

**532 SEGUIMIENTO CON DOPPLER DE LAS FÍSTULA ARTERIOVENOSAS (FAV) ASINTOMÁTICAS TRAS LA BIOPSIA RENAL (BR)**

V. LÓPEZ DE LA MANZANARA<sup>1</sup>, M. RIVERA<sup>1</sup>, V. RAOCH<sup>1</sup>, R. HERNÁNDEZ LOYOLA<sup>1</sup>, V. CLAROS<sup>1</sup>, S. PAMPA<sup>1</sup>, N. RODRÍGUEZ MENDIOLA<sup>1</sup>, V. BURGUERA<sup>1</sup>, F. LIAÑO<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. H.U. RAMÓN Y CAJAL (MADRID)

**Introducción:** La BR percutánea es una técnica invasiva esencial en la práctica nefrológica que conlleva complicaciones mayores y menores, siendo una de ellas la FAV. Suele ser asintomática e infradiagnosticada, por la ausencia de examen Doppler rutinario postBR.

**Objetivo:** Analizar la evolución natural de las FAV asintomáticas postBR en riñón nativo (RN) y trasplantado (TR).

**Pacientes y Métodos:** Analizamos la presencia de FAV en 327 BR consecutivas realizadas entre enero 2011 y diciembre 2014, recogidas en nuestra base de datos. 47 BR (14%) desarrollaron FAV detectadas mediante eco Doppler (color/pulsado) realizado a las 24h post BR. Variables a estudio: tamaño de la FAV y su relación con el calibre de la aguja, tiempo hasta el cierre espontáneo y relación con el tamaño de la FAV. Todas las BR fueron ecodirigidas a tiempo real realizadas con aguja automática (Acecut –TSK, Japan), calibre 16G en el TR y 14G en el RN.

**Resultados:** 45 FAV fueron asintomáticas (96%), mientras que 2 (4.2%) tuvieron que ser embolizadas por su gran tamaño. De las 45 FAV asintomáticas, 28 fueron de TR (62.2%). Un 69% eran varones. 28 FAV (62%) fueron seguidas sistemáticamente hasta su cierre con eco-doppler. De las 45 FAV asintomáticas, el 75% tenía un tamaño inferior a 1cm y las más pequeñas correspondían a TR (agujas de 16G). Observamos que el 50% de las FAV habían cerrado a los 3 meses postBR en una media de 49 días. Las FAV con un tamaño entre 1.1 y 1.9 cm (17.7% del total), tardaron más en cerrar (media de 67 días). Entre los 17 pacientes sin seguimiento 5 habían fallecido, 3 perdieron el injerto renal y 9 se perdieron a evolución. Siete de estos 9 pacientes sin seguimiento fueron estudiados mediante Doppler tras contactar con ellos vía telefónica, a los 28 meses postbiopsia. En los siete la FAV había cerrado espontáneamente.

**Conclusiones:** En contra de lo publicado, la FAV postBR es una complicación frecuente aunque en general es asintomática y rara vez requiere intervención. En el seguimiento todas cerraron espontáneamente. El tamaño de la FAV se relacionó con el calibre de la aguja. Tardaron más en cerrarse las de tamaño mayor. Ninguna FAV creció en la evolución. El uso del Doppler rutinario postBR es esencial para identificarlas y tipificarlas.

**533 BENEFICIO DEL TRATAMIENTO CON CINACALCET EN PACIENTES CON LITIASIS URINARIA E HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO.**

C. RUIZ GARCÍA<sup>1</sup>, J. BOVER<sup>1</sup>, P. CHANG<sup>1</sup>, I. DASILVA<sup>1</sup>, C. MERCADO<sup>1</sup>, J. BALLARÍN<sup>1</sup>, F. ROUSAUD<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. FUNDACIÓ PUIGVERT (BARCELONA), <sup>2</sup>UROLOGÍA. FUNDACIÓ PUIGVERT (BARCELONA)

**Introducción:** El Hiperparatiroidismo Primario (HPP) constituye la causa más frecuente de hipercalcemia en la población general. Su relación con la formación de litiasis urinaria es bien conocida, por lo que su diagnóstico debería considerarse en todo paciente litiasico. El uso de cinacalcet es eficaz para mejorar el perfil bioquímico del HPP. Sin embargo su efecto sobre la actividad litiasica es poco conocido e incluso controvertido debido al potencial aumento de la calciuria secundaria a la activación renal del sensor de calcio. El objetivo del presente trabajo es valorar nuestra experiencia con cinacalcet sobre la actividad litiasica en pacientes con HPP.

**Material y métodos:** Se trata de un estudio descriptivo, retrospectivo de 26 pacientes con litiasis urinaria e HPP. A todos los pacientes se les realizó al menos una gammagrafía de paratiroides con 99mTc-sestamibi (Sestamibi), y todos fueron tratados con cinacalcet pre-paratiroidectomía o de forma indefinida. Se realizó un control bioquímico a los 3, 6 y 9 meses (calcio, fósforo, PTH, función renal, calciuria/24h), así como de la actividad litiasica, definida por: clínica litiasica, número de visitas a urgencias o ingresos por causa litiasica y procedimientos intervencionistas (cateterismos y/o litotricias). La dosis inicial de cinacalcet fue de 30 mg/día, aumentándose hasta 90 mg/día en función de la calcemia y tolerancia. Los resultados se expresan mediante medianas y rango intercuartiles.

**Resultados:** La mediana de edad fue de 51±11 años, con un filtrado glomerular de 81±15 ml/min/1.73m<sup>2</sup> (CKD-EPI). La mediana de calcemia basal fue de 2.79 (2.71-2.84)mmol/L, PTH 140 (111-155)ng/L, fósforo 0.86(0.67-1.17)mmol/L y calciuria 9.8 (6.7-11.7)mmol/24h. El 84% de los pacientes presentaron Sestamibi positivo y se realizó paratiroidectomía en el 73%. En todos los controles se objetivó disminución significativa de la calcemia (2.44 mmol/L a los 9 meses\*), aumento no significativo del fósforo (0.94mmol/L\*), así como reducción no significativa de la PTH (114 ng/L\*) y de la calciuria (8.8 mmol/24h\*). Hubo un descenso significativo en todos los indicadores de actividad litiasica. El 53%(14) de los pacientes presentaron efectos adversos leves y transitorios (principalmente gastrointestinales), aunque un 23%(6) rehusaron seguir con el tratamiento (sin acontecimientos adversos graves).

**Conclusiones:** El uso de cinacalcet es efectivo para reducir la calcemia y mejorar el perfil bioquímico de los pacientes con HPP, con relativa buena tolerancia. No hemos observado alteraciones significativas de la calciuria y, en nuestra experiencia, el uso de cinacalcet no solo no aumenta la actividad litiasica sino que incluso podría disminuirla.

**534 IMPACTO DE ANTICOAGULACIÓN Y ANTIAGREGACIÓN EN LA ANEMIA Y EVENTOS HEMORRÁGICOS DE PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA(ERC) ESTADIO 3 Y 4**

A. GARCÍA PRIETO<sup>1</sup>, T. LINARES<sup>1</sup>, I. GALÁN<sup>1</sup>, M. GOICOECHEA<sup>1</sup>, S. GARCÍA DE VINUESA<sup>1</sup>, U. VERDALLÉS<sup>1</sup>, E. VERDE<sup>1</sup>, A. PÉREZ DE JOSÉ<sup>1</sup>, J. LUÑO<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. H. GENERAL U. GREGORIO MARAÑÓN (MADRID)

Existe controversia sobre el riesgo/beneficio de anticoagulación/antiagregación en pacientes con ERC no en diálisis. Analizamos el impacto de anticoagulación/antiagregación en pacientes con ERC en la anemia y el riesgo hemorrágico.

Doscientos treinta dos pacientes seguidos en consultas externas de Nefrología con ERC estadio 3 y 4 fueron analizados y seguidos durante un tiempo medio de seguimiento de 24±6,5 meses. Ningún paciente recibía tratamiento con agentes estimulantes de eritropoyetina ni hierro. Se incluyeron 81 pacientes sin anticoagulación ni antiagregación comparados con 91 pacientes anticoagulados con acenocumarol y 60 pacientes antiagregados. Se recogieron eventos hemorrágicos clasificándolos según estudio GUSTO IV en hemorragias mayores y menores.

No hubo diferencias significativas en edad, función renal, ni parámetros inflamatorios (proteína C reactiva y fibrinógeno sérico) entre los grupos. La hemoglobina sérica y los niveles de ferritina fueron significativamente mayores en pacientes no anticoagulados ni antiagregados (ver tabla 1). A lo largo del seguimiento hubo 27 eventos hemorrágicos: 3 en pacientes control, 17 en pacientes anticoagulados y 7 en antiagregados (log Rank: 9,010, p=0,011). En un modelo de Cox ajustado para edad, función renal y niveles de hemoglobina, la anticoagulación aumentó el riesgo de sangrado casi cuatro veces (HR 3,7(1,6-8,5), p=0,002) y la antiagregación en casi tres veces (HR 2,6 (1,1-5,9), p=0,025).

La anticoagulación y la antiagregación aumentan el riesgo hemorrágico en pacientes con ERC y empeoran la anemia, hecho que hay que tener en cuenta a la hora de optimizar tratamientos, teniendo que valorar riesgos/beneficios en la prescripción de estos fármacos.

■ Tabla 1.

	Control (n=81)	Anticoagulación (n=91)	Antiagregación (n=60)	P (ANOVA)
Edad(años)	75,5±7,9	77,1±7,1	78,7±7,2	ns
FGe(MDRD-4)	35,2±17,9	32,2±13,0	32,0±15,1	ns
Hgb(g/dl)	13,7±1,6	13,3±1,8	12,7±1,9	0,004
Ferritina (µg/l)	170±145	140±138	105±99	0,023
PCR (mg/l)	7,3±10,3	7,9±10,9	6,5±10,8	ns
Fibrinógeno (mg/dl)	230±189	199±176	180±177	ns

**535 EFECTO DE LOS INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES SOBRE EL MAGNESIO Y EL METABOLISMO MINERAL-ÓSEO**

A. SHABAKA<sup>1</sup>, F. TORNERO<sup>1</sup>, M. GARBIRAS<sup>1</sup>, V. LÓPEZ DE LA MANZANARA<sup>1</sup>, A. RODRÍGUEZ MORENO<sup>1</sup>, JA. HERRERO<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. H. CLÍNICO SAN CARLOS (MADRID)

**Introducción:** La utilidad de los inhibidores de la bomba de protones (IBP) para profilaxis y tratamiento de las enfermedades relacionadas con la hipersecreción gástrica ha aumentado dramáticamente en nuestro entorno en las últimas décadas. Sin embargo, se han descrito varios efectos adversos en relación con su uso crónico. La hipomagnesemia es uno de los menos conocidos, aunque puede llegar a ser severa y sintomática, siendo publicado un aviso por la FDA en 2011 del riesgo de hipomagnesemia grave secundaria al uso crónico prolongado de los IBP.

**Material y método:** El estudio incluyó a 18 pacientes con enfermedad renal crónica grados IV y V y en diálisis, en tratamiento crónico con IBP, que presentaron hipomagnesemia en su seguimiento en consultas de enfermedad renal crónica avanzada y diálisis peritoneal. Tras descartarse otras causas de hipomagnesemia, se suspendió el tratamiento con IBP sustituyéndolo por un antagonista del receptor H2, sin modificar ningún tratamiento concomitante ni prescribir suplementos de magnesio y se evaluó el efecto sobre los niveles de magnesio, calcio, fósforo, PTH y 25-vitamina D en las visitas posteriores.

**Resultados:** Se realizó un análisis descriptivo y se utilizó la prueba t de Student apareada para evaluar la diferencia de las variables tras la retirada de IBP. La media de los niveles de magnesio basal fue de 1.51 mg/dl, y la de los niveles posteriores a la retirada de 1.81 mg/dl (t de Student apareada: +0.294, IC 95% +0.168 - +0.420, p < 0.001). Se vieron además diferencias estadísticamente significativas sobre el efecto en el calcio (media basal 8.85 mg/dl, tras retirada de IBP 9.05 mg/dl, t de Student apareada: +0.200, IC 95% +0.016 - +0.383, p = 0,035). No hubo diferencias estadísticamente significativas en los niveles de fósforo, PTH y 25-OH vitamina D tras la retirada del IBP.

**Conclusiones:** En los casos de hipomagnesemia asociada a uso crónico de inhibidores de la bomba de protones, la retirada del fármaco supone la corrección de la alteración sin necesidad de suplementación.

