrado (Fisher). Se utilizaron medidas repetidas P<0,05. Estudio aprobado por el Comité Ético de nuestro Centro.

Resultados: De 133 hiponatremias correspondían a 72 hombres (54,13%). La edad media global fue de 69,65 ± 13 años [26-93]. Cumplieron criterios de gravedad n=74 (55,6%). En la recogida de datos se detectaron 71 éxitos. No se registró ninguna mielinolisis cerebral pontina. En la tabla se muestran las diferencias significativas en variables estudiadas.

Conclusiones: en nuestra cohorte de hiponatremias, tener antecedentes previos de hiponatremia crónica y menor uso ambulatorio de furosemida, se relacionaron con la presencia de hiponatremias graves. En este grupo se identifica exclusivamente el Síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética idiopático. Respecto a los tratamientos aplicados, el suero hipertónico representa la medida más frecuente empleada, que permite correcciones seguras de natremia y ausencia de complicaciones relacionadas con la terapia aplicada.

[Ver tabla](#)

756 NUEVOS TRATAMIENTOS, NUEVOS RETOS: NEFROTOXICIDAD ASOCIADA A NAXITAMAB EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON NEUROBLASTOMA DE ALTO RIESGO

AC. AGUILAR RODRÍGUEZ¹, P. ARANGO SANCHO², JP. MUÑOZ PÉREZ³, M. GOROSTEGUI O'BANOS⁴, B. GÓMEZ HERRERA¹, M. JIMÉNEZ MORENO¹, Y. CALZADA BAÑOS¹, R. JIMÉNEZ GARCÍA¹, A. MARDRID ARIS¹, J. MORA³

¹NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA. HOSPITAL SANT JOAN DE DÉU (BARCELONA/ESPAÑA), ²NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA. HOSPITAL SANT JOAN DE DÉU/PEDIATRÍA CÁNCER CENTER BARCELONA (BARCELONA/ESPAÑA), ³ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA. PEDIATRÍA CÁNCER CENTER BARCELONA (BARCELONA/ESPAÑA)

Introducción: Neuroblastoma es el tumor sólido extracranial más común en pediatría, con pobre supervivencia en tumores de alto riesgo(HR). Naxitamab(hu3F8)es un anticuerpo monoclonal humanizado anti-disialogangliósido(GD2)aprobado para >1 año y adultos con neuroblastoma-HR refractario/recidivante limitado a hueso o médula ósea.Fuimos el primer centro(2017) mundial en utilizarlo(ensayos clínicos/uso compasivo),con excelentes resultados. Nuestro objetivo es describir los efectos adversos(EA)renales asociados a Naxitamab en el tratamiento del neuroblastoma-HR pediátrico en nuestro hospital,desde su instauración.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo incluyendo 244 pacientes (41% mujeres/59% hombres)tratados con Naxitamab(monoterapia y/o asociado a quimioterapia) desde junio de 2017 hasta la actualidad(6 años)en los que se evaluó afectación renal y/o hipertensión arterial(HTA).

Resultados: La edad media de la cohorte fue de 8 años,presentando nefrotoxicidad de algún tipo hasta el 26,6%(65):HTA(11,9%/29),daño renal agudo (DRA 10,2%/25) y proteinuria (5,3%/13),desarrollándose todas ellas durante la infusión o los 3 primeros ciclos.En el caso de la HTA sólo en 6 pacientes se realizó una MAPA,observándose:2 HTA nocturnas,2 HTA diurnas sin patrón específico y 2 disautónomas,no observadas previamente.Entre los DRA,todos los casos fueron tubulares excepto un paciente que presentó patrón clínico-analítico de nefritis túbulointersticial aguda(NTIA) y otro que presentó microangiopatía trombótica (MAT)con confirmación posterior de delección heterocigota CFHR1-CFHR4. Ocho de ellos(32%)presentaban posibles factores de confusión(quimio-radioterapia previa,uso de ibuprofeno...).Entre los pacientes con proteinuria:38% tubular,38% glomerular y 23% mixta(nunca nefrótica).2 pacientes presentaban DRA + HTA y 3 una combinación de HTA + DRA + proteinuria.De estos últimos,2 de ellos quedaron con daño renal crónico (ERC estadios 2 y 3).

Conclusiones: El manejo del neuroblastoma-HR sigue siendo un reto diario.Naxitamab es una terapia emergente en este tipo de tumores,aunque existen pocos estudios que describan sus EA.Estudios previos de nuestro grupo explican la afectación de las vainas de mielina del sistema autónomo lo que podría explicar el patrón disautonómico observado.La realización sistemática de MAPA y marcadores precoces de DRA podría mejorar el manejo de sus complicaciones renales.

757 DESCRIPCIÓN DE UNA HERRAMIENTA DE GESTIÓN CLÍNICA EN NEFROLOGÍA. PROYECTO CERCANOS

E. PARRA¹, J. PORTOLÉS², M. MACIÀ³, M. SALGUEIRA⁴, M. PRIETO⁵, V. RODRÍGUEZ VAREZ⁶, JL. CALVO⁶, P. MORA⁷, MD. DEL PINO⁸

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET (ZARAGOZA), ²NEFROLOGÍA. HU PUERTA DE HIERRO (MADRID), ³NEFROLOGÍA. HU VIRGEN DE LA CANDELARIA (TENERIFE), ⁴NEFROLOGÍA. HU VIRGEN DE LA MACARENA (SEVILLA), ⁵NEFROLOGÍA. HU DE LEÓN (LEÓN), ⁶BIG DATA. ITAINNOVA (ZARAGOZA), ⁷NEFROLOGÍA. HU MIGUEL SERVET (ZARAGOZA), ⁸NEFROLOGÍA. HU VIRGEN DE LAS NIEVES (GRANADA)

Introducción: Ignoramos los resultados del Tratamiento Renal Sustitutivo (TRS), morbilidad, mortalidad y Calidad de Vida Relacionada con Salud (CVRS), debido a cuatro limitaciones fundamentales: 1) ausencia de indicadores estandarizados; 2) heterogeneidad de las bases de datos; 3) inexistencia de sistemas automatizados de extracción de resultados; 4) ausencia de una plataforma única de agregación. El proyecto CERCANOS tiene el objetivo de conocer los resultados del TRS superando estas limitaciones.

Material y método: El ámbito del proyecto es: enfermedad renal crónica terminal (ERCT), hemodiálisis (HD), diálisis peritoneal (DP), trasplante renal (TR) y tratamiento conservador (TC). Se han diseñado multidisciplinariamente los indicadores estandarizados de resultados y las herramientas "ad hoc" para su extracción y agregación. También se ha definido su procedimiento de uso y se está implementado en 10 centros piloto. Los requisitos de uso son: automatización, seguridad y permitir ajustes de comorbilidad.

Resultado: Se acuerdan los indicadores estandarizados en dos fases: 1) el grupo de trabajo del proyecto se integró en el desarrollo de variables en la enfermedad renal crónica del International Consortium for Health Outcomes Measurements (2019); 2) adaptación al entorno español de sus resultados (2022), estableciéndose, así, indicadores generales y específicos según el tipo de tratamiento (ERCT, HD, DP, TR y TC): Generales, Morbilidad: hospitalización, eventos cardiovasculares, hábito tabáquico y hemoglobina; Mortalidad; CVRS: medidas de resultado comunicadas por el paciente (PROMS); Específicos del tratamiento, DP: supervivencia de la técnica y peritonitis; HD: bacteriemia, tipo de acceso vascular y supervivencia del acceso; TR: rechazo agudo y cáncer. Se han definido sendas herramientas informáticas para la extracción de las variables estandarizadas desde las principales aplicaciones nefrológicas (Nefrosoft, Nefrolink, Versia) e Historia Clínica Electrónica de cada centro. Las herramientas, desarrolladas en colaboración con sus propietarios, generan un archivo estructurado de forma automatizada. Los archivos estructurados, conteniendo las variables de cada centro, se integran en la aplicación de REDCap (base única, segura, flexible y pseudoanonimizada). La aplicación integra también automáticamente los cuestionarios de calidad de vida PROMIS.

Conclusiones: El diseño e implementación de una herramienta de obtención de resultados clínicos nefrológicos, de forma automatizada, proveniente de distintos centros y tipos de TRS, es posible, y podría ayudar a la mejora de los resultados.

758 ANÁLISIS DE LAS BACTERIEMIAS POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS RELACIONADAS CON EL ACCESO VASCULAR EN PACIENTES EN HEMODIÁLISIS

A. JURADO VÁZQUEZ¹, V. DE LA ESPADA PIÑA¹, Y. GALLEGO BAZÁN¹, KH. GALLEGOS AGUILAR¹, C. LANCHO NOVILLO², AL. GARCÍA HERRERA¹, MA. BAYO NEVADO¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTO REAL (ESPAÑA), ²NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE JEREZ (ESPAÑA)

Introducción: Las infecciones asociadas a los catéteres de hemodiálisis constituyen una de las principales causas de morbi-mortalidad en pacientes que precisan un tratamiento sustitutivo renal. Los gérmens gram positivos son los más frecuentes, siendo el Staphylococcus uno de los aislados con más frecuencia.

Material y método: Estudio observacional y retrospectivo. Seguimiento 10 años (2012-2022). N=18 pacientes con bacteriemia por S.aureus relacionada con catéter en una unidad de hemodiálisis hospitalaria. Realizamos un análisis descriptivo de las características basales de los pacientes y sus comorbilidades. También analizamos el tipo de catéter, el resultado de los hemocultivos de control, el tratamiento recibido, la proporción de desarrollo de endocarditis así como la evolución.

Resultados: De los 18 pacientes, el 66,7% eran varones con una edad media de 60,9 años. El 66,7% eran diabéticos, el 88,9% hipertensos, el 22,2% tenían insuficiencia cardiaca y el 27,8% patología valvular. Ninguno de ellos portador de válvula cardiaca protésica. En cuanto a las características relacionadas con la infección, en el 77,8% se extrajeron hemocultivos de control, siendo positivo en el 35,7% de los pacientes. El 27,8% de los pacientes eran portadores de catéter transitorio, teniendo el resto catéter tunelizado. Al 29,4% de los pacientes se les realizó ecocardiografía transesofáica, y desarrollaron endocarditis el 22,2% del total de los pacientes. En cuanto al tratamiento, el 22,7% de los pacientes recibió cefazolina, el 22,4% cloxacilina, el 22,4% vancomicina, el 16,7% daptomicina y en el 11,1% se utilizó una combinación de varios antibióticos. En cuanto a la evolución, el 88,2% evolucionó favorablemente, siendo el resto éxitos. Realizamos un análisis inferencial, para evaluar si alguna de las variables estudiadas estaba relacionada con la aparición de endocarditis y, ese mismo análisis para relacionar la presencia de estos factores con la evolución de la infección, sin encontrar diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los casos.

Conclusión: Aunque posiblemente estos resultados se encuentren influenciados por varios factores, no disponemos de una población lo suficientemente grande como para obtener resultados significativos, y esto nos anima a continuar nuestro estudio y reclutar más pacientes con el objetivo de ampliar el tamaño de la muestra.

759 EXPERIENCIA EN EL USO DE LA PLASMAFÉRESIS COMO HERRAMIENTA TERAPÉUTICA EN PATOLOGÍAS AGUDAS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVELP. CASTRO¹, D. CAMPOS VALVERDE², S. ANAYA FERNÁNDEZ¹, L. PICCONE SAPONARA¹, G. FERRER GARCÍA¹, G. GARCÍA CONEJO¹, R. COX CONFORME¹, C. VOZMEDIANO POYATOS¹¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CIUDAD REAL (CIUDAD REAL), ²UROLOGÍA. HOSPITAL GENERAL CIUDAD REAL (CIUDAD REAL)

Introducción: La aféresis es una modalidad terapéutica cuya finalidad es la eliminación del plasma de los componentes patógenos de una enfermedad o bien de sus manifestaciones clínicas. La plasmaféresis (PF) es una técnica de aféresis utilizada en el tratamiento de diversas enfermedades con distintos grados de eficacia clínica demostrada. El objetivo de nuestro trabajo es describir la experiencia en el uso de PF en diferentes patologías agudas en nuestro centro, y si existen factores que favorezcan la respuesta clínica al tratamiento.

Material y métodos: Estudio de cohortes retrospectivo. Incluimos las PF realizadas en los años 2017-2022. Se recogieron variables como edad, sexo, etiología, tipo de recambio realizado, número de sesiones, y clasificación de la American Society for Apheresis (ASFA), entre otras. Definimos respuesta al tratamiento como remisión parcial o total de la clínica. Análisis estadístico con SPSS 25.0.

Resultados: Incluimos 72 pacientes que recibieron PF durante 2017-2022. Edad media 54±18 años. 56.9% varones. La etiología de la enfermedad fue neurológica en el 56.9%, nefrológica en el 36.1% y hematológica en el 6.9%. Entre los años 2017-2019 se realizaron el 39.7% de las PF, mientras que el 60.3% restante fueron entre 2020-2022. El número de sesiones fue de 5.3±2. El 59.6% se realizaron con albúmina, 29.2% con plasma fresco congelado (PFC) y el 13.9% con albúmina y PFC. La indicación ASFA fue categoría I en el 68.1%. El 23.6% presentó alguna complicación, siendo las más frecuentes febrícula en el 6.9%, infección sistémica y reacción alérgica en el 5.6%. Se objetivó respuesta al tratamiento en el 75%. El 29.2% tenían anticuerpos positivos antes de iniciar la PF, disminuyendo hasta el 16.7% a los 3 meses del tratamiento. Hubo recidiva en el 19.4%, el 16.7% recibió más ciclos de PF y hubo un 11.1% de mortalidad debido a la enfermedad. En los pacientes con respuesta al tratamiento se observó mayor porcentaje de respuesta en aquellas enfermedades de origen no nefrológico (70.4% vs 29.6%, p 0.04), menor porcentaje de complicaciones (16.7% vs 83.3%, p 0.01) y menor mortalidad asociada a la enfermedad (3.7% vs 96.3%, p 0.001).

Conclusión: La PF es una técnica de recambio plasmático terapéutico cada vez más empleada en nuestro hospital, con un mayor incremento en los últimos años. Se trata de una opción terapéutica que debe ser considerada en muchas ocasiones de primera línea o como tratamiento coadyuvante, con una proporción baja de complicaciones y mejoría clínica en la mayoría de los pacientes. A pesar de esto se requieren estudios con mayor número de pacientes que permitan incrementar y consolidar la evidencia existente en el uso de estos procedimientos.

760 ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA REPERCUSIÓN RENAL EN PACIENTES TRATADOS CON BEVACIZUMABAG. GOYOAGA ALVAREZ¹, OL. OLARTE GARCÍA¹, AG. GARCÍA DE BUSTOS¹, CO. OSORIO GALARZA¹, AF. FERNÁNDEZ URIARTE¹, MC. CARDENAS SIERRA², FG. GARICANO GOLDARAZ², PG. GARRIDO VALTIERRA³, JF. FERREIRO QUINTANA³, UJ. JIMENO MARTÍN¹¹NEFROLOGÍA. OSAKIDETZA (GALDAKAO), ²FARMACIA. OSAKIDETZA (GALDAKAO), ³ONCOLOGÍA MÉDICA. OSAKIDETZA (GALDAKAO)

Introducción: Además de la quimioterapia convencional para el tratamiento del cáncer existen las terapias que se dirigen a una diana concreta; dentro de ellas se encuentran los agentes fármacos antiangiogénicos (antiVEGF). Sabemos que su uso puede inducir daño renal a nivel glomerular y tubular; nuestra idea es describir las características de los pacientes tratados con Bevacizumab en nuestro centro centrándonos en las variables de significación renal.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio descriptivo de 74 pacientes pertenecientes a Oncología Médica de nuestro hospital que recibieron tratamiento con Bevacizumab entre los años 2019 y 2022. Variables recogidas: sexo y edad al inicio del tratamiento, n° ciclos, presencia de proteinuria en tira, cociente Proteína/Creatinina (CPC), presencia de fracaso renal agudo (FRA) durante el tratamiento y necesidad de suspensión por nefrotoxicidad, presencia de enfermedad renal crónica (ERC) previa e hipertensión arterial (HTA) previa o posterior al inicio del tratamiento.

Resultados: La edad media de nuestro grupo fue de 64,8 años con un 50% de mujeres y hombres. La media de ciclos de Bevacizumab fue de 10,45. De la muestra, 24 pacientes padecían HTA al inicio (32,4%) y 5 (6,75%) ERC. Durante el tratamiento, presentaron FRA 8 pacientes (10,8%), de ellos el 37,5% (n=3) presentaron HTA previa y tan solo 1 ERC. No se suspendió el tratamiento en ninguno de ellos por nefrotoxicidad. Se midió proteinuria en tira durante el tratamiento en 48 pacientes siendo positiva en el 43,8% de ellos. Se determinó el CPC en 36 pacientes siendo la media de 199 mg/g (en el grupo HTA la media fue 261 mg/g y en el grupo FRA de 83,16 mg/g). De los pacientes sin HTA previa, 8 de ellos desarrollaron HTA tras iniciar la terapia, suponiendo un 16% de incidencia; en este grupo, la incidencia de FRA fue del 25%.

Conclusiones: En nuestro grupo la proteinuria parece asociarse más a la historia de HTA que de ERC. El desarrollo de HTA durante el tratamiento se asoció a mayor riesgo de FRA. Consideramos positivo crear equipos de trabajo de onco-nefrología y fomentar el uso del sedimento y los cocientes urinarios de manera rutinaria para la detección precoz de la patología renal asociada a estas terapias. Necesitamos estudios más amplios para obtener resultados más precisos.

761 AFECTACIÓN RENAL EN VIH Y SU ANÁLISIS LONGITUDINAL EN LA POBLACIÓN ATENDIDA DE UN SOLO CENTRORV. VALVERDE ORTIZ¹, NA. ARESTÉ FOSALBA¹, MA. RODRÍGUEZ PÉREZ¹, MS. SALGUEIRA LAZO¹¹NEFROLOGÍA. H VIRGEN MACARENA (SEVILLA)

Introducción: El espectro de daño por VIH contempla la lesión renal aguda (LRA) y enfermedad renal crónica (ERC) que pueden deberse a toxicidad asociada a la terapia antirretroviral (TAR), nefropatía por VIH (NAVH) y/o por complejos inmunitarios. Hemos de tener en cuenta las causas del resto de la población: diabetes, hipertensión y obesidad, sin olvidar que la mayoría están coinfectados por VHC. Las pautas de tratamiento del VIH recomiendan inicio inmediato de TAR en todas las infectados. El control inmunoviroológico es una estrategia importante para reducir la incidencia de insuficiencia renal, pero a su vez puede ser nefrotóxico.

Material y método: Estudio observacional descriptivo longitudinal de afectos VIH que han sido revisados en consulta de enfermedades infecciosas en el periodo de abril 2003 a julio 2005 en un Hospital de tercer nivel. De 247 pacientes, 42 incluimos para estudio (3 biopsias renales). Veinte años después, estudiamos su evolución.

Objetivo: Definir las características de la afectación renal por VIH en los pacientes de nuestra población y su comorbilidad. Evaluar nefrotoxicidad reversible de algunos fármacos usados en TAR. Analizar la supervivencia renal y global y encontrar si existe relación de enfermedad renal con mortalidad en estos pacientes.

Resultados: 42 de 247 pacientes cumplían criterios de afectación renal. La mayoría hombres de mediana 32 años, uso de drogas parenteral y coinfectados por VHC. Una minoría con HTA o DM al diagnóstico. Las alteraciones principales encontradas fueron tubulares, seguidas de glomerulares. El daño tubular fue asociado a TAR y se recuperó con la retirada. Fueron practicadas tres biopsias (GNFS, Nefropatía IgA y Nefropatía IgM), el resto de glomerulonefritis no fue necesario (2 ANCA +, 2 crioglobulinemias) ambos coinfectados por VHC. Tan solo dos pacientes requirieron diálisis, ninguno fue incluido en programa crónico. La mortalidad en esta cohorte de paciente es precoz y elevada, siendo las principales causas la infecciosa, cardiovascular y neoplásica. No encontramos relación estadísticamente significativa entre enfermedad renal y mortalidad.

Conclusiones: Vigilar la afectación renal en el paciente VIH es obligada para los médicos al igual que conocer los fármacos que con frecuencia dañan el túbulo, y ajustar al filtrado glomerular. La adherencia terapéutica así como el cese de tóxico es determinante en la supervivencia. Este estudio deja la puerta abierta a comparar con cohorte actual los resultados con nuevos TAR en supervivencia renal y global.

762 ACREDITACIÓN DE UNA UNIDAD DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA AVANZADA SEGÚN EL MODELO ACERCA COMO HERRAMIENTA PARA POTENCIAR LAS TÉCNICAS DOMICILIARIAS Y LA ENTRADA PROGRAMADA EN TRATAMIENTO RENAL SUSTITUTIVOM. ORTEGA DÍAZ¹, M. PUERTA CARRETERO¹, DG. GAITÁN TOCORA¹, R. LUCENA VALVERDE¹, FL. PROCCACCINI¹, L. MEDINA ZAHONERO¹, P. MUÑOZ RAMOS¹, V. RUBIO MENÉNDEZ¹, MT. JALDO RODRÍGUEZ¹, P. DE SEQUERA ORTIZ¹¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA LEONOR (MADRID)

Introducción: Las unidades de enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) dan asistencia a pacientes muy complejos con gran comorbilidad asociada que se benefician de una atención multidisciplinar. La atención integral en estas unidades ha demostrado mejor supervivencia y menor morbilidad en los pacientes en diálisis.

Objetivos: La acreditación según el Modelo ACERCA (Acreditación en Calidad Unidades Enfermedad Renal Crónica Avanzada) tiene como principal objetivo que los pacientes con ERCA tengan mejor atención sanitaria, mejorando los resultados y la seguridad en los procesos propios de la unidad

Metodología: El modelo de acreditación se compone de un total de 70 estándares, 40 obligatorios y 30 recomendables. La unidad ERCA del hospital Universitario Infanta Leonor inició su proceso de acreditación en 2019. Durante el año 2019 se realizó un informe de preevaluación de la unidad para la acreditación, se establecieron actividades de mejora y realizaron protocolos de trabajo. El periodo de análisis de los resultados fue del 1/7/2020 al 30/6/2021. Se excluyó del periodo de análisis el primer semestre de 2020 debido a la pandemia Covid. La evaluación de la acreditación tuvo lugar en enero de 2022 y los resultados definitivos de la misma en junio de 2022.

Resultados: La unidad obtuvo el nivel IV de acreditación tras acreditar 69/70 estándares. Entre los resultados obtenidos destaca en pacientes con seguimiento mayor de 6 meses: 45% de incidentes en técnicas domiciliarias vs 15,8 % año 2019 (p=0,48), entrada programada en diálisis en 94% de los pacientes y 100% en los que eligen diálisis peritoneal; 90% inician hemodiálisis con fistula madura vs 50 % del año 2019 (p=0,04). En el 100% de los pacientes se realizó el test de elegibilidad y se aseguró la realización del proceso de información, deliberación y elección de técnica; en el 92% de los casos se inició el estudio pretrasplante en los que no tenían contraindicación; el 100% entraron con una serología previa con un mínimo de 3 meses antes de iniciar la técnica y se inició el protocolo vacunal. En este periodo de tiempo también se desarrolló el programa Mentoring de pacientes.

Conclusiones: La implantación del modelo ACERCA en la unidad ERCA ha favorecido medir y mejorar los resultados de la unidad. Se ha aumentado el porcentaje de pacientes que inician terapias domiciliarias y los que inician diálisis de forma programada disminuyendo el número de catéteres centrales. Además, ha favorecido la normalización de protocolos de trabajo, la mejora el proceso de información, deliberación y toma de decisiones de los pacientes y la optimización de la comunicación y manejo interdisciplinar.

763 HIPERTENSIÓN RENOVASCULAR DE ORIGEN ATEROESCLERÓTICO. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

A. GALLARDO PÉREZ¹, C. SANGO MERINO¹, C. RUIZ-ZORRILLA LÓPEZ¹, C. MERINO BUENO¹, C. LÓPEZ ARNALDO¹, S. RODRÍGUEZ ARBOLEYA¹, D. LÓPEZ MARTÍNEZ¹, P. BARRERA BAENA¹, MA. DE LA TORRE¹, E. SÁNCHEZ ÁLVAREZ¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO CABUEÑES (ESPAÑA)

Introducción: La estenosis de la arteria renal aterosclerótica es una causa conocida de insuficiencia renal y HTA secundaria y su prevalencia en mayores de 65 años puede alcanzar el 7%. Las manifestaciones clínicas van desde la HTA asintomática hasta una HTA resistente, deterioro de la función renal o edema pulmonar súbito. La ecografía doppler, la angiografía con tomografía computarizada (TC) o resonancia magnética, son exploraciones iniciales, aunque el diagnóstico se confirma mediante arteriografía. El tratamiento de elección asociado al tratamiento médico es la angioplastia con endoprótesis, aunque en ocasiones no es efectiva.

Material y métodos: Se realiza una descripción de una serie de casos de pacientes diagnosticados de estenosis de la arteria renal arteroesclerótica entre enero 2021 y marzo 2023.

Resultados: Se diagnosticaron un total de 5 pacientes, 4 varones y 1 mujer, con una media de edad de 72 años. Las manifestaciones clínicas en cuatro pacientes fueron HTA resistente y deterioro de la función renal; en cambio, en un paciente fue edema pulmonar de repetición. Dos de los pacientes precisaron medicación antihipertensiva intravenosa. En cuanto a la técnica diagnóstica se utilizó el doppler renal en dos pacientes y angioTC en los tres restantes. Todos ellos precisaron la realización de arteriografía terapéutica, con colocación de stent en la arteria renal en todos ellos, dos de ellos de manera bilateral. En el seguimiento posterior, se ha observado recuperación completa de la función renal y suspensión de la medicación antihipertensiva en tres pacientes; recuperación parcial de la función renal en un paciente, sin poder retirar totalmente la medicación antihipertensiva; y no se ha objetivado mejoría del control tensional ni mejoría de la función renal en un paciente.

Conclusiones: La estenosis de la arteria renal arteroesclerótica es una causa de insuficiencia renal y de HTA secundaria. El objetivo principal de su tratamiento es el control de la presión arterial y la preservación o mejoría de la función renal. Aunque los importantes avances terapéuticos han cambiado el panorama, existen grandes interrogantes a la hora de considerar las estrategias óptimas para el tratamiento. La angioplastia con stent es un tratamiento técnicamente efectivo, pero los resultados clínicos en ocasiones no suelen ir paralelos. No obstante, se debe de reconocer la HTA renovascular que progresa a presentaciones clínicas de alto riesgo que deberían someterse a revascularización renal para lograr mejores resultados renales y cardiovasculares.

764 PRONÓSTICO RENAL Y MORTALIDAD EN PACIENTES CON PATOLOGÍA AUTOINMUNE SUBSIDIARIA DE RECAMBIO PLASMÁTICO. EXPERIENCIA EN NUESTRO SERVICIO

SA. ALADRO ESCRIBANO¹, DA. MEDINA GARCÍA¹, YU. DARUIZ DORACIO¹, PA. FERNÁNDEZ¹, AD. SANTANA QUINTANA¹, FA. GONZÁLEZ¹, SI. MARRERO ROBAYNA¹, MA. RINCON TIRADO¹, JM. FERNÁNDEZ¹, PA. PÉREZ BORGES¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL DR. NEGRÍN (ESPAÑA)

Introducción: La plasmaféresis (PF) es una técnica extracorpórea que separa el plasma de los elementos formes de la sangre. Sus beneficios han sido documentados en diversas patologías. Desde hace varios años nuestro servicio viene brindando esta prestación, por lo que no hemos planteado analizar nuestra experiencia en patologías autoinmunes comprendidas en las especialidades de Hematología, Reumatología y Nefrología.

Material y métodos: Estudio de tipo cohorte retrospectivo. Se analizaron las sesiones de PF realizadas en los últimos 5 años (2017-2022) en el subgrupo descrito previamente. Variables analizadas fueron: edad y sexo, patología, proceso autoinmune subyacente, tipo de recambio, número de sesiones, estado serológico y fracaso renal agudo (FRA). Excluyéndose el tratamiento de rechazo humoral en trasplante de órgano sólido y el acondicionamiento para trasplante de progenitores hematopoyéticos.

Resultados: Se analizaron 25 pacientes con edad media de 53,7 años, el 52% (n=13) varones. La demanda por especialidad fue: Nefrología (n=11) tras ella, Hematología (n=10) y Reumatología (n=4). La distribución de la muestra según patología se refleja en la tabla 1. De los 25 pacientes, 14 (56%) debutaron con FRA, precisando 9 hemodiálisis (HD) de éstos, 5 (55%) quedando en HD crónica. El 32% (n=8) del total pasaron a consultas de enfermedad renal crónica (ERCA). Las tres entidades con peor pronóstico renal fueron EAMB, GMN PR3, GMN MPO. La media de sesiones fue de 10,6 recambios, albúmina el 60%, no habiendo relación entre mortalidad y mayor número de recambios plasmáticos (P 0.003), pero sí un peor pronóstico renal (P 0.002). Se registraron 6 éxitos, 3 de ellos secundarios a la patología en cuestión, sin relación estadística con presentar FRA. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes con otra patología autoinmune de base, ni en pacientes con doble positividad serológica, o posiblemente secundario al pequeño tamaño muestral.

Conclusiones: Sería interesante continuar el estudio con un mayor tamaño muestral y de forma prospectiva para conocer el pronóstico renal y de morbilidad asociada de los pacientes que se encuentran actualmente en ERCA.

Tabla 1.

Patología	N (%)	Edad media (años)	Sexo (M/F)	Media de sesiones de PF	Patología autoinmune subyacente	Fracaso renal	HD Crónica n (%)
Enfermedad por depósito de inmunocomplejos en membrana basal glomerular (EMBG)	5 (20)	0	3	10,6	Esclerodermia	100%	4 (80%)
Microangiopatía trombótica (MAT)	5 (20)	0	25	10,6	Esclerodermia	0	0
Púrpura trombocitopénica trombótica (PTT)	6 (24)	0	10	10,6	Esclerodermia	0	0
Glomerulonefritis IgA (GMN IgA)	4 (17)	0	11	10,6	Esclerodermia	100%	7 (175%)
Glomerulonefritis IgG (GMN IgG)	2 (8)	0	6	10,6	Esclerodermia	100%	0
Glomerulonefritis IgM (GMN IgM)	1 (4)	0	6	10,6	Esclerodermia	100%	100%
Glomerulonefritis IgA (GMN IgA)	1 (4)	0	1	10,6	Esclerodermia	100%	0

765 PLASMAFÉRESIS EN PATOLOGÍA NEUROLÓGICA. EXPERIENCIA EN NUESTRO HOSPITAL

JM. BENLLIURE SIMÓN¹, E. TAMARIT ANTEQUERA¹, A. FLORIN ACSENTE¹, ME. CARCELÉN GADEA², A. VILAR GIMENO¹, A. GALÁN SERRANO¹

¹NEFROLOGÍA. CONSORCIO HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE VALENCIA (VALENCIA); ²NEUROLOGÍA. CONSORCIO HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE VALENCIA (VALENCIA)

Introducción: Las enfermedades neurológicas autoinmunes se tratan habitualmente con medicación inmunosupresora, cuando son refractarias el recambio plasmático se encuentra indicado como coadyuvante. En nuestro hospital la ejecución y el desarrollo de la plasmaféresis (PMF) la realizamos en el servicio de nefrología. El objetivo de este trabajo (Elaborado de forma conjunta con el servicio de neurología) es realizar un análisis descriptivo y estadístico de los resultados obtenidos tras aplicar PMF en enfermedades neurológicas autoinmunes.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo y unicéntrico. De las 71 PMF en patología neurológica realizadas entre mayo 2017 y enero de 2023, se han seleccionado 49, correspondiendo con las 3 siguientes enfermedades: patología desmielinizante (29) Síndrome de Guillain Barre (12) y Miastenia Gravis (8). No se incluyeron en el estudio las polineuropatías (Debido a heterogeneidad) tampoco aquellos episodios que no llegaron a confirmarse en pruebas complementarias. Análisis de datos demográficos, clínicos, radiológicos y técnicos y su asociación a la mejoría clínica y/o radiológica o ambas mediante SPSS.

Resultados: 49 plasmaféresis (Total de sesiones: 247) realizadas a 48 pacientes (En 1 paciente PMF en 2 ocasiones). Tras la realización de la técnica, se objetivó mejoría clínica en el 81,6%. Las complicaciones derivadas del tratamiento se dieron en un 16,3% de la muestra. Dentro del grupo de desmielinizantes incluímos a 29 pacientes, de los cuales mejoraron clínicamente el 86,2%. La evolución clínica en este grupo se valoró de forma objetiva utilizando la escala EDSS (Expanded Disability Status Scale). En cuanto a complicaciones, estas se dieron en un 17,2% de los casos. A nivel estadístico, encontramos significación al asociar el resultado EDSS previo a la plasmaféresis con la mejoría clínica (P:0,00) y con la radiológica (P:0,018). Además, fue estadísticamente significativo (P:0,02) la asociación entre sexo y mejoría clínica, siendo menos probable una buena respuesta en el caso de los hombres. (Estadística preliminar). Finalmente, encontramos a 12 pacientes con Guillain Barre (GB) y a 7 con Miastenia Gravis (MG). En GB hubo mejoría clínica tras las PMF en el 66,6%, en el caso del grupo MG esta se dio en el 87,5%.

Conclusiones: La plasmaféresis es una técnica efectiva para el tratamiento de patologías neurológicas autoinmunes refractarias. La baja tasa de complicaciones derivadas de la misma la convierten en una técnica segura para los pacientes. Consideramos muy importante establecer protocolos y una buena comunicación entre servicios con el fin de indicar la terapia en el momento óptimo.

766 BIOPSIA RENAL GUIADA POR ULTRASONIDOS. EXPERIENCIA DE NUESTRO CENTRO

C. SANGO MERINO¹, A. GALLARDO PÉREZ¹, C. RUIZ-ZORRILLA LÓPEZ¹, JL. PÉREZ CANGA², D. LÓPEZ MARTÍNEZ¹, S. RODRÍGUEZ ARBOLEYA¹, C. MERINO BUENO¹, C. LÓPEZ ARNALDO¹, P. BARRERA BAENA¹, JE. SÁNCHEZ ÁLVAREZ¹

¹NEFROLOGÍA. H.U. CABUEÑES (GIJÓN/ESPAÑA), ²NEFROLOGÍA. H.U. SAN AGUSTÍN (GIJÓN/ESPAÑA), ³MEDICINA INTERNA. H. CABUEÑES (GIJÓN/ESPAÑA), ⁴NEFROLOGÍA. H. CABUEÑES (GIJÓN/ESPAÑA)

Introducción: La biopsia renal (BR) es una de las herramientas más importantes en Nefrología para definir el diagnóstico, guiar el tratamiento y emitir un pronóstico tanto en la patología de riñones nativos como en el trasplante renal. Con el tiempo, la técnica de BR ha evolucionado desde la realización a ciegas hasta el uso de ultrasonidos y las agujas semiautomáticas desechables en la actualidad.

Material y método: Estudio observacional retrospectivo en el cual analizamos los resultados de 94 BR percutáneas de riñón propio llevadas a cabo por dos técnicas diferentes: la mitad se realizaron a ciegas tras exploración ecográfica y la otra mitad de forma ecoguiada en tiempo real. Se usó la U Mann Whitney para la comparación de variables cuantitativas y se asumió como significativo una p<0.05. Comparamos el número de glomérulos en la muestra obtenida, así como caída de la cifra de hemoglobina, hematocrito y complicaciones derivadas de la técnica. Ambas series utilizaron un ecógrafo convencional con una sonda convexa y se realizaron con una aguja automática de 16 gauges de calibre y 150 mm de longitud.

Todos los pacientes presentaban cifras de TA<160/90mmHg en el momento previo a la realización de la técnica y no tomaban o habían retirado fármacos antiagregantes o anticoagulantes. **Resultados:** Las biopsias realizadas a ciegas obtuvieron una media de glomérulos de 14±7 frente a 20±11 en las guiadas por ultrasonidos (p<0,005); el porcentaje de muestras sin tejido renal fue en el primer grupo del 6,3% frente al 0% en el grupo de biopsias ecoguiadas; un 12,7% de las biopsias realizadas a ciegas presentaban una calidad subóptima en cuanto a la representación cortical frente a un 6,3% en el grupo de biopsias guiadas por ultrasonidos siendo estos resultados estadísticamente no significativos. La caída media de la cifra de hemoglobina y de hematocrito en el primer grupo fue de 0,63±0,57g/dL y 1,9±1,9% respectivamente frente a 0,68±0,64 g/dL y 1,9±1,9% en el grupo guiado por ecografía. En cuanto a las complicaciones en el grupo guiado por ecografía se registraron 6 pacientes con presencia de hematoma renal (12%). En el grupo de biopsias a ciegas no se registraron complicaciones.

Conclusiones: La BR percutánea dirigida con ecografía en tiempo real permite obtener muestras con una mayor representación cortical. La mayor incidencia de complicaciones tipo hematomas en el grupo de biopsias ecoguiadas podría estar más en relación con la propia exploración que con la técnica de biopsia per se.

767 VACUNACIÓN CONTRA EL VHB Y GRADO DE RESPUESTA EN LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

ML. CABANA CARCASI¹, C. NOBOA PAEZ¹, M. CASTILLO DEVIA¹, A. MERINO RIBAS¹, N. MARTÍN ALEMANY¹, Y. ACOSTA BAPTISTA¹, P. TORGUET ESCUDER¹, G. GONZALEZ SUAREZ¹, J. ALVAREZ SALTOS¹, J. CALABIA MARTINEZ¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DR JOSEP TRUETA (GIRONA)

Introducción: Los pacientes con enfermedad renal crónica tienen una respuesta subóptima a varias vacunas y aún continúan inciertos los mecanismos que puedan condicionar esta respuesta. Se recomiendan esquemas de vacunación en pacientes con ERC en diálisis en base a una vacuna recombinante de 4 dosis (0,1,2 y 6 meses de 40 mcg cada una), también se demostró que la HBV AS04 brinda mejores tasas de seroprotección y una respuesta inmunitaria duradera en seguimientos prolongados en pacientes en prediálisis.

Material y métodos: Estudio de cohortes retrospectivo observacional de pacientes a seguimiento en la consulta de enfermedad renal crónica avanzada, durante un año (2022), con serologías negativas y sin antecedentes de vacunación contra el virus de hepatitis B. Se recogen variables como: edad, sexo, diabetes, antecedentes de comorbilidad, albumina, PCR entre otros. Análisis de datos con el programa estadístico SPSS 27, análisis univariante con pruebas chi-cuadrado y T de student según corresponde.

Resultados: Se incluyeron 58 pacientes en total, con una media de edad de 62± 14,5 años, 44% mujeres, 37% diabéticos, 96% hipertensos, 19% con cardiopatía isquémica.

Encontramos diferencias significativas en cuanto al sexo: el grupo de pacientes no respondedores 77,8% fueron varones frente al 22,2% de mujeres, la presencia de diabetes también mostro diferencias significativas en cuanto al porcentaje de respuesta así como el índice de comorbilidad de Charlson, no hubo diferencias en cuanto al tipo de vacuna Fendrix 55,6% vs Engerix 44,4% en los no respondedores, estado de inflamación o número de dosis (ver tabla adjunta)

Conclusiones: El sexo femenino parece jugar a favor de una mejor respuesta frente a la vacuna de hepatitis B en pacientes con enfermedad renal crónica en prediálisis, la diabetes, el mayor índice de comorbilidad estarían implicados con una menor tasa de respuesta. Finalmente no observamos diferencias significativas en cuanto al estado de inflamación, dosis ni tipo de vacuna.

Tabla 1.

	Responden (n = 40)	No Responden (n = 18)	Valor p	IC 95%
Edad	61,5	63,1	0,69	
Sexo Fem/Masc	55%/40%	22%/78%	0,020	0,163 - 1,00
Etnia Europea/Africa/Americana	37/1/2	16/0/2	0,566	
Diabetes	27,5%	61,1%	0,015	1,19 - 4,15
PCR	1,82	2,01	0,794	
IMC	26,2	28,5	0,130	
Urea	148	112	0,004	-60,6 - -12,1
Cr	4,0	3,99	0,882	
FGE	13,45	15,7	0,080	
Albumina	3,98	4,43	0,054	
Ferritina	310	240	0,368	
Uso AEE	72,4%	65,5%	0,570	
I.C. Charlson	4,84	6,65	0,035	0,13 - 3,49
Antecedente de neoplasias	25%	75%	0,051	1,3 - 5,50
Fendrix/Engerix	82,1%/17,9%	55,6%/44,4%	0,051	0,965 - 6,42
3 dosis/4 dosis	58,8%/80%	14%/20%	0,151	