

439 UNIDADES CARDIORRENALES COMO ESTRATEGIA DE MANEJO PARA MEJORAR LOS RESULTADOS EN EL SÍNDROME CARDIORRENAL

M. MARQUES VIDAS¹, P. SANCHEZ BRIALES¹, M. COBO², B. GARCÍA MAGALLÓN³, ML. SERRANO SALAZAR⁴, D. JANEIRO⁵, J. LOPEZ IBOR⁶, J. PORTOLÉS-PÉREZ⁷

¹NEFROLOGÍA, H U PUERTA DE HIERRO (MADRID); ²CARDIOLOGÍA, H U PUERTA DE HIERRO (MADRID)

Introducción: El síndrome cardiorrenal (SCR), definido como el conjunto de trastornos que afectan de manera aguda o crónica a la función renal y cardíaca, es a menudo un desafío con escasa terapia basada en la evidencia. El peso creciente de esta entidad ha impulsado la creación de unidades cardiorrenales (UCR) como programas integradores destinados a proporcionar un enfoque multidisciplinar para maximizar todas las posibilidades de recuperación de órganos y pacientes. Aquí describimos los primeros resultados de la creación de una UCR en un hospital universitario de alta complejidad.

Métodos: Se trata de un estudio observacional, en el que se han incluido a todos los pacientes diagnosticados con SCR que hayan sido vistos en la UCR, formada por nefrólogos, cardiólogos y enfermería específicamente entrenados en esta entidad. La función cardio-renal y el estado de volemia fueron evaluados con ecocardiografía convencional y V-Scan, filtrado glomerular estimado mediante CKD EPI, NT-proBNP y bioimpedancia.

Resultados: La Unidad Cardiorrenal del Hospital Puerta de Hierro se creó en enero 2021. Se han evaluado a 68 pacientes con una media de seguimiento de 4 meses (SD 3.2). Los diagnósticos cardiológicos más frecuentes fueron insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida (63.9%) e insuficiencia cardíaca con fracción de eyección preservada (37.1%). El 29.4% tenían hipertensión pulmonar, un 50.9% insuficiencia tricuspídea y un 51.6% resistencia a diuréticos. Los diagnósticos renales más frecuentes fueron SCR puro (36.9%) y SCR asociado a enfermedad renal diabética (27.7%) o a nefroangioesclerosis (24.6%). El filtrado glomerular medio al inicio de la evaluación fue 31.5ml/min/1.73m² (SD 11.0), con albuminuria en un 48.5% de los pacientes.

El manejo integral cardiorrenal consistió en el inicio o ajuste de fármacos cardio-nefro-protectores: iSGLT2 (46.8%), inhibidores del SRA (25-8%), antagonistas del receptor de aldosterona (4.8%) o ajuste del tratamiento diurético incluyendo administración endovenosa (54.8%). Se inició diálisis peritoneal en 3 pacientes y hemodiálisis en uno. El 13.2% de los pacientes sufrió un nuevo episodio de descompensación de insuficiencia cardíaca que requirió hospitalización o atención médica no programada en hospital de día. Un paciente (1.5%) falleció durante el seguimiento.

Conclusiones: El abordaje cardio-renal coordinado del SCR ha sido útil para optimizar la terapia farmacológica destinada a alcanzar objetivos de protección cardio-renal a medio- largo plazo y para implementar terapias avanzadas para el manejo del volumen en pacientes con resistencia a diuréticos.

440 PATOLOGÍA NEOPLÁSICA EN PACIENTES INCIDENTES EN DIÁLISIS. ESTUDIO MULTICÉNTRICO ESPAÑOL NIDIA

F. ALONSO GARCÍA¹, P. GARCÍA GARCÍA², R. MOLAS FLORES³, M. ALMENARA TEJEDERAS⁴, A. GARCÍA SANTIAGO⁵, R. OJEDA LÓPEZ⁶, ME. PALACIOS GÓMEZ⁷, R. MELERO MARTÍN⁸, MT. VILLAVEVERE ARES⁹, I. DÍAZ DIEZ⁹

¹NEFROLOGÍA, HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA (SEVILLA), ²NEFROLOGÍA, HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DE LA CADELARIA (SANTA CRUZ DE TENERIFE), ³NEFROLOGÍA, HOSPITAL DE JEREZ DE LA FRONTERA (JEREZ), ⁴NEFROLOGÍA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA (SANTANDER), ⁵NEFROLOGÍA, HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA (CÓRDOBA), ⁶NEFROLOGÍA, HOSPITAL UNIVERSITARIO TORRECÁRDENAS (ALMERÍA), ⁷NEFROLOGÍA, HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN (MADRID), ⁸NEFROLOGÍA, FRESENIUS MEDICAL CARE, DIALCENTRO (MADRID), ⁹NEFROLOGÍA, HOSPITAL UNIVERSITARIO JUAN RAMÓN JIMÉNEZ (HUELVA)

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

Palomares Bayo M (Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada), Gutiérrez Solís E (Hospital Universitario Doce de Octubre, Castilla Castellano MM (Hospital Costa del Sol, Marbella), Muñoz Ramos P (Hospital Infanta Leonor, Madrid), Salgueira Lazo.

Introducción: El riesgo de desarrollo de cáncer se encuentra incrementado en la población con enfermedad renal crónica (ERC), siendo mayor conforme desciende el filtrado glomerular y aumenta el tiempo en diálisis. Existe además relación con la procedencia geográfica, sin existir estudios epidemiológicos que caractericen a nuestra población en este sentido.

Material y métodos: Estudio epidemiológico retrospectivo multicéntrico español con pacientes incidentes en diálisis (2015-2020), con diagnóstico de cáncer de manera previa o posterior al inicio de diálisis. Los datos fueron obtenidos de los Registros Autonómicos de Enfermos Renales Andaluz (SICATA), Canario y Cantábrego. Otros centros participaron con registros locales (Hospitales Gregorio Marañón, 12 de Octubre e Infanta Leonor de Madrid).

Resultados: La prevalencia de pacientes diagnosticados de neoplasia fue del 14,8% respecto al total de pacientes incidentes en diálisis, siendo Cantabria la región con mayor prevalencia y Canarias la de menor. Dentro de Andalucía, Granada fue la región geográfica estudiada con menor prevalencia. Se mantuvo cierta estabilidad de la prevalencia por años en el periodo estudiado N=824 pacientes, (80,4% diagnosticados previo al inicio de diálisis y el 19,6% posterior. Distribución geográfica: 57,3% Andalucía, 17,38% Canarias, 12,6% Cantabria, 12,6% Madrid. Edad media 70.4 años, 73.4% varones. Un 38.3% eran fumadores, 47.2% diabéticos y el 2.8% tenían antecedentes de infección por virus de hepatitis B, C o VIH. La enfermedad renal diabética y la nefropatía tubulointersticial crónica fueron las etiologías más frecuentes de ERC (23.7 y 22.4%). Las glomerulopatías constituyeron el 11.6% y un 12.2% habían recibido inmunosupresores anteriormente. Respecto a la patología tumoral, un 88.6% fueron tumores sólidos y un 11.4% hematológicos (50% mieloma múltiple). Los tumores más frecuentes fueron los urológicos (47,3% cáncer renal, vesical y próstata), seguido por el cáncer colorrectal (11.4%). En mujeres, el más frecuente fue el de mama (20.7%) y en varones el de vejiga (20%), seguidos en ambos casos del cáncer renal (17.5% y 17.7%). El 31.5% tenían enfermedad neoplásica activa en el momento de inicio de diálisis y el 16.6% metástasis. Un 36.3% fallecieron (causa tumoral 40%, cardiocascular 21.2%). El 6.1% recibieron un trasplante renal.

Conclusiones: En nuestra cohorte de pacientes incidentes en diálisis, la prevalencia global fue del 14,8%, manteniendo cierta estabilidad por años de manera global. Los tumores más frecuentes fueron el de mama en mujeres y el vesical en varones, seguidos por el cáncer renal en ambos casos. Un 36.3% de los pacientes fallecieron durante el seguimiento. Los resultados de este estudio epidemiológico podrían servir de base para la elaboración de guías específicas de screening de cáncer en nuestra población con ERC.

441 TRATAMIENTO RENAL CONSERVADOR EN LA CONSULTA ERCA COMO UNA ALTERNATIVA ADECUADA PARA PACIENTES CONCRETOS. EXPERIENCIA DE UN CENTRO

L. PANIAGUA GARCÍA¹, N. GÓMEZ LARRAMBE¹, C. BONETA IRIGOYEN¹, MF. SLON ROBLERO¹

¹NEFROLOGÍA, HOSPITAL UNIVERSITARIO DE NAVARRA (PAMPLONA)

Introducción: En los últimos años hay un aumento en la incidencia y prevalencia de pacientes ancianos con enfermedad renal crónica estadio V. Desde la consulta ERCA (enfermedad renal crónica avanzada) se deben plantear y evaluar con el enfermo todas las opciones de tratamiento renal incluido el manejo conservador, teniendo en cuenta que la edad de forma aislada no debe condicionar la indicación de tratamiento renal sustitutivo (TRS) siendo preciso valorar otros aspectos como la comorbilidad a la hora de ofertar y elegir una modalidad de tratamiento.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo, unicéntrico. Fueron incluidos pacientes de la consulta ERCA en seguimiento con tratamiento conservador. El periodo de inclusión fue desde Enero de 2019 a Mayo de 2022. El objetivo de este estudio ha sido analizar las características de este grupo de pacientes y su seguimiento en la consulta ERCA, centrándonos en aspectos relacionados con la comorbilidad y evaluar su repercusión en la supervivencia.

Resultados: Se incluyeron un total de 86 pacientes: 44,2% mujeres y 55,8% varones; con edad media al diagnóstico de 84 años (+/-6). En nuestra Consulta ERCA el porcentaje de pacientes que han elegido tratamiento conservador se sitúa en torno a un 20% (18,8% en el año 2021 y 22,2% en el año 2022).

En cuanto a las comorbilidades asociadas, sólo el 15,1% de nuestros pacientes presentaba deterioro cognitivo, siendo hipertensos el 96,5%, diabéticos el 39,5% y con desnutrición (albúmina < 3.5g/dL) el 20,9%. El filtrado glomerular (FG) medio de inicio de los pacientes que eligieron tratamiento conservador fue de 11 ml/min/1,73m² y el seguimiento en la consulta ERCA de 15 meses (+/-13). De los 36 pacientes (41.9%) que fallecieron un 69.8% tenían un FG < 15 ml/min/1,73m² y un 44,4% estaban en seguimiento multidisciplinar junto con Atención Primaria y Unidad de Cuidados Paliativos. La mediana de supervivencia con tratamiento conservador fue de 11 meses, variando desde los 2 hasta los 45 meses.

Conclusiones: El tratamiento renal conservador es una alternativa adecuada para pacientes concretos, especialmente añosos y/o con elevada comorbilidad, que se debe ofertar como una opción más de tratamiento desde la Consulta ERCA.

Consideramos que es necesario un correcto seguimiento y tratamiento desde la consulta ERCA para poder asegurar una planificación anticipada de la atención con un manejo adecuado de los síntomas y un seguimiento multidisciplinar e integrativo con Cuidados Paliativos y Atención Primaria en el momento que sea preciso.

442 REGISTRO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA NO EN DIÁLISIS. UNA HERRAMIENTA A TENER EN CUENTA

PJ. LABRADOR¹, JC. AGUILAR², FJ. FELIX³

¹NEFROLOGÍA, COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE CACERES (CACERES), ²NEFROLOGÍA, HOSPITAL CIUDAD DE CORIA (CORIA (CÁCERES)), ³DIRECCIÓN GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA, SERVICIO EXTREMEÑO DE SALUD (MÉRIDA (BADAJOS))

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

Grupo Autonómico del PAI de ERC.

Introducción: La enfermedad renal crónica (ERC) es una enfermedad altamente prevalente. Se estima que alrededor de un 10% de la población general la padece. Desde la Gerencia del Servicio Extremeño de Salud, se ha incluido a la ERC como objetivo para la elaboración de un Proceso Asistencial Integrado (PAI) capaz de establecer un modelo asistencial de calidad y se ha creado un registro de pacientes con ERC.

Material y métodos: En enero de 2020 dentro de la historia clínica digital (JARA) se incluyó una herramienta para registrar pacientes con ERC. Dicha herramienta permite en el momento de inclusión del paciente seleccionar el grado de filtrado glomerular, de albuminuria y la presencia de daño renal.

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

Resultados: Hasta el 11 de mayo de 2022 se habían incluido 3190 pacientes, edad media 73.6±15.3 años, mediana 77 (rango intercuartílico 66-85), rango 15-102. Hombres 51.3%. Distribución por áreas de salud: Cáceres 72.9%; Coria 21.6%; Navalморal de la Mata 2.5%; Don Benito-Villanueva de la Serena 2.3%; Plasencia 0.5%; Zafra-Llerena 0.1%; Mérida 0.1%; y Badajoz 0.1%.

El responsable de inclusión fue un nefrólogo en el 92.9% de los casos y en el 7.1% restante un médico de familia.

Fueron excluidos del PAI 2 pacientes por error y 34 por recuperación de la función renal. A lo largo del periodo analizado, iniciaron tratamiento renal sustitutivo 38 pacientes (1.2%), y habían fallecido 332 (10.4%). De los 38 pacientes que iniciaron diálisis, 8 (21.1%) habían fallecido, con un tiempo medio de 140±143 días (rango 11-438).

Conclusiones: Gracias a la puesta en marcha del PAI de ERC se dispone de una herramienta capaz de generar un registro de pacientes con ERC no diálisis. En los pacientes registrados, la probabilidad de iniciar diálisis fue 10 veces menor que la de fallecer. Los pacientes que iniciaron diálisis presentaron una elevada mortalidad a corto plazo. El seguimiento a largo plazo nos permitirá establecer medidas de prevención y control de la ERC.

443 PREVALENCIA DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS EN UNA POBLACIÓN ADULTA MEXICANAAR. ALVAREZ PAREDES¹, A. GÓMEZ GARCÍA², MA. ALVAREZ PAREDES³, JM. GALLARDO MONTOYA⁴, G. MUÑOZ CORTÉS⁵, AP. VIEYRA CORTÉS⁵, C. ALVAREZ⁶¹FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y BIOLÓGICAS, UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO (MORELIA, MICHOACÁN MÉXICO); ²CENTRO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA DE MICHOACÁN. INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (MORELIA, MICHOACÁN, MÉXICO); ³UNIDAD MÉDICA DE ATENCIÓN AMBULATORIA/UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 75. INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (MORELIA, MICHOACÁN, MÉXICO); ⁴UNIDAD DE INVESTIGACIÓN EN ENFERMEDADES NEFROLÓGICAS, HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI. INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (CIUDAD DE MÉXICO, MÉXICO); ⁵UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 80. INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (MORELIA, MICHOACÁN, MÉXICO); ⁶FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y BIOLÓGICAS. UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO (MORELIA, MICHOACÁN, MÉXICO)**Introducción:** La enfermedad renal crónica (ERC) es un grave problema de salud pública en México y el mundo. Es un trastorno de origen multifactorial fuertemente asociado a las enfermedades crónicas de mayor prevalencia tales como la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) y la hipertensión arterial (HTA) entre otros trastornos metabólicos emergentes, siendo necesario conocer su tendencia y establecer cuál es la carga de estos factores de riesgo emergentes. Por lo que el objetivo de este trabajo fue estimar la prevalencia de la ERC en una población adulta Mexicana y analizar cual es la carga de los factores de riesgo relacionados.**Material y métodos:** Se realizó un estudio de corte transversal que incluyó a 3901 sujetos, de ambos género, edad ≥ 20 años, seleccionados al azar en las unidades del primer nivel de atención del Instituto Mexicano del Seguro Social en el Estado de Michoacán, México. A cada sujeto se le preguntó edad, género, tabaquismo, índice de masa corporal (IMC), presión arterial, así como muestras de sangre y orina para determinación de glucosa, creatinina, colesterol total, triglicéridos, c-HDL, c-LDL, ácido urico, y la relación albúmina/creatinina (RAVC) en orina. La tasa de filtración glomerular (TFG) se estimó con la ecuación de la CKD-EPI. Los sujetos se clasificaron en las cinco categorías de la TFG de acuerdo a lo establecido por las Guías K/DIGO y/o la RAVC. Se realizó un modelo de regresión logística para predecir la probabilidad de aparición de la Enfermedad Renal incluyendo a las variables predictoras HTA, edad ≥ 60 años, hiperuricemia, dislipidemia y tabaquismo, controlando por las variables de confusión glucosa e IMC.**Resultados:** De la población estudiada el 49.4% fueron varones y el 50.6% mujeres; edad 48 ± 14 años. La prevalencia de ERC por TFG.**Conclusiones:** La prevalencia de ERC en la población adulta mexicana es alta. Se identificaron factores de riesgo modificables para la ERC. Se requiere de una intervención temprana de estos factores de riesgo y establecer políticas de salud pública efectivas para la prevención del deterioro de la función renal.**444 CISTATINA C COMO PREDICTOR DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON FILTRADO GLOMERULAR (FG) > 60 ML/MIN**A. ALVAREZ LOPEZ¹, JA. RODRIGUEZ SABILLON¹, E. VAZQUEZ LEO¹, D. PECCI¹, E. GARCIA DE VINUESA¹, J. VALLADARES¹, J. VILLA¹, NR. ROBLES¹¹NEFROLOGIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BADAJOZ (BADAJOZ)**Objetivos:** La cistatina C es usada cada vez con mayor frecuencia como marcador de función renal como complemento o alternativa de la creatinina sérica y el FG calculado a partir de esta. Sin embargo, la cistatina C es también un marcador de inflamación. Hemos valorado su eficacia como predictor de mortalidad en un grupo de pacientes con cistatina C elevada y FG > 60 ml/min.**Diseño y métodos:** Se han incluido 608 pacientes atendidos en la consulta de nuestro hospital, de ellos el 65,9% eran varones y el 34,6% padecían diabetes mellitus. La edad media era $58,5 \pm 14,5$ años y un FG medio de $64,1 \pm 33,5$ ml/min. Los pacientes se dividieron en 3 grupos: CONTROL (cistatina C normal y FG > 60 ml/min, edad $53,3 \pm 12,8$ años, FG $96,6 \pm 22,4$ ml/min, n = 193), CISTATINA ELEVADA (cistatina C elevada y FG > 60 ml/min, edad $58,9 \pm 13,1$ años, FG $72,2 \pm 10,4$ ml/min, n = 40) y ERC (enfermedad renal crónica, cistatina C elevada y FG < 60 ml/min, edad $61,4 \pm 14,8$ años, FG $36,0 \pm 12,7$ ml/min, n = 160). Se ha analizado la relación con mortalidad general mediante la curva de supervivencia por método de Kaplan-Meier.**Resultados:** La cistatina C media era $0,75 \pm 0,13$ mg/l, frente a $1,79 \pm 0,54$ en el grupo ERC y $1,14 \pm 0,14$ mg/l, p < 0,001 ANOVA). En el grupo CONTROL la supervivencia era 93,9% a los cinco años, frente a 78,8% en el grupo ERC y 82,3% en el grupo CISTATINA ELEVADA (p < 0,001 Log Rank). La supervivencia a cinco años antes de tratamiento renal sustitutivo también fue diferente para el grupo ERC (73%, p < 0,001 Log Rank) pero no entre los otros dos grupos (CONTROL 99,0%, CISTATINA ELEVADA 94,3% p = 0.08 Log Rank).**Conclusiones:** La presencia de cistatina C elevada en pacientes con FG > 60 ml/min fue predictor de mayor mortalidad pero no de progresión a insuficiencia renal crónica terminal. Estos resultados confirman el interés de medir de forma rutinaria la cistatina C en nuestros pacientes.**445 TRATAMIENTO CON IECA/ARA2: ANALISIS DEL USO E IMPACTO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA AVANZADA**J. FARRERA NÚÑEZ¹, I. GALCERÁN HERRERA¹, S. PASCUAL SÁNCHEZ¹, S. COLLADO NIETO¹, M. IRIARTE ABRIL¹, A. GARCÍA ALONSO¹, M. VICENTE ELCANO², S. VALDIVIELSO MORE², M. CRÉSPO BARRIO¹, F. BARBOSA PUIG¹¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL DEL MAR (BARCELONA), ²CARDIOLOGÍA. HOSPITAL DEL MAR (BARCELONA)**Introducción:** La inhibición del sistema renina-angiotensina mediante los fármacos IECA/ARAII es una de las estrategias terapéuticas utilizadas en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) para reducir su riesgo cardio-vascular. No obstante, su uso en pacientes con ERC grado 4-5 es controvertido. El objetivo del estudio fue analizar el uso de IECA/ARA2 en pacientes con ERC avanzada (ERCA) y su repercusión en la evolución de paciente.**Material y métodos:** Estudio observacional retrospectivo, con inclusión de pacientes con ERC grado 4-5 con seguimiento en consultas especializadas en ERCA entre 1/01/2020 y 31/12/2020. Analizamos variables demográficas, clínicas y analíticas desde el día de la primera visita hasta el inicio de terapia renal sustitutiva (TRS), muerte por cualquier causa o fin de seguimiento.**Resultados:** Se incluyeron 222 pacientes, con edad media de $72,3 \pm 12,1$ años, 58,1% varones y 32,4% en tratamiento con IECA/ARA2. Los pacientes con IECA/ARA2 eran más jóvenes ($65,6 \pm 12,7$ vs $75,6 \pm 10,4$ años; p < 0,001) y estaban más orientados a TRS que a tratamiento conservador (41,4% vs 15,6%, p < 0,001).

Durante el seguimiento (3,0 [RIQ 2,1-5,0] años), se objetivó mayor número de descompensaciones de insuficiencia cardíaca (IC) en pacientes sin IECA/ARA2 (46,9% vs 31%, p = 0,02). No se hallaron diferencias significativas en la concentración de potasio sérico entre los dos grupos. Al finalizar el estudio, se había retirado el tratamiento con IECA/ARA2 a 27 pacientes, siendo la razón mayoritaria el deterioro de función renal (88,9%).

Iniciaron TRS 68 pacientes (41 hemodiálisis, 20 diálisis peritoneal y 7 trasplante renal). De ellos, 18,8% estaba con IECA/ARA2. No se hallaron diferencias en el tiempo de seguimiento en consulta ERCA ni en el filtrado glomerular al inicio de TRS entre los pacientes en tratamiento con IECA/ARA2 y sin él.

El análisis de supervivencia de Kaplan Meier evidenció mayor supervivencia de los pacientes tratados con IECA/ARA2 (85,9% vs 62%, p = 0,02). Dicha significación se mantuvo al excluir del análisis los pacientes orientados a tratamiento conservador (93,2% vs 77,6%, p = 0,008).

Conclusiones: Los pacientes ERCA que seguían tratamiento con IECA/ARA2 eran más jóvenes y estaban más orientados a TRS, en comparación a pacientes sin IECA/ARA2. El uso de IECA/ARA2 se relacionó con menos episodios de IC. El tratamiento con IECA/ARA2 se asoció a mejor supervivencia durante el seguimiento, sin hallarse diferencias en el inicio de TRS.**446 PREVALENCIA DE FRAGILIDAD Y SARCOPENIA, Y SU COEXISTENCIA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA AVANZADA**A. NOGUEIRA PÉREZ¹, G. ÁLVAREZ GARCÍA¹, B. BELTRÁN DE MIGUEL², G. BARRIL CUADRADO³¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA (MADRID /ESPAÑA); ²DEPARTAMENTO DE NUTRICIÓN Y CIENCIA DE LOS ALIMENTOS. UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID (MADRID /ESPAÑA); ³NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA (MADRID /ESPAÑA)

La fragilidad es un estado de vulnerabilidad que tiene como consecuencia una mayor dependencia, la sarcopenia es un síndrome que se caracteriza por una disminución de la fuerza, masa y capacidad muscular. Ambos son muy prevalentes en pacientes geriátricos y en patologías crónicas.

Objetivo: determinar la prevalencia de fragilidad y sarcopenia en un grupo de pacientes con enfermedad renal crónica avanzada (ERCA), y determinar si existe combinación de ambos en un determinado tipo de pacientes.**Material y métodos:** evaluamos a 225 pacientes con ERCA, determinando la fragilidad con los criterios de Fried (consta de 5 criterios: pérdida de peso, disminución de energía, fuerza muscular, de la actividad/ejercicio físico y velocidad de la marcha). La sarcopenia con los criterios del Grupo Europeo de Trabajo de Sarcopenia en Edad Avanzada (EWG/SOP) del 2019, determinando fuerza muscular con dinamometría, composición corporal con bioimpedancia monofrecuencia, y capacidad funcional con el test 4 metros.**Resultados:** la prevalencia de sarcopenia fue mayor frente a la fragilidad, presentándola un 29,3% de los pacientes (20,4% sarcopenia severa). La prevalencia de fragilidad fue del 17,8% (82,2% no frágiles: 40,9% no frágiles-robustos y un 41,3% prefrágiles).

La prevalencia fue mayor en mujeres, tanto en fragilidad como sarcopenia: Sarcopenia: 26% vs 13,5% hombres, y fragilidad 31,2% vs 28,4% hombres.

Ningún paciente con una edad < 55 años presentó sarcopenia, siendo del 45,7% en pacientes con una edad entre 75-84 años, y del 60% en pacientes ≥ 85 años.Un 11,1% de pacientes con una edad < 55 años presento fragilidad, aumentando con la edad, siendo del 25,9% en pacientes con una edad entre 75-84 años, y del 55% en pacientes ≥ 85 años.

Un 34,8% de los pacientes que presentaban sarcopenia eran frágiles (33,3% en hombres y 37,5% en mujeres. En pacientes con sarcopenia severa fue del 52,5%; p < 0,001), y un 89,7% de los que no presentaban sarcopenia eran robustos – no frágiles (94,3% en hombres y 79,2% en mujeres; p < 0,001).

En el modelo multivariante resultaron factores de riesgo de presentar fragilidad + sarcopenia la edad (OR: 1.139 p = 0,001), y la PCR (OR: 1.046; p = 0,023), y como factor protector un mayor %agua intracelular (OR: 0.920; p = 0,013).

Conclusiones: 1.-En este grupo de pacientes la sarcopenia presentó una mayor prevalencia. 2.-No encontramos pacientes jóvenes sarcopenicos, si frágiles. 3.-Son factores de riesgo de presentar tanto sarcopenia como fragilidad, sexo femenino y la edad avanzada. 4.-Un mayor %AIC (indicador de mayor %masa muscular), previene la aparición de sarcopenia y fragilidad.

447 PROGRESIÓN DEL PORCENTAJE DE SARCOPENIA EN UN AÑO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA AVANZADA

A. NOGUEIRA PÉREZ¹, G. ÁLVAREZ GARCÍA¹, B. BELTRÁN DE MIGUEL², G. BARRIL CUADRADO³
¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA (MADRID / ESPAÑA), ²DEPARTAMENTO DE NUTRICIÓN Y CIENCIA DE LOS ALIMENTOS. UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID (MADRID / ESPAÑA), ³NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA (MADRID / ESPAÑA)

La sarcopenia es un síndrome presente en patologías con componente inflamatorio como la enfermedad renal. El tiempo juega un papel importante en la progresión de la sarcopenia, ya que la edad junto con la enfermedad supone un factor de riesgo.

Objetivo: estudiar la prevalencia de sarcopenia en un periodo de tiempo de un año en un grupo de pacientes con enfermedad renal crónica avanzada (ERCA).

Métodos: 225 pacientes con ERCA. Se determinó la prevalencia de sarcopenia según los criterios del Grupo Europeo de Trabajo de Sarcopenia en Edad Avanzada (EWGSOP) del 2019, para ello se evaluó la presencia de dinapenia con dinamometría, se realizó un estudio de composición corporal con bioimpedancia mono frecuencia para determinar el porcentaje de masa muscular, y se determinó la capacidad funcional calculando la velocidad de la marcha con el test de los 4 metros.

Resultados: un 65,8% fueron hombres, siendo mayor la media de edad en mujeres (72,19±13,33 años vs hombres:69,85±11,16 años;p=ns).

Basalmente un 45.1% de los pacientes presentaron dinapenia, aumentando al año en un 62.3%. Se confirmó sarcopenia en el 32%, aumentando al año en un 40,2%. Por último, se observó sarcopenia severa en el 18%, aumentando al año en un 22,1% (p<0.001).

No encontramos diferencia entre la comorbilidad (determinada con el índice de charlson) y la sarcopenia, siendo el valor del índice de charlson de 6 en sarcopénicos y no sarcopénicos.

La media de edad fue mayor en los pacientes que presentaron sarcopenia (78,46±6,84 vs 67,01±13,14;p<0.001), siendo la media de edad mayor en el grupo de mujeres sarcopénicas (80.30±6.32;p=0.030).

En el grupo de los hombres al año la sarcopenia aumento un 8,6%, disminuyendo un 6,2%.

En el grupo de las mujeres al año ninguna mejoró, aumentando el porcentaje de pacientes sarcopénicas un 19,5%.

De los pacientes que empeoraron basalmente un 80% eran sedentarios, y un 73,3% no realizaban o habían abandonado la práctica de ejercicio o actividad física, mejorando al año aquellos que incluían o incrementaban el ejercicio físico 23,6% (p<0.001).

Conclusiones: 1.-El porcentaje de pacientes con sarcopenia aumentó al año. 2.-La edad y el sexo femenino presentaron una mayor tendencia a presentar sarcopenia. 3.-El inicio y/o el incremento de la actividad física, tiene un efecto en la disminución del porcentaje de pacientes con sarcopenia. 4.-El sedentarismo y el abandono de hábito de vida activa favorece el aumento de sarcopenia.

448 RECLASIFICACIÓN DEL ESTADIO DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA USANDO LA NUEVA FÓRMULA CKD-EPI 2021

MA. ENCALADA LANDIRES¹, D. ARROYO¹, U. VERDALLÉS¹, J. CARBAYO¹, L. SÁNCHEZ¹, E. VERDE¹, E. PERVAN¹, M. GOICOECHEA¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN (MADRID)

Introducción: Para erradicar una discriminación de raza sin base científica, en 2021 se publicó una versión actualizada de la ecuación CKD-EPI que elimina la raza como parámetro para estimar el filtrado glomerular (FGe). Las modificaciones introducidas producen pequeñas variaciones en el FGe también en pacientes de raza blanca. Nuestro objetivo es evaluar la diferencia de FGe al emplear la ecuación CKD-EPI 2021, y si ésta modifica el estadije de la ERC.

Material y método: Se revisaron datos de función renal de pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) de la consulta de Nefrología. Se recogieron edad y sexo, y las comorbilidades y tratamientos más frecuentes. Se comparó el FGe según las mencionadas fórmulas y las diferencias en estadije de enfermedad renal.

Resultados: La población incluye 150 pacientes, un 54% de varones con edad media de 67.7±19.8 años. En cuanto a comorbilidades, tenían diabetes el 30.0%, insuficiencia cardiaca el 21.3% y eventos cardiovasculares previos el 16.7%. Los tratamientos revisados incluyeron bloqueantes del sistema renina-angiotensina (61.3%) y diuréticos (48.7%). La etiología de ERC más frecuentemente registrada fue vascular (26.0%), seguida de glomerular (20.7%) y diabética (15.3%). La clasificación por estadios (según fórmula CKD-EPI 2009) fue: 1 (15.3%), 2 (17.3%), 3a (15.3%), 3b (26.0%), 4 (22.0%) y 5 (4.0%). Tenían proteinuria un 54.0%.

La correlación entre los valores de FGe según ambas fórmulas resultó muy elevada: coeficiente de Spearman 0.995 (p<0.001). Con la nueva fórmula, el FGe fue algo mayor: +3.2±2.8 mL/min de media. Se reclasificaron un total de 39 pacientes (26%), todos a un estadije más leve: 8.3% del estadije 2, 39.1% del 3a, 41.0% del 3b, 36.4% del 4 y ninguno de los estadios 1 ó 5. Los pacientes que se reclasificaron eran mayores (73.2±14.8 vs. 65.8±20.3 años, p=0-016) y tenían peor función renal (43.3±14.1 vs. 56.5±33.8 mL/min, p=0.001). En el análisis multivariante por regresión logística binaria, el FGe fue el único parámetro predictor de mayor probabilidad de reclasificación (p=0.022).

Conclusiones: La nueva fórmula CKD-EPI 2021 para estimar el FGe resulta en valores ligeramente más altos, lo que produce una reclasificación a un estadije más leve de ERC en uno de cada cuatro pacientes. Este reestadije podría tener un impacto en la derivación a la Consulta de Nefrología o la transferencia a la Unidad de ERC avanzada. Queda por demostrar si hay diferencias en cuanto a capacidad pronóstica de progresión renal y sus complicaciones.

449 ANÁLISIS DEL PROCESO ASISTENCIAL DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN ESPAÑA

S. RODRIGO¹, A. DE ANDRÉS¹, M. GARCÍA¹, A. JIMENEZ¹, J. MORENO¹, A. PRADO¹, A. VILLARROEL¹, J. MARTINEZMATUTE¹, E. MATUTE¹, A. IZARRA¹

¹DEPARTAMENTO MÉDICO. ASTRAZENCA (MADRID/ESPAÑA)

Introducción: La enfermedad renal crónica (ERC) es un problema de salud pública que afecta a más del 10-15% de los españoles. A pesar de su elevada prevalencia, la ERC es una enfermedad infradiagnosticada y se asocia a una elevada mortalidad al progresar y a un incremento de costes. Por ello, el presente estudio analiza cómo mejorar los procesos de diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes con ERC en España. Las 11 variables analizadas fueron escogidas a partir de una revisión de la literatura y categorizadas como facilitadores (6) o bloqueadores (5) en un cuestionario distribuido a 120 nefrólogos de 11 comunidades autónomas. Los nefrólogos evaluaron cada variable con una puntuación del 0 (nada bloqueador o facilitador) al 3 (muy bloqueador o facilitador). Por cuestiones de formato, en el presente abstract solo se mostrarán las tres variables más votadas.

Resultados: Los resultados muestran el peso de los distintos facilitadores y bloqueadores a nivel nacional y su dispersión entre comunidades autónomas. El facilitador más destacado es la necesidad de incluir dentro del contrato programa la atención integral del paciente con ERC. El bloqueador más significativo es no disponer de un diagnóstico completo.

Algunas de estas variables, como la necesidad de tener una amplia red de asistencia de MFyC, muestran un consenso intercomunitario muy elevado. Otras, como el diagnóstico incompleto, presentan un mayor grado de dispersión entre comunidades.

Conclusiones: Los resultados de este estudio no solo ayudan a focalizar qué aspectos son clave para poder mejorar los procesos de diagnóstico, tratamiento y seguimiento de pacientes con ERC a nivel nacional, sino que proporcionan información relevante para cada comunidad analizada.

Figura 1.



450 FALTA DE ADHERENCIA, COMO PROBLEMA RELACIONADO CON MEDICAMENTOS, EN ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN TRATAMIENTO RENAL SUSTITUTIVO. RESULTADOS PRELIMINARES. PROYECTO NEFRODADER

A. PEREIRA-CÉSPEDES¹, M. PALOMARES-BAYO², A. POLO-MOYANO³, A. MORALES-JIMÉNEZ⁴, F. MARTÍNEZ-MARTÍNEZ⁴, MA. CALLEJA-HERNÁNDEZ⁵

¹INSTITUTO DE INVESTIGACIONES FARMACÉUTICAS, FACULTAD DE FARMACIA, UNIVERSIDAD DE COSTA RICA. GRUPO DE INVESTIGACIÓN EN ATENCIÓN FARMACÉUTICA, FACULTAD DE FARMACIA, UNIVERSIDAD DE GRANADA (COSTA RICA). ²UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES (GRANADA/ESPAÑA). ³UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE FARMACIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES. GRUPO DE INVESTIGACIÓN EN ATENCIÓN FARMACÉUTICA, FACULTAD DE FARMACIA, UNIVERSIDAD DE GRANADA (GRANADA/ESPAÑA). ⁴GRUPO DE INVESTIGACIÓN EN ATENCIÓN FARMACÉUTICA, FACULTAD DE FARMACIA, UNIVERSIDAD DE GRANADA (GRANADA/ESPAÑA). ⁵UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE FARMACIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA. GRUPO DE INVESTIGACIÓN EN ATENCIÓN FARMACÉUTICA, FACULTAD DE FARMACIA, UNIVERSIDAD DE GRANADA (SEVILLA/ESPAÑA)

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

Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica, Facultad de Farmacia, Universidad de Granada.

Introducción: La pluripatología y polimedicación en enfermedad renal crónica (ERC) en tratamiento renal sustitutivo (TRS) aumenta el riesgo de presentar problemas relacionados con medicamentos (PRM), destacando la falta de adherencia (1).

Material y método: Estudio descriptivo observacional unicéntrico con seguimiento prospectivo en 81 pacientes (12 meses). Datos se recolectaron mediante entrevistas (cuestionario SMAQ) e historias clínicas. Los parámetros clínicos de analíticas de rutina. El análisis estadístico se realizó con programa SPSS mediante estadística descriptiva, pruebas de normalidad de Kolmogorov Smirnov, prueba t para comparar medias, prueba U de Mann-Whitney y Chi-Cuadrado. Se contó con aprobación del CCEIBA (Protocolo FIS-IRB-2020-01).

Resultados y conclusiones: Se presentan resultados preliminares de adherencia terapéutica del proyecto NefroDader. En cuanto a las características demográficas destacan un 55,55% hombres. Un 76,5% tienen como modalidad de TRS hemodiálisis hospitalaria y una media de 7,11 años en TRS. Un 28,39% presenta como etiología de ERC: glomerulonefritis. Asimismo, un 96,29% algún tipo de alteración del metabolismo mineral óseo como complicación. Utilizan una media de 1,1 querantes de fósforo. Además, un 35,8% presenta alergias medicamentosas.

La falta de adherencia fue del 39,5% (n:32) durante todo el estudio, mayoritariamente de quelantes de fósforo y resinas intercambiadoras de potasio. No se encontró diferencias en cuanto al sexo (p:0,416). Otras variables estudiadas se muestran en tabla 1. Estos resultados coinciden con otros estudios que reportan un 22-74% (media del 51%) de falta de adherencia (1).

En conclusión, se evidencia la falta de adherencia, en la muestra analizada, como PRM y una necesidad de generar evidencia y estrategias para su mejora.

Referencias: 1.1. Karamanidou, C., Clatworthy, J., Weinman, J. et al. A systematic review of the prevalence and determinants of nonadherence to phosphate binding medication in patients with end-stage renal disease. BMC Nephrol 9, 2 (2008). <https://doi.org/10.1186/1471-2369-9-2>.

Ver tabla 1

Resúmenes

Enfermedad renal crónica - Epidemiología y clínica

451 ANÁLISIS DE BASES DE DATOS CORPORATIVAS EN UN SISTEMA DE SALUD REGIONAL: EL FRACASO RENAL AGUDO AÑADIDO SOBRE ERC COMO FACTOR PRONÓSTICO INTRAHOSPITALARIA

J. PORTOLES¹, P. LOPEZ-SANCHEZ², M. VALDENBRO³, ML. SERRANO⁴, P. SANCHEZ-BRIALES⁵, A. RAMOS-VEGUE⁶, JM. MARTIN GINER⁷, MR. LLOPEZ-CARRATALA⁸, F. ZALAMEA⁹, M. MARQUES¹⁰

¹NEFROLOGÍA. HU PUERTA DE HIERRO (MAJADAHONDA/ESPAÑA), ²ADMISIÓN. HU PUERTA DE HIERRO (MAJADAHONDA/ESPAÑA), ³INFORMÁTICA. HU PUERTA DE HIERRO (MAJADAHONDA/ESPAÑA)

Introducción: El fracaso renal agudo (FRA) tiene una elevada prevalencia en pacientes hospitalizados y en su forma más severa en post-quirúrgicos y UCI.

Objetivo: Estimar la prevalencia de FRA intrahospitalario y su impacto pronóstico en un sistema regional de salud (6 millones de habitantes) con un análisis extensivo del CMBD (conjunto mínimo básico de datos).

Método: Estudio observacional, retrospectivo, con inclusión sistemática de ingresos de pacientes adultos, sin tratamiento renal sustitutivo, ocurridos durante 2013- 2014. Se excluyen aquellos relacionados con el parto. Definimos el FRA con el código 584 de la CIE-9, estableciendo tres categorías: sin FRA asociado, FRA al ingreso (FRA-IN) y FRA secundario a otro proceso (FRA-SEC). Estudio aprobado por el CEIm.

Resultados: Un 6.7% de los ingresos presentan un FRA asociado (0.6% como motivo de ingreso y el 6.1% restante ocurre durante el ingreso). En un modelo multivariante, el principal factor de riesgo para desarrollar un FRA durante el ingreso ($r^2=16\%$) es la ERC previa (OR: 3.6 [3.48-3.74]).

Los ingresados con un FRA son mayores y con mayor comorbilidad. Un 4.3% precisó diálisis, pero solo para un 0.5% fue el inicio irreversible de TSR.

La estancia media en ingresados sin FRA mas corta (7.1 días) frente a 9.6 días en FRA-IN y 12.6 días los FRA-SEC durante el ingreso. El FRA prolonga la estancia en 3.2 días IC 95% [2.8-3.5] tras ajustar por edad, género, índice de Charlson, cirugía o categoría diagnóstica mayor (CDM). El porcentaje de fallecidos durante ingreso es superior en aquellos con un FRA. El riesgo de mortalidad durante un ingreso ($r^2=17\%$), una vez corregido por factores relevantes es OR: 1.8 [C95% [1.57-2.08] para el FRA de inicio y 3.73 [3.59-3.88] para el asociado a otra patología.

Conclusión: El FRA supone una gran carga para la salud del paciente y el sistema sanitario; está asociado a una mayor estancia media y mortalidad intrahospitalaria. El principal factor para desarrollar FRA secundario es la ERC previa.

[Ver tabla 1](#)

452 RELACIÓN ENTRE FERROPENIA Y MORTALIDAD EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

JA. RODRIGUEZ SABILLON¹, A. ALVAREZ LOPEZ¹, E. VAZQUEZ LEO¹, D. PECCI¹, E. GARCIA DE VINUESA¹, J. VALLADARES¹, J. VILLA¹, NR. ROBLES¹

¹NEFROLOGIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BADAJOZ (BADAJOZ)

Objetivo: La anemia y la ferropenia son complicaciones habituales de la enfermedad renal crónica. Recientemente se ha señalado una asociación entre mortalidad y la presencia de índice de saturación de sideroflina (ISS) bajo. Hemos examinado si esta asociación era detectable dentro de la población de nuestra consulta.

Diseño y métodos: Se han incluido 387 pacientes con enfermedad renal crónica de la consulta de nuestro hospital, de ellos el 62,5% eran varones y el 33,1 padecían diabetes mellitus. La edad media era 64,6±34,3 años y un FG medio de 58,2±14,4 ml/min. En todos los enfermos se había realizado hemograma y estudio de Fe, ferritina, transferrina e ISS. Se ha analizado la relación entre mortalidad general y un ISS < 20% mediante la curva de supervivencia por método de Kaplan- Meier. La anemia se diagnóstico por los criterios de la OMS.

Resultados: Un total de 145 pacientes (37,5%) presentaban un ISS < 20%. El "odds ratio" de mortalidad fue 2.29 para los pacientes con ISS bajo respecto al resto de la muestra ($p = 0,026$, Cochran). La supervivencia a 5 años del grupo con ISS bajo fue 80,6% frente a 93,4% de los pacientes con ISS más elevado ($p = 0,023$, Log Rank). No hubo asociación en pacientes con ferritina < 50 mg/dl ni cuando presentaban una ferritina elevada (>300 mg/dl). En el análisis de regresión logística binaria la anemia, el ISS < 20% ($p = 0,046$) y la diabetes se asociaron con una mayor mortalidad.

Conclusiones: La presencia de un ISS < 20 en un grupo de pacientes con enfermedad renal crónica se asoció a una mayor tasa de mortalidad general. Esta asociación se mantuvo en el análisis de regresión multifactorial. Se necesitarán estudios más amplios para confirmar esta relación.

453 BETA-2-MICROGLOBULINA COMO PREDICTOR DE MORTALIDAD Y PROGRESIÓN DE ENFERMEDAD RENAL EN PACIENTES ATENDIDOS EN CONSULTA DE NEFROLOGÍA

A. ALVAREZ LOPEZ¹, JA. RODRIGUEZ SABILLON¹, D. PECCI¹, E. VAZQUEZ LEO¹, E. GARCIA DE VINUESA¹, J. VALLADARES¹, J. VILLA¹, NR. ROBLES¹

¹NEFROLOGIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BADAJOZ (BADAJOZ)

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

Diseño y métodos: Se han incluido 229 pacientes atendidos en la consulta de nuestro hospital, de ellos el 68,0% eran varones y el 41,3% padecían diabetes mellitus. La edad media era 58,5±14,5 años y un FG medio de 64,1±33,5 ml/min. Los pacientes se dividieron en 2 grupos: CONTROL (edad 58, ±13,7 años, FG 62,7±29,3 ml/min, n = 110) y B2M ELEVADA (edad 66,1±13,9 años, FG 31,9± 13,2 ml/min, n = 119) según estuvieran por debajo o por encima del percentil 50 del valor de la B2M sérica. Se ha analizado la relación con mortalidad general mediante la curva de supervivencia por método de Kaplan-Meier.

Resultados: La mediana de B2M sérica 3,02 (2,17-3,64) mg/l, frente a 5,94 (5,00-7,73), $p < 0,001$ (Mann-Whitney). En el grupo CONTROL la supervivencia era 88,0% a los cinco años, frente a 72,1% en el grupo B2M ELEVADA ($p < 0,01$ Log Rank). La supervivencia a cinco años antes de tratamiento renal sustitutivo también fue diferente entre grupos ($p < 0,001$ Log Rank) (CONTROL 97,0%, B2M ELEVADA 75,8%).

Conclusiones: La presencia de B2M elevada fue predictor de mayor mortalidad y de progresión a insuficiencia renal crónica terminal en un grupo de pacientes seguidos en consulta de Nefrología. Estos resultados deberán ser confirmados en poblaciones más amplias.

454 PREVALENCIA DE ANEMIA EN POBLACIÓN GENERAL Y POBLACIÓN CON FILTRADO GLOMERULAR (FG) MENOR DE 60 ML/MIN. RELACIÓN CON LA MORTALIDAD

JA. RODRIGUEZ SABILLON¹, B. CANCHO¹, FJ. FELIX REDONDO², L. LOZANO², D. FERNANDEZ-BERGES³, NR. ROBLES¹

¹NEFROLOGIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BADAJOZ (BADAJOZ), ²SC. FUNDESALUD (MERIDA), ³UNIDAD DE INVESTIGACION. FUNDESALUD (VILLANUEVA DE LA SERENA)

Objetivos: La anemia es un padecimiento frecuente, particularmente en la población anciana y en los pacientes de insuficiencia renal. Sin embargo, disponemos de muy escasos datos de su prevalencia en población general. Se ha comparado la prevalencia anemia en población general y población con enfermedad renal crónica.

Diseño y métodos: Estudio observacional, de corte sagital, descriptivo realizado mediante muestreo trietápico. Se registraron los datos antropométricos, y antecedentes de riesgo cardiovascular. En todos los pacientes se determinaron creatinina, urea y hemograma completo entre otros parámetros analíticos. La muestra final incluyó 2.668 personas con una edad media de 50,6±14,5, siendo el 54,6% mujeres. El FG fue estimado a partir de la creatinina usando la ecuación CKD-EPI. La mediana de seguimiento fue 81 (75-89) meses. El análisis de supervivencia de Kaplan-Meier se usó para calcular la supervivencia de los pacientes antes de muerte. Se definió anemia según los criterios de la OMS.

Resultados. Un total de 151 personas presentaban un FG < 60 ml/min (0,053%) con un FG medio de 50,1±10,1 ml/min. La prevalencia de anemia en la población general fue 3%, mientras que en los pacientes con FG disminuido fue 14,6% ($p < 0,001$, Chi cuadrado). La presencia de anemia en la muestra global se asociaba significativamente a un mayor riesgo de muerte (92,5% frente a 99,0% en pacientes sin anemia, $p < 0,001$, Log Rank). En los pacientes con enfermedad renal crónica la presencia de anemia también aumentaba significativamente la mortalidad (77,0% frente a 89,2% a cinco años, $p < 0,001$, Log Rank).

Conclusiones. La prevalencia de anemia en los pacientes con enfermedad renal leve supera cinco veces la que presenta la población general. Tanto en la población general como en la población que presenta insuficiencia renal crónica la anemia se asocia a un aumento de la mortalidad general.

455 NEFRITIS INTERSTICIAL ASOCIADA A ANTICUERPOS ANTI-MEMBRANA BASAL TUBULAR

E. VAZQUEZ LEO¹, A. ALVAREZ LOPEZ¹, D. PECCI¹, JA. RODRIGUEZ SABILLON¹, E. GARCIA DE VINUESA¹, J. VALLADARES¹, J. VILLA¹, B. CANCHO¹, NR. ROBLES¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BADAJOZ (BADAJOZ)

Introducción: La nefritis intersticial asociada a la presencia de anticuerpos contra la membrana basal tubular (antiMBT) es una causa rara de enfermedad renal. Está mediada por autoanticuerpos contra el antígeno de la nefritis tubulointersticial, una proteína presente en la membrana basal del túbulo proximal implicada en la regulación de la tubulogénesis. Hemos revisado su prevalencia en los pacientes de la consulta de nuestro hospital.

Métodos: Revisión de los casos con diagnóstico de nefritis intersticial crónica (NIC) valorados en la consulta de Nefrología desde el año 1990 hasta la actualidad. Se ha seguido a 649 pacientes con diagnóstico de NIC, siendo la causa más frecuente la uropatía obstructiva (n = 245). En todos los demás casos se realizó la determinación de anticuerpos antiMBT séricos tras establecer el diagnóstico de NTI (404 pacientes).

Resultado: Se obtuvieron solamente 5 resultados positivos. Se realizó biopsia renal a 4 de los 5 los pacientes con determinación positiva de anticuerpos anti-MBT, obteniendo diagnóstico histológico de: nefropatía diabética, GNRP por anticuerpos antiMBG, GNRP por ANCA antiPR3 y cambios mínimos. Solo en el caso restante se estableció el diagnóstico aislado de enfermedad renal por anticuerpos antiMBT tras descartar otras causas de nefropatía intersticial. No se realizó biopsia por no tener proteinuria. El paciente fue tratado con corticoides sin respuesta. Todos los casos, menos uno que abandonó seguimiento, acabaron necesitando tratamiento renal sustitutivo.

Conclusiones: La NIA asociada a anticuerpos antiMBT, en nuestra experiencia, es una entidad extremadamente rara que debe considerarse en casos de nefritis tubulointersticial de origen no filiado. Los anticuerpos antiMBT pueden aparecer asociados a otras enfermedades renales donde podrían tener un valor pronóstico de progresión de la enfermedad renal.

456 ÍNDICE TRIGLICERIDOS-GLUCOSA COMO FACTOR DE RIESGO DE SÍNDROME METABÓLICO Y DIABETES MELLITUS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA AVANZADA

A. NOGUEIRA PÉREZ¹, G. ÁLVAREZ GARCÍA¹, A. SÁNCHEZ HORRILLOS¹, G. BARRIL CUADRADO²

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA (MADRID /ESPAÑA); ²NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA (MADRID / ESPAÑA)

El síndrome metabólico es un factor de riesgo de diabetes mellitus (DM), existen diferentes herramientas para determinar el riesgo de síndrome metabólico, uno de ellos es determinar el perímetro de cintura (PC) (>102cm hombres y >88 cm en mujeres). El índice triglicéridos-glucosa (I.TyG) se presenta como un predictor de riesgo de síndrome metabólico, o enfermedad cardiovascular, pudiendo utilizarse en aquellos caso en los que por diferentes motivos no es posible determinar el PC.

Objetivo: determinar el valor del I.TyG en un grupo de pacientes con enfermedad renal crónica avanzada (ERCA), estudiar la diferencia entre pacientes con/sin DM, y determinar los puntos de corte del I.TyG para el riesgo de síndrome metabólico, tomando como referencia el PC.

Materiales y métodos: Se determinó el perímetro de cintura con cinta métrica inextensible (CES-CORF), y se determinó el I.TyG mediante la fórmula $(I.TyG = \ln(TG(mg/dl) \times glucosa(mg/dl)/2))$.

Resultados: Se evaluaron a 225 pacientes con ERCA, un 65,8% fueron hombres, siendo la media edad mayor en las mujeres (72,19±13,38. Hombres: 69,85±11,16 años; p=ns). Un 43,6% presentaron DM (49,3% de los hombres y el 32,5% de las mujeres).

La media del I.TyG fue de 8,73±99,04 (hombres: 8,79±0,62 vs Mujeres: 8,63±0,59; p=ns). La media del I.TyG en DM fue de 8,94±0,65 vs No DM: 8,57±0,53; p<0,001).

La media del perímetro de cintura fue de 99,04±13,17cm (Hombres: 102,21±11,16cm vs Mujeres 93,01±14,60cm p<0,001) La media del PC en DM fue de 101,40±13,84 vs No DM: 97,21±12,38; p=0,018).

A medida que aumento el índice de masa corporal (IMC), aumento el valor del I.TyG, en IMC<19,5 la media de I.TyG fue de 8,52±0,61, IMC: 19,6-24,9 fue de 8,60±0,58, IMC: 25-29,9 fue de 8,73±0,61 y para IMC>30 fue de 8,91±0,61 (p=0,042).

Mediante curvas ROC se determinaron los puntos de corte del I.TyG, en relación con el PC, siendo de 8,81 en el global de la muestra (ABC: 0,592 p=0,017), 8,65 en el grupo de los hombres (ABC: 0,590 P=0,047) y 8,37 en el grupo de las mujeres (ABC: 0,618; p=ns).

En DM fue de 8,72 (ABC:0,551 p=ns) y en No DM fue de 8,39 (ABC:0,618 p=0,050).

Conclusión: 1.-Los hombres y los pacientes con DM presentaron un mayor riesgo al presentar un mayor I.TyG. 2.-Un aumento del IMC, supone un aumento en el I.TyG. 3.-El I.TyG, es de utilidad en la evaluación del síndrome metabólico, fundamentalmente en hombres y en pacientes no diabéticos, siendo similar al obtenido con el perímetro de cintura.

457 ESTUDIO DE LA MORTALIDAD EN FUNCIÓN DE LOS ÍNDICES PCR-ALBÚMINA Y PCR-PREALBÚMINA EN ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA AVANZADA

A. NOGUEIRA PÉREZ¹, G. ÁLVAREZ GARCÍA¹, G. BARRIL CUADRADO¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA (MADRID /ESPAÑA)

La albúmina (Alb), y la prealbúmina (Prealb), son dos proteínas plasmáticas, utilizadas para determinar el estado nutricional del paciente con enfermedad renal crónica, aunque hay que tener en cuenta que pueden estar alteradas por el estado inflamatorio (determinado con la proteína C reactiva (PCR)).

Objetivo: Determinar los valores de los índices PCR/Alb, y PCR/Prealb, en un grupo de pacientes con enfermedad renal crónica avanzada (ERCA), y calcular los puntos de corte en los que disminuye la supervivencia.

Materiales y métodos: Se evaluaron a 225 pacientes con ERCA, valorando el estado inflamatorio mediante PCR, el estado nutricional mediante el índice PCR-Alb, el índice PCR-Prealb, y con la escala de malnutrición-inflamación (MIS).

Resultados: Se valoraron a 225 pacientes con enfermedad renal crónica avanzada (ERCA). Un 65,8% fueron hombres, un 43,6% presentaron diabetes mellitus (DM). La media de edad fue mayor en el grupo de las mujeres, no siendo estadísticamente significativa con respecto a los hombres (Mujeres:72,19±13,33años, vs hombres:69,85±11,16años; p=ns).

La media de la PCR fue de 0,70±1,40mg/dl; albúmina 4,21±0,41g/dl y de prealbúmina 27,87±7,74mg/dl. El estado de nutrición determinado con la escala MIS fue de 4,56±2,99. Del índice PCR-Alb fue 0,19±0,41, y el índice PCR-Prealb fue 0,20±0,64. Tanto el PCR-Alb como el PCR-Prealb, fueron mayores en diabéticos y en mujeres, aunque esta diferencia no resultó estadísticamente significativa frente a no diabéticos y hombres.

Calculamos con Curvas Roc los puntos de corte de ambos índices para determinar el estado nutricional, utilizando la escala MIS como referencia, en primer lugar, determinamos con una puntuación en MIS=5, no obteniendo una buena curva. Al calcularla con MIS=2, obtuvimos un peor estado nutricional con:

- Índice PCR-Alb: punto de corte $\geq 0,10$; ABC=0,585; p=0,071 (sensibilidad 46%; especificidad 72%).

- Índice PCR-Prealb: punto de corte $\geq 0,22$; ABC=0,595;p=0,042 (sensibilidad 37%; especificidad 83%).

Calculamos con Curvas Roc los puntos de corte para mortalidad, de ambas ratios:

-Índice PCR-Alb: punto de corte $\geq 0,13$; ABC=0,601; p=0,056 (sensibilidad 50%; especificidad 73%).

- Índice PCR-Prealb: punto de corte $\geq 0,18$ ABC=0,625; p=0,014 (sensibilidad 57%; especificidad 70%).

Se realizó un análisis de supervivencia con curvas de Kaplan-Meier, obteniendo mayor supervivencia aquellos pacientes que presentaron un índice PCR-Alb <0,13 (p=0,012), PCR-Prealb <0,18 (p=0,006), o con PCR-Prealb <0,22 (p=0,004).

Conclusiones: - Un aumento tanto en el índice PCR-Alb, como PCR-Prealb, van a aumentar el riesgo de mortalidad.

- El índice PCR-Prealb, presenta una mayor significación estadística, aunque hay que tener en cuenta que la prealbúmina puede estar aumentada en pacientes con ERCA.

458 SARCOPENIA Y LA RELACIÓN CON EL BINOMIO NUTRICIÓN-INFLAMACIÓN EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA AVANZADA

A. NOGUEIRA PÉREZ¹, G. ÁLVAREZ GARCÍA¹, B. BELTRÁN DE MIGUEL², G. BARRIL CUADRADO³

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA (MADRID /ESPAÑA); ²DEPARTAMENTO DE NUTRICIÓN Y CIENCIA DE LOS ALIMENTOS. UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID (MADRID /ESPAÑA); ³NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA (MADRID / ESPAÑA)

La sarcopenia es un síndrome caracterizado por una disminución de la masa, fuerza y capacidad muscular, estando muy presente en patologías con componente inflamatorio como la enfermedad renal.

Objetivo: evaluar la prevalencia de sarcopenia, y el efecto sobre ella, del binomio nutrición-inflamación en un grupo de pacientes con enfermedad renal crónica avanzada (ERCA).

Métodos: 238 pacientes con ERCA. Se determinó la prevalencia de sarcopenia según los criterios del Grupo Europeo de Trabajo de Sarcopenia en Edad Avanzada (EWG/SOP) del 2019. Se establecieron los siguientes puntos de corte para definir el binomio nutrición-inflamación, siendo de 3.8g/dl para la albúmina, y 1.0g/dl para la PCR, obteniendo 4 en función del perfil de albúmina y PCR:

G1: alb>3,8-PCR<1; G2: alb<3,8-PCR<1; G3: alb>3,8-PCR>1 y G4: alb<3,8-PCR>1.

Resultados: un 66,8% fueron hombres, siendo mayor la media de edad mayor en mujeres (71.92±13.43años vs hombres: 69.61±11.21años;p=ns). Un 43,8% de los pacientes presentaban diabetes (78% hombres (p=0.002)).

Un 43,3% presentaron dinapenia, confirmándose sarcopenia en el 29%, severa en el 18,1%. Las mujeres presentaron un porcentaje de sarcopenia mayor (30,4% vs 28,3%hombres;p=ns), la media de edad, fue mayor en el grupo de mujeres sarcopenicas 80.75±6.54 (p=0.030).

La prevalencia de sarcopenia fue del 23,3% en diabéticos, siendo del 35,9% en no diabéticos (p=0.046) (Edad DM:70.28±11.07 vs no DM:71.69±12.61 p=ns).

No encontramos diferencia significativa en la albúmina entre sarcopenicos vs no sarcopenicos (4.16±0.39 vs no sarcopenicos 4.26±0.45), si en PCR (1.16±1.86 vs no sarcopenicos 0.59±1.20), edad (78.40±6.60 vs no sarcopenicos 67.10±12.20).

El G1 fue el mayoritario, presentando un 74,8% de los pacientes, un 7,4% en G2, un 12,2% en G3 y un 5,7% en G4. G1 y G2 son los grupos que presentaban una PCR<1g/dl, en G1 el 72,7% de los pacientes no presentaban sarcopenia, siendo de 82,4% en G2.

G3 y G4 son los grupos que presentan un perfil inflamatorio mayor con PCR>1g/dl, y estos dos grupos son los que presentaron un mayor porcentaje de pacientes sarcopenicos, siendo del 61,5% en G4 y del 35,5% en G3.

En el modelo multivariante resultaron factores de riesgo de sarcopenia la edad (OR:1.180 p<0.001, la PCR OR:2.605; p=0.001, y comorbilidad (I.Charlson) OR:0.598; p=0.001). La albúmina aparece como un factor protector (análisis univariante) si bien solamente un 12,2% de los pacientes presentaron valores de albúmina <3.8mg/dl.

Conclusiones: Un 29% de los pacientes presentaron sarcopenia, siendo mayor en el grupo de mujeres. Un 43,8% de los pacientes presentaban DM, de estos el 23,1% presentaron sarcopenia.

El binomio nutrición- inflamación se relacionó con el riesgo de presentar sarcopenia, si bien es mayor el papel de la inflamación (PCR).

Resúmenes

Enfermedad renal crónica - Epidemiología y clínica

459 INVISIBILIDAD DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA DETECTADA A TRAVÉS DEL LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS DE UN HOSPITAL

M^o. REBOLLIDO¹, S. CIGARRÁN², A. SANJURJO³, E. PIÑEIRO³, J. LATORRE⁴, M.J. CORTON⁵, L. GRELA⁶

¹ANÁLISIS CLÍNICOS. HOSPITAL PÚBLICO DA MARÍA (BURELA/ESPAÑA); ²NEFROLOGÍA. HOSPITAL PÚBLICO DA MARÍA (BURELA/ESPAÑA); ³NEFROLOGÍA. HOSPITAL PÚBLICO DA MARÍA (BURELA/ESPAÑA); ⁴INVESTIGACIÓN NEFROLÓGICA. HOSPITAL PÚBLICO DA MARÍA (BURELA/ESPAÑA); ⁵INVESTIGACIÓN NEFROLÓGICA. HOSPITAL PÚBLICO DA MARÍA (BURELA/ESPAÑA); ⁶INVESTIGACIÓN NEFROLÓGICA. HOSPITAL PÚBLICO DA MARÍA (BURELA/ESPAÑA)

La enfermedad renal crónica constituye un grave problema de salud con aumento de la mortalidad y del gasto sanitario. La detección precoz y el manejo de la ERC son cruciales para retrasar la progresión de la enfermedad, porque la ERC en sus inicios es principalmente asintomática. Dos marcadores bioquímicos se consideran en la actualidad como indicadores precoces de ERC, el filtrado glomerular y el cociente albumina /creatinina (UACR), utilizados en centros de atención primaria y hospitalares.

El objetivo de este estudio es detectar la invisibilidad de la ERC en centros de atención primaria y especializada en un área sanitaria, mediante el análisis de estos 2 marcadores en el servicio de Análisis Clínicos centralizado.

Se analizaron 3400 muestras correspondientes a los meses de Enero y Febrero de 2022, provenientes de los centros de salud y especializada. Los criterios de inclusión fueron edad <76 años, GFR EPI y MDRD <120 ml/min/1.73m² UACR > 30 mgr/ gr (inmunotubidimétrico, Tina –quant albumin Gen2 Roche Diagnostics) y status diabético y no diabético. En los casos que no tenían UACR se evaluaron peticiones previas. Se excluyeron los pacientes en seguimiento en Nefrología.

Los datos fueron procesados con el programa estadístico SPSS 27 para Windows (SPSS Inc, Chicago IL USA). Se consideró significancia estadística p<0.05.

Se detectaron 184 pacientes que cumplían los criterios de inclusión (75% varones) edad 61.95 ±9.71 años, GFR 84±20.8 ml/min/1.73m² y UACR 109.6±149.3 mg/gr crea y 46% DM2. 88% procedían de Atención Primaria, 11% de Endocrino y 2% de M.Interna.

Grupo N GFR (ml/min/1.73m² UACR (mg/gr crea) GFR 4 ACR <300 2 15 110.03.

GFR 3 ACR <300 26 46.62 ±11 01 93.87±43.05.

GFR 2 ACR <300 156 92.03±13 06 75.16±40.8.

Concluimos que la ERC no diagnosticada es del 5.47% en personas menores de 76 años, con alta prevalencia en DM2 que alcanzaria los 444.46 pts/millón hb. Actualmente la ERC es invisible en Atención Primaria, en donde la rotación por Nefrología no es obligatoria, y en algunas especialidades médicas. Se necesita formar a los médicos de AP en el diagnóstico y manejo de la ERC.

460 REVISIÓN DEL REGISTRO ANUAL DE ACTIVIDAD DE UNA CONSULTA ERCA

S. PIQUERAS SÁNCHEZ¹, R. GARCÍA AGUDO¹, E. CANLLAVI FIEL¹, C. MARTÍNEZ ZARCO¹, MA. ROJAS FERNÁNDEZ², HF. GUZMÁN AMES³, MD. ESCRIBANO ORTIZ¹, I. URBANO RAMÍREZ¹, C. CAMPAYO ESCOLANO²

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL LA MANCHA CENTRO (ALCÁZAR DE SAN JUAN/ESPAÑA); ²MEDICINA INTERNA. HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALBACETE (ALBACETE/ESPAÑA)

Introducción: La complejidad del manejo de la enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) y su mayor incidencia y prevalencia suponen un reto para la nefrología. En la situación actual se afronta la consolidación de consultas y/o unidades especializadas en este tipo de pacientes con ayuda del modelo ACERCA como guía de conjunto de estándares.

Material y método: De acuerdo al modelo ACERCA completamos un registro anual con los pacientes en seguimiento en consulta ERCA. Recogiendo variables sociodemográficas, clínicas relacionadas y el proceso de elección del tipo de terapia renal sustitutiva (TRS). Para el análisis utilizamos SPSS v.25.

Resultados: 121 pacientes fueron revisados durante el año 2021, siendo varones 72(59.5%), con edad media en la derivación de 72.21[mínimo 20.48, máximo 91.49] y diabéticos 55(45.5%). Como causa de ERCA el mayor porcentaje 30.6%(37) fue la no filiada, seguido de multifactorial 14.87%(18), NTIC 14% (17), diabética 9.1%(11) y NAE 8.3%(10). Tiempo total de seguimiento de la serie de casos desde su derivación a ERCA 2194.43meses, con una media 18.13±21.47meses.

90(74.38%) terminaron el año sin eventos, 12(9.91%) fallecieron con edad media 86.37±3.71, 14(11.57%) de ellos empezaron diálisis y 5(4.13%) cambiaron de centro, 3 de ellos por derivarse para diálisis peritoneal al no disponer el centro en ese momento de la técnica. 59 comenzaron el seguimiento durante 2021 derivados con Crp media 3,14±0,6 y FGe 17,67±3,75. Centrando el análisis en aquellos 77 pacientes con período mínimo de seguimiento de 6 meses, 57(74%) han recibido educación sobre TRS, en 9(11.68%) no fue posible (deterioro cognitivo 7, negativa 1, atención telefónica 1) y 10 están pendientes por estabilidad. En 1 caso se realizó la educación posteriormente a haber iniciado la técnica. 30(39%) han realizado el test de elegibilidad. Del total, 62 han elegido técnica: 22(34.37%) conservador, 34(54.83%) hemodiálisis con solicitud de fístula en 28 casos y realización de 33 fístulas con 20(60.6%) funcionantes y 6(9.67%) diálisis peritoneal, quedando pendientes de decidir 15. De este grupo 11 han empezado hemodiálisis de forma programada 7 con fístula funcionante y 4 con catéter tunelizado (1 negativa del paciente a fístula, 1 por extravasación fístula, 2 por fístulas realizadas no funcionantes). En cuanto al estudio pretrasplante no requieren 30(38,96%) (22 conservador, 1 por cáncer, 2 pluripatología, 5 negativa propia), 15(19,48%) están en estudio siendo 3 de ellos con donante de vivo y el resto 32(41.55%) están pendientes de decidir por estabilidad u otros motivos médicos.

Conclusiones: Conocer la población específica a la que atendemos a diario con una recogida de datos reglada y realizando una evaluación anual, ayuda a las unidades ERCA a reflejar el cumplimiento de objetivos y analizar los posibles puntos de mejora.

461 MALNUTRICIÓN, ESTADO DE HIDRATACIÓN Y MORTALIDAD EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA AVANZADA

A. NOGUEIRA PÉREZ¹, G. ÁLVAREZ GARCÍA¹, A. CORTIÑAS ARANZABAL¹, L. MARISCAL DE GANTE SÁNCHEZ¹, G. BARRIL CUADRADO¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA (MADRID / ESPAÑA)

A medida que progresa la enfermedad renal el riesgo de malnutrición va a ser mayor, de ahí la necesidad de utilizar las diferentes herramientas para diagnosticarla.

Objetivo: Determinar el estado de nutrición de un grupo de pacientes con enfermedad renal crónica avanzada (ERCA), su relación con el estado de hidratación, y el riesgo de mortalidad que presenta la combinación de ambas medidas.

Material y métodos: Evaluamos en 225 pacientes con ERCA, el estado de nutrición con la escala de malnutrición-inflamación (MIS), y el estado de hidratación con bioimpedancia monofrecuencia (AKERN BIA101).

Resultados: Un 65,8% fueron hombres, siendo mayor la media de edad en mujeres (72,19±13,33 años vs hombres:69,85±11,16 años; p=ns). Al realizar el estudio de desnutrición con escala MIS, encontramos un 68,5% de los pacientes con un estado nutricional normal-desnutrición leve-moderada (MIS≤5), un 31,5% con desnutrición moderada-severa, muy severa o extrema (MIS>5). La media del porcentaje agua corporal total (%ACT) fue de 53,31±7,39%, del agua extracelular (%AEC) 56,55±7,71% y del agua intracelular (%AIC) 43,44±7,71%. Los hombres presentaron un %ACT mayor que las mujeres (55,74±6,44% vs Mujeres:48,64±6,89%;p<0,001), no encontrando diferencia en los %AEC y %AIC en función del sexo. Dividimos la muestra en tres grupos en función de la edad (G1<65años, G2:65-74años, y G3>75años), aunque se observa una disminución del %ACT con la edad, esta diferencia no fue estadísticamente significativa, si lo fue con el aumento del %AEC, y la disminución del %AIC. Al aumentar la desnutrición (MIS>5), observamos un aumento del %ACT, observando una distribución del %AEC-%AIC peor: MIS≤5: %ACT:52,39±7,28%; %AEC:55,75±7,79% y %AIC:44,24±7,79%. MIS>5: %ACT:55,32±7,28%, %AEC:58,27±7,27% y %AIC:41,72±7,27%. (%ACTp=0,006; %AECp=0,022 y %AICp=0,022).

Calculamos con Curvas ROC, los puntos de corte del %ACT, %AEC, %AIC, que indiquen mayor riesgo de desnutrición:

%ACT:>53% ABC:0,620;p=0,004.Sensibilidad:64% Especificidad:58%.

%AEC:>54% ABC:0,610;p=0,008.Sensibilidad:70% Especificidad:50%.

%AIC:<43% ABC:0,610;p=0,008.Sensibilidad:61% Especificidad:62%.

Recodificamos en base a el estado de hidratación calculado con curvas ROC y MIS (%ACT: 53%, %AEC: 54%, AIC: 43%, MIS: 5), y determinamos la mortalidad con curvas de Kaplan Meier, encontrando una mayor mortalidad en aquellos pacientes que presentan un %ACT>53% & MIS>5, %AEC>54% & MIS >5 y %AIC<43% y MIS >5. (P<0,001). Por otro lado se observa mayor supervivencia en aquellos pacientes que presentan %ACT>53% & MIS<5, %AEC<54% & MIS< 5 y %AIC>43% y MIS <5 (p<0,001).

Conclusiones: 1.-La medida del estado de hidratación puede utilizarse como marcador del estado nutricional. 2.-La desnutrición va a suponer un aumento del %ACT y del %AEC y una disminución del %AIC. 3.-Aumenta la mortalidad en aquellos pacientes que presentan desnutrición con aumento del %ACT, %AEC y disminución del %AIC.

462 OTRAS CAUSAS DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN PACIENTES CON TRASPLANTE PULMONAR

E. MARTÍNEZ MORALES¹, ML. SERRANO SALAZAR¹, M. DE VALDENEBO RECIO¹, C. MARTÍN RODRÍGUEZ¹, C. MARTÍNEZ VALIENTE¹, B. SÁNCHEZ SOBRINO¹, A. MAROTO ARAMENDI¹, L. MARTÍN RODRÍGUEZ¹, P. LÓPEZ-SÁNCHEZ¹, JM. PORTALES PÉREZ¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL PUERTA DE HIERRO (MADRID/ESPAÑA)

Introducción: La incidencia de enfermedad renal crónica (ERC) en pacientes con trasplante pulmonar (TxP) está aumentando. La principal causa es el uso de inhibidores de la calcineurina (ICN), aunque existen otras que contribuyen a su desarrollo, como daño vascular por diabetes o hipertensión, glomerulopatías...

Objetivos: Conocer las etiologías de ERC en pacientes con TxP para realizar un abordaje más completo y precoz.

Material y métodos: Estudio unicéntrico retrospectivo de pacientes con TxP valorados en consulta externa de Nefrología entre 2007 y 2022. Se recogen variables demográficas, parámetros de función renal, realización de biopsia, etiología daño renal y necesidad de terapia renal sustitutiva (TRS).

Resultados: 80 pacientes con TxP (55.6% hombres) valorados en consultas de Nefrología. 79% presentaban HTA, 53.1% diabetes mellitus, 44% dislipemia y 29.6% evento cardiovascular previo.

Las causas de ERC fueron: uso de ICN (71.3%), microangiopatía trombótica (11.3%), túbulo-intersticial (8.8%), vascular (6,3%) y glomerulopatías (2,5%).

Sólo en 13,5% de los pacientes se realizó biopsia renal (25% grupo diálisis y 8,9% grupo sin diálisis) pero en 63,3% de estos pacientes se realizó un diagnóstico alternativo al daño por ICN. Ver tabla.

31% de los pacientes necesitaron diálisis y presentaron mayor daño vascular renal que aquellos sin TRS. La mortalidad en el grupo de diálisis fue del 52% frente al 1.8% en pacientes sin diálisis.

Conclusiones: Además de la toxicidad por ICN, existen otras causas que contribuyen al desarrollo de ERC y que podrían estar relacionadas con una mayor necesidad de TRS (como el daño de origen vascular). La biopsia renal se realiza en un porcentaje reducido de pacientes a pesar de que, frecuentemente, objetiva otras causas de daño renal. Es necesario realizar un abordaje completo del paciente para tratar todas las posibles causas de ERC.

[Ver tabla 1](#)

463 RESULTADOS ACREDITACIÓN UNIDAD ERCA: PROYECTO ACERCA. PROPUESTAS DE MEJORA ASISTENCIALL. FUENTES SANCHEZ¹, T. JIMENEZ SALCEDO¹, M. PADIAL ², A. REBOLLO RUBIO¹, D. HERNÁNDEZ MARRERO¹¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL REGIONAL MÁLAGA (MÁLAGA), ²ENDOCRINOLOGÍA. HOSPITAL REGIONAL MÁLAGA (MÁLAGA)

Introducción: Desde la S.E.N. se propone la acreditación de las Unidades ERCA dentro de los servicios de Nefrología Españoles cuyo objetivo es la unificación de práctica clínica, aplicar estándares de calidad respaldados por las guías de Práctica Clínica y la optimización de los recursos asistenciales mejorando la accesibilidad del paciente renal.

Objetivo: Decidimos iniciar el proceso de la acreditación de nuestra Unidad para conocer nuestros resultados para determinar si nuestra práctica clínica se ajusta a los criterios de calidad establecidos por la S.E.N. e implementar mejoras en la asistencia en aquellos aspectos más deficitarios.

Material y métodos: Revisamos el registro de nuestros pacientes en la Unidad ERCA con un total de 820 pacientes activos a corte de 31 de diciembre de 2021. Revisamos historias clínicas y registros analíticos de nuestros pacientes para establecer los criterios obligatorios y recomendables de la acreditación ACERCA.

Resultados: Dentro del bloque 1, 3 y 4, se cumplían todos los estándar obligatorios y recomendables. Entre el bloque 2: no cumplíamos el ratio 1nefrologo/1enfermero /200 pacientes. En bloque 5 de resultados: no cumplíamos aplicación del test de elegibilidad en 87,5%, iniciamos el estudio de trasplante renal en 54% pacientes, finalizándolos solo en el 21% trasplante renal aislado. No alcanzábamos el porcentaje de pacientes en técnicas domiciliarias, solo 14% de los pacientes. El 85% de los pacientes que elegían DP iniciaban dicha técnica. No alcanzábamos tampoco el 75% de pacientes con FAV para inicio HD con >6meses seguimiento.

Conclusiones: Tras valorar los criterios para acreditar nuestra Unidad ERCA, detectamos amplios aspectos de mejora:

Reflejar en el 100% de los pacientes el test de elegibilidad. Aumentar los pacientes que inician terapias domiciliarias, planteando estrategias como optimización de quirófanos para catéteres peritoneales, iniciando HDD, trasplante de vivo. Imposibilidad de alcanzar FAV para inicio de HD en el 75% por edad avanzada, trasplante anticipado de cadáver. Debemos tener una actitud más proactiva para inicio de trasplante renal en nuestros pacientes aunque el porcentaje del 80% es muy elevado y agilizar tiempos de demora para finalizar el estudio de trasplante durante el seguimiento en consulta antes de iniciar TRS.

En espera de conocer la evaluación definitiva, esperamos cumplir estos criterios en la próxima evaluación.