**536 NEFROPROFILAXIS PREVIA A LA REALIZACION DE TAC CON CONTRASTE**

J. DEL CARPIO<sup>1</sup>, P. LESCANO<sup>1</sup>, M. LLORET<sup>1</sup>, E. COLL<sup>1</sup>, E. MARTÍNEZ<sup>1</sup>, J. MARTÍNEZ<sup>1</sup>, J. DÍAZ<sup>1</sup>, J. BALLARÍN<sup>1</sup>, A. HERREROS<sup>1</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. FUNDACIÓ PUIGVERT (BARCELONA)

**Introducción:** La nefropatía inducida por la administración de contraste yodado (aumento de creatinina plasmática >0.5 mg/dl (44 umol/l) o aumento del 25% respecto a niveles basales determinado a las 48 h del procedimiento) es causa frecuente de fracaso renal agudo. Se han propuesto diversos protocolos para minimizar el riesgo. Mostramos nuestra experiencia durante 4 años en pacientes ambulatorios a los cuales se les realiza un TAC con contraste.

**Material y métodos:** Se seleccionaron 216 pacientes con FG medido por EPI < 40 ml/min. La prueba se realiza en el hospital de día de nefrología. A los pacientes se les indica tomar N-Acetylcisteína 600 mg/12 horas durante 3 días, empezando el día anterior a la prueba. El día del TAC se administra suero bicarbonatado 1/6 M a dosis 1 ml/kg/h durante tres horas previo a la realización del TAC y posteriormente se administra el suero a dosis de 3 ml/kg/hora durante 3 horas más. Posteriormente van a domicilio y se citan en 48 horas para determinación de creatinina.

**Resultados:**

- EPI entre 30 y 40 ml/min: 94 pacientes
- EPI entre 20 y 29 ml/min: 95 pacientes
- EPI < 19ml/min: 27 pacientes

Sólo 9 pacientes cumplían criterio de nefropatía por contraste (3.2%, excluyendo las agudizaciones por obstrucción), uno de los cuales coincidió con episodio de gastroenteritis, llegando a su nivel basal (creatinina=202mg/dl) a las 48 horas postingreso tras la administración de sueroterapia, dos fueron diagnosticados de obstrucción de vía urinaria y seis requirieron ingreso hospitalario y administración de sueroterapia endovenosa, alcanzando mejoría de la función renal de manera progresiva. (Añadir de estos 6 pacientes que requirieron ingreso hospitalario a que grupo de EPI pertenecían)

**Conclusión:** En vista de estos resultados creemos que la profilaxis con suero bicarbonatado asociado a N-acetylcisteína en pacientes con EPI < 40 ml/min, garantiza cierta seguridad a la hora de administrar contraste yodado en pacientes con enfermedad renal incluso en estadios 4 y 5.

**537 HIPONATREMIA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS**

PJ. LABRADOR<sup>1</sup>, M. JIMÉNEZ HERRERO<sup>1</sup>, S. GONZÁLEZ SANCHIDRIÁN<sup>1</sup>, S. POLANCO CANDELARIO<sup>1</sup>, E. DAVIN<sup>1</sup>, S. GALLEGU DOMÍNGUEZ<sup>1</sup>, JP. MARÍN<sup>1</sup>, JM. SÁNCHEZ MONTALBÁN<sup>1</sup>, I. CASTELLANO CERVIÑO<sup>1</sup>, JR. GÓMEZ-MARTINO ARROYO<sup>1</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. H. SAN PEDRO DE ALCÁNTARA (CÁCERES)

**Introducción:** La hiponatremia, definida como una concentración de sodio <135 mEq/l, es la alteración hidroelectrolítica más frecuente. Conlleva un aumento en la mortalidad, morbilidad y estancia hospitalaria. La prevalencia es variable encontrándose entre un 15 y un 20% de los ingresos. La natremia tiene que ser corregida para otras sustancias osmóticamente activas. El objetivo de nuestro trabajo es analizar la prevalencia de hiponatremia en pacientes hospitalizados. Y la influencia de las proteínas totales y la glucemia en su corrección.

**Material y métodos:** Se recogieron para el análisis todas las analíticas de pacientes ingresados donde se solicitó la natremia. También se recogieron los siguientes datos: código de identificación personal (CIP), edad, sexo, servicio responsable, creatinina sérica, glucemia y proteínas totales.

La natremia fue medida mediante potenciometría indirecta con autoanalizador Cobas de Roche y se corrigió para los niveles de glucosa, para los niveles de proteínas totales y para ambos parámetros cuando dichos parámetros estuvieron presentes. El grado de concordancia se calculó mediante el índice kappa.

**Resultados:** En 2014, se realizaron 26.904 natremias en pacientes hospitalizados, siendo la tasa de hiponatremia utilizando los valores absolutos 15.2%, cuando dichos valores pudieron corregirse para proteínas totales ascendió a 36.1% (n=12.248); corregida para glucemia 15.2% (n=26.510); y corregida tanto para proteínas y glucemia 33.5% (n=12.105). Distribución por servicios en este último caso fue Oncología-Hematología 59.1%, Medicina Interna 10.7%, Neurología-Cardiología 4.6%, Cirugía General y Vascular 4.4%, Pediatría 4%, Neumología 3.8%, Nefrología 3.6%, resto 9.9%. En función de la gravedad, leves 26.3%, moderadas 6% y graves 1.2%.

Si utilizamos el CIP para seleccionar pacientes únicos, durante 2014, 25.3% de 1.579 pacientes donde se pudo corregir la natremia para proteínas y glucemia presentaron hiponatremia durante el ingreso. Los pacientes con hiponatremia tenían una edad media 60±24 años, 58.5% varones.

La concordancia para identificar pacientes con hiponatremia en función de utilizar los valores brutos o la natremia corregida tanto para proteínas totales, glucemia o ambas fue 0.48, 0.87 y 0.51, respectivamente (p<0.001).

**Conclusión:** La hiponatremia es un trastorno hidroelectrolítico frecuente en pacientes ingresados. Las diferencias entre unidades se podrían justificar por las características clínicas de los pacientes. La corrección de la natremia en función de las proteínas totales modifica de forma considerable su frecuencia. La concordancia entre la natremia bruta y corregida para proteínas es moderada, por lo que se debería incluir dicha corrección en los laboratorios para no infra-diagnosticar dicha alteración.

**538 LEUCOCITOAFÉRESIS EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL COMPLICADA**

A. OLARTE<sup>1</sup>, P. NEYRA<sup>1</sup>, S. BILBAO<sup>1</sup>, A. VARGAS<sup>1</sup>, RI. MUÑOZ<sup>1</sup>, I. CORNAGO<sup>1</sup>, A. HERNANDO<sup>1</sup>, P. GARCÍA LEDESMA<sup>1</sup>, I. MARTÍNEZ FERNÁNDEZ<sup>1</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. H. GALDAKAO (GALDAKAO)

**Introducción:** La leucocitoaféresis es una técnica extracorpórea que elimina de manera selectiva leucocitos activados mediante la adsorción, disminuyendo así el grado de inflamación sistémica en pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) complicada y que se realiza en las unidades de diálisis.

**Objetivo:** Valorar la eficacia y seguridad de la técnica.

**Pacientes y métodos:** Se reclutaron 53 pacientes con función renal normal y una edad media de 44.64 años (σ 16.74; 61% varones), entre 2005 y 2014. El 85.1% padecían Colitis Ulcerosa, el 14.89% Enfermedad de Crohn con criterios de corticodependencia (imposibilidad de disminuir la dosis de prednisona <10 mg/día tras 3 meses de tratamiento). 7 pacientes fueron excluidos por problemas de acceso. Las sesiones se efectuaron en la unidad de diálisis (BOX de diálisis peritoneal); mediante 2 tipos de pautas: una fija (flujo sanguíneo 30ml/min, 1800cc de volumen tratado); otra ajustado a edad y sexo (según protocolo), ambas con una duración estimada de 60 minutos. El filtro fue de acetato de celulosa (ADACOLUMN®); la anticoagulación enoxaparina sódica (1mg/Kg). El 91,3% de los accesos fueron vías venosas periféricas. Se recogieron datos clínicos (dolor y mejoría subjetiva y número de deposiciones), analíticos (PCR, VSG, calprotectina fecal (CPF), leucocitos) y terapéuticos antes y después de la técnica.

**Resultados:** Se realizaron un total de 262 sesiones en ciclos de 5 sesiones, con una media de 6.39 sesiones/paciente (σ 2.09), la media de volumen de sangre tratada fue de 1923cc (σ 58). La principal complicación fue la necesidad de disminuir el flujo prescrito y, como consecuencia, el aumento del tiempo en el 12,5% de las sesiones. Un paciente mostró cefalea no relacionada con hipotensión. No se observó mortalidad a los 6 meses de seguimiento. Hubo mejoría clínica en un 76,75% de los casos y una disminución del 25% del número de deposiciones/día (disminución media 3.75 dep/día; σ 2.38), permitiendo una reducción en la dosis de prednisona de 18,91 mg de promedio (σ 16,71) en un 72% de los casos. Los marcadores proinflamatorios se redujeron tras finalizar el tratamiento y a los 6 meses en un 67,7% y 90,23% para CPF; 6,38% y 35,26% para VSG; 12,51% y 45,2% para PCR; y 10,19% y 20,72 % para leucocitos respectivamente.

**Conclusiones:** La leucocitoaféresis es una técnica segura y sencilla de realizar en nuestros servicios, sin complicaciones. Ha demostrado ser eficaz en un número importante de pacientes, y de colaboración multidisciplinar.

**539 VACUNACION SUBLINGUAL CON BACTERIAS INACTIVADAS EN LAS INFECCIONES URINARIAS DE REPETICIÓN DE PACIENTES NEFROLÓGICOS: EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO**

R. GARCÍA AGUDO<sup>1</sup>, B. PROY VEGA<sup>2</sup>, O. REDONDO GONZÁLEZ<sup>3</sup>, F. CAZALLA CADENAS<sup>4</sup>, E. PEREIRA PÉREZ<sup>5</sup>, A. ARIAS ARIAS<sup>6</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO U. LA MANCHA-CENTRO (ALCÁZAR DE S. JUAN), <sup>2</sup>INVESTIGACIÓN. ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE HÍGADO Y RIÑÓN (ALCÁZAR DE S. JUAN), <sup>3</sup>APOYO A LA INVESTIGACIÓN. COMPLEJO HOSPITALARIO U. LA MANCHA-CENTRO (ALCÁZAR DE S. JUAN)

**Introducción:** Las infecciones del tracto urinario (ITU) son frecuentes en los pacientes nefrológicos. Una opción de tratamiento en las ITU de repetición es la vacunación con preparados formulados con bacterias inactivadas por vía sublingual (Uromune®). El objetivo de este estudio fue determinar la respuesta de pacientes con ITU de repetición a la antibioterapia frente a la vacuna.

**Método:** Estudio cuasi experimental antes-después en los pacientes diagnosticados de ITU de repetición de las consultas externas de nefrología, incluidos mediante reclutamiento consecutivo. Tras tomar antibioterapia según antibiograma para cada ITU, recibieron un ciclo de la vacuna Uromune®. Se recogieron los datos sociodemográficos, factores de riesgo asociados a la ITU, parámetros analíticos, número de ITU en los 6 meses previos y posteriores a la administración de la vacuna, microorganismos causantes, tratamiento antibiótico concomitante, tratamiento antibiótico profiláctico, tratamiento con arándanos rojos, respuesta al tratamiento y resolución de la ITU.

**Resultados:** Se incluyeron 26 pacientes (tabla 1). El número de episodios de ITU fue de 3,62 ± 1,77 (1-7) antes de la vacuna y de 1,69 ± 1,62 ciclos (0-5) después. Se recogieron datos de 184 urocultivos: 74,9% positivos, 16,9% negativos y 8,2% contaminados. Los gérmenes más frecuentes fueron Escherichia coli (55,4%), Enterococcus faecalis (6%) y Enterobacter cloacae (2,7%). El 50% de los pacientes presentaba síndrome miccional, que se asociaba de manera inversa con la edad (p<0,05). El 19,2% de los pacientes no volvió a tener una ITU. El 73,1% tuvo menos episodios con la vacuna que con antibioterapia. Los pacientes con un mayor deterioro de la función renal respondían mejor a la vacuna (p=0,005).

**Conclusiones:** La vacunación con preparados formulados con bacterias inactivadas por vía sublingual (Uromune®) puede ser una mejor opción de tratamiento para las ITU de repetición que la antibioterapia en los pacientes nefrológicos, siendo incluso más eficaz en los pacientes con enfermedad renal avanzada.

Tabla 1. Características basales de los pacientes.

Sexo (n, %)		
Hombreres	5 (19,2%)	
Mujeres	21 (80,8%)	
Edad (años)		61,9 ± 18,4
Estadio (n, %)		
Sin enfermedad renal crónica		11 (42,3%)
1	1 (3,8%)	
2	2 (7,7%)	
3	5 (19,2%)	
4	7 (26,9%)	
Antecedentes personales		
Diabetes mellitus (n, %)		12 (46,2%)
Inmunosupresión (n, %)		5 (19,2%)
Urológicos		
Obstrucción urinaria		4 (15,4%)
Intervencionismo urológico (n, %)		4 (15,4%)
Litiasis (n, %)		6 (23,1%)
Hipertrofia prostática benigna (n, %)		4 (80%)
Parámetros analíticos basales		
Hemoglobina (g/dl)		12,8 ± 1,9
Creatinina (mg/dl)		1,5 ± 0,9
Urea (mg/dl)		77,2 ± 54,3
Filtrado glomerular estimado por MDRD-6 (ml/min)		56,9 ± 44,8
Albumina (g/dl)		4,2 ± 0,3
PCR (mg/dl)		0,5 ± 0,5

# Resúmenes

## Miscelánea

### 540 NEFROPATÍAS RELACIONADAS CON VIH EN UN ÁREA DE ELEVADA INMIGRACIÓN

MA. MARTÍN GÓMEZ<sup>1</sup>, I. PÉREZ CAMACHO<sup>2</sup>, E. CARA<sup>3</sup>, M.E. PALACIOS GÓMEZ<sup>4</sup>, SA. GARCÍA MARCOS<sup>5</sup>, E. FERNÁNDEZ FUERTES<sup>6</sup>, AB. LOZANO SERRANO<sup>7</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. H. DE PONIENTE (ALMERÍA), <sup>2</sup>MEDICINA INTERNA. H. DE PONIENTE (ALMERÍA)

**Introducción:** Las enfermedades renales tienen un importante impacto sobre el pronóstico de aquellos infectados por VIH, siendo nefropatía más frecuentemente observada el fracaso renal agudo secundario a sepsis, hipotensión o nefrotoxicidad por fármacos. No obstante, hay otras entidades que se asocian al propio virus VIH (nefropatía asociada al VIH –HIVAN-), entidades que parecen tener una mayor incidencia entre estos pacientes (glomerulonefritis membranoproliferativa, "lupus like", microangiopatía trombótica) y entidades como la HTA, cuya forma de presentación maligna es llamativamente frecuente. Se describe la casuística de afectaciones renales en nuestra población VIH+.

**Métodos:** Retrospectivamente, mediante revisión de historias clínicas de pacientes interconsultados a Nefrología y base de datos informatizada de serie VIH del servicio de Medicina Tropical, se describe el porcentaje y los diferentes tipos de afectación renal en los pacientes VIH diagnosticados desde julio 2006 hasta diciembre 2014.

**Resultados:** - De los 529 VIH pacientes recogidos en la base de datos, 75% varones y 51% inmigrantes (75% procedentes de África Subsahariana), un 43% han presentado a lo largo del seguimiento algún tipo de nefropatía. Un 14% IRA, con creatinina media de 2.45 mg/dl, mediana 1.50 (2.78 DE), cuyas causas: 9.45% multifactorial (shock, infección), 8% urológica (CRU, I-TU, nefrectomía), 15% nefrotoxicidad (Tenofovir, AINES, antibióticos, contraste), 9.45% Glomerulonefritis, 8% pre-renal, 1.35% Síndrome de Respuesta Inflamatoria, 1.35% Rbdomiolisis, 47% desconocida. Un 4.5% (24/529) ha presentado ERC estadio  $\geq 3$ , cuyas causas: 17% NAE + NAVI, 8.3% NAE/HTA, 8.3% NAVI, 8.3% Urológicas, 17% Nefrotoxicidad, 41% desconocidas. Un 25% (135/529) ha presentado toxicidad relacionada con Tenofovir (hipofosforemia, acidosis tubular...).

- Treinta pacientes han sido interconsultados, entre 18 y 61 años, 76% varones, 62% raza negra. Los motivos de consulta han sido: 45% IRA, 31% ERC, 21% síndrome nefrótico, 17% alteraciones urinarias asintomáticas, 4% HTA refractaria, 7% alteraciones del medio interno. Los diagnósticos han sido: 31% HIVAN, 10% glomerulonefritis no HIVAN (lupus-like, focal y segmentaria por TBC y Leishmania), 17% nefroangioesclerosis, 20% Nefrotoxicidad (foscarnet, septrim, cocaína, ciclosporina y tenofovir), 10% IRA pre-renal, 7% rbdomiolisis, 3% Uropatía obstructiva y 2% multifactoriales. Se realizaron 9 biopsias: 4 HIVAN, 2 GEFS no HIVAN, 1 Cambios Mínimos, 1 Lupus-like, 1 rbdomiolisis, 2 nefrotoxicidad (anticalcineurínicos, Tenofovir, foscarnet). La evolución ha sido a exitus en 8 pacientes, siendo la causa: citomegalovirus (1), neoplasia (1), hepatopatía (3), cardiopatía (1), desconocida (2). El índice de incumplimiento terapéutico de la mediación antirretroviral entre los fallecidos alcanza hasta un 62%, mientras que en el resto es de un 42%.

**Conclusiones:** El impacto de la enfermedad renal en el paciente VIH condiciona su pronóstico vital, siendo muy variado el abanico patológico que puede presentar. Las características de los pacientes inmigrantes de nuestra zona les hace susceptibles a presentar mayor y más grave nefropatía. Es necesario un abordaje multidisciplinar precoz, dada la complejidad del paciente descrito.

### 541 HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO (HPTP): EFECTO DE LA PARATIROIDECTOMÍA SOBRE LA FUNCIÓN RENAL

F. GARCÍA MARTÍN<sup>1</sup>, N. MELÓN<sup>1</sup>, T. CAVERO<sup>1</sup>, S. GUADALIX<sup>2</sup>, R. CALLEJAS<sup>3</sup>, G. MARTÍNEZ<sup>4</sup>, JI. MARTÍNEZ PUEYO<sup>5</sup>, F. HAWKINS<sup>6</sup>, M. PRAGA<sup>7</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. H.U. DOCE DE OCTUBRE. UNIVERSIDAD COMPLUTENSE (MADRID), <sup>2</sup>ENDOCRINOLOGÍA. H.U. DOCE DE OCTUBRE. UNIVERSIDAD COMPLUTENSE (MADRID), <sup>3</sup>NEFROLOGÍA. H. GENERAL (SEGOVIA), <sup>4</sup>CIRUGÍA GENERAL. H.U. DOCE DE OCTUBRE. UNIVERSIDAD COMPLUTENSE (MADRID)

**Introducción:** El HPTP es un trastorno endocrino frecuente, caracterizado por hipercalcemia y elevación de la parathormona (PTHr). Sus manifestaciones clínicas y el diagnóstico varían según los diferentes países.

**Objetivos:** Analizar las características clínicas, analíticas e histológicas de los pacientes intervenidos por HPTP, así como la evolución de la función renal.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo de 272 pacientes con HPTP remitidos a cirugía en un único centro entre 1997 y 2014.

**Resultados:** La incidencia de paratiroidectomía fue de 38 pacientes/millón/año. La edad media fue 59.6 ± 14 años y el 82% de los pacientes eran mujeres. El 55% estaban asintomáticos, la nefrolitiasis fue la manifestación clínica más frecuente (32%) seguido de los síntomas óseos (27%). Las indicaciones de paratiroidectomía fueron: nefrolitiasis (33.8%), hipercalcemia >11.2 mg/dl (38.6%), baja masa ósea (11%), disminución de FG <60 ml/min (2.6%), y edad <50 años (14%). La sensibilidad para la localización preoperatoria fue del 92% para el scan-MIBI y del 69% para la ecografía cervical. El 94.5% de los casos fue informado como adenoma y el 5.5% como hiperplasia. Los pacientes con adenoma tenían mayor edad (61 ± 13 vs 41 ± 19 años, p<0.001) y niveles de Ca más elevados (11.4 ± 0.9 vs 10.9 ± 1, p<0.05) que las hiperplasias. Nueve pacientes presentaban MEN1, y en 7 de ellos hiperplasia. El porcentaje de curación al año fue del 95%. Al año de la paratiroidectomía se objetivó un ligero empeoramiento de la función renal (Cr<sub>s</sub> 0.81 vs 0.85 mg/dl, p<0.01)

**Conclusiones:** El HPTP cursó asintomático en más de la mitad de los pacientes intervenidos. La hipercalcemia y la nefrolitiasis fueron las indicaciones más frecuentes de paratiroidectomía. El scan-MIBI fue el método de localización más útil. La cirugía fue efectiva en la remisión clínica de estos pacientes. La normalización del Ca sérico no se acompañó de una mejoría de la función renal.

### 542 INCIDENCIA Y PRONÓSTICO DEL DAÑO RENAL INDUCIDO POR BEVACIZUMAB; EXPERIENCIA DE UN CENTRO.

J. VILLACORTA<sup>1</sup>, A. MENDEZ ABREU<sup>1</sup>, S. PRIETO<sup>2</sup>, MC. GUERRERO MÁRQUEZ<sup>3</sup>, MI. MARTÍNEZ<sup>4</sup>, R. CAZAR<sup>5</sup>, A. CORDON<sup>6</sup>, J. OCAÑA<sup>7</sup>, A. TATO<sup>8</sup>, G. FERNÁNDEZ JUÁREZ<sup>9</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. H. FUNDACIÓN DE ALCORCÓN (MADRID), <sup>2</sup>FARMACIA. H. FUNDACIÓN DE ALCORCÓN (MADRID), <sup>3</sup>ANATOMÍA PATOLÓGICA. H. FUNDACIÓN DE ALCORCÓN (MADRID)

**Introducción:** El tratamiento con Bevacizumab ha demostrado aumentar el riesgo de proteinuria e hipertensión arterial debido a la inhibición del VEGF. El espectro de daño renal inducido por bevacizumab varía desde la aparición de una proteinuria aislada leve-moderada, al desarrollo de un síndrome nefrótico e incluso microangiopatía trombótica.

**Objetivo y Métodos:** Se estudió la incidencia de daño renal secundario al tratamiento con bevacizumab en una cohorte de pacientes oncológicos. Para ello se analizaron de forma retrospectiva todos los enfermos que iniciaron tratamiento con Bevacizumab en el Hospital Fundación Alcorcón en los años 2012 y 2013, y fueron seguidos hasta finalizar el tratamiento.

**Resultados:** En el periodo de 2 años del estudio, 156 pacientes iniciaron tratamiento quimioterápico que incluía bevacizumab. De ellos, sólo 5 enfermos desarrollaron afectación renal atribuida a la terapia con dicho fármaco. La incidencia de daño renal inducido por bevacizumab en el periodo del estudio fue del 3,2%. No se encontraron diferencias en la dosis acumulativa de bevacizumab entre los pacientes afectados y no afectados. La aparición de proteinuria de novo, sin síndrome nefrótico y con función renal conservada fue el patrón de daño renal más común, presente en cuatro pacientes (80%). La proteinuria fue moderada (grado 2) en 3 pacientes y grave (grado 3) en un paciente (proteinuria media: 2,06 +/- 0,7 mg / dl). Un enfermo desarrolló insuficiencia renal aguda con proteinuria nefrótica y datos analíticos compatibles con microangiopatía trombótica, falleciendo precozmente de un derrame cerebral. La aparición de hipertensión arterial de novo ocurrió en dos de los pacientes. Sólo un enfermo fue sometido a biopsia renal antes de la interrupción del tratamiento y la histología renal mostró la presencia de endoteliosis asociada a cambios microangiopáticos, sin presencia de lesiones proliferativas. El tratamiento con bevacizumab se discontinuó en los 5 pacientes afectados y todos experimentaron progresiva reducción de la proteinuria tras su suspensión, así como normalización de cifras tensionales. El tiempo medio de resolución de la proteinuria fue 6 meses (rango 5-8 meses). Al año de seguimiento todos los pacientes presentaban función renal conservada sin proteinuria.

**Conclusiones:** La incidencia de daño renal inducido por bevacizumab fue del 3,2% en 2 años. La presencia de proteinuria aislada moderada es el patrón más común de afectación. La microangiopatía trombótica es una complicación grave que puede ocurrir. La interrupción del tratamiento con bevacizumab se asocia a un pronóstico benigno con resolución de la proteinuria e hipertensión en el plazo de meses.

### 543 ANOMALIAS BIOQUÍMICAS URINARIAS ASOCIADAS A LA HIPERCALCIURIA EN PEDIATRÍA

M. UBETAGOYENA ARRIETA<sup>1</sup>, J. MARTÍNEZ SÁENZ DE JUBERA<sup>1</sup>, MN. CORERA YARZA<sup>1</sup>, EG. PÉREZ YARZA<sup>1</sup>

<sup>1</sup>PEDIATRÍA. H.U. DONOSTIA (DONOSTIA-SAN SEBASTIÁN)

**Objetivo:** Hipercalcemia es la alteración metabólica más común asociada con cálculos urinarios en pediatría. El objetivo de este estudio ha sido, en primer lugar, examinar las características de los factores bioquímicos que componen la orina de los niños con hipercalcemia (HC) y compararla con las de niños normales. En segundo lugar, analizar las diferencias que presentan los niños con HC y litiasis de los niños con HC sin litiasis.

**Material y métodos:** Muestra constituida por 111 casos con HC, divididos en 2 grupos: grupo 1, compuesto por 93 casos sin historia de litiasis renal, grupo 2, 18 casos con historia de litiasis renal. Los pacientes estaban asintomáticos y fuera de la fase aguda del cuadro clínico que motivó el diagnóstico. Como grupo control se utilizó una cohorte de 113 niños sanos. Se determinaron siguientes parámetros bioquímicos en sangre y en orina de 24 horas.

**Resultados:** En el grupo de las HC, tanto en el grupo 1 como en el grupo 2, los valores medios de la natriuresis, uricosuria, TRP (Tasa de reabsorción de fosfatos), magnesuria, citaturia, saturaciones de sales oxalato cálcico y saturaciones de sales de fosfato cálcico estaban más elevados respecto a los controles normales. No había diferencias significativas cuando comparamos los distintos parámetros bioquímicos de la orina en los niños que presentaban HC. (Tabla).

**Conclusiones:** Nuestros resultados muestran que en los niños con hipercalcemia coexisten numerosas anomalías bioquímicas en orina. No encontramos diferencias en la excreción urinaria de los distintos parámetros bioquímicos de la orina en los casos con hipercalcemia sin litiasis de aquellos que presentan hipercalcemia y litiasis asociada

Tabla.

VARIABLES (media ± SD)	GRUPO 1 HIPER- CALCIURIA SIN LITIASIS	GRUPO 2 HIPER- CALCIURIA CON LITIASIS	GRUPO 3 CONTROLES	n	p
Cálculos urinarios (n)	5/93	1/18	0/113	111	0,0005
Calcemia (mg/dl)	12,00 ± 0,40	12,00 ± 0,40	10,00 ± 0,20	300	0,0001
Calcemia (mg/dl)	1,33 ± 0,40	1,33 ± 0,40	1,07 ± 0,42	300	0,05
Uricosuria (mg/24 h)	4,00 ± 2,00	4,00 ± 2,00	2,00 ± 1,00	300	0,0001
Trastorno Bioquímico de la orina	0,77 ± 0,40	0,77 ± 0,40	0,60 ± 0,30	300	0,0001
Uricosuria (mg/24 h)	700 ± 100	700 ± 100	400 ± 100	300	0,0001
Saturación de sales de fosfato cálcico	0,60 ± 0,40	0,60 ± 0,40	0,53 ± 0,30	300	0,05
Tasa de reabsorción de fosfatos	80,74 ± 0,50	80,74 ± 0,50	80,70 ± 0,50	300	0,0001
Magnesuria (mg/24 h)	3,00 ± 0,50	3,00 ± 0,50	2,00 ± 0,50	300	0,0001
Citaturia (n/g)	19,00 ± 0,50	19,00 ± 0,50	12,00 ± 0,50	300	0,0001
Índice de oxalato cálcico	0,60 ± 0,20	0,60 ± 0,20	0,50 ± 0,20	300	0,0001
Índice de oxalato cálcico	0,60 ± 0,20	0,60 ± 0,20	0,50 ± 0,20	300	0,0001
Índice de oxalato cálcico	0,60 ± 0,20	0,60 ± 0,20	0,50 ± 0,20	300	0,0001
Índice de oxalato cálcico	0,60 ± 0,20	0,60 ± 0,20	0,50 ± 0,20	300	0,0001



**544 MORTALIDAD POR CANCER EN EL ENFERMO DIALIZADO**

S. PAMPA<sup>1</sup>, F. CARAVACA<sup>1</sup>, E. YEROVI<sup>1</sup>, M. FERNÁNDEZ LUCAS<sup>1</sup>, M. RIVERA<sup>1</sup>, JL. TERUEL<sup>1</sup>, F. LIAÑO<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. H. RAMÓN Y CAJAL (MADRID)

**Introducción:** Aunque se trata de un tema controvertido, se acepta en general que la incidencia de cáncer es más alta en pacientes con enfermedad renal crónica que en la población general, sin embargo la relevancia de la mortalidad por cáncer es poco conocida. El objetivo del presente trabajo es averiguar si la mortalidad por cáncer en estos enfermos es superior a la esperada.

**Material y Métodos:** Hemos analizado las causas de muerte en todos los enfermos bajo tratamiento sustitutivo renal, atendidos en un Servicio de Nefrología desde su apertura en 1977 hasta el 31/12/2004. Estos resultados fueron comparados con las causas de mortalidad de la población general proporcionados por el Instituto Nacional de Estadística.

**Resultados:** En los 38 años analizados, 1946 enfermos fueron atendidos en las Unidades de Diálisis y Trasplante. Del total de estos enfermos fallecieron 678: 348 enfermos fallecieron mientras estaban recibiendo tratamiento con hemodiálisis, 81 con diálisis peritoneal y 249 fallecieron con un trasplante funcionante.

La causa de muerte fue atribuida a cáncer en el 9% de los enfermos fallecidos en hemodiálisis, el 7% de los fallecidos en diálisis peritoneal y el 19% de los fallecidos con trasplante renal funcionante, mientras que en la población general el cáncer fue el responsable del 27% de los fallecimientos (p<0.001). Sin embargo la edad de fallecimiento fue mucho menor en los enfermos que fallecieron en diálisis (64 años) que en la población general (82 años, p<0.001).

De los 37 enfermos tratados con diálisis que fallecieron por cáncer, en 21 (57%), el cáncer había sido diagnosticado antes del inicio de tratamiento sustitutivo renal, siendo en 11 de ellos la causa de la insuficiencia renal (6 nefrectomías bilaterales, 3 mieloma y 2 por nefrotoxicidad irreversible por quimioterapia). Solo 16 enfermos fallecieron por un cáncer diagnosticado después del inicio de tratamiento con diálisis.

**Conclusiones:** La mortalidad por cáncer en los enfermos tratados con diálisis es mucho menor que en la población general, dato que debe ser atribuido a la menor edad de fallecimiento (18 años menos que en la población general). La baja frecuencia de mortalidad por cáncer en enfermos tratados con diálisis debe tenerse en cuenta al programar los estudios de detección precoz.

**545 ANÁLISIS DE COSTES DEL PROGRAMA INTEGRADO DE TRATAMIENTO RENAL SUSTITUTIVO (TRS) EN LA PROVINCIA DE TOLEDO (2012-2013)**

JL. CONDE OLASAGASTI<sup>1</sup>, P. CARRASCO BENÍTEZ<sup>2</sup>, MP. PARRAS PARTIDO<sup>3</sup>, MA. MAREQUE RUIZ<sup>4</sup>, I. MORENO ALÍ<sup>5</sup>, L. JIMÉNEZ LÓPEZ<sup>6</sup>, P. ARAQUE<sup>7</sup>, M. FERNÁNDEZ<sup>8</sup>, JJ. CIA LECUMBERRI<sup>9</sup>, E. GARCÍA DÍAZ<sup>10</sup>  
<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO U. (TOLEDO), <sup>2</sup>GESTION ECONÓMICA. COMPLEJO HOSPITALARIO U. (TOLEDO), <sup>3</sup>ADMISIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA. COMPLEJO HOSPITALARIO U. (TOLEDO), <sup>4</sup>SISTEMAS DE INFORMACIÓN. COMPLEJO HOSPITALARIO U. (TOLEDO), <sup>5</sup>EPIDEMIOLOGÍA. D.G.SALUD PÚBLICA (TOLEDO), <sup>6</sup>PRESTACION FARMACÉUTICA. SESCAM (TOLEDO), <sup>7</sup>FARMACIA. H. MANCHA CENTRO (ALCÁZAR DE S. JUAN), <sup>8</sup>ADMISIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA. H. VIRGEN DEL PRADO (TALAVERA DE LA REINA), <sup>9</sup>FARMACIA. COMPLEJO HOSPITALARIO U. (TOLEDO)

**Introducción:** El consumo de recursos ocasionado por los programas de TRS es objeto de análisis permanente a la búsqueda de su eficiencia y sostenibilidad

El objetivo del presente trabajo es ofrecer un cálculo del impacto económico ocasionado por la atención sanitaria a la población prevalente en cualquier modalidad de TRS en la provincia de Toledo a partir de la información procedente de datos reales correspondientes a los años 2012 y 2013.

**Material y método:** Población: Todos los pacientes prevalentes en algún momento en TRS (Registro Enfermos Renales CLM) en 2012(669)/2013(682)

Componentes de Coste (€) :1.Procedimiento de diálisis .2.Carga hospitalaria: Ingresos, consultas, procedimientos ambulatorios y urgencias.3 Consumo de fármacos. 4.Transporte

Costes base aplicados: Facturación conciertos y transporte, Grupos Relacionados por Diagnóstico ingresados y ambulatorios (GRDs), consultas, urgencias, registros de farmacia hospitalaria, gasto medicación extrahospitalaria, coste hemodiálisis hospitalaria (HDH) y programas de apoyo a HDH, Hemodiálisis Concertada(HDC, Diálisis Peritoneal (DP) y Trasplante Renal(Tx).

Cálculo y análisis: Se utilizó combinadamente el coste agregado localizado en cada uno de los componentes y el coste individual localizable en cada uno de los pacientes considerados. Se calculó el coste agregado anual y el coste pac/año del total del programa TRS y de cada uno de sus subprogramas.

**Resultados:** a)Costes agregados: En tabla 1 se muestra el coste total, la participación porcentual de cada uno de sus grandes componentes en la totalidad del TRS y su evolución en el periodo.Por subprogramas los pacientes en HD, DP y Tx consumieron el 67,5 y 28 % del gasto total respectivamente.

b) Coste paciente/año: Aplicando el coste agregado de cada subprograma al n°de pacientes/año tratado en cada uno de ellos se obtuvieron los siguientes valores en 2012/ 2013 :Todo TRS 26.213/24.965.HDH 50.112/55.498.HDC 43.477/40.973.DP 45.240/51.135,Tx 11.364/11.196

**Conclusiones:** Nuestros resultados son semejantes a otros publicados en nuestro entorno aportándose como valor añadido su fundamento en datos reales y exhaustivos.

	2012	2013	Δ	Δ%
<b>Diálisis</b>	<b>6603973</b>	<b>6302709</b>	<b>-301264</b>	<b>-4,6%</b>
Hospital	2083165	2025893	-57272	-2,7%
HD Concertada	4094499	3922214	-172285	-4,2%
Concierto DP	426309	354602	-71707	-16,8%
<b>Apoyo</b>	<b>1134426</b>	<b>1234845</b>	<b>100419</b>	<b>8,9%</b>
Apoyo HD	385992	367532	-18460	-4,8%
Apoyo DP	122164	113909	-8255	-6,8%
Apoyo Tx	626270	753404	127134	20,3%
<b>Carga Hospitalaria</b>	<b>3467855</b>	<b>3240166</b>	<b>-227689</b>	<b>-6,6%</b>
GRDs Hospital	2802776	2641784	-160992	-5,7%
GRDs Ambuliat	171544	193388	21844	12,7%
Cext	343256	264885	-78371	-22,8%
Urgencias	150279	140109	-10170	-6,8%
<b>Farmacia</b>	<b>3066669</b>	<b>3328481</b>	<b>261811</b>	<b>8,5%</b>
Asociada a procedimiento	541151	592626	51475	9,5%
Individual Hospitalaria	256071	267047	10976	4,3%
Individual Extrahospitalaria	2269447	2468808	199361	8,8%
<b>Transporte</b>	<b>1804450</b>	<b>1400585</b>	<b>-403865</b>	<b>-22,4%</b>
<b>Total TRS</b>	<b>16077374</b>	<b>15506785</b>	<b>-570589</b>	<b>-3,5%</b>

**546 IMPACTO ECONÓMICO DEL TRATAMIENTO RENAL SUSTITUTIVO (TRS) EN EL GASTO SANITARIO PÚBLICO(GSP) EN TIEMPOS DE CRISIS: PERSPECTIVA DESDE EL GASTO REAL EN LA PROVINCIA DE TOLEDO**

JL. CONDE OLASAGASTI<sup>1</sup>, P. CARRASCO BENÍTEZ<sup>2</sup>, MA. MAREQUE RUIZ<sup>3</sup>, G. GUTIÉRREZ ÁVILA<sup>4</sup>, L. JIMÉNEZ LÓPEZ<sup>5</sup>, FJ. CABANILLAS<sup>6</sup>, JM. JIMÉNEZ VARAS<sup>7</sup>, P. MOYA GÓMEZ<sup>8</sup>, F. AHUJADO HORMIGOS<sup>9</sup>, R. DÍAZ TEJERO<sup>10</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO U. (TOLEDO), <sup>2</sup>GESTION ECONÓMICA. COMPLEJO HOSPITALARIO U. (TOLEDO), <sup>3</sup>SISTEMAS DE INFORMACIÓN. COMPLEJO HOSPITALARIO U. (TOLEDO), <sup>4</sup>EPIDEMIOLOGÍA. D.G. SALUD PÚBLICA (TOLEDO), <sup>5</sup>PRESTACION FARMACÉUTICA. SESCAM (TOLEDO), <sup>6</sup>ADMISIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA. H. MANCHA CENTRO (ALCÁZAR DE S. JUAN), <sup>7</sup>GESTION ECONÓMICA. H. VIRGEN DEL PRADO (TALAVERA DE LA REINA), <sup>8</sup>FARMACIA. COMPLEJO HOSPITALARIO U. (TOLEDO)

**Introducción:** El Tratamiento Renal Sustitutivo (TRS) es probablemente la intervención terapéutica más escrutada económicamente a nivel mundial. Desde que fue técnicamente posible sustituir a largo plazo la función renal, los sistemas sanitarios fueron conscientes del enorme impacto económico que semejante logro suponía y los dilemas éticos en equidad y coste oportunidad que planteaba. En 1994 y como fruto de un encuentro Administración/Nefrólogos se publica en España una estimación del coste del TRS equivalente al 2% del Gasto Sanitario Público (GSP) en 1992.

El objetivo de este trabajo es actualizar esa estimación a partir de un análisis de costes realizado en la provincia de Toledo en el año 2012.

**Material y métodos:** En trabajo presentado a este Congreso se exponen los detalles metodológicos del análisis de costes mencionado (incluye todos los costes sanitarios directos excepto A.Primaria). El coste TRS global sería de 16Mill.€. Los datos poblacionales y económicos (GSP) correspondientes se han obtenido de las fuentes oficiales (INE y Ministerio de Sanidad).

**Resultados:** En la Tabla 1 se muestran que la citada proporción TRS/GSP (2%) se mantiene al cabo de 20 años, pese al notable incremento de la prevalencia. Si se consideran las unidades monetarias en términos reales se habría producido un ahorro de 800 Millones € sobre el gasto esperado.

**Discusión y conclusiones:** La falta de información metodológica relativa a la obtención del valor TRS/GSP inicial y la extrapolación de los datos Toledo a escala nacional limitan la validez de este estudio. Parece mostrar la eficiencia de un sistema capaz de absorber un crecimiento de la prevalencia de pacientes (mas del doble) sin crecimiento paralelo del coste. Ello guarda relación con la mayor participación del trasplante renal como técnica de TRS en el conjunto de la población prevalente pasando del 34%(1992) a mas del 50% (2012). Esta circunstancia (además de otras a investigar) ha permitido compensar el esperable incremento del coste.

	Millones €
<b>GSP Total España (Millones €)</b>	<b>64.150</b>
GSP España sin Atención Primaria (AP)	54.645
GSP Toledo	916
GSP Toledo sin AP	780
TRS Toledo Millones €	16
TRS España (Estimado) Millones€	<b>1.073</b>
% TRS/Total España	1,7%
% TRS/Total España sin AP	<b>2,0%</b>
% TRS/Total Toledo	1,8%
% TRS/Total Toledo sin AP	<b>2,1%</b>
Prevalencia TRS (n°absoluto)/España 1992	21926
Prevalencia TRS (n°absoluto)/España 2012	50996
Proyección coste nacional coste 1992 a prevalencia 2012 millones €(constantes)	<b>1.874</b>

**547 ¿ES EL VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO UN MARCADOR DE MAL PRONÓSTICO EN FRACASO RENAL AGUDO O SOLO UN PARÁMETRO INTRASCENDENTE DEL HE-MOGRAMA?**

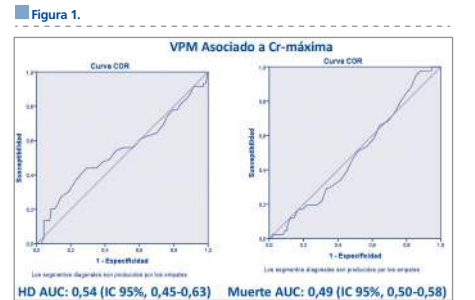
MI. COSTA-OCHOA<sup>1</sup>, A. PALACIOS-PARADA<sup>1</sup>, E. ZATO-HERNÁNDEZ<sup>2</sup>, J. MARTÍN GAGO<sup>1</sup>, A. MENDILUCE HERRERO<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. H. CLÍNICO U. (VALLADOLID), <sup>2</sup>HEMATOLOGÍA. H. CLÍNICO U. (VALLADOLID)

**Introducción:** En los últimos años el VPM ha emergido como marcador de mal pronóstico en una pléyade de condiciones. La justificación parte de la hipótesis que bajo situaciones patológicas las plaquetas se tornan más reactivas y al aumentar el número y tamaño de sus gránulos aumentan de tamaño. En un reciente estudio publicado en Critical Care el VPM elevado se asoció con necesidad de HD y mayor mortalidad a 28d. Valoramos si el VPM aumenta durante un episodio de FRA y si un VPM elevado conlleva un peor pronóstico clínico.

**Material y Método:** Estudio retrospectivo de pacientes con FRA, atendidos durante un año en nuestro servicio. Clasificamos el FRA según las guías KDIGO-2012. Definimos Cr-basal como la más baja 6 meses previo al ingreso y estudiamos el VPM asociado a Cr-basal, Cr-máx y al alta. Evaluamos características epidemiológicas y si la obesidad, tabaquismo, FA y uso de estatinas se asocian con VPM aumentado. Con un análisis de curvas ROC evaluamos si el VPM asociado a Cr-máx influye sobre los resultados HD y muerte.

**Resultados:** Incluimos 270 pacientes, 65% hombres. En nuestro laboratorio el rango normal del VPM es 7.2-11.1 fL. Encontramos un VPM medio basal: 10,8±1, asociado a Cr-máx:10,4±1, al alta 10,3±1. Ninguna de las características estudiadas (obesidad, tabaquismo, etc...) se asocia positivamente con VPM elevado. El análisis ROC muestra que el VPM no se asocia con HD AUC:0,54 (95% IC, 0,45-0,53) ni muerte AUC:0,49 (95% IC, 0,49-0,58). (Fig-1)

**Conclusiones:** Encontramos que el VPM medio asociado a Cr-máx es levemente menor que el asociado al basal y se mantiene así al alta. Siguiendo las variaciones individuales observamos que el VPM en general no fluctúa en los puntos estudiados. El análisis ROC muestra que el VPM no se asocia con peor pronóstico. En nuestro estudio el VPM no se eleva durante el FRA y no es un marcador de peores resultados clínicos.



**548 ATLAS DE VARIACIONES EN EL TRATAMIENTO SUSTITUTIVO RENAL (TSR) EN CATALUÑA (2002-2012).**

A. MARTÍNEZ CASTELAO<sup>1</sup>, C. TEBÉ CONDOMÍ<sup>2</sup>, E. ARCOS<sup>3</sup>, J. COMAS<sup>3</sup>, M. ESPALLARGUES CARRERA<sup>2</sup>, M. PONS<sup>2</sup>, JM. DÍAZ GÓMEZ<sup>4</sup>, J. TORT<sup>5</sup>  
<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. H.U. BELLVITGE (L'HOSPITALET LL., BARCELONA), <sup>2</sup>AQUAS. GENCAT (BARCELONA), <sup>3</sup>OCCAT. GENCAT (BARCELONA), <sup>4</sup>NEFROLOGÍA. FUNDACIÓ PUIGVERT (BARCELONA), <sup>5</sup>AQUAS. AGENCAT (BARCELONA)

**Introducción:** La variabilidad en la utilización de servicios de salud puede definirse como variaciones sistemáticas de tasas ajustadas para ciertos niveles de agregación de la población. Analizamos el TSR, identificando posible variabilidad en Cataluña entre 2002 y 2012.

**Material y Métodos:** Estudio ecológico por áreas de salud con datos del Registro catalán para ERC-5. Presentamos tasas de incidencia, incidencia estandarizada y prevalencia. Variabilidad calculada mediante estandarización directa e indirecta.

**Resultados:** Desde 2002 hasta 31/12/2012, 10.784 pacientes iniciaron TSR: 9.238 hemodiálisis HD (50 tratamientos/ 100,000 habitantes 2010/12), 1.076 diálisis peritoneal DP (8,2 tratamientos/ 100,000 hab. 2010/12), y 470 trasplantes renales anticipados TR (4,4 tratamientos/ 100,000 hab. 2010/12). Durante 10 años, la tasa de incidencia acumulada de HD ha descendido (7%) y las tasas de incidencia de DP y TR han aumentado (63% y 177%); ambas más elevadas en pacientes jóvenes (< 45 a.). 4750 pacientes recibieron en ese periodo un TR, 49% con edad 45 a 65 a. No detectamos variabilidad entre áreas en HD (RV5-95 = 1,3; Empíric Bayes ~ 0), ni tampoco en la tasa de prevalencia en TR (RV5-95 = 1,4; Empíric Bayes ~ 0). Detectamos variabilidad en la indicación de DP en algunas áreas geográficas, con un número de casos superior a los esperados (RV5-95 = 4,01; EB = 0,08).

**Conclusión:** Notable incremento en la indicación de DP y TR anticipado, aunque las tasas para DP de 2002 estaban por debajo de la media española y europea. La variabilidad es similar a la observada en otros países, en los que hay amplia variabilidad territorial de TSR. Nosotros sólo encontramos variabilidad en DP para algunas áreas geográficas.

Proponemos 3 actuaciones: desarrollo de herramientas de decisión en TSR compartidas, potenciación de formación específica en DP de los profesionales y promoción de la DP a través de sistemas de reembolso suplementarios.

**549 RELACIÓN ENTRE LA CAPACIDAD DE CONCENTRACIÓN RENAL Y EL FILTRADO GLOMERULAR RENAL**

V. DOMÍNGUEZ PIMENTEL<sup>1</sup>, E. MARTÍN IZQUIERDO<sup>1</sup>, C. MARÍN<sup>1</sup>, A. RODRÍGUEZ MUÑOZ<sup>1</sup>, N. ZAMORA RODRÍGUEZ<sup>2</sup>, M. YANES LUIS<sup>3</sup>, A. RIVERO GONZÁLEZ<sup>1</sup>, V. GARCÍA NIETO<sup>3</sup>  
<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HUNSC (SANTA CRUZ DE TENERIFE), <sup>2</sup>NEFROLOGÍA. CHUC (LA LAGUNA), <sup>3</sup>NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA. HUNSC (SANTA CRUZ DE TENERIFE)

**Introducción:** La capacidad de concentración renal depende de una adecuada entrega del ultrafiltrado glomerular a los túbulos, de un adecuado manejo tubular del sodio, de un intersticio medular hipertónico, de un mecanismo medular contracorriente estructuralmente intacto y de una permeabilidad adecuada de los túbulos al agua en respuesta a la vasopresina. La osmolalidad urinaria máxima (Uosm) es un marcador muy sensible tanto de hiperpresión como de pérdida de parénquima renal. Hemos estudiado la sensibilidad de Uosm para detectar enfermedad renal crónica.

**Pacientes y Métodos:** Estudiamos 60 pacientes (37V, 27M) controlados en la consulta de nuestro hospital con una edad media de 11,83 años (rango: 2,29-21). Los diagnósticos más frecuentes fueron la nefropatía cicatrizal (n=10) y las malformaciones renales (n=25). Todos tenían determinada la Uosm con estímulo de desmopresina y calculado el filtrado glomerular renal estimado (FGRe) mediante el uso de tres fórmulas de empleo habitual: la ecuación de Schwartz modificada basada en los niveles de creatinina determinados por el método enzimático (2009), la fórmula de Filler que emplea la cistatina C (método nefelométrico, 2003) y la ecuación de Schwartz (CKiD, 2012) en cuya fórmula participan el BUN, la creatinina y la cistatina. Los pacientes fueron clasificados según los estadios de ERC establecidos en las Guías KDIGO 2012 (29 en el estadio 1, 22 en el 2, ocho en el 3 y uno en el 4). Cuando no existía concordancia entre los tres FGRe, se incluyeron en el estadio en el que coincidían dos de las tres fórmulas.

**Resultados:** Entre los pacientes con ERC estadio 1, 18/29 (62%) mostraron una capacidad de concentración renal normal (>835 mOsm/kg). Entre los pacientes con ERC estadio 2, 15/22 (68,2%) revelaron una capacidad de concentración reducida (<835 mOsm/kg); seis de los siete niños del estadio 2 con Uosm normal estaban incluidos en el subgrupo A1 según la albuminuria. En cambio, el 100% de los niños con ERC clasificados en los estadios 3 y 4 tenían una Uosm reducida. Se objetivó una relación directa entre Uosm y FGRe (CKiD,2012) (r=0,58; p<0,001).

**Conclusiones:** En nuestra serie, una capacidad de concentración normal siempre se acompañó de un FGRe superior a 70 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>, mientras que todos los pacientes con FGRe tenían un defecto de capacidad de concentración. Por lo tanto, en la evaluación de los niños con enfermedad renal, el hallazgo de una capacidad de concentración normal es indicativo de un FGR superior a 70 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>.

**550 EXPERIENCIA DE CIRUGÍA VARIADA EN PACIENTES CON TRATAMIENTO RENAL SUSTITUTIVO**

I. MARTÍNEZ SANTAMARÍA<sup>1</sup>, E. BARO<sup>1</sup>, R. RUIZ FERRUS<sup>1</sup>, D. GONZÁLEZ FERRI<sup>1</sup>, E. COTILLA<sup>1</sup>, E. TEBAR BOTI<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. H. VINALOPÓ (ELCHE), <sup>2</sup>CIRUGÍA CARDIACA. H. VINALOPÓ (ELCHE)

**Introducción:** La patología cardiovascular es la principal causa de muerte de los pacientes en tratamiento renal sustitutivo (TRS). Los estudios reflejan cómo estos pacientes presentan mayor riesgo de complicaciones ante cualquier cirugía incluida la cardiaca. Presentamos los resultados obtenidos en nuestro hospital en pacientes con TRS sometidos a cirugía cardiaca.

**Material y método:** Estudio retrospectivo descriptivo desde enero 2011 hasta Marzo 2015. Se incluyen 19 pacientes intervenidos de cirugía cardiaca (13 varones, 6 mujeres) en diferentes modalidades de TRS: hemodiálisis (HD): 12, diálisis peritoneal (DP): 5 y trasplante renal (TR): 2. De los pacientes en HD, 6 habían reiniciado técnica tras TR previo con injerto no funcionando. El tiempo de permanencia en TRS era variable <2 años en 8 pacientes y >5 años en 7, el resto en valores intermedios

La media de edad fue 65,4 años. Diabéticos 36,89% y 78,9% hipertensos. Preoperatoriamente presentaban FEVI >50% el 68,42%, el 21,1% FEVI entre 35-50% y 10,5% FEVI <35%. Un 31,57% presentaban hipertensión pulmonar y en 10,5% era severa.

Previa a la cirugía valor medio hemoglobina fue de 11,73 g/dl y albúmina: 3,7 gr/dl La cirugía fue urgente en 68,43% frente a 31,57% de forma programada.

El tipo de cirugía realizada fue: 7 casos de revascularización, 7 recambios valvulares y en 5 cirugía combinada (revascularización más recambio valvular). En 73,68% se realizó con circulación extracorpórea (CEC) y 26,31% sin ella.

**Resultados:** De los 19 pacientes intervenidos la mortalidad fue 0%.

En 17 pacientes no hubieron complicaciones relacionadas con la cirugía ni con el postoperatorio. Un paciente fue reintervenido por sangrado mediastínico con buena evolución posterior. Otro paciente presenta como complicaciones intubación prolongada, accidente cerebrovascular e isquemia de miembro inferior con postoperatorio tórpido.

La media de estancia en UCI tras la cirugía fue de 3,42 días excluyendo al paciente que presentó las complicaciones descritas que fue de 34 días.

La media de estancia en planta fue de 7,22 días a excepción del paciente anterior que fue de 40 días

En la actualidad supervivencia del 89,48%. Fallecido un paciente al año y otro a los 3 años de la cirugía por causas no relacionadas con ella.

**Conclusion:** En nuestra experiencia el TRS no implica morbi/mortalidad añadida en cirugía cardiaca. El TRS no debería ser considerado una contraindicación para su indicación ni justificar una demora en su realización.

**551 BORTEZOMIB EN MIELOMA MÚLTIPLE CON ERC AVANZADA PUEDE INCREMENTAR LA SUPERVIVENCIA MAS DE 5 AÑOS.**

J. LERMA<sup>1</sup>, E. RUIZ FERRERAS<sup>1</sup>, T. GARCÍA GARRIDO<sup>1</sup>, G. DELGADO<sup>1</sup>, MV. MATEOS<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. H.U. (SALAMANCA)

**Introducción:** El mieloma múltiple (MM) con ERC avanzado tiene pobres resultados con el tratamiento clásico. Además, este grupo de pacientes son excluidos habitualmente de los ensayos clínicos. No obstante, se han desarrollado fármacos útiles, como Bortezomib, que pueden mejorar tanto la supervivencia global como renal. Sin embargo, hay pocos estudios que valoren la respuesta terapéutica de Bortezomib a largo plazo (>5años), cuando la función renal inicial es estadio IV.

**Objetivos:** 1. Valorar eficacia, seguridad y efectos adversos de Bortezomib en pacientes con Mieloma M asociada a ERC IV.  
 2. Establecer respuesta de la función renal y la necesidad de Diálisis.  
 3. Objetivar la efectividad de Bortezomib sobre los parámetros de MM.

**Métodos:** 114 pacientes fueron diagnosticados de MM entre dic 2010-abril 2015 en HUS, centro de referencia. El 12,4% debutó con afectación renal (edad media 69,78±14años)(varones 60%). Se utilizó el índice de Charlson para valorar patología asociada. El promedio de infiltración de células plasmáticas fue 36%. Se efectuó biopsia renal en el 20%. El Filtrado glomerular medio fue 18ml/min, la proteinuria BJ media de 4.6g/día y la hipercalcemia grave en 40%. Todos los pacientes recibieron Bortezomib según protocolo de Hematología.

**Resultados:** A nivel renal el Ccr mejoró desde 18±12 hasta 36±22ml/min. En el 85% se negativizó o disminuyó proteinuria BJ. 3pacientes no recuperaron función renal precisando HD. En un caso, tras 5,3 años recibió Trasplante renal normofuncionante. La mortalidad incidió sobre los pacientes de mayor edad (75, 87 y 83años). 5 pacientes han superado 5 años de supervivencia (6,8 años ±1,5) La tolerancia fue buena, siendo el principal efecto adverso la neuropatía periférica.

**Conclusiones:** 1. El 85% de los pacientes con MM y ERC IV respondió favorablemente a Bortezomib, con una reducción significativa de la proteinuria de BJ, mejorando el Ccr.

2. Los efectos adversos fueron escasos con buena tolerancia  
 3. La mortalidad fue del 21,4%, y el 35% tuvo una supervivencia mayor de 5 años  
 4. Bortezomib puede considerarse un tratamiento de primera línea cuando confluyen MM y afectación renal severa

**552 ENFERMEDAD DE NUTCRACKER: UNA PATOLOGÍA QUE DEBE CONOCER EL NEFRÓLOGO. SERIE DE CASOS Y REVISIÓN BREVE.**

N. OLIVA DÁMASO<sup>1</sup>, N. OLIVA DÁMASO<sup>2</sup>, R. RODRÍGUEZ CARVAJAL<sup>3</sup>, J. PAYAN<sup>4</sup>, J.C. RODRÍGUEZ PÉREZ<sup>5</sup>, M. DOTTORI<sup>1</sup>, A. MARAÑÉS<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. H. QUIRÓN MARBELLA (MÁLAGA), <sup>2</sup>NEFROLOGÍA. H.U. DOCTOR NEGRIN (LAS PALMAS DE GC), <sup>3</sup>CIRUGÍA VASCULAR. H. QUIRÓN MARBELLA (MÁLAGA), <sup>4</sup>NEFROLOGÍA. H. COSTA DEL SOL (MÁLAGA)

**Introducción:** El fenómeno de nutcracker se define como la compresión de la vena renal izquierda (VRI) que impide su drenaje normal hacia vena cava inferior. Se divide en dos tipos: Nutcracker anterior, que es la presentación habitual y se produce por una compresión de la VRI entre arteria mesentérica superior y aorta; o Nutcracker posterior, en el cual la VRI es retroaórtica y la compresión se produce a este nivel. La clínica es muy variada. El paciente puede estar asintomático o puede presentar hematuria; dolor en fosa renal izquierda; dolor a nivel pélvico por la presencia de varices uterinas dando lugar a un síndrome de congestión pélvica secundario al nutcracker.

**Métodos:** Presentamos un estudio retrospectivo de 14 casos de fenómeno de Nutcracker diagnosticados por AngioTAC o AngioRMN. Se revisan clínica, tratamiento y la evolución de estos pacientes.

**Resultados:** De los 14 casos presentados 13 son mujeres con una mediana de edad de presentación de 36 años (Rango intercuartílico RI=6). Del total de casos: 1 caso presentaba hematuria macroscópica; 6 microhematuria y los 7 restantes no presentaban alteración del sedimento urinario. 6 casos presentaban dolor en fosa renal izquierda, con una prevalencia elevada de varices en miembros inferiores. Ningún caso presentaba elevación de creatinina sérica o alteraciones de la presión arterial. La mediana de presión diferencial por flebografía entre VRI y cava inferior era de 5mmHg (RI=5). En cuanto al tratamiento endovascular: 2 casos fueron tratados con stent en VRI; 2 casos fueron tratados con stent en VRI + embolización vena gonadal izquierda; 3 fueron tratados con embolización vena gonadal izquierda; en 2 se ha mantenido una actitud conservadora y los 5 restantes están pendiente de flebografía/cirugía. En el seguimiento posterior a la intervención, 5 pacientes de los 7 intervenidos mejoraron sintomáticamente reduciéndose el dolor y reduciéndose los episodios. Sólo una paciente se ha mantenido asintomática.

**Discusión:** El Síndrome de Nutcracker puede tener una presentación renal o pélvica con una gran variabilidad clínica. Probablemente esta condición esté infradiagnosticada y los nefrólogos debemos estar alerta, ya que es una causa de macro/microhematuria asociada a dolor lumbar. El procedimiento endovascular es seguro y puede mejorar la sintomatología y la calidad de vida de muchos pacientes.

**553 ¿EL VALOR DE LA OSMOLALIDAD URINARIA MÁXIMA INICIAL PUEDE SER PREDICTOR DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA A LARGO PLAZO?**

N. ZAMORA RODRÍGUEZ<sup>1</sup>, V. GARCÍA NIETO<sup>2</sup>, E. INGLÉS<sup>3</sup>, V. DOMÍNGUEZ PIMENTEL<sup>4</sup>, A. FARINHA<sup>5</sup>, MI. LUIS YANES<sup>6</sup>  
<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. H.U. DE CANARIAS (LA LAGUNA), <sup>2</sup>PEDIATRÍA. H.U. NUESTRA SEÑORA DE CANDELARIA (HUNSC) (SANTA CRUZ DE TENERIFE), <sup>3</sup>PEDIATRÍA. H. SANTA LUCÍA (CARTAGENA), <sup>4</sup>NEFROLOGÍA. H.U. NUESTRA SEÑORA DE CANDELARIA (HUNSC) (SANTA CRUZ DE TENERIFE)

**Introducción:** La osmolalidad urinaria máxima (Uosm) es un marcador muy sensible de pérdida de parénquima renal. A medida que el número de nefronas decrece, la capacidad de concentración se reduce, de tal modo que en la enfermedad renal crónica (ERC) terminal, la osmolalidad urinaria es isoosmótica con la sanguínea. Hemos querido conocer si la Uosm inicial puede predecir la aparición de ERC a largo plazo.

**Pacientes y Métodos:** Incluimos en el estudio aquellos pacientes (28V, 19M) que, al menos, tuvieran determinada la Uosm inicial tras estímulo con desmopresina a los ocho años de edad o menos (3,2 ± 2,5 años; rango: 0,04-8) y el FGR calculado (CKiD 2012) y la UOsm final determinada, tres o más años después (9,3 ± 4,1 años; rango: 3,04 - 17,9). Se distribuyeron en subgrupos según el estadio final de ERC (KDIGO): 24 en el estadio 1, 18 en el 2 y cinco en el 3.

**Resultados:** Los valores de la Uosm inicial de los pacientes distribuidos según el estadio en el que fueron incluidos al final del periodo de seguimiento, fueron los siguientes: estadio 1: 832,5 (243); estadio 2: 579,5 (456,5); estadio 3: 304 (363) mOsm/Kg (Kruskal-Wallis, p= 0,006). Se observó una relación directa de la Uosm inicial tanto con los niveles de creatinina C (r= -0,62; p<0,001) como con la Uosm máxima (r= 0,81; p <0,001) correspondientes al final del periodo de seguimiento. Por debajo de los 18 meses, valores ≤ 558 mOsm/kg fueron predictores de ERC, con dos excepciones. Por el contrario, por debajo de esa edad, valores ≥ 830 mOsm/kg garantizan un FGR normal a largo plazo.

**Conclusiones:** La prueba de concentración inicial realizada con estímulo de desmopresina es un parámetro que puede ser útil para predecir la evolución del FGR a largo plazo.

**554 ESTUDIO RETROSPECTIVO DE LAS CONSULTAS NO PRESENCIALES REALIZADAS A LO LARGO DE UN AÑO DESDE ATENCIÓN PRIMARIA A SERVICIO DE NEFROLOGÍA DE UN HOSPITAL TERCIARIO**

L. ORTEGA MONTOYA<sup>1</sup>, GA. ROMERO GOZÁLEZ<sup>1</sup>, J. SÁNCHEZ JIMÉNEZ<sup>1</sup>, I. ACOSTA<sup>1</sup>, MI. UGARTE AROSTEGUI<sup>1</sup>, I. MOINA EGUREN<sup>1</sup>, O. GONZÁLEZ PEÑA<sup>1</sup>, MI. DURÁN SOLÍS<sup>1</sup>, JR. ORTIZ DE VIGÓN<sup>1</sup>, J. ARRIETA LEZAMA<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. H.U. DE BASURTO (BILBAO)

**Introducción:** La elevada prevalencia de ERC y de HTA en la población general ha llevado a la necesidad de crear métodos de coordinación entre Atención Primaria y Atención especializada nefrológica. Gracias a las nuevas tecnologías disponemos de herramientas que nos permiten una mejor comunicación entre profesionales. La consulta no presencial tiene como objetivo resolver demandas asistenciales sin necesidad de que el paciente se desplace hasta la consulta, utilizando como canal de comunicación una red intrahospitalaria.

**Objetivo:** Evaluar los resultados de la Consulta No Presencial (CNP) coordinada entre Atención Primaria y Atención Especializada Nefrológica.

**Métodos:** Realizamos un estudio transversal de las Consultas No Presenciales solicitadas por médicos de Atención Primaria a Servicio de Nefrología de un Hospital terciario a través del sistema informático OsabideGlobal, en el periodo comprendido entre el 25/11/2013 y el 25/11/2014.

**Resultados:** Se realizaron 319 CNP en el periodo de estudio; siendo el diagnóstico principal enfermedad renal crónica agudizada (37.7%). El tiempo de respuesta media fue de 24 horas. Fue necesario realizar nueva valoración de forma no presencial en un 2% de los casos, y hasta el 26% de los casos requirieron una valoración presencial. En el subgrupo de pacientes con diagnóstico de Insuficiencia Renal Aguda y Enfermedad Renal Crónica agudizada, se objetivó, tras la valoración de forma no presencial, un descenso en la creatinina de 0.2 mg/dL (IC 95: 0.32-0.19) y un aumento en el Filtrado glomerular de 6 ml/min (IC 95: 5.01-8.832).

**Conclusión:** Las consultas no presenciales a lo largo de este año, han supuesto una optimización de recursos y una mejoría de la gestión de tiempo. En el subgrupo de pacientes con diagnóstico de Insuficiencia Renal Aguda y Enfermedad Renal crónica agudizada se observó, tras la valoración en la consulta de forma no presencial, un posterior descenso de la creatinina y una mejoría del filtrado glomerular, que resultó estadísticamente significativa.

**555 SITUACIÓN DE LOS JÓVENES NEFRÓLOGOS EN ESPAÑA: RESULTADOS DE LA ENCUESTA JovSEN**

J. VILLA<sup>1</sup>, D. ARROYO<sup>2</sup>, I. BEIRED<sup>3</sup>, J. JUEGA<sup>4</sup>, M. PÉREZ SÁEZ<sup>5</sup>, D. REDONDO<sup>6</sup>  
<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. COMPLEJO H. LLERENA-ZAFRA (LLERENA), <sup>2</sup>NEFROLOGÍA. H.U. ARNAU DE VILANOVA (LLEIDA), <sup>3</sup>NEFROLOGÍA. H. SAN PEDRO (LOGROÑO), <sup>4</sup>NEFROLOGÍA. H. GERMANS TRIAS I PUJOL (BADALONA), <sup>5</sup>NEFROLOGÍA. H. DEL MAR (BARCELONA)

**El trabajo corresponde a un grupo de trabajo o un estudio multicéntrico:** JovSEN (Plataforma de Jóvenes Nefrólogos Españoles)

**Introducción:** Desde la fundación de la Young Nephrologist Platform en el seno de la EDTA en 2012, la S.E.N promovió la creación de un grupo de "jóvenes nefrólogos" dirigido a menores de 40 años. Este grupo nació en el congreso de la S.E.N. de 2014. Desde su creación, 102 nefrólogos se han inscrito en JovSEN. Nos propusimos evaluar la situación laboral y académica de los jóvenes nefrólogos en España.

**Material y métodos:** Se creó una encuesta online de 19 preguntas con respuesta múltiple. Obtuvimos respuesta de 51 miembros de JovSEN (50%).

**Resultados:** Entre los nefrólogos menores de 40 años, encontramos un 80.4% de mujeres, con una edad media de 34.3 años y mayoritariamente de origen español (92.2%). El 20% trabaja en Hospital Universitario, 18% en Hospital no Universitario y un 11.8% en Centro de Diálisis. Tan sólo un 4% se dedica a consulta privada. El tipo de contrato más frecuente es el eventual (45.1%), seguido de la interinidad (19.6%), con un 35% de contratos de guardia o becás. El área en la que más frecuentemente trabajan los jóvenes nefrólogos es la hemodiálisis (51%), seguida de la consulta general de Nefrología (43.14%), hospitalización general (27.5%) y trasplante (27.5%). Un 68% se declara satisfecho de su situación laboral actual, aunque casi un 30% considera que no se sigue formando adecuadamente tras haber finalizado la residencia. Todos los participantes de la encuesta han realizado un Curso de Experto Universitario/Master o Curso de Doctorado y tan sólo un 4% no se plantea realizar la tesis doctoral. Mayoritariamente los centros de trabajo tienen la posibilidad de realizar investigación (90.2%). Dos tercios, además pertenecen a un grupo de trabajo. Estos resultados, contrastan con el dato de que más de un 30% de los nefrólogos menores de 40 años no tienen ninguna publicación como primer autor. Se manifiesta también un alto interés en JovSEN, su implicación en actividades de formación y ayuda y la participación en la junta directiva.

**Conclusiones:** Las mujeres representan la amplia mayoría de nefrólogos jóvenes en nuestro país. Un alto porcentaje de nefrólogos jóvenes trabajan con un contrato de guardia o beca. A pesar de manifestar un alto interés por actividades académicas o formativas, la publicación científica es deficitaria.

# Resúmenes

## Miscelánea

### 556 MAPA EPIDEMIOLÓGICO DE INCIDENCIA: UNA HERRAMIENTA ÚTIL PARA CONOCER LA TRANSMISIÓN CRUZADA DE MICROORGANISMOS MULTIRRESISTENTES EN NEFROLOGÍA.

L. DEL RÍO<sup>1</sup>, M. FERNÁNDEZ PRADA<sup>2</sup>, C. MARTÍNEZ ORTEGA<sup>3</sup>, C. DÍAZ CORTE<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HUCA, <sup>2</sup>PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA. HUCA

**Introducción:** La sensibilización de los profesionales sanitarios hacia la problemática de la infección relacionada con la asistencia sanitaria (IRAS) y la transmisión cruzada de microorganismos multirresistentes (MMR), en este ámbito, constituyen un elemento clave para la mejora del cumplimiento de las prácticas seguras. La detección precoz de situaciones epidémicas, o potencialmente epidémicas, garantiza la minimización de daños. El objetivo es conocer la tasa de incidencia de transmisión cruzada de MMR en la Unidad de Estancia Hospitalaria (UEH) de nuestro Hospital.

**Metodología:** Se elaboró un mapa epidemiológico de incidencia que incluyó los meses de mayo/2014 a febrero/2015. Se tuvieron en cuenta las siguientes variables: fechas de ingreso/alta; fecha de petición cultivo; fecha de inicio de aislamiento; MMR y localización; y circuito hospitalario del paciente. Se utilizaron los criterios epidemiológicos "persona-lugar-tiempo". Según la lectura e interpretación del mapa se emitió un informe específico de recomendaciones de mejora.

**Resultados:** Se identificaron un total de 16 pacientes con MMR. En todos ellos se indicaron las precauciones de aislamiento correspondientes. De ellos, 9 (56,25%) fueron Klebsiellas pneumoniae betalactamasas de espectro extendido (BLEE) y/o carbapenemasas, 3 (18,75%) Acinetobacter baumannii, 2 (12,5%) Staphylococcus aureus meticilín resistente, 1 (6,25%) Citrobacter BLEE y 1 (6,25%) Virus Varicela Zoster. En total, se identificaron 6 transmisiones cruzadas, todas por Klebsiella pneumoniae BLEE y/o carbapenemasa, siendo la tasa de incidencia para ese periodo 37,5%. Dos de ellas (33,3%) resultaron exitos. Las principales localizaciones de la infección fueron la vía urinaria y la herida quirúrgica. El informe incluyó mejoras en aspectos clave de seguridad del paciente tales como la realización de higiene de manos en cinco momentos y según técnica de la OMS; la adecuación del protocolo de antisépticos y antibióticos; el cumplimiento de las precauciones de aislamiento por parte de todos los profesionales sanitarios y familiares; la higiene corporal del paciente aislado con jabón de clorhexidina 4%; y la limpieza-desinfección del material clínico conforme a la normativa hospitalaria.

**Conclusión:** La tasa de incidencia de transmisión cruzada, identificada en nuestra UEH para el período indicado, puede considerarse alta teniendo en cuenta el perfil del paciente. El uso de esta herramienta para la identificación de dianas de intervención contribuye a la puesta en marcha de medidas específicas destinadas a minimizar potenciales brotes epidémicos.

### 557 EXPERIENCIA DE UN SERVICIO DE NEFROLOGÍA CON LAS MICROANGIOPATÍAS TROMBÓTICAS. AÑOS 2013-2015

Y. PARODIS LÓPEZ<sup>1</sup>, N. SABLÓN GONZÁLEZ<sup>1</sup>, N. OLIVA DÁMASO<sup>1</sup>, S. DE LA INGLÉSIA<sup>2</sup>, J. LÓPEZ BRITO<sup>3</sup>, R. CAMACHO GALAN<sup>3</sup>, JM. FERNÁNDEZ<sup>1</sup>, Y. RODRÍGUEZ VELA<sup>1</sup>, E. BAAMONDE LABORDA<sup>1</sup>, JC. RODRÍGUEZ PÉREZ<sup>1</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. H. DR. NEGRÍN (LAS PALMAS DE GC), <sup>2</sup>HEMATOLOGÍA. H. DR. NEGRÍN (LAS PALMAS DE GC), <sup>3</sup>ANATOMÍA PATOLÓGICA. H. DR. NEGRÍN (LAS PALMAS DE GC)

Se presentan 5 casos de Púrpura Trombocitopénica Trombótica (PTT) tratados por el servicio de Nefrología del HUGCDN, desde Noviembre-2013 hasta Marzo-2015. Se trataron 3 mujeres y 2 hombres con edades comprendidas entre 24 y 64 años (edad media 48,2 años). Todos presentaron manifestaciones neurológicas, dos cursaron con deterioro transitorio e inicial de la función renal y ninguno presentó la péntada clásica de signos y síntomas que se describen acompañando a la PTT. La etiología fue desconocida en 4 casos mientras que en los otros dos fueron secundarias a conectivopatía (LES) con un curso más tórpido y larvado, la etiología del otro paciente fue debido al uso de fármacos (Prasugrel). Todos los enfermos presentaron analíticamente evidencias de microangiopatía trombótica con esquistocitos > 1% y trombopenia. En todos se detectó un déficit severo en la actividad del ADAMTS13 (<5%) con anticuerpos inhibidores a título alto en 3 de ellos. Los 5 pacientes recibieron tratamiento con plasmaféresis que oscilaron entre 2 y 56 sesiones siendo prescritas inicialmente cada 24 horas y luego espaciadas cada 48-72 horas según evolución. En un solo caso (conectivopatía) la plasmaféresis se estableció cada 12 horas durante un período de su evolución coincidiendo con empeoramiento neurológico. Se prescribieron los esteroides (dosis media de metilprednisolona intravenosa: 465,45 mg) en la totalidad de los pacientes mientras que en solo una paciente (conectivopatía) el tratamiento de plasmaféresis se acompañó de Rituximab (4 dosis a 375 mg/m<sup>2</sup>) y Ciclofosfamida (750 mg). Falleció un enfermo recibiendo solo 2 sesiones de plasmaféresis y en cuyo caso la PTT estuvo relacionada con el uso del Prasugrel, antiagregante plaquetario de comercialización reciente y solo 14 casos reportados por la FDA con este evento adverso.

■ Tabla.

Paciente/Variable	CASO 1	CASO 2	CASO 3	CASO 4	CASO 5
Edad (años)	64	60	39	24	54
Sexo	M	F	F	F	M
Etiología	Prasugrel	NC	Conectivopatía	NC	NC
MAT (esquistocitos>1%)	SI	SI	SI	SI	SI
Trombocitopenia	SI	SI	SI	SI	SI
Alts neurológicas	SI	SI	SI	SI	SI
Fracaso renal agudo	SI	SI	NO	NO	NO
Actividad ADAMTS13	0,3%	0,22%	0%	0,13%	0%
Título Ac inhibidores	ALTO	ALTO	ALTO	BAJO	PENDIENTE
Plasmaféresis (# sesiones)	2	19	56	11	11
Esteroides	SI	SI	SI	SI	SI
Rituximab	NO	NO	SI	NO	NO
Ciclofosfamida	NO	NO	SI	NO	NO
Exitus	SI	NO	NO	NO	NO

\* Datos de esta comunicación fueron presentados en la Reunión de la GLOSEN 2015

### 558 LOS ANTICUERPOS GAD65 E IA-2 INDUCEN UNA MAYOR EXPRESIÓN DE MONOCITOS PRO-INFLAMATORIOS CD14+CD16+ EN TRASPLANTADOS DE PÁNCREAS-RIÑÓN CON FUNCIÓN NORMAL DE AMBOS INJERTOS.

C. RODELO-HAAD<sup>1</sup>, ML. AGÜERA<sup>1</sup>, A. CARMONA<sup>2</sup>, MJ. JIMÉNEZ<sup>2</sup>, R. MOYANO<sup>2</sup>, J. CARRACEDO<sup>2</sup>, A. RODRÍGUEZ BENOT<sup>1</sup>, P. ALJAMA<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Nefrología. H.U. Reina Sofía (Córdoba), <sup>2</sup>Nefrología. H.U. Reina Sofía - IMIBIC (Córdoba)

**Introducción:** El Desarrollo de la Diabetes tipo 1 (DMT1), subyace sobre un proceso autoinmune e inflamatorio que ocasiona la destrucción de la célula pancreática. Este proceso inflamatorio clásicamente se encuentra mediado por linfocitos T CD4-CD8, TNFα y la presencia de auto-anticuerpos (Acs) pancreáticos (GAD65 e IA-2). Se conoce que la presencia de estos Acs determina una menor supervivencia del injerto pancreático. Además aparecen citoquinas linfocitarias relacionadas con el proceso auto-inmune pancreático que son capaces de modular la expresión de monocitos pro-inflamatorios CD14+CD16+ relacionados con el desarrollo de aterosclerosis y mortalidad cardiovascular; pero se desconoce si la presencia de estos auto-anticuerpos pancreáticos aún en presencia de una función normal del injerto pancreático son capaces de inducir un estado micro-inflamatorio sistémico.

**Objetivo:** Valorar si los auto-anticuerpos pancreáticos se asocian o inducen un estado micro-inflamatorio en los trasplantados combinados de Páncreas-Riñón(TxPR).

**Metodología:** Estudio observacional transversal sobre trasplantados de Páncreas-Riñón con función normal de ambos injertos. Se comparó el porcentaje de monocitos (CD14+CD16+), en sujetos controles sanos con pacientes con Acs negativos, Acs positivos para GAD65 o IA-2 y para aquellos que presentaban ambos Acs de forma simultánea.

**Resultados:** Se evaluaron 46 trasplantados TxPR de nuestro centro. 74% eran hombres. La HbA1c media fue 5.6±0.68(%) y de péptido C de 0.70±0.42. El FG medio por MDRD4 de los pacientes evaluados fue 73±20 ml/min. 48.6% (n=17) presentaban Acs negativos, 22.9% (n=8) GAD65 positivos, 20% (n=7) IA-2 positivos y 8.6% (n=3) ambos. Se evaluó el porcentaje de monocitos pro-inflamatorios(CD14+CD16+), en cada uno de los grupos, encontrando que aquellos pacientes con Acs positivos (GAD o IA-2) presentaban un mayor porcentaje que aquellos con Acs negativos y del grupo control, 7.3%, 4.4% y 3.6% respectivamente(p=0.022). Los pacientes con ambos Acs positivos (GAD/IA-2) presentaron el mayor porcentaje 12.5%, al compararlos con los negativos (4.06%) y el grupo control (3.6%) (p=0.004 y p=0.03 respectivamente).

**Conclusión:** La presencia de Acs contra isletas pancreáticas condiciona un mayor estado micro-inflamatorio en los pacientes sometidos a TxPR incluso con funcionamiento normal de ambos injertos; este proceso micro-inflamatorio podría condicionar un daño del injerto pancreático y ser un marcador precoz de recidiva de la DMT1. Se deberá valorar en futuros estudios si este estado micro-inflamatorio es capaz de impactar sobre la supervivencia del paciente.

### 559 SOSPECHA DE MASAS RENALES POR ECOGRAFÍA EN UNA UNIDAD DE NEFROLOGÍA INTERVENCIONISTA

M. RAMÍREZ GÓMEZ<sup>1</sup>, K. ROMERO<sup>2</sup>, M. RIVERA<sup>3</sup>, V. BURGUERA<sup>3</sup>, N. NUÑEZ<sup>3</sup>, E. YEROVI<sup>3</sup>, M. GIORGI<sup>3</sup>, C. QUEREDA<sup>3</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. H.U. SAN CECILIO (GRANADA), <sup>2</sup>NEFROLOGÍA. H.U. VALL D'HEBRON (BARCELONA), <sup>3</sup>NEFROLOGÍA. H.U. RAMÓN Y CAJAL (MADRID), <sup>4</sup>NEFROLOGÍA. H. LA PRINCESA (MADRID)

**Introducción:** La importancia de la detección de masas renales en nuestro medio radica en el hecho de que aproximadamente el 75% de estas lesiones tienen un comportamiento maligno. Debido a sus manifestaciones clínicas inespecíficas, alrededor del 50% los casos, es un hallazgo casual en una prueba de imagen por otras causas, generalmente un estudio no invasivo, como la ecografía simple. Las lesiones más frecuentemente encontradas son masas sólidas o quistes complejos que precisan de un estudio complementario para definir su carácter benigno o maligno.

El OBJETIVO de este estudio es el análisis de las masas renales detectadas casualmente por ecografía en una unidad de Nefrología Intervencionista.

**Material y métodos:** Analizamos retrospectivamente las ecografías realizadas los años 2013 y 2014 en un Servicio de Nefrología en los que se detectó una masa, tumor o quiste complejo. Se revisaron las pruebas complementarias para la confirmación de masa renal así como el diagnóstico anatomopatológico final.

Las indicaciones iniciales de ecografía en los pacientes en los que se detectó casualmente masa renal fueron: ERC (28.13%), control de quistes (15.5%), hematuria (7.81%), HTA (6.25%), deterioro de función renal (3.13%), dolor (4.69%), control de trasplante (10.94%), otras (26.56%).

**RESULTADOS:** Se realizaron un total de 2134 en el año 2013 y 2098 en el año 2014. Se encontraron 64 casos sospechosos, 36 hombres y 28 mujeres (relación 1.5:1) con edades comprendidas entre los 39 y 86 años, siendo la máxima incidencia en el periodo comprendido entre los 60 y 70 años.

El hallazgo ecográfico en el 50% de los casos fue de masa renal y en el otro 50% de los casos de quiste complejo. La prueba complementaria más frecuente para la confirmación fue el TAC (76.56%) y en el resto: ecografía con contraste (3.13%), RMN (1.56%), seguimiento con ecografía convencional (2.56%) o citología (3.17%). El TAC confirmó masa renal el 18.76% (15.63% de masas sólidas y el 3.13% de los quistes complejos). Finalmente, de las masas renales, el 80% se confirman en el estudio anatomopatológico una lesión maligna.

**Conclusiones:** La ecografía como parte de la rutina del estudio de diversas patologías renales permitió el diagnóstico precoz de carcinoma renal. La realización de los estudios por el nefrólogo permitió rapidez en la detección, diagnóstico completo y tratamiento correcto al sortear la lista de espera de espera de los servicios centrales.



## 560 DATOS PRELIMINARES DEL ESTUDIO RETROSPECTIVO Y MULTICÉNTRICO DE VASCULITIS EN TRATAMIENTO RENAL SUSTITUTIVO CON HEMODIÁLISIS EN HOSPITALES DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE MADRID (VASCAM).

T. CAVERO<sup>1</sup>, J.L. MERINO<sup>2</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. H.U. DOCE DE OCTUBRE (MADRID), <sup>2</sup>NEFROLOGÍA. H.U. DEL HENARES (COSLADA, MADRID)

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

T. Caveró <sup>1</sup>, J.L. Merino <sup>2</sup>, M. Fernández-Lucas <sup>3</sup>, G. Ruiz-Roso <sup>3</sup>, P. de Sequera <sup>4</sup>, E. Gruss <sup>5</sup>, S. Caldeés <sup>6</sup>, H. Bouarich <sup>7</sup>, T. Cano <sup>8</sup>, L. Espinel <sup>10</sup>, B. Bueno <sup>2</sup>, V. Paraíso <sup>2</sup>.

<sup>1</sup>. H. Univ. Doce de Octubre. Madrid. <sup>2</sup>. H. Univ. del Henares. Coslada. Madrid

**Introducción:** Las vasculitis asociadas a ANCAS (VAA) presentan afectación renal con frecuencia y hasta un 20-30% necesitan tratamiento renal sustitutivo (TRS) crónico. Una vez la diálisis se inicia su evolución en dicha técnica es menos conocida, tanto en las recidivas de la enfermedad como su pronóstico en TRS. Con el objetivo de conocer la evolución de las vasculitis en TRS se ha iniciado un estudio multicéntrico en varios hospitales de Madrid.

**Material y Métodos:** Mediante la plataforma online desarrollada por Navandú, de acceso exclusivo médico, se ha establecido un registro retrospectivo a partir del año 2008, de pacientes prevalentes en ese momento e incidentes posteriores a esa fecha. Se han recogido datos del inicio de la enfermedad, tipo, ANCAs, tratamiento, forma de presentación y de su evolución posterior, haciendo énfasis en los niveles de ANCAs, sus recidivas y evolución.

**Resultados:** Presentamos los datos preliminares del registro basal de pacientes con necesidad de TRS secundario a VAA a fecha de abril 2015. Hasta el momento, en Abr-15 se han identificado 57 pacientes, con una edad media  $73 \pm 15$  años, 31 varones, 26 mujeres. El tipo de enfermedad de base fue en 11 pacientes una granulomatosis con poliangeitis (Wegener), en 35 enfermos, una poliangeitis microscópica y en 11 casos, se registraron otras formas de presentación. En 28 pacientes (49%) el inicio de la enfermedad coincidía con la necesidad de TRS y en 29 pacientes (51%) la necesidad de TRS era posterior al inicio del proceso. La distribución de los ANCAs fue: pANCAs, en 36 pacientes, cANCAs, 11 casos, y negativos en 10 enfermos. Los niveles de pANCAs al inicio de enfermedad y al inicio de TRS fueron respectivamente,  $162 \pm 131$  y  $152 \pm 126$ , los niveles de cANCAs fueron:  $174 \pm 138$  y  $100 \pm 115$ . La terapéutica principal de inicio fue la combinación de corticoides y ciclofosfamida. Otras opciones de tratamiento añadidas registradas como la azatioprina, el micofenolato y en los últimos años el rituximab, son menos frecuentes. En 16 pacientes se realizó plasmaféresis, con una media de 8,5 sesiones por paciente.

**Conclusión:** Las vasculitis son enfermedades infrecuentes, con necesidad de TRS en muchas ocasiones. Su evolución en HD mantiene aspectos por dilucidar. Estudios multicéntricos pueden aportar información relevante para esclarecer dichas incógnitas. Estos datos preliminares nos muestran la prevalencia de dichos procesos en TRS en este periodo de tiempo en estos centros, quedando por ampliar su evolución a largo plazo, especialmente respecto a las recidivas y su pronóstico.