

592 LESIÓN RENAL AGUDA Y TERAPIA DE CÉLULAS T CON RECEPTORES QUIMÉRICOS DE ANTÍGENOS (CAR-T) EN NEOPLASIAS HEMATOLOGICAS. LA IMPORTANCIA DE LA ENFERMEDAD RENAL

J. LEÓN-ROMÁN¹, G. IACOBONI², S. BERMEJO³, C. CARPIO³, M. BOLUFER¹, O. BESTARD¹, P. BARBA⁴, M. SOLER¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL VALL D'HEBRÓN (BARCELONA), ²HEMATOLOGÍA. HOSPITAL VALL D'HEBRÓN (BARCELONA)

Introducción: La terapia de células T con receptores quiméricos de antígenos (CAR-T) es un tratamiento para neoplasias hematológicas. La lesión renal aguda (LRA) ocurre entre el 20-30% de los casos, en su mayoría relacionada con el síndrome de liberación de citoquinas (SLC), trastornos hídrico-electrolíticos y síndrome de lisis tumoral (SLT). El objetivo del estudio fue determinar parámetros analíticos y evolución clínica de los pacientes que recibieron la terapia de células CAR-T para identificar factores de riesgo asociados con LRA y mortalidad.

Método: Estudio retrospectivo de 115 pacientes con neoplasias hematológicas que recibieron terapia con CAR-T dirigida a CD-19 en el Hospital Vall d'Hebrón entre julio de 2018 y mayo de 2021. Los parámetros analíticos fueron recolectados dentro de los primeros 60 días post infusión de la terapia de células CAR-T en los días +1, +7, +14, +21, +28 y +60. La LRA se definió según los criterios de KDIGO. Se dividió la muestra en dos grupos: pacientes con insuficiencia renal y sin ella para identificar factores de riesgo de LRA. Se estimaron curvas de supervivencia mediante el método de Kaplan-Meier.

Resultados: El 20,9% de los 115 pacientes presentaron LRA después de la infusión de terapia con CAR-T. La LRA se diagnosticó en el día +1 después de la infusión en 3 pacientes, día +7 en 13 pacientes, día +14 en 1 paciente, día +21 en 2 pacientes, día +28 en 2 pacientes, día +60 en 1 paciente. Diecinueve pacientes recuperaron función renal dentro del primer mes después del tratamiento. Las características clínicas se muestran en la tabla 1. Las neoplasias hematológicas más frecuentes fueron linfoma difuso de células B grandes (90,5%), leucemia linfoblástica aguda de células B (5,2%), linfoma del manto (3,5%) y linfoma mediatístico primario de células B grandes (0,68%). En el análisis bivariado el sexo masculino, los tipos de terapia de células CAR-T infundidas y neurotoxicidad se asociaron con LRA. El sexo masculino [1,26-21,9, p 0,23] y neurotoxicidad [2,15-70,6, p 0,005] fueron identificados como factores de riesgo de LRA en el análisis multivariado. En el análisis de supervivencia, los niveles de hemoglobina, creatinina, sodio, proteína C reactiva en el día +1 y +28 no mostraron diferencias estadísticamente significativas con mortalidad (tabla 2).

Conclusión: En nuestro estudio, el 20,9% de los pacientes desarrollaron LRA, especialmente dentro de la primera semana de la infusión de CAR-T. El 79,2% de los pacientes recuperaron la función renal dentro de los primeros veintiocho días posteriores al tratamiento, lo que sugiere que la LRA es una enfermedad frecuente pero leve con una recuperación rápida en pacientes tratados con la terapia de células CAR-T.

Tabla 1. Características demográficas y clínicas de los 115 pacientes

Variable	Total (n)	Pacientes con LRA (n=24)	Pacientes sin LRA (n=91)	p-value
Edad (media)	43 (10-68)	42 (10-67)	44 (10-75)	0,27
Sexo	26 (22,6%)	28 (31,5%)	30 (33,1%)	0,06
HLH (n=1)	24 (20,8%)	25 (27,6%)	26 (28,6%)	0,27
Tratamiento	23 (20%)	23 (25,3%)	23 (25,3%)	0,06
Exposición anterior	43 (37,4%)	33 (36,3%)	40 (43,9%)	0,05
Diabetes	3 (2,6%)	3 (3,3%)	4 (4,4%)	0,34
Tratamiento con esteroides	3 (2,6%)	3 (3,3%)	3 (3,3%)	0,99
Tratamiento con anticancerígenos	8 (7,0%)	7 (7,7%)	7 (7,7%)	0,99
Tratamiento con inmunomoduladores	39 (33,9%)	33 (36,3%)	39 (42,7%)	0,06
Tratamiento con citocinas	36 (31,3%)	31 (34,1%)	35 (38,3%)	0,06
Tipos de CAR-T recibidos				0,04
Producción inmunológica	32 (27,8%)	27 (29,3%)	32 (35,3%)	
Tratamiento	22 (19,1%)	19 (20,8%)	22 (24,1%)	
Producción de anticuerpos	23 (20,0%)	19 (20,8%)	23 (25,3%)	
Tratamiento con esteroides	3 (2,6%)	3 (3,3%)	3 (3,3%)	
Complicaciones post-infusión				
HLH	41 (35,7%)	31 (34,1%)	41 (45,0%)	0,06
Neutropenia	37 (32,2%)	32 (35,3%)	37 (40,5%)	0,05
Neutropenia	39 (33,9%)	33 (36,3%)	39 (42,7%)	0,02
Leucopenia	4 (3,5%)	3 (3,3%)	4 (4,4%)	0,67
Leucopenia	36 (31,3%)	31 (34,1%)	36 (39,3%)	0,05

Tabla 2. Supervivencia a 1 año de neoplasias hematológicas en pacientes con lesión renal aguda o sin ella.

Variable	Pacientes con LRA (n=24)	Pacientes sin LRA (n=91)	p-value
Hemoglobina (g/dL)	10-11	9-10	0,34
Sodio (mmol/L)	10-11	10-11	0,37
Proteína C reactiva (mg/dL)	10-11	10-11	0,62
Proteína C reactiva (mg/dL)	10-11	10-11	0,62
Proteína C reactiva (mg/dL)	10-11	10-11	0,62

593 LA FECUNDACIÓN IN VITRO AUMENTA EL RIESGO DE PRECLAMPSIA Y LA MORBILIDAD MATERNOPERINATAL

P. RODRÍGUEZ BENÍTEZ¹, M. VILLA VALDÉS¹, C. NAVA CHÁVEZ¹, R. MELERO MARTÍN¹, A. GARCÍA PRIETO¹, A. GONZÁLEZ ROJAS¹, MA. ENCALADA LANDRES¹, C. OLIVER BARRECHEGUREN¹, JA. LEON LUIS¹, M. GOICOECHEA DIEZHARDINO¹

¹NEFROLOGÍA. HGU GREGORIO MARAÑÓN (MADRID), ²GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA. HGU GREGORIO MARAÑÓN (MADRID)

Introducción: En países desarrollados, el deseo genésico es cada vez más tardío, condicionando que las primigestas sean más mayores, con mayor comorbilidad y que recurran con mayor frecuencia a la fecundación in vitro (FIV). La FIV aumenta el riesgo de preeclampsia en comparación con la gestación espontánea.

Objetivo del estudio: conocer la frecuencia de FIV en una cohorte de pacientes con preeclampsia grave (PEG) y su repercusión materno-perinatal.

Material y métodos: Estudio observacional, prospectivo, realizado entre enero-07 y diciembre-21, de gestantes con PEG, y seguimiento hasta 12 semanas posparto. Se realizó un estudio descriptivo de las PEG con gestación mediante FIV y un análisis comparativo con los casos de gestación espontánea.

Resultados: De 533 pacientes con PEG, 115 (21,6%) eran FIV, con una edad media de 38,7 años (4 años más que el resto de pacientes con PEG). Alrededor del 70% eran primigestas, 17,4% obesas, 10,4% hipertensas, 2 pacientes diabéticas y 2 con ERC. El embarazo fue gemelar en el 44,3%, porcentaje significativamente superior al resto de casos de PEG (44,3% vs 9,3% p<0,000).

En las pacientes con FIV, la edad gestacional en el momento del diagnóstico de PEG fue de 34,19±3,8 semanas (37,4% < 34 semanas), 19% fueron PEG puerperales. TAS media al diagnóstico de PEG: 174,1±13,85 y TAD: 100,36±8,54 mmHg. Proteinuria 2,6±2,32 g/día. Ácido úrico 7,29±1,65(3,9-11,7) mg/dl. Se realizó una cesárea en el 72,2% de los casos (vs 60,4% en pacientes con PEG y gestación espontánea, p < 0,007).

El 34,8% de las pacientes con FIV desarrollaron un FRA, vs 18,6% entre los casos de gestación espontánea, p<0,000; 12 fueron oligúricas, con creatinina media de 1,37±0,39 (1,1-2,69) mg/dl. El 6,1% presentaron un HELLP y el 7% requirió transfusión, sin diferencias respecto a los casos de gestación espontánea. No hubo ninguna muerte materna; Después de 12 semanas posparto, una paciente continuaba hipertensa, 5 con proteinuria y 2 persistían con FRA. Respecto a la morbilidad perinatal, hubo 19,2% casos de CIR, 39,1% casos de bajo peso para la edad gestacional y 37,8% de ingreso en UCI neonatal, sin diferencias respecto a los casos de gestación espontánea. Se produjeron dos casos de muerte perinatal.

Conclusiones: Actualmente, la FIV constituye uno de los principales factores de riesgo de PEG. Se asocia a mayor edad, gestaciones gemelares y FRA. En más del 70% es necesario recurrir a cesárea para mejorar el pronóstico materno-perinatal.

594 MODELO COMBINATORIO DE BIOMARCADORES PARA DETECTAR ENFERMEDAD ACTIVA EN ANCA VASCULITIS: CALPROTECTINA Y CD163 URINARIO

P. ANTÓN PÁMPOLS¹, L. MARTÍNEZ VALENZUELA¹, L. FERNÁNDEZ LORENTE², F. GÓMEZ PRECIADO³, I. MARTÍN CAPÓN³, F. MORANDIERA REGO⁴, X. FULLADOSA¹, J.M. CRUZADO¹, J. TORRAS¹, J. BORDIGNON DRAIBE¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BELLVITGE (ESPAÑA), ²NEFROLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA (ESPAÑA), ³NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMÓN Y CAJAL (ESPAÑA), ⁴INMUNOLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BELLVITGE (ESPAÑA)

Objetivos: La vasculitis asociada a anticuerpos antineutrófilos (ANCA) es una enfermedad crónica, recidivante, y una causa de glomerulonefritis rápidamente progresiva. El objetivo de este estudio es determinar si la combinación de nuevos biomarcadores, juntamente con biomarcadores clásicos de la enfermedad, puede mejorar su capacidad individual en la detección de recidivas de la enfermedad.

Métodos: Incluimos 138 pacientes diagnosticados de ANCA vasculitis (n=52 fase diagnóstica, n=86 remisión) divididos en dos cohortes: cohorte inicial (reclutada en nuestra institución, n=101) y cohorte externa de validación (reclutada en otro centro, n=37). Recogimos suero y orina en el momento del reclutamiento.

Determinamos la concentración de calprotectina sérica y urinaria (s/uCalprotectina) y CD163 urinario (suCD163) mediante ELISA. Se realizaron curvas ROC de cada biomarcador para evaluar su capacidad de discriminar actividad de la enfermedad. Se elaboró el modelo combinatorio de biomarcadores mediante el método de partición recursiva en la cohorte inicial. Los cutoffs ideales se utilizaron en la cohorte de validación para confirmar la precisión del modelo en la distinción de enfermedad activa y remisión. Los modelos se presentaron en forma de árbol de decisiones.

Resultados: La concentración de sCalprotectina y suCD163 fue mayor en los pacientes en fase diagnóstica comparados con los pacientes en remisión (p=0,013 y <0,0001, respectivamente). Según las curvas ROC, sCalprotectina y suCD163 fueron buenos biomarcadores para discernir actividad [AUC 0,73 (0,59-0,86), p=0,015 y 0,88 (0,79-0,97) p<0,0001, respectivamente]. El mejor modelo combinatorio incluía sCalprotectina, suCD163 y hematuria (sensibilidad 0,97, especificidad 0,9 y likelihood ratio 9,7 en la cohorte inicial y 0,78, 0,94 y 13, respectivamente, en la cohorte de validación).

Conclusión: Un modelo predictivo que combina sCalprotectina, suCD163 y hematuria podría ser útil para detectar enfermedad renal activa en pacientes ANCA vasculitis.

Figura 1.

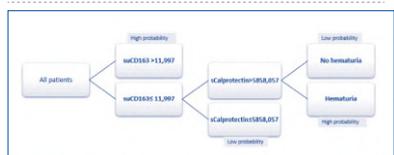


Fig. 1. El mejor modelo combinatorio utilizando el método de partición recursiva combinó sCalprotectina, suCD163 y hematuria.

595 EL SÍNDROME DE DOWN COMO MODELO LIBRE DE ATEROESCLEROSIS: ESTUDIO VASCULAR, ÓSEO Y RENAL

EO. ORTEGA JUNCO¹, RC. COSTA SEGOVIA², PP. PARRA CABALLERO², BQ. QUIROGA GILI¹

¹NEFROLOGIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA (MADRID, ESPAÑA), ²M. INTERNA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA (MADRID, ESPAÑA)

Introducción: El síndrome de Down (SD) es el trastorno cromosómico más frecuente en recién nacidos. Los adultos con SD se caracterizan por un envejecimiento temprano y acelerado, pero han sido propuestos como un modelo libre de aterosclerosis. Sin embargo, existen numerosas carencias en su conocimiento incluyendo la función renal, el metabolismo mineral óseo (MMO) o la salud vascular, motivo por el que planteamos este estudio.

Material y métodos: Estudio prospectivo que incluyó a pacientes con SD comparados con una cohorte de adultos sanos y otra con enfermedad renal crónica (ERC). Se recogieron datos epidemiológicos, clínicos y analíticos (marcadores óseos, renales, moleculares). Se realizaron ecografías renales, medición de la velocidad de onda de pulso aórtica (VOP) y grosor íntima-media carotídeo (GIM). Además, se recogieron valores antropométricos mediante bioimpedanciometría multifrecuencia (BIS) y densitometría-DXA. Se describieron los resultados en la cohorte de SD y se comparó con el resto de grupos.

Resultados: Se incluyó a 81 adultos con SD (edad 39±12 años, 57% varones), 45 con ERC (edad 73±8 años, 80% varones) y 32 voluntarios sanos (38±6 años, 53% varones). Las comorbilidades fueron 28% obesos, 6% hipertensos, 19% dislipémicos, 10% tenían hipertrigliceridemia, 28% hiperuricemia y no había ningún diabético. El índice de masa corporal (IMC) fue 27,4±6,4Kg/m², el índice de tejido graso 11,9±7Kg/m² y el índice de masa magra 14,8±3,7Kg/m². La composición corporal se correlacionó adecuadamente al usar BIS y DXA. La función y morfología renal demostró un tamaño renal de 9,4±0,9 cm y un filtrado glomerular estimado (FGe) por creatinina y cistatina que difería sensiblemente (88±17ml/min/1.73m² vs 58±8ml/min/1.73m²).

Los pacientes con hiperuricemia tuvieron más obesidad (p<0,01). Respecto a los marcadores estudiados, la leptina en SD fue inferior a la de la población general y la osteocalcina significativamente superior (p<0,0001). La fetuina-A fue muy superior en sanos respecto a SD y ERC (p<0,000001). Respecto al MMO, el 43% de adultos con SD tenían osteoporosis. Por su parte, FGF-23 fue significativamente superior en SD respecto a la población general (p<0,001), y a ERC (p=0,68). Klotho fue superior en sanos frente a SD y ERC de forma significativa (p<0,0001).

Conclusiones: Los pacientes con SD presentan obesidad y dislipemia sin aumento del riesgo cardiovascular y con ausencia de daño vascular subclínico. Esta protección puede estar relacionada con los bajos niveles de leptina o la elevación de osteocalcina. La función renal en el SD presenta discrepancias en su estimación en función del uso de creatinina o cistatina C.

596 LESIÓN DE LAS CÉLULAS PROXIMALES TUBULARES POR CITOQUINAS INFLAMATORIAS Y SU PREVENCIÓN CON BROMOSULFOFALTEÍNA, INHIBIDOR DEL TRANSPORTADOR DE PROSTAGLANDINAS PGT

J. YAGO-IBÁÑEZ¹, L. MUÑOZ-MORENO², FJ. LUCIO-CAZAÑA², AB. FERNÁNDEZ-MARTÍNEZ¹

¹DEPARTAMENTO DE BIOLÓGICA. UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID (MADRID, ESPAÑA); ²DEPARTAMENTO DE BIOLÓGICA DE SISTEMAS. UNIVERSIDAD DE ALCALÁ (MADRID, ESPAÑA)

Varias citoquinas pro-inflamatorias como IL-1 α , IL-1 β , IL-2, TNF- α e IFN- γ , que son capaces provocar la muerte de células proximales tubulares renales (CPT) y contribuir así a la génesis de insuficiencia renal aguda (IRA), también incrementan la expresión de ciclo-oxigenasa-2 (COX-2). COX-2 es una enzima implicada en procesos inflamatorios a través de sus productos, principalmente prostaglandina E2 (PGE2), que está implicada en la muerte celular inducida en CPT por varios factores. Aunque se acepta que PGE2 debe salir al exterior celular para ejercer sus efectos sobre las células vecinas, nuestro grupo ha demostrado que es preciso que sea recaptada por el transportador de prostaglandinas PGT (convirtiéndose así en PGE2 intracelular, iPGE2) para inducir la muerte de CPT por hipoxia, cuerpos apoptóticos o cisplatino. En este trabajo se analizaron en cultivos de CPT HK-2 humanas los efectos lesivos una mezcla de citoquinas (TNF- α , IFN- γ , IL-1 α , IL-1 β , IL-2) y el papel de iPGE2 como posible mediador de dichos efectos. Los resultados mostraron que las citoquinas inflamatorias tienen la capacidad de lesionar las CPT disminuyendo su capacidad de proliferación (incorporación de BrdU) y su viabilidad (activación de Caspasa-3, incorporación de azul tripán y tinción con cristal violeta), así como alterando la permeabilidad paracelular -como consecuencia de cambios morfológicos que afectarían probablemente a las uniones intercelulares por vía de alteraciones en la distribución de F-actina del citoesqueleto (tinción con faloidina)- e induciendo pérdida de adhesión a colágeno IV (componente principal de la membrana basal del túbulo renal). Estos cambios sugieren que las citoquinas inflamatorias podrían contribuir a la génesis de la IRA provocando una pérdida de barrera del epitelio tubular, obstruyendo la luz tubular como consecuencia del desprendimiento de CPT (viables o no) hacia la luz tubular y reduciendo la capacidad de las CPT para sustituir mediante una respuesta proliferativa a las células desprendidas. Bromosulfotaleína (que, en su momento, se utilizó en seres humanos en pruebas de función hepática), un inhibidor del transportador de prostaglandinas PGT, previno los efectos lesivos ocasionados por las citoquinas e impidió el aumento COX-2-dependiente de iPGE2 debido a ellas. Estos resultados sugieren que iPGE2 podría mediar la lesión directa de CPT por citoquinas inflamatorias (aplicable a IRA asociada a infección por SARS-CoV-2, sepsis, etc.) y apoyan la realización de estudios encaminados a determinar la utilidad del tratamiento con bromosulfotaleína para prevenir la lesión del túbulo proximal en tales circunstancias.

597 INHIBIDORES DE PCSK9 EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA. EXPERIENCIA DE NUESTRO CENTRO

JM. AMARO MARTÍN¹, F. VILLANEGO FERNÁNDEZ¹, J. NARANJO MUÑOZ¹, CE. NARVÁEZ MEJÍA¹, LA. VIGARA SÁNCHEZ¹, A. AGUILERA PEDROSA¹, M. ALONSO MOZO¹, I. NOVAL MORILLAS², C. MORETA³, CD. ORELLANA CHÁVEZ¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR (CÁDIZ); ²CARDIOLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR (CÁDIZ); ³FARMACIA HOSPITALARIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR (CÁDIZ)

Introducción: Los inhibidores de la proproteína convertasa subtilisina/kexina tipo 9 (iPCSK9) pueden ser una opción en el tratamiento de la dislipemia en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) que no alcancen objetivos terapéuticos o que no toleren estatinas a dosis máximas. Sin embargo, los estudios en esta población son escasos.

Material y métodos: Estudio de cohortes retrospectivo de pacientes con ERC, definido como filtrado glomerular estimado (FGe) < 60 ml/min/1.73 m², que iniciaron tratamiento con iPCSK9 en nuestro centro entre 2016 y 2020. Todos los pacientes tuvieron al menos 2 años de seguimiento tras el inicio del fármaco. Comparamos cifras de colesterol total, colesterol LDL (c-LDL), triglicéridos y FGe al inicio del tratamiento, a los 6, 12 y 24 meses. Se recogieron los efectos adversos.

Resultados: Durante el período de estudio, 278 pacientes iniciaron tratamiento con iPCSK9 en nuestro centro, de los cuales, 41 presentaban ERC y un seguimiento mayor de 2 años. De ellos, 21 estaban en tratamiento con Alirocumab y 20 con Evolocumab. El 51.2% eran hombres con una edad media de 70.6 \pm 9.4 años. El 87.8% presentaban un estadio G3a o G3b y 1 paciente se encontraba en diálisis peritoneal. El 82.9% presentaban dislipemia adquirida y el 87.8% habían sufrido eventos coronarios. El 53.7% de las prescripciones de iPCSK9 fue por no alcanzar objetivos de LDL, mientras que en los restantes el motivo fue por no tolerancia de dosis máximas de estatinas.

Tras 6 meses de tratamiento se observa una reducción estadísticamente significativa en las cifras de colesterol total (226.7 \pm 52.9 mg/dL vs. 142.1 \pm 46.17 mg/dL; p<0.001), de c-LDL (147.8 \pm 48.8 mg/dL vs. 62.9 \pm 37.1 mg/dL; p<0.001) y de triglicéridos (229.8 \pm 112.4 mg/dL vs. 192.4 \pm 119.2 mg/dL; p=0.025), manteniéndose estas diferencias a los 2 años de tratamiento (p=0.016, p<0.001, p=0.004). El 48.8% de los pacientes alcanzaron objetivos de c-LDL (\leq 55 mg/dL) a los 6 meses de tratamiento y el 48.8% a los 12 meses de tratamiento. La función renal se mantuvo estable durante el seguimiento.

No se documentaron efectos secundarios ni eventos cardiovasculares.

Conclusiones: Los iPCSK9 reducen el colesterol, el c-LDL y triglicéridos en pacientes con ERC, permitiendo alcanzar objetivos terapéuticos, manteniendo la función renal estable. Dada las aparentes ventajas de disponer de este tipo de fármacos en los pacientes con ERC, consideramos que se deberían diseñar ensayos clínicos dirigidos a esta población.

598 ESTUDIO PARA LA EVALUACIÓN DE LA TOXICIDAD Y LA FUNCIÓN RENAL EN PACIENTES PEDIÁTRICOS EN TRATAMIENTO CON BEVACIZUMAB (ESTUDIO BERTOX)

P. ARANGO SANCHO¹, AC. AGUILAR RODRÍGUEZ¹, M. JIMÉNEZ MORENO¹, E. CODINA SAMPERA¹, R. JIMÉNEZ GARCÍA¹, Y. CALZADA BAÑOS¹, M. PONS ESPINAL¹, O. CRUZ MARTÍNEZ², A. MADRID ARIS¹

¹NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA. HOSPITAL SANT JOAN DE DÉU (BARCELONA/ESPAÑA); ²ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA. HOSPITAL SANT JOAN DE DÉU (BARCELONA/ESPAÑA)

Introducción: Los anticuerpos anti-factor de crecimiento del endotelio vascular (VEGF), como el Bevacizumab (BVZ) actúan sobre la angiogénesis tumoral tratando de estabilizar/remostrar la masa tumoral. Este se expresa ampliamente en el glomérulo jugando un papel capital en su mantenimiento y proliferación, implicando endotelio y podocitos. El objetivo de nuestro estudio fue describir la nefrotoxicidad asociada al tratamiento con BVZ en pediatría, así como el estudio del daño y función renal tras su retirada.

Material y método: Estudio retrospectivo incluyendo 66 pacientes afectados de tumores sólidos del SNC tratados entre agosto 2006-noviembre 2020 con BVZ, sin nefropatía previa ni historia de nefrotoxicidad durante su tratamiento. La edad media de los pacientes fue de 6,65 años y de su supervivencia total desde el diagnóstico de unos 5,04 años, falleciendo hasta el 57,6% de la cohorte durante el estudio. Todos los pacientes recibieron terapias previas y/o coadyuvantes incluyendo nefrotóxicos (ciclosporina, cisplatino o ciclofosfamida) o radioterapia (50%)

Resultados: La indicación de BVZ en la mayoría fue progresión tumoral (n=48; 80%), con remisión completa/parcial en el 17%. La duración media del tratamiento fue 13,66 meses (1,13-62), siendo en los pacientes con nefrotoxicidad de 18,3 meses (2,8-34,2). La supervivencia tras BVZ fue de >90 meses solo en el 9% de los casos, siendo lo más frecuente 12-36 meses (22,5%). En el 15,10% se observó proteinuria y en el mismo número, hipertensión. Al comparar dosis acumulada y duración del tratamiento con el hallazgo de proteinuria e hipertensión se observó una correlación (100%/50% si >30gr y 6,3%/3,2% si >2 años) ya observada en otras series. No fue posible el análisis a largo plazo de la función renal en toda la cohorte debido a la alta mortalidad (57%), con solo 28 pacientes en seguimiento a largo plazo. Entre ellos, si excluimos los pacientes que posteriormente a BVZ recibieron algún nefrotóxico, solo dos pacientes que recibieron BVZ sin nefrotoxicidades previas (7,14%), presentaron un déficit de filtrado glomerular (83 y 88 ml/min/1,73 m²).

Conclusiones: La evaluación renal a largo plazo en estos pacientes se ve altamente dificultada por la baja supervivencia, el probable daño nefrotóxico previo y la dificultad de determinar con fiabilidad la función renal en cohortes históricas. Todos los pacientes con proteinuria e hipertensión por BVZ normalizaron estos parámetros tras su retirada. Las alteraciones observadas en la función renal a largo plazo son mínimas y no permiten sacar conclusiones. El conocimiento de los mecanismos nefrotoxicidad, así como sus efectos a largo plazo, es fundamental para el desarrollo de nuevas pautas y estrategias preventivas que minimicen el riesgo y el impacto sobre la supervivencia de estos pacientes.

599 ESTUDIO PILOTO SOBRE EL EFECTO BENEFICIOSO DE RASBURICASA EN LA PREVENCIÓN DEL FRACASO RENAL AGUDO EN PACIENTES CON SÍNDROME CARDIORRENAL

R. MELERO¹, B. TORROBA², A. GARCÍA PRIETO¹, P. RODRÍGUEZ¹, M. GOICOECHEA¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN (ESPAÑA); ²FARMACIA. HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN (ESPAÑA)

Introducción: La uricemia metaboliza el ácido úrico en alantoina, un compuesto soluble fácilmente excretable en la orina. La hiperuricemia aguda se asocia a lesión endotelial y vasoconstricción favoreciendo el fracaso renal agudo. Estudios preliminares muestran el papel protector de la disminución del ácido úrico en pacientes cardíacos.

Material y métodos: Estudio piloto realizado en pacientes con síndrome cardiorenal e hiperuricemia (>9mg/dl). A todos se les administró una dosis única de rasburicasa (0,20 mg/kg/día en los primeros 9 pacientes o dosis fija de 6 mg en 14 pacientes) evaluando su efecto sobre la función renal y la necesidad de terapia renal sustitutiva.

Resultados: Se incluyeron 23 pacientes de 68 \pm 14 años, 14 varones y 9 mujeres, 87% hipertensos, 35% diabéticos, 17% con hepatopatía, y 26% con cáncer. Basalmente: FEVI media 40 \pm 14,1% (13-63), pro-BNP 19880 \pm 14000 ng/l, Cr basal 1,55 \pm 0,58 mg/dl, ácido úrico 14,1 \pm 2,26, fosforo 5,3 \pm 1,6 mg/dl y PCR 7 \pm 8 mg/l.

La evolución de la función renal tras el tratamiento se muestra en la tabla 1. En todos los pacientes el ácido úrico tras rasburicasa descendió a 0,5 mg/dl. No hubo diferencias en función renal, TRS y hospitalización entre los pacientes que recibieron una dosis de 0,20 mg/kg/día o de 6 mg iv. Solo 3 pacientes requirieron TRS durante 21 \pm 23 horas, con recuperación del fracaso renal agudo. Comparando los pacientes que requirieron TRS frente a los que no, éstos presentaron niveles basales de ácido más elevados: 16,5 \pm 2,5 vs 13,7 \pm 1,1 mg/dl, p=0,049, y no hubo diferencias en FEVI, pro-BNP y función renal previa. Un paciente fallece durante la estancia hospitalaria por ICC terminal y sepsis, pero habiendo recuperado función renal.

Conclusiones: La administración de rasburicasa puede prevenir el fracaso renal establecido en pacientes con síndrome cardiorenal e hiperuricemia. El tratamiento precoz, evitando cifras de hiperuricemia muy elevadas, podría ser más efectivo en disminuir la necesidad de terapia renal sustitutiva.

Tabla 1.

	media	rango	DE	P*
Cr (mg/dl)				
- basal	1,55	0,68- 2,70	0,58	
- pico	3,41	1,57- 6,27	1,15	0,001
- 48-72h	2,23	1- 4,64	0,91	0,002
- al alta	1,74	0,67- 3,4	0,65	0,049

P diferencia con respecto a Cr basal.

600 ONCOFROLOGÍA, UNA SUB-ESPECIALIDAD ESENCIAL. EXPERIENCIA DE UN CENTRO HOSPITALARIO TERCIARIO

S. BERMEJO¹, M. BOLUFER², D. VIGGIANO³, A. CALLEJO⁴, E. FELIP⁵, M. LÓPEZ⁶, A. VERGARA⁷, I. AGRAZ⁸, O. BESTARD⁹, M.J. SOLER¹⁰

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL VALL D'HEBRON (BARCELONA), ²NEFROLOGÍA. UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DELLA CAMPANIA "LUIGI VANVITELLI" (ITALIA), ³ONCOLOGÍA. HOSPITAL VALL D'HEBRON (BARCELONA)

Introducción: En los últimos años se han incrementado las necesidades nefrológicas de los pacientes oncológicos por un aumento en las complicaciones renales de dichos pacientes y el aumento de cáncer en los pacientes renales. El objetivo del estudio es evaluar las características de los pacientes remitidos a la Unidad de Onconefrología desde enero de 2021 hasta diciembre 2021, a su vez se estudia el estado cognitivo y anímico en dichos pacientes.

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo de la consulta de Onconefrología en nuestro hospital durante el año 2021. Se analizaron características clínicas y analíticas de los pacientes y motivos de consulta. Además, se evaluó la calidad del sueño, estado anímico y cognitivo mediante escalas de valoración validadas (Epsworth, Geriatric Depression Scale i Montreal).

Resultados: Se valoraron 74 pacientes, con una edad de 69.6(±11) años, 41(55.4%) hombres, 47(63.5%) hipertensos, 18(24.3%) diabéticos y 11(14.9%) con cardiopatía. Además, creatinina de 1.93(±1.1)mg/dl, FGe 39.97(±20.3)mL/min, proteinuria de 187[29-515.9]mg/gr y 4(5.4%) presentaban microhematuria. Las neoplasias más frecuentes fueron intestinales, ginecológicas y mamarías con un 12.16%(n=9) respectivamente. Un 58.3%(n=42) de pacientes padecían enfermedad metastásica. Un 48.7%(n=36) recibieron quimioterapia y un 58.1%(n=43) terapias dirigidas. El platino fue la quimioterapia utilizada con más frecuencia y los antiVEGF en cuanto a terapias dirigidas, seguido de los inhibidores de la tirosina kinasa, antiPD1 y antiPD1.1. El motivo de derivación más frecuente fue fracaso renal agudo (n=36;48.7%) seguido de enfermedad renal crónica (n=27;36.49%) y proteinuria (n=5;6.76%). Se obtuvieron escalas de valoración en 51 pacientes: un 49% (n=25) eran roncadores, seguido de un 17.6%(n=9) con insomnio y un 11.8%(n=6) SAOS. 27 pacientes(36.5%) presentaban deterioro cognitivo. En 13 casos(25.5%) se detectaron depresión leve y en un 11.6%(n=6) depresión moderada. Se realizaron 21 biopsias renales, el diagnóstico más frecuente fue NIA(71.4%, n=15) seguida de MAT(19% n=4). Un total de 15 pacientes(20.3%) murieron durante el año.

Conclusiones: La mayoría de los pacientes derivados a Onconefrología están afectados de enfermedad oncológica avanzada y consiguientemente presentan una elevada mortalidad. El motivo de derivación más frecuente fue el fracaso renal agudo (48.7%). Es importante una atención integral de los pacientes, dada la prevalencia de síndrome depresivo. La Onconefrología es un ejemplo de un abordaje integral para mejorar la supervivencia y calidad de vida de las personas con neoplasia avanzada.

601 NutriERCA: PROGRAMA FORMATIVO CO-CREADO CON FUNDACIÓN ALICIA PARA PROFESIONALES DE LAS UNIDADES -ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA AVANZADA (ERCA) SOBRE MEDICINA CULINARIA (MC) Y EXPERIENCIA DEL PACIENTE (XPA)

B. BAYÉS GENÍS¹, M. ARIAS GUILLEN¹, V. TORREGROSA², B. ROMANO³, V. CAMPOS⁴, S. JIMENEZ⁵, E. ROURA⁶, J. FERNANDO⁷, J. ESCARRABILL⁸

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO (BARCELONA/ ESPAÑA), ²NUTRICIÓN. HOSPITAL CLÍNICO (BARCELONA/ ESPAÑA), ³VIFORPHARMA. VIFORPHARMA (BARCELONA / ESPAÑA), ⁴VIFORPHARMA. VIFORPHARMA (BARCELONA /ESPAÑA), ⁵FUNDACIÓN ALICIA. FUNDACIÓN ALICIA (BARCELONA/ ESPAÑA), ⁶EXPERIENCIA DEL PACIENTE. HOSPITAL CLÍNICO (ESPAÑA), ⁷EXPERIENCIA DEL PACIENTE. HOSPITAL CLÍNICO (ESPAÑA)

Tener en cuenta la perspectiva del paciente en la definición de la calidad es un cambio de paradigma. La calidad asistencial se basa en tres pilares: la seguridad, la efectividad y la experiencia del paciente -XPA- (se concreta en la idea de valor de la atención desde la perspectiva de quien la recibe, el propio paciente). Por otra parte, emerge el concepto de medicina culinaria (MC) que centra en el principio básico de la alimentación saludable: comer productos saludables, bien cocinados y de proximidad (sostenibilidad) tiene impacto en los resultados en salud.

La MC puede ser un buen pretexto para mejorar la XPA de ERCA desde dos perspectivas: permite establecer un diálogo en plano de igualdad con el paciente (al hablar de cocina se puede hablar de otros hábitos saludables) y facilita la introducción de dietas adecuadas. Además, la MC es un buen ejemplo de colaboración interdisciplinar con la participación del paciente.

Objetivos: 1) Introducir al alumnado en el marco conceptual y metodologías de la MC y la evaluación de XPA 2) Diseñar junto con la Fundación Alicia un proyecto de mejora aplicable y dirigido a pacientes con ERCA.

Metodología: curso teórico-práctico para profesionales de la Unidad de ERCA sobre MC y XPA. Para realizar una valoración inicial en relación con la XPA y los hábitos alimentarios se pasó una encuesta a los 24 profesionales de las 12 Unidades ERCA que participaron en el curso.

Resultados:

- Solo el 27% de las Unidades de ERCA dispone de nutricionista (siempre a tiempo parcial).
- En la 82% se facilita información nutricional oral y escrita de manera sistematizada.
- En la mayoría de los casos la información nutricional la facilitan el médico y la enfermera, de manera individualizada, en la consulta, al inicio del proceso asistencial y reforzando cuando es necesario.
- En tres de cada 4 pacientes se implica al cuidador.
- Habitualmente (91%) se recomiendan plataformas tecnológicas para acceder a la información, pero solo en un tercio de las unidades ERCA se dispone de menús escritos para facilitar a los pacientes.
- Pocos centros (16%) realizan talleres culinarios para pacientes y cuidadores
- En el 73% de las sesiones de diálisis, se ofrece algún tipo de comida a los pacientes

Conclusión: Las Unidades ERCA facilitan información nutricional, pero debe valorarse la necesidad de incorporar nutricionistas y de disponer de material y talleres apropiados para asesorar de manera más fluida y mejor sobre alimentación a los pacientes para que puedan cubrir sus necesidades.

602 EVOLUCIÓN DE LA HIPONATREMIA EN PACIENTES CON SIADH CRÓNICO TRATADOS 1 AÑO CON UREA ORAL

Y. AMÉZQUITA¹, Y. HERNÁNDEZ², R. DIAZ³, S. CALDES⁴, G. LEDESMA⁵, V. MERCADO⁶, A. MARTINEZ⁷, C. ANDREU⁸, I. THUISARD⁹, A. CIRUGEDA¹⁰

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA SOFÍA (MADRID/ESPAÑA), ²FARMACIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA SOFÍA (MADRID/ESPAÑA), ³FACULTAD CIENCIAS BIOMÉDICAS Y DE LA SALUD. UNIVERSIDAD EUROPEA DE MADRID (MADRID/ESPAÑA)

Introducción: La hiponatremia (<135mEq/L) es el trastorno iónico más frecuente, se asocia con un aumento de mortalidad, ingresos hospitalarios y consultas. Una de sus causas es el síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética (SIADH).

En el SIADH crónico se considera la urea como una posibilidad terapéutica entre otras medidas, sin embargo, su uso está poco extendido por haber pocos estudios sobre su eficacia.

Objetivos: Evaluar la natremia en los pacientes con SIADH crónico que recibieron urea oral durante al menos 12 meses. Describir eventos adversos durante el tratamiento.

Metodología: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Población: 13 pacientes con SIADH en tratamiento con urea durante 12 meses. Se analizaron la relación entre la natremia y resto de variables clínicas por medio de Chi-cuadrado, T de Student y ANOVA o sus correspondientes pruebas no paramétricas.

Resultados: Edad media: 64 años +/-15. Hombres: 61% (n:8). Comorbilidades: HTA (50%, n:6), ERC (30,7%, n:4), diabetes (15,3%, n:2). Etiología del SIADH: Antiepilepticos (n:4), idiopático (n:3), patologías intracraneales (n:5) y cáncer (n:1). 61% precisó ingreso por SIADH. Mediana de 10±26 meses antes de iniciar el tratamiento. Analítica basal: Natremia 127 ±4.5 meq/L, Osmolaridad plasmática 260±10.4 mOsm/kg, Ácido úrico: 4.6±2.1 mg/dL, Sodio urinario 69 ±26.3 mmol/L, Osmolaridad urinaria 362±100 mOsm/kg, La dosis inicial fue: 15 gramos/día (53%, n:7), 15 gramos cada 48 horas (30%, n:4) y 15 gramos cada 72-96 horas en (17%, n:2). Al año, el 61% de pacientes mantuvo la misma dosis (n:8) y el 39% de pacientes precisó aumentar la dosis (n:5) y de estos 3 pacientes aumentaron a 30 gramos/día. Natremia: 134.0±4.0 meq/L a los 3 meses del tratamiento (p <0.005), a 135.9±4.0 meq/L a los 6 meses (p <0.001) y a 136.5±2.5 meq/L a los 12 meses (p<0.001). A los 6 meses: Ácido úrico: 4.3±2.0 mg/dL. Urea plasmática: 44.5[57]mg/dl, mg/dl, Sodio urinario 66.1±34.2mmol/L, Osmolaridad urinaria 447[530]mOsm/kg. El tratamiento fue bien tolerado, solo 1 paciente de los 13 (7.6%) refirió náuseas y disgeusia, ningún paciente presentó hipernatremia (Na >145meq/L), ingresos hospitalarios por SIADH o efectos adversos que le llevaron a suspender la Urea.

Conclusiones: Al año de tratamiento, la urea aumenta y mantiene el sodio plasmático en el rango de la normalidad de forma segura en el SIADH crónico. El tratamiento con urea es bien tolerado, evita hospitalizaciones y no se asocia a complicaciones por su uso.

603 TRATAMIENTO CON TOLVAPTÁN DE LA HIPONATREMIA SECUNDARIA A SIADH. EXPERIENCIA DE UN CENTRO

C. SANTOS ALONSO¹, J. AZORES MORENO², S. ALDANA BARCELÓ³, M. MALDONADO MARTÍN⁴, C. VEGA CABRERA⁵, B. RIVAS BECERRA⁶

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ (MADRID/ESPAÑA)

Introducción: La hiponatremia supone uno de los trastornos electrolíticos más frecuentes, presentándose hasta en el 15-28% de los pacientes ingresados. Se asocia a un mayor riesgo de caídas, duración de ingreso, gasto sanitario y muerte. Dentro de las diferentes causas de hiponatremia, la hiponatremia evolutiva hiposmolar secundaria al síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética (SIADH) suele ser de difícil diagnóstico y manejo, por este motivo decidimos evaluar la eficacia del tratamiento con Tolvaptán en pacientes con SIADH de nuestro centro.

Materiales y métodos: De enero de 2014 a septiembre de 2021 recogimos de manera retrospectiva los datos de 39 pacientes en tratamiento con Tolvaptán por indicación de SIADH. Recogimos los datos referentes a sexo, edad, causa de SIADH, sodio al inicio, sodio a las 24 horas de tratamiento, el número de días hasta normalizar el sodio, cambios de dosis y éxito.

Resultados: El período de seguimiento medio fue de 551 días (rango 2-2954), la edad media fue 65 años y el 51,3% eran mujeres. El SIADH fue atribuido en la mayoría de los casos a tumores (51,3%), seguido de fármacos (25,6%) y patología cerebral (7,7%). El sodio inicial fue de 127,3 ± 3,96 meq/L, y subió de media hasta 132,56 meq/L tras 24 horas, con una media de 7,1 días (rango 33) hasta conseguir cifras de sodio mayores de 134 meq/L. La dosis inicial más frecuente fueron 7,5 mg (33 pacientes), la media de dosis final fueron 13,84 mg al día (mediana y moda de 7,5 mg). Al final del seguimiento el sodio plasmático fue de 136 meq/L con un promedio de 3,1 cambios de dosis (4 en SIADH secundario a dolor, 3,88 en tumores, 2,66 en patología del SNC, 2,5 en patología pulmonar y 2,33 en los casos asociados a fármacos) y con un porcentaje de reingreso por hiponatremia de 2,8% (en contexto de gastroenteritis). El Tolvaptán pudo ser retirado en el 23,6% de los casos, siendo más frecuente en las hiponatremias secundarias a fármacos (40%) al retirarse el fármaco causante. La tasa de mortalidad al final del seguimiento fue del 44,4%.

Conclusiones: El Tolvaptán es un fármaco eficaz y seguro en el tratamiento de la hiponatremia secundaria a SIADH, con una baja frecuencia de reingresos (2,8%) por hiponatremia. Se pudo retirar el Tolvaptán en el 23,6% de los pacientes con SIADH, siendo más frecuente en aquellos pacientes con SIADH secundario a fármacos.

604 RELEVANCIA DEL RATIO MASAGRASA/MASAMAGRA Y AREA DE GRASA VISCERAL COMO PARÁMETROS DE NUTRICIÓN EN PACIENTES CON ERC

G. BARRIL¹, G. ALVAREZ¹, C. SANCHEZ¹, M. GIORGI¹, A. NUÑEZ¹, A. NOGUEIRA¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL U. DE LA PRINCESA (MADRID)

El ratio Masagrasa/Masamagra se ha considerado como parámetro alterado en el DPE y herramienta de diagnóstico de obesidad sarcopénica

Objetivo: Establecer las variaciones del ratio MG/MMG en 294 pacientes con ERC y su relación con el área de grasa visceral y otros parámetros de diagnóstico de DPE.

Metodología: Hemos estudiado 294 pacientes con edad 71,1±12,83, 199 (67,7%) hombres, 34,3%DM. El 49% en ERCA, edad 72,42±10,78 y 51% en HD, edad 69,86±14,10 (p0,081).

Calculamos el ratio MG/MMG con BIA Inbody S10 y su relación con el área de grasa visceral y otros parámetros de diagnóstico de DPE; bioquímicos, de Composición corporal, antropometría y dinamometría así como escala MIS

Resultados: Calculamos el ratio Masa Grasa/Masa magra (MG/MMG) para los pacientes con xglbotal de 0,55±0,23, siendo mayor en ERCA que en HD 0,58±0,23 vs 0,53±0,23 (p0,07), calculando con curva ROC el punto de corte está en 0,52. Así mismo evaluamos el área de grasa visceral AGV con media 131,66±52,60, utilizando punto de corte 100, encontramos ≤100 en 89 (34,4%) pacientes y >100 en 170 (65,6%) pacientes. Dividimos el ratio MG/MMG en cuartiles con puntos de corte 0,41, 0,52 y 0,69. Con los cuartiles analizamos la comparación de medias por anova de diferentes parámetros: xAGV C1-67,04±22,56, C2-108,05±20,88, C3-148,08±28,05, C4-198,98±37,48 (p0,001), EDAD (p0,001), perímetro cintura (p0,001), Dinamometría (p0,001), SMI (p0,1), ACT (p0,1) no significativos: A fase, AEC/ACT, IMC. Utilizando el punto de corte del Ratio en 0,52 encontramos diferencias significativas entre las medias de: edad (p=,005), agua corporal total (p0,1), peso (p0,001), masamagra 0,003, perímetro de cintura (p,0,001), albúmina (p0,03), dinamometría (p0,005), MIS 0,001 y área de grasa visceral (p0,001). Para los cuartiles de MG/MMG el % de pacientes con IMC>28 aumentaba significativamente al aumentar cuartil (p0,001), así mismo el % de pacientes con MIS>5 (p0,008), Dinamometría baja. Estableciendo un modelo de regresión según grupos de ratio MG/MMG con pc 0,52 encontramos mejor modelo con Agrasa visceral, agua corporal total y albúmina.

Conclusiones:

- 1.-El ratio MG/MMG constituye una herramienta útil de valoración del estado nutricional de pacientes con ERC
- 2.-Su relación con el área de grasa visceral puede darnos idea de la grasa visceral y riesgo CV del paciente con una medida simple de BIA.
- 3.- Existe buena correlación con escala MIS y dinamometría hace que pueda considerarse como parámetro útil a considerar en el DPE y fuerza muscular

605 ANÁLISIS DE LOS FACTORES CLÍNICOS Y TÉCNICOS PREDICTORES DE SANGRADO EN LA BIOPSIA DE RIÑÓN NATIVO

L. MORANTES¹, M. XIPELLI¹, V. ESCUDERO¹, B. SÁNCHEZ-ÁLAMO¹, M. BLASCO¹, A. GARCÍA-HERREIRA¹, J. ROVIRA¹, C. NICOLAU¹, R. SALVADOR¹, LF. QUINTANA¹

¹NEFROLOGÍA Y TRASPLANTE RENAL. HOSPITAL CLÍNIC (BARCELONA)

Introducción: El sangrado es una de las complicaciones más frecuentes de la biopsia renal, y puede ser un factor que disminuya el rendimiento de esta técnica. El objetivo fue describir la incidencia y factores pronósticos de sangrado de los pacientes sometidos a biopsia de riñón nativo, así como los que afectaron al rendimiento diagnóstico.

Material y método: análisis retrospectivo de los pacientes biopsiados de riñón nativo el año 2021 en nuestro centro. Se definió sangrado como presencia de hematoma confirmado por radiología o un descenso de hemoglobina >2.5 g/dL. Se consideró un buen rendimiento cuando el número de glomérulos fue ≥10 y se llegó a un diagnóstico.

Resultados: Se realizaron 119 biopsias, 59 (49.6%) mujeres, edad 54.1±18.2 años, IMC 26.1±5.8 kg/m2, creatinina 1.3 (0.9-2.52) mg/dL. Las agujas más utilizadas fueron Biopince [79 (66.4%)] y Accut [31 (26.1%)]. La media de pases fue 2,5±0,7, con avance de 13mm en 78 pacientes (65.5%) y 16mm en 30 (25.2%). La media de glomérulos obtenidos fue 14,8±7.1, siendo la muestra representativa en 93 pacientes (78.1%) y parcialmente representativa en 24 (20.1%). En 5 pacientes no pudo llegarse a un diagnóstico anatomopatológico. El principal diagnóstico fue nefritis lúpica (n=32, 26.8%), seguido de nefropatía IgA (n=18, 15.1%).

El número de sangrados fue 26 (21.8%), autolimitado en todos excepto en tres (dos precisaron administración de trombina percutánea y uno embolización endovascular). Dos pacientes requirieron transfusión de hematies. Ninguno falleció. Los pacientes que sangraron fueron más jóvenes (46±19.5 vs 56.4±17.2 años, p=0.009), mujeres (73.1% vs 43%, p=0.007), con menor IMC (23.1±4.2 vs 27±5.9, p=0.002), se empleó en menor medida desmopresina (16% vs 37.8%, p=0.041) y en mayor proporción el avance fue de 16mm o mayor (38.2% vs 16.9%; p=0.014). Ningún paciente con síndrome nefrótico (n=13) sangró.

Con aguja G16 se realizaron 99 biopsias, y 15 con G18, de las cuales sangraron 25 (25.2%) y 1 (6.6%), respectivamente. Con G16 se obtuvieron 15±7.4 glomérulos y, con G18, 12.3±5.4 (p>0.05). Se evidenciaron más sangrados en los pacientes con ≥2 pases (n=17) comparado con <3 pases (n=8) (p=0.2).

El modelo de regresión logística multivariable identificó el género femenino (OR: 3.4, IC95%: 1.1-10.5, p=0.03), el tipo de aguja (Accut vs Biopince OR: 3.8, IC95%: 1.3-11.4, p=0.018) e IMC (OR: 0.87 IC95%: 0.78-0.99; p: 0.004 como variables predictoras de sangrado. Además, en las mujeres, el uso de desmopresina se asoció a un menor riesgo de sangrado (OR 0.09, IC95%: 0.009-0.85; p=0.035).

Aquellos pacientes con buen rendimiento de la biopsia tenían menor IMC (28.5±7.7 vs 25.4±5; p=0.02) y se consiguió un mayor número de cilindros (2.1±0.7 vs 2.5±0.6, p=0.03).

Conclusiones: los principales factores predictores relacionado con el sangrado fueron sexo femenino, menor IMC y tipo de aguja. En mujeres, el uso de desmopresina disminuyó el riesgo de sangrado.

606 GRANULOACITOAFÉRESIS EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL, EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

AC. ANDRADE LOPEZ¹, PM. VILLABÓN OCHOA¹, L. DEL RIO GARCÍA¹, JL. PÉREZ CANGA¹, L. ALCURIA LEDO¹, JM. BALTAR MARTÍN¹, JM. DUQUE ALCORTA², M. SERAS MOZAS¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN AGUSTÍN (AVILÉS/ESPAÑA), ²DIGESTIVO. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN AGUSTÍN (AVILÉS/ESPAÑA)

Introducción: La Granuloacitoaféresis constituye un procedimiento que permite depurar de la sangre diferentes poblaciones leucocitarias activas y mediadores inflamatorios. Como es conocido los neutrófilos parecen jugar un papel importante en el daño tisular de las enfermedades inflamatorias crónicas, así en la Colitis Ulcerosa se ha observado una disregulación de la apoptosis de neutrófilos, por lo que modular la actividad y el número de neutrófilos de la mucosa puede ser un enfoque terapéutico factible, de ahí que el papel de Granuloacitoaféresis cobra importancia ya que se basa en la eliminación de los neutrófilos activados mediante columnas de adsorción.

Material y métodos: Presentamos una revisión retrospectiva de una serie de dos casos de granuloacitoaféresis en nuestro centro a petición del Servicio de Digestivo como tratamiento de soporte en pacientes con colitis ulcerosa. Las características epidemiológicas, clínicas y la pauta de la sesiones se describen en la Tabla 1.A.

Los dos pacientes recibieron este tratamiento por dos ocasiones (empleamos el sistema Adacolum) con buena respuesta sobre todo clínica (Tabla 1.B). Por fragilidad capilar se decidió como acceso vascular catéter venoso yugular temporal; no se registraron efectos adversos en relación con la técnica.

Conclusiones: La Granuloacitoaféresis, por su efecto inmunomodulador constituye una terapia no farmacológica alternativa o complementaria en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal que no respondan a tratamientos convencionales, además dado su buen perfil de seguridad se considera una técnica atractiva para este grupo de pacientes, si bien la indicación es por parte de otros especialistas el papel del Nefrólogo es muy relevante para el manejo de esta técnica.

■ **Tabla 1. A.-** Características clínica, epidemiológicas pacientes con colitis ulcerosa. **B.-** Parámetros analíticos antes de la GMA y tras la última sesión.

PACIENTE	SEXO	EDAD	EII	AÑO DX	TTO PREVIO		1º GMA (# SESIONES)	TTO PREVIO		2º GMA (# SESIONES)
					1º GMA	2º GMA		1º GMA	2º GMA	
1	M	72	CU	2008	Corticoides/AZA		2 (2008)	Corticoides / Vedolizumab (inicio 11/2020)		9 (03/2021)
2	M	49	CU	1997	Corticoides		7 (2016)	Corticoides/ Vedolizumab (inicio 04/2021)		9 (04/2021)

PACIENTE		Leuc	Neut	Eos	Mono	PCR	VSG	Calprotectina
		10e ⁹ /l	10e ⁹ /l	10e ⁹ /l	10e ⁹ /l	mg/dl	mm/h	mg/kg
1	Analítica Pre GMA	7700	3700	1200	300	0,04	33	3438
	Analítica última GMA	3000	1500	400	400	0,04	20	1759
2	Analítica Pre GMA	3600	2600	100	700	0,37	48	3485
	Analítica última GMA	4800	3000	0	300	0,06	15	985

EII: Enfermedad inflamatoria intestinal. CU Colitis Ulcerosa. GMA: granuloacitoaféresis. AZA: azatioprina.

607 DIFERENCIAS EN LAS TERAPIAS DE REMPLAZO RENAL PREVIAS AL TRASPLANTE A LO LARGO DE 3 DÉCADAS EN MÉXICO

J. ROMERO MARTÍNEZ¹, R. ESPIOZA PÉREZ¹, JD. CANSINO LÓPEZ¹, AO. GUERRERO ROSARIO¹, R., RODRÍGUEZ GÓMEZ¹, M. BAUTISTA HERNÁNDEZ¹, L., CHICAS REYES², AL. QUIROZ RAMÍREZ², M., SALAZAR MENDOZA², JC. HERNÁNDEZ RIVERA²

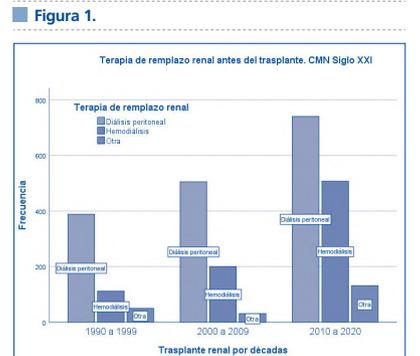
¹UTR. CMNXXI (CMDM), ²UTR. CMNXXI (CMDX)

Introducción: Además del trasplante renal, existen 2 modalidades más de terapia de reemplazo renal (TRR): hemodiálisis (HD) y diálisis peritoneal (DP). La selección del tipo de terapia se ve influida por factores, como: disponibilidad, comorbilidades, factores socioeconómicos, capacidad de tolerar los cambios de volumen, entre otros. Actualmente la DP es la TRR más utilizada en México, sin embargo durante los últimos años se ha aumentado el empleo de la HD.

Material y métodos: Se trata de una Cohorte ambispectiva de 2665 pacientes en TRR previo al trasplante renal en sus diferentes modalidades (HD, DP y otras) entre 1990 al 2021 divididos en 3 grupos: 1990-1999, 2000-2009 y 2010-2021 (se consideraron los años 2020 y 2021 por condiciones de pandemia). Se hace un análisis de comparación entre los grupos por chi cuadrada con el programa estadístico SPSS versión 26.

Resultados: Se integra Cohorte de 2665 pacientes en TRR. Durante 1990-1999 de los 550 pacientes, 70.1% (388) se sometieron a DP, 20.4% (112) a HD y 9.1% (50) a otras terapias (donde se incluye anticipado, trasplante previo y DP/HD con igualdad de tiempo), durante 2000-2009 de los 736 pacientes, 68.6% (505) DP, 27.2% (200) HD y 4.2% (31) otras terapias, durante 2010-2020 de los 1379 pacientes, 53.7% (740) DP, 36.8% (132) HD y 9.6% (132) otras terapias. Dentro del análisis se comprobó diferencia con chi cuadrada con una p de 0.003.

Conclusiones: Este estudio comparó la diferencia en cuanto al uso de HD, DP y otras TRR entre el año 1990 al 2021. Aunque la diálisis peritoneal ha sido la terapia de sustitución renal más frecuente en todos los años, se vio un aumento significativo a través de los años en el uso de la hemodiálisis pasando del 20.4% del total en 1990-2000 hasta 36.8% en la década de 2010-2020.



608 Seguridad de la biopsia renal en pacientes con trombocitopenia moderada-severaM. LEÓN POO¹, D. ROLDÁN¹, A. SHABAKA¹, Y. DIAZ ENAMORADO¹, P. DOMÍNGUEZ TORRES¹, E. LANDALUCE TRISKA¹, G. FERNÁNDEZ JUÁREZ¹¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCÓN (MADRID, ESPAÑA)

Introducción: La biopsia renal es el patrón oro para el diagnóstico de varias enfermedades renales. La mayoría de los centros contraindicaron la realización de biopsia renal por un aumento del riesgo de complicaciones en pacientes con trombocitopenia. El objetivo de este estudio fue revisar el riesgo de complicaciones mayores en las biopsias renales de pacientes con trombocitopenia grado 2-3.

Material y métodos: Revisamos retrospectivamente las historias clínicas de pacientes adultos que se sometieron a una biopsia renal entre enero 1999 y diciembre 2021 con cifra de plaquetas <10000/ul previo a la biopsia renal. Recogimos datos demográficos, motivo de la indicación de biopsia, presión arterial, hemograma y perfil de coagulación previo a la biopsia renal, medicación (anticoagulación, antiagregación), utilización de premedicación (desmopresina intravenosa, transfusión de plaquetas), así como número de pases, y complicaciones menores (hematoma, hematuria macroscópica) y mayores (hematoma sintomático o con necesidad de transfusión de hemoderivados, hipotensión severa, intervencionismo radiológico, ingreso en UCI, nefrectomía o exitus).

Resultados: De 1094 biopsias revisadas, 36 pacientes (3.3%) tenían trombocitopenia moderada o severa pre-biopsia renal, con una media de 74917 ± 15875 plaquetas/ul, hemoglobina 10.2 ± 2 g/dl, INR 1.14 ± 0.19 , COL-EPI 204 ± 79 seg, CKD-EPI 24.8 ± 14.8 ml/min. La indicación de la biopsia renal fue urgente en 77.8% de los casos, el motivo fue FRA en 18 pacientes (50%) y síndrome nefrítico en otros 8 (22.2%), 18 pacientes (52.9%) recibieron desmopresina pre-biopsia y 8 pacientes (22.2%) recibieron una transfusión de plaquetas pre-biopsia renal. Como complicaciones, 6 pacientes (16.7%) desarrollaron hematoma asintomático y 6 (16.7%) hematuria macroscópica. En cuanto a complicaciones mayores, 5 pacientes (13.9%) desarrollaron un hematoma sintomático o que precisó transfusión de hemoderivados, 1 paciente (2.8%) precisó embolización e ingreso en UCI, y ningún paciente desarrolló FAV, precisó nefrectomía o falleció. Hubo menos complicaciones mayores con la utilización de desmopresina (11.1% vs 25%, $p=0.271$) y la transfusión de plaquetas (12.5% vs 21.4%, $p=0.503$), sin llegar a ser una asociación significativa.

Conclusiones: Aunque se ha asociado la trombocitopenia con un aumento del riesgo de sangrado en las biopsias renales, la utilización de desmopresina intravenosa y la transfusión de plaquetas pre-biopsia renal podría reducir este riesgo en pacientes en los que el diagnóstico de la patología renal resulte de vital importancia.

609 EXPERIENCIA EN UNA CONSULTA DE NEFROLOGIA GERIATRICAO. SIVIERO MORALES¹, MA. DÁVILA JEREZ², E. MARTÍN IZQUIERDO¹, C. MARÍN DELGADO¹, MJ. REGUERA CARMONA¹, C. RODRIGUEZ ALVAREZ¹, A. ARAGAO¹, R. PEREZ MORALES¹, A. ALONSO BETHENCOURT¹, M. MACÍA HERAS¹¹NEFROLOGÍA. HUNSC (ESPAÑA), ²GERIATRÍA. HUNSC (ESPAÑA)

Introducción: En las dos últimas décadas, la población española mayor de 65 años ha aumentado en más de dos millones de personas. Esto ha hecho más frecuente la coexistencia de comorbilidades como la hipertensión arterial (HTA) y la diabetes (DM) que actúan como factores de riesgo en la aparición de la enfermedad renal crónica (ERC). Esta circunstancia se ve condicionada por la presencia de otros factores asociados al envejecimiento que condicionan una mayor fragilidad y un mayor grado de dependencia. Debido a esto, la aplicación de la valoración geriátrica integral podría ser de utilidad para su adecuada estratificación, obteniendo una mejor evaluación de la enfermedad renal y, con ello, tratar de mejorar la funcionalidad del paciente.

Objetivos: Analizar los parámetros asociados a la ERC y su posible relación con el grado de fragilidad y/o funcionalidad en el paciente mayor de 75 años remitido a una consulta específica de Nefrología.

Material y métodos: Estudio epidemiológico descriptivo y observacional correspondiente a una serie de casos, que incluye a los pacientes del área sur de Tenerife que durante un periodo de 8 meses fueron remitidos para valoración por parte del Servicio de Nefrología del HUNSC.

Resultados: Se obtuvo que, de 1263 pacientes remitidos, el 41,1% de pacientes eran mayores de 75 años. De ellos, el 19,1% de pacientes requirieron valoración presencial en la consulta de Nefrogeriátrica. Al analizar la relación entre la fragilidad y funcionalidad, observamos que los grupos con mayor fragilidad presentaban tanto edades mayores como valores de hemoglobina y albúmina más bajos. Asimismo, se observó que los pacientes clasificados como frágiles presentaban un riesgo de mortalidad superior a aquellos no frágiles. Respecto a la funcionalidad, al comparar las medias de los parámetros asociados a la ERC en relación con el grado de funcionalidad (Barthel) se obtuvo que la edad, creatinina, la hemoglobina y la albúmina presentaron significación estadística.

Conclusiones: La población geriátrica representa un número significativo de todas las consultas remitidas a Nefrología. La alta prevalencia de enfermedades asociadas que afectan a la función renal (HTA y DM) junto con los cambios fisiológicos que ocurren en el envejecimiento, ocasionan que la ERC constituya un problema de salud pública importante. La realización de escalas de fragilidad y funcionalidad adecuadas pueden constituir uno de los parámetros más importantes a valorar en el paciente nefrogeriátrico, ya que nos permitiría mejorar la eficiencia del proceso asistencial en la ERC.

610 PERFIL RENAL DE PACIENTES CENTENARIOS INGRESADOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVELO. SIVIERO MORALES¹, MA. DÁVILA JEREZ², M. GONZÁLEZ-COLAÇO HARMAND², MJ. REGUERA CARMONA¹, E. MARTÍN IZQUIERDO¹, C. MARÍN DELGADO¹, A. JARQUE LÓPEZ¹, D. LUIS RODRÍGUEZ¹, A. ALONSO BETHENCOURT¹, M. MACÍA HERAS¹¹NEFROLOGÍA. HUNSC (ESPAÑA), ²GERIATRÍA. HUNSC (ESPAÑA)

Introducción: La esperanza de vida ha ido aumentando significativamente en las últimas décadas, siendo cada vez más frecuente la presencia de centenarios en nuestra sociedad. La función renal de estos pacientes suele estar afectada usando las fórmulas actuales de estimación.

El objetivo de nuestro trabajo es identificar y cuantificar los ingresos hospitalarios de pacientes centenarios y poner de manifiesto el perfil renal de los mismos.

Material y métodos: Estudio observacional sobre una cohorte retrospectiva de 70 ingresos hospitalarios entre el 1 de Enero de 2010 y el 31 de Diciembre de 2015.

Se tuvo en cuenta el motivo de ingreso, diagnóstico principal, edad y sexo, comorbilidad, filtrado glomerular, hemoglobina, institucionalización, funcionalidad y mortalidad.

Resultados: La edad media fue de 101.36 años (rango 100-107 años). El 85.71 % fueron mujeres. Los motivos de ingreso más frecuentes fueron: 1. Infección respiratoria de vías bajas (12,85 %); 2. Fracturas óseas (11.42%); 3. Insuficiencia Cardíaca descompensada (8,57 %); 4. Infección del tracto urinario (8.57 %). El 82,54 % de los ingresados presentaron fracaso renal, en su mayoría Enfermedad Renal Crónica (ERC) agudizada presentando una creatinina media al ingreso de 1.39 mg/dL y de 1.24 mg/dL al alta y un filtrado glomerular medio estimado por MDRD de 44,25 mL/min y 49,23 mL/min igualmente. El 17,46 % presentaron un filtrado glomerular mayor a 60 mL/min (más de dos tercios mujeres). Ningún paciente se dializó. El 18,57% estaba institucionalizado. De los 70 ingresados, 51 eran diabéticos y 56 eran hipertensos coincidiendo ambos antecedentes en 17 de ellos. Ningún paciente era independiente desde el punto de vista funcional, presentando un Barthel menor de 20 en el 40% de los hospitalizados (siendo únicamente superior a 60 en el 13.33%). El 42,86 % tenía anemia al ingreso. Respecto a la medicación, el 47,14 % estaba con diurético de asa, el 27,14 % estaba con un IECA o ARA2 y el 58,57 % tenía algún antiagregante. Sólo un 4.28% estaba con anticoagulación oral. El 24 % fallecieron como consecuencia del motivo de ingreso o por complicaciones tras el mismo.

Conclusiones: Cada vez es más frecuente el ingreso de centenarios en nuestros hospitales lo que no deja de ser una fotografía de nuestra sociedad actual cada vez más longeva. Las mujeres conforman la mayoría de los ingresados y presentan mejor porcentaje de función renal conservada respecto a los varones. La ERC es muy prevalente, implementada a su vez por fórmulas de estimación imprecisas en edad avanzada. ¿Necesidad de fórmulas adaptadas? La prevalencia de la anemia asociada a la ERC implica tener en cuenta el uso de eritropoyetina como parte del tratamiento conservador. Llama la atención el alto porcentaje de pacientes con IECA /ARA 2, ¿son estos fármacos necesarios en estas edades?

611 ¿ES LA PLASMAFÉRESIS UNA HERRAMIENTA TERAPÉUTICA SEGURA Y EFICAZ? EXPERIENCIA EN NUESTRA ÁREA SANITARIA GRANADA-NORTE.K. ESPINOZA MUÑOZ¹, M. BARRALES IGLESIAS¹, A. POLO MOYANO¹, M. PALOMARES BAYO¹, C. DE GRACIA¹, C. SILES PEÑA¹¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES (GRANADA)

Introducción: La plasmaféresis es una herramienta terapéutica con enormes beneficios en el tratamiento de diversas enfermedades. En ocasiones siendo utilizada como primera línea de tratamiento. Actualmente ampliamente difundida, por los resultados satisfactorios obtenidos cuando el resto de tratamientos son inefectivos. A pesar de esto es habitualmente infravalorada y poco utilizada.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de 28 pacientes sometidos a plasmaféresis desde el año 2019 hasta el 2021 de nuestra área sanitaria. Se utilizó el programa SPSS 20.0.

Resultados: Se efectuaron un total de 217 sesiones, en 28 pacientes. El 57% eran hombres, con edad media de 51 ± 16 años. Las causas de indicación: enfermedades neurológicas(64%), enfermedades autoinmunitarias(14%), rechazo de órganos trasplantados(14%), enfermedad renal(4%) y enfermedad hematológica(3%). El líquido de reposición utilizado fue albúmina (93%). Se realizaron una media de 8 ± 5 sesiones, con una duración de 1.43 ± 39 min, utilizando como acceso vascular un CVC transitorio. Como complicaciones derivadas de la técnica fue el recambio de filtro(39%) a pesar de uso de heparina. Previamente recibieron tratamiento médico de primera línea con: corticoides(54%), inmunoglobulinas(36%) y biológicos(11%), sin resultados. Tuvieron remisión clínica un 75% tras terminar el tratamiento. En la evolución analítica se vio negativización de anticuerpos del 41% al 29%, permaneciendo positivos solo un 12% con títulos bajos ($p:0.048$ en relación a mejoría clínica), 36% presentaron hipocalcemia, sintomática en el 16%($p:0.03$ relacionada con el número de sesiones). Linfopenia en el 54% (la mayoría tenía linfopenia previa), sin significación estadística. Entre las complicaciones más relevantes, sin implicaciones graves (infección 33%, hipotensión 28%, sangrado 16% y alergia 5%), significación estadística con edad (0.014) y no con número de sesiones. Analizamos el tratamiento según categoría ASFA perteneciendo a la recomendación I (primera línea) 61% y II (segunda línea) 35%. La respuesta al tratamiento fue distinta entre las categorías. La tasa de respuesta total/parcial entre los pacientes incluidos en la categoría I (54%), mientras que en la categoría II (21%). El mayor número de respuestas completas corresponden a la categoría I con 7/17, en contraposición con el mayor número de no respuestas en la categoría II con 4/10. Según el grado de evidencia 1A(respuesta satisfactoria en todos), 1B(sin respuesta 3/12), 1C(sin respuesta 3/9), 2B (sin respuesta 6/7).

Conclusión: Constituye una técnica segura y eficaz, con una proporción baja de complicaciones y buenos resultados clínicos. A pesar de esto se requieren más estudios que permitan incrementar y consolidar la evidencia existente en el uso de estos procedimientos.

612 CIRROSIS Y FRACASO RENAL AGUDO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UN HOSPITAL TERCIARIO

K. PÉREZ MELÉNDEZ¹, A. BUJÁN LÓPEZ¹, L. ORTEGA MONTOYA¹, N. GARCÍA ALONSO¹, I. ACOSTA HERNÁNDEZ¹, M. UGARTE AROSTEGUI¹, R. MUÑOZ GONZÁLEZ¹, I. MINGUELA PESQUERA¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL DE BASURTO (BILBAO)

Introducción: El fracaso renal agudo (FRA) es un importante marcador de morbimortalidad en pacientes con cirrosis. Dado que cambia significativamente el pronóstico en estos pacientes, es importante prevenir el desarrollo del FRA e identificar la causa para iniciar un tratamiento adecuado lo antes posible. El objetivo de este trabajo fue conocer las principales causas de FRA en pacientes cirróticos hospitalizados y el pronóstico según la causa.

Material y método: Estudio retrospectivo, longitudinal, observacional y descriptivo. Se analizaron los casos de cirrosis y FRA en pacientes ingresados en un hospital terciario que precisaron valoración por Nefrología, entre el periodo de enero 2021 y diciembre 2021. Se excluyeron aquellos pacientes que presentaban una enfermedad renal crónica (ERC) estable. Se usó la base de datos de interconsultas de Nefrología. En la comparación entre variables categóricas se utiliza chi-cuadrado o test exacto de Fisher. En la comparación entre grupos de las variables cuantitativas se emplea ANOVA y prueba de rangos de Mann-Whitney.

Resultados: Se estudiaron un total de 31 pacientes con cirrosis y FRA. 16 de estos pacientes fueron valorados en la Unidad de cuidados intensivos (UCI) mientras que el resto se encontraba en planta de Aparato digestivo. El FRA fue de origen prerrenal en 14 pacientes (45%), por lesión intrarrenal por Necrosis Tubular Aguda (NTA) en 7 pacientes (22,5%) y por síndrome hepatorenal (SHR) en 10 pacientes (32%). Los factores de riesgo para desarrollar FRA en pacientes cirróticos incluyeron hemorragia digestiva alta, sepsis, toxicidad por fármacos y SHR. La causa de cirrosis más frecuente fue la ingesta excesiva de alcohol. Del total de pacientes, 6 requirieron tratamiento sustitutivo renal (TSR), todos ellos ingresados en UCI. La mortalidad total fue del 48% (15 pacientes) mientras que en pacientes que precisaron TSR la mortalidad ascendió al 83% (5 pacientes). El mayor empeoramiento de la función renal (AKIN 3) se asoció a peor pronóstico (p<0,05) y la presencia de anuria se asoció de forma estadísticamente significativa con mayor mortalidad (p<0,05). Los pacientes que presentaron síndrome hepatorenal tuvieron una mayor mortalidad.

Conclusiones: El FRA es un evento grave en pacientes con cirrosis. El diagnóstico de SHR y la necesidad de TSR durante la hospitalización, están fuertemente asociados a un mal pronóstico. Los desencadenantes potenciales de la lesión renal aguda deben reconocerse y evitarse; esto incluye la suspensión de diuréticos y fármacos nefrotóxicos, el tratamiento de infecciones y hemorragias digestivas, y la expansión plasmática en caso de hipovolemia.

613 CARACTERÍSTICAS DEL FRACASO RENAL AGUDO EN PACIENTES POSTOPERADOS DEL SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA

BUJÁN LÓPEZ¹, K. PÉREZ MELÉNDEZ¹, L. ORTEGA MONTOYA¹, N. GARCÍA ALONSO¹, I. ACOSTA HERNÁNDEZ¹, M. UGARTE AROSTEGUI¹, R. MUÑOZ GONZÁLEZ¹, I. MINGUELA PESQUERA¹

¹NEFROLOGÍA. OSAKIDETZA (BILBAO)

Introducción: El Fracaso Renal Agudo (FRA) es una complicación transitoria pero frecuente en los pacientes ingresados en el servicio de Traumatología. Se asocia con un mayor tiempo de estancia hospitalaria y con un aumento de la morbimortalidad. Además, supone un aumento de los costes y un empeoramiento del estado funcional basal de los pacientes que lo presentan. El objetivo de este trabajo fue observar las características principales del fracaso renal agudo en el servicio de Traumatología, así como las causas más frecuentes que conllevan un empeoramiento de la función renal y un aumento de la estancia hospitalaria.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, longitudinal, observacional y descriptivo. Se analizaron los casos de FRA en pacientes ingresados en el servicio de Traumatología que precisaron valoración por Nefrología entre el periodo de enero a diciembre del año 2021. Se usó la base de datos de interconsultas de Nefrología. En la comparación entre variables categóricas se utilizó chi-cuadrado o test exacto de Fisher. En la comparación entre grupos de las variables cuantitativas se empleó ANOVA y prueba de rangos de Mann-Whitney.

Resultados: Se recogieron datos de una muestra de 31 pacientes con una media de edad de 86.8 años; 16 varones (51.6%) y 15 mujeres (48.4%). La mayor parte de los pacientes que fueron valorados por FRA, estaban ingresados por fractura de cadera (80.6%). El 41.9% de los pacientes tenían antecedentes de enfermedad cardiovascular y el 38,7% eran diabéticos, no encontrándose asociación estadísticamente significativa entre dichas comorbilidades y el desarrollo de FRA (p 0.934 y p 0.171 respectivamente). Las variables que se asociaron de forma estadísticamente significativa (p<0.05) a FRA fueron la edad avanzada, la anemia postquirúrgica y el desarrollo de retención aguda de orina.

Conclusiones: El fracaso renal agudo es una complicación frecuente en los pacientes sometidos a cirugía de Traumatología y supone un aumento en el tiempo de ingreso. La edad avanzada es un factor de riesgo no modificable asociado a FRA, ya descrito en la literatura, y que observamos en nuestra muestra. Existen otros factores de riesgo modificables, como la anemia o la retención aguda de orina, fuertemente asociados a FRA, que debemos reconocer precozmente y evitar.

614 "PALLAPUPAS" – AGENTES DE SALUD QUE A TRAVÉS DEL HUMOR MEJORAN LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE (XPA) Y AYUDAN A TRANSMITIR MENSAJES PARA UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE

BAYÉS GENÍS¹, M. QUINTELA MARTÍNEZ¹, C. DOMÍNGUEZ DERREUMAUX², M. ARIAS GUILLEN¹, B. ROMANO-ANDRIONI¹, AI. LOPEZ LAZCANO³, A. YUGUERO ORTIZ², N. CLEMENTE JUAN¹, J. SOLÉ ANDRÉS¹, J. ESCARRABILL SANGLAS⁴

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO (BARCELONA/ESPAÑA), ²PALLAPUPAS. PALLAPUPAS (BARCELONA/ESPAÑA), ³NUTRICIÓN. HOSPITAL CLÍNICO (BARCELONA/ESPAÑA), ⁴PSICOLOGÍA CLÍNICA. HOSPITAL CLÍNICO (BARCELONA/ESPAÑA), ⁵REHABILITACIÓN. HOSPITAL CLÍNICO (BARCELONA/ESPAÑA), ⁶EXPERIENCIA DEL PACIENTE. HOSPITAL CLÍNICO (BARCELONA/ESPAÑA)

Desde Hipócrates se ha pensado que el humor puede tener efectos sobre la salud de las personas. Pallapupas son payasos de adultos que enfocan sus actividades al cuidado emocional de las personas enfermas.

Objetivo: Introducir actividades programadas de pallasos (Pallapupas) en un centro sanitario para evaluar el impacto en la experiencia del paciente(XPA) y la capacidad de transmitir mensajes sobre hábitos saludables.

Metodología:

1.-Sesiones de co-creación entre los responsables de XPA del hospital, Pallapupas y una consultora para integrar los Pallapupas en el equipo asistencial, definir posible cartera de servicios y proponer un piloto.

2.- Prueba piloto: - Definición e implantación del piloto: incorporación de Pallapupas en la unidad de diálisis con el objetivo de mejorar la XPA y transmitir mensajes para un estilo de vida saludable. Duración tres meses. 3 sesiones mensuales en un único turno.

- Intervenciones educativas: nutrición, ejercicio físico, estrés emocional definidas por el equipo multidisciplinar (nutricionista, fisioterapeuta, psicóloga, nefrólogos, enfermería de diálisis).

- Metodología de trabajo: a) definición de tres mensajes clave de cada materia por parte del equipo multidisciplinar b) transmisión de los mensajes a Pallapupas para su puesta en escena y situación de los pacientes c) reuniones de feedback tras cada sesión entre el equipo multidisciplinar y Pallapupas.

- Evaluación: mediante encuestas y entrevistas a los pacientes y profesionales

Resultados de la prueba piloto:

a) Encuesta:El 64% valoró la calidad de las intervenciones como muy buenas y afirma que recibió el servicio que esperaba. Un 73% de los pacientes recomendaría Pallapupas en diálisis. El 50% de los pacientes cree que Pallapupas ha ayudado a tolerar mejor las diálisis y un 46% afirma que ha sido fácil captar los mensajes de salud.

b) Entrevistas: Correcta comunicación y organización. Los días de la intervención la sesión de diálisis se tolera mejor (sensación de ser más corta). Des de la perspectiva del entretenimiento la valoración es muy buena. Se explicaban los temas a través de historias que tienen una continuidad lógica. Debe evitarse intervenciones que infantilicen. Pallapupas no explico mensajes nuevos, pero reforzo los conocidos. Los mensajes en relación con el ejercicio físico fueron los más fáciles de captar. Bien recibido la combinación de intervenciones grupales e individuales. Las intervenciones cortas (20 min) tienen mejor acogida.

En resumen, Pallapupas mejoran la XPA y a través del humor se pueden reforzar mensajes de salud y conseguir objetivos de educación sanitaria sencillos pero que en realidad no son fáciles.

615 EXPERIENCIA DEL HOSPITAL DE DÍA Y LAS UNIDADES DE CARDIO-RENAL EN EL MANEJO DEL SÍNDROME CARDIORRENAL

R. GONZÁLEZ CANO¹, S. BLAS GÓMEZ¹, A. APARICIO SIMÓN¹, PA. SARDUY CORONADO¹, A. ORTEGA CERRATO¹, J. PEREZ MARTÍNEZ¹, FJ. CENTELLAS PEREZ¹

¹NEFROLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE ALBACETE (ESPAÑA)

Introducción: El síndrome cardiorenal una manifestación clínica de la interacción bidireccional entre las enfermedades cardíacas y renales, que se refiere tanto al compromiso de la función renal en las enfermedades cardiovasculares, como al compromiso cardiovascular en la enfermedad renal. En los últimos años han ido surgiendo unidades de trabajo específicas entre cardiólogos y nefrólogos con el objetivo de brindar a estos pacientes una mejor atención médica con un manejo más estrecho y global a la vez.

En nuestro hospital, se ha creado recientemente un grupo de trabajo de Unidad Cardio-renal, que desarrolla su labor en el marco de un hospital de día, con el objetivo de mejorar la organización con los pacientes ambulatorios que requieren un manejo integral.

El propósito de este estudio es analizar los tratamientos recibidos y las complicaciones sufridas por los pacientes desde la creación de dicha Unidad en nuestro centro.

Material y métodos: Este estudio incluye pacientes que, debido a su proceso cardiorenal, recibieron tratamientos intravenosos, desde la creación de nuestra Unidad Cardio-renal (entre el 15/06/2020 y el 14/06/2021). Hemos recogido datos del número de complicaciones, así como llevado a cabo un estudio observacional pre-post comparando el número de hospitalizaciones en el año previo a la creación de la Unidad y su evolución durante el año siguiente. El estudio estadístico se ha analizado con el software SPSS, buscando un valor de p menor de 0.05.

Resultados: Se incluyeron 93 pacientes (75 hombres y 18 mujeres) en el estudio. La edad media fue de 72.43 años (con un rango de edad 18 a 85 años). El hierro intravenoso fue el fármaco más usado (en 64 ocasiones), seguido del Levosimendán (38 veces) y la furosemida (5 veces). No se registraron complicaciones durante el estudio. El número de hospitalizaciones medias en nuestros pacientes fue de 2.03 durante el año previo, y de 0.21 durante el año siguiente (p<0.05). 89 de los 93 pacientes no tuvieron ninguna hospitalización en los 12 meses siguientes a la creación de esta Unidad.

Conclusiones: Los hospitales de día son una opción de manejo interesante para pacientes con enfermedades cardiorenales, gracias a los cuales podemos llegar a conseguir una reducción significativa de las tasas de hospitalización y descompensación. La organización de nuevas Unidades de Cardio-renal permite optimizar el tratamiento de estos complejos pacientes así como impulsar líneas de investigación y proyectos acerca del síndrome cardiorenal.

616 EXPERIENCIA EN VIDA REAL CON LOS NUEVOS QUELANTES DEL POTASIO

GARCÍA DE LA VEGA GARCÍA¹, P. LABRADOR GÓMEZ², A. ROCHA RODRIGUES³, JL. DEIRA LORENZO²

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL SAN PEDRO DE ALCÁNTARA (CÁCERES/ESPAÑA), ²NEFROLOGÍA. HOSPITAL SAN PEDRO DE ALCÁNTARA (CÁCERES/ESPAÑA)

Introducción: La hiperpotasemia constituye la alteración electrolítica más grave. Las causas más frecuentes en la práctica clínica son la insuficiencia renal y los fármacos. Dado que este trastorno puede ser fatal, debe tratarse de forma precoz y eficaz. Tradicionalmente, se han utilizado resinas de intercambio iónico que presentan una efectividad limitada y un inicio de acción lento. Por ello, recientemente, se han desarrollado dos nuevos quelantes del potasio, el patiromer y el ciclosilicato de circonio de sodio (CSZ) que muestran mayor eficacia y mejor tolerancia.

Materiales y métodos: Se trata de un estudio descriptivo observacional a partir de una muestra de 37 pacientes con hiperpotasemia pertenecientes al Complejo Hospitalario Universitario de Cáceres. Sobre los datos recogidos hemos realizado un análisis descriptivo de variables cuantitativas. Finalmente, para el tratamiento y análisis de los datos se ha utilizado el software estadístico SPSS.

Resultados: Este estudio, basado en el análisis del efecto sobre el potasio sérico de dos quelantes del potasio, incluye 37 pacientes, 35,14% fueron mujeres y 64,86% fueron varones, con una edad media de 67,7 años. El 13,51% de los pacientes fueron tratados con patiromer, mientras que el 86,49% se trató con CSZ. Del total de pacientes tratados con CSZ, la mayoría (59,38%) recibió 10g, mientras que el resto (40,63%) recibió 5g. En el 83,78% de los pacientes tratados con estos fármacos se mantuvieron los ISRAA objetivando que, el 80% de los pacientes tratados con patiromer presentó un descenso en el potasio con una bajada media de 0,67 mg/dl, mientras que en el 78,3% de los pacientes tratados con CSZ se objetivó una mejora de la hiperpotasemia con una bajada media de 1 mg/dl. A su vez, también podemos destacar, que el 60% y el 86,36% de los pacientes tratados con patiromer y CSZ respectivamente, mostró una mejoría en la función renal. Por otro lado, respecto a la pérdida de albúmina en orina, el 75% de los pacientes tratados con patiromer presentó empeoramiento en las cifras de albuminuria, mientras que en el 53,8% de los pacientes tratados con CSZ se objetivó una mejora en las cifras de este parámetro.

Conclusiones: Recientemente, se han desarrollado dos nuevos quelantes del potasio que han demostrado ser eficaces en el tratamiento de la hiperpotasemia, con efectos secundarios leves asociados. Nuestros datos muestran una eficacia clínica en la vida real permitiendo mantener el bloqueo del SRAA y, consiguiendo así, estabilizar o mejorar la pérdida de proteínas en orina.

617 PUESTA EN MARCHA DE UNA CONSULTA MONOGRÁFICA DE ONCO-NEFROLOGÍA. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS OCHO PRIMEROS MESES

M. PADRÓN ROMERO¹, I. CARMENA RODRÍGUEZ², B. SUALDEA PEÑA¹, L. CUETO BRAVO¹, D. REGIDOR RODRÍGUEZ¹, R. DÍAZ-TEJERO IZQUIERDO¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE TOLEDO (TOLEDO)

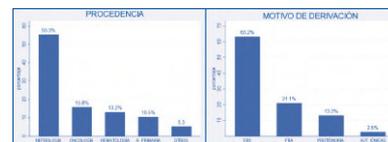
Introducción: La prevalencia de enfermedad renal crónica (ERC) y fracaso renal agudo (FRA) es mayor en pacientes oncológicos. La afectación puede estar derivada de la propia patología o de las terapias recibidas. Además, la cronificación de la enfermedad neoplásica ha aumentado las interconsultas a nefrología. Ante esta evidencia, decidimos poner en marcha una consulta monográfica de onconeurología en nuestro centro.

Métodos: Estudio descriptivo de pacientes evaluados en la consulta de onconeurología del Hospital Universitario de Toledo desde el 1/septiembre/2021 hasta el 30/abril/2022. Analizamos características demográficas, procedencia y motivo de derivación. Se describen posibles etiologías del daño renal.

Resultados: Revisamos 38 pacientes (73,7% varones, mediana de edad de 69,7 años). Un 73,7% eran hipertensos y 26,3% diabéticos. El 55,3% fueron remitidos desde consultas externas de nefrología. La mediana de creatinina fue 1,8mg/dl. Un 63,2% presentaban proteinuria mayor de 500 mg/24 horas (21,1% en rango nefrótico). La ERC fue el motivo de derivación más frecuente. Del 21,1% remitidos por FRA, 2 casos fueron diagnosticados de nefropatía tubulointersticial aguda inmunológica por fármacos, confirmando 1 mediante biopsia. 2 pacientes presentaron FRA obstructivo precisando derivación de vía urinaria. 2 pacientes evolucionaron a ERC (probable NTA por toxicidad farmacológica). El último paciente recuperó función renal tras corregir factores funcionales. Los pacientes con patología hematológica suponen casi la mitad (47,4%). Sospecha de gammapatía monoclonal de significado renal en un 38,9%, encontrándose 3 pendientes de biopsia renal para su confirmación. Un 22,2% están en seguimiento por mieloma múltiple. Dentro de los tumores sólidos, los más frecuentes son los tumores urológicos (23,7%). 3 pacientes fallecieron durante el seguimiento.

Conclusiones: La mayoría de pacientes son derivados por ERC si bien un porcentaje no desdeñable es remitido por FRA y estudio de proteinuria. La puesta en marcha de la consulta confirma la necesidad de asistencia de la patología renal derivada en pacientes oncológicos. Su diagnóstico y asistencia precoz puede ayudar a prevenir complicaciones renales e ingresos hospitalarios.

Figura 1.



618 ESCALA DE CALIDAD DE VIDA EN SARCOPENIA SARQOL® EN PACIENTES CON ERC

G. BARRIL¹, G. ALVAREZ², E. JOSÁ², P. OCHOA¹, A. CORTIÑAS¹, L. MARISCAL DE GANTE¹, A. NUÑEZ¹, C. SANCHEZ¹, T. ANDRINO¹, A. NOGUEIRA¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL U. DE LA PRINCESA (MADRID), ²UNIVERSIDAD. U. EUROPEA (MADRID)

El SarQoL® autoadministrado, Es un cuestionario de Calidad de Vida en relación con sarcopenia comprensible, válido y consistente indicado con fines clínicos y de investigación.

Objetivo: El propósito de este estudio fue analizar el impacto de la sarcopenia en la calidad-de-vida con el Cuestionario SarQoL® en pacientes con ERC

Metodología: Administramos cuestionario SarQoL® comprende 55 ítems en 22 preguntas a 79 pacientes con ERC. Así mismo se evaluó dinamometría, albúmina, PCR, MIS y Bioimpedancia.

Resultados: 79 pacientes evaluados ERCA 45,6% y HD 54,4%, 67,1% hombres, edad 70,17±13,05 sin diferencia entre ERCA y HD. 43% dinapen/presarcopenia 43,3%, xalbúmina 4,2±0,45, MIS>5(35%). Actualmente sufre disminución de (ERCvsHD) : fuerza en brazos:Nada 38,9%vs42,5% ; Fuerza en piernas: Nada 27,8% vs 21,4%; Flexibilidad muscular Nada:17,9% vs 17,5%; Nada: masa muscular 33,3% vs 19%. Sufre dolores musculares? (ERCvsHD):Frecuentemente: 11,1%vs25,6%; Nunca:22,2%vs16,3%. Ante esfuerzos físicos-ligeros presenta: Dificultad:Nunca 41,7%vs16,3%; Cansancio:Nunca 33,3%vs18,4%; Dolor:Nunca 22,2%vs18,4%. Ante esfuerzos físicos-importantes presenta(ERCA vs HD): Dificultad:Nunca 19,4%vs5,6%; Cansancio:Nunca 17,5%vs7,5%; Dolor:Nunca 20% vs7,7% Se siente mayor? No en absoluto: 30,6%vs21,4%, siendo debilidad muscular, polimedicación y falta de energía las causas más importantes. Sensación de ser frágil (ERCA vs HD): No en absoluto 38,2%vs11,9%; Problemas de equilibrio? Nunca 42,9%vs23,8%; Se cae con frecuencia? Nunca 62,9%vs45,2%.

Al andar (ERCA vs HD): siente cansancio importante:Nunca 25%vs17,5, Necesidad de sentarse regularmente: 30,6%vs19%; Dificultad cruzar carretera: nunca 13,9%vs14,6%,Dificultad caminar por terrenos irregulares:Nunca 36%vs16,1%. Se siente físicamente débil?: No 25%-ERCA vs 19%-HD. Limitaciones en el tiempo de paseo (ERCvsHD): en absoluto 42,9%vs 20%, Nº de veces que va andando a sitios: en absoluto 35,2% vs 24,3%; Distancia de paseo: en absoluto 29,4%vs 10,3%; Velocidad marcha: mucho 20,6%vs30%; En la longitud paso: mucho 14,7%vs28,2%. Dificultad para las habilidades de la vida diaria (ERCvsHD) : 1 tramo escaleras sin dificultad 40% vs 25,6%, sin dificultad para arrodillarse 31,4%vs19,5%, puede agacharse para recoger objetos del suelo 48,6%vs34,9, levantarse desde el suelo sin apoyo 25,7%vs11,6, poder cargar objetos pesados sin dificultad: 37,1% vs 14%, abrir botella sin dificultad 54,3% vs 53,5%, utilizar transporte-público sin dificultad 60% vs 47,5%, subir/bajar de coche sin dificultad: 48,6%vs40,5%, incapaz hacer tareas del hogar 2,9%vs14,3%. Modificación por debilidad muscular de actividades (ERCvsHD): No limita los movimientos: 41,7%vs16,2%, Práctica de ejercicio 25,7%vs 57,1; la vida social disminuida37,1%vs54,8%, la vida sexual 3,3% vs 11,1%.

Conclusión: La encuesta SarQoL aparece como una herramienta útil de calidad de vida en relación con sarcopenia con mayor afectación en ERCA que en HD.

519 EDAD COMO FACTOR MODIFICADOR DE PARAMETROS NUTRICIONALES, COMPOSICIÓN CORPORAL Y FUERZA MUSCULAR EN PACIENTES CON ERC

G. BARRIL¹, G. ALVAREZ², E. JOSÁ², A. NOGUEIRA¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL U. DE LA PRINCESA (MADRID), ²UNIVERSIDAD. U. EUROPEA (MADRID)

Objetivo: Analizar evolución de parámetros de valoración nutricional, composición-corporal y fuerza-muscular en pacientes con ERC según percentiles de edad.

Metodología: Valoramos 346 pacientes con ERC, edad 70,61±12,72 años, estableciendo cuartiles de edad con los puntos 63años, 73años y 80años calculados para la muestra. Analizamos 227 hombres (67,4%) y 110 mujeres(32,6%), 157 (46,6% en ERCA y 180 (53,4%) en HD. Evaluamos parámetros bioquímicos, de BIA y fuerza muscular por dinamometría así como escala de nutrición-inflamación para los diferentes percentiles de edad

Resultados: Utilizando como punto de corte en dinamometría 16Mujeres y 27 en Hombres, observamos que para los cuartiles de edad existen diferencias significativas aumentando el % con dinamometría baja según avanza la edad p<0,001, con igual significación en hombres que en mujeres. Separando en grupos de ERCA y HD encontramos las mismas diferencias p0,001. Considerando el MIS como escala de malnutrición-inflamación con punto de corte en 5, se observa como el porcentaje de pacientes>5 aumenta a medida que aumentan los percentiles de edad (p0,082).Al dividir en grupos ERCA y HD aparece la diferencia más evidente en ERCA p0,001 que en HD p0,05). Utilizando PCR con punto de corte 1 como parámetro de inflamación no encontramos diferencias en los % según los percentiles de edad ni global ni si dividimos en ERCA y HD. Usando albúmina sérica con punto de corte 3,8, observamos como el % de pacientes con albúmina < 3,8 aumenta con la edad en los 3 primeros percentiles pero no así en el 4. Realizando anova sobre medias de albúmina para los diferentes percentiles de edad no existe diferencia-significativa. Considerando ángulo de fase normal >4 y utilizando 4 como punto de corte, a medida que aumentan los percentiles de edad aumenta significativamente el % de pacientes con ángulo de fase bajo.p<0,001. Al dividir en ERCA y HD observamos como las dif son significativas en ambos grupos con la misma significación en ambos p0,001. Estableciendo regresión logística con los diferentes parámetros respecto a dinamometría normal o baja aparecen como mejor modelo la edad (27,7), % de masa celular (5,70) y la albúmina (4,70),wald 20,73 sig.0,000.

Conclusión: Si bien la edad es el factor más influyente en el deterioro de parámetros de nutrición, composición corporal o pérdida de fuerza, la prevención monitorizando parámetros bioquímicos como la albúmina, prealbúmina y PCR, de Composición corporal como el ángulo de fase y de fuerza con la dinamometría pueden enlentecer la progresión propia de la edad.

620 PUESTA EN MARCHA DE UNA CONSULTA DE ONCONEFROLOGÍA

MF. CLAVIJO SÁNCHEZ¹, M. MARIN-BARNUEVO LARIOS¹, S. ROCA MERÓN¹, RM. DE ALARCÓN JIMÉNEZ¹, M. ALBALADEJO PÉREZ¹, MS. ROS ROMERO¹, MA. GARCÍA HERNÁNDEZ¹, M. MOLINA NÚÑEZ¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCÍA (CARTAGENA/ESPAÑA)

Introducción: En los últimos años se ha producido en nuestra actividad asistencial un aumento de la patología renal en relación a enfermedades onco- hematológicas. Esto puede deberse al desarrollo de nuevos agentes quimioterápicos así como al aumento de la esperanza de vida que ello supone. La complejidad de la relación de ambas patologías implica la importancia de un abordaje multidisciplinar. El objetivo de nuestro estudio es analizar los pacientes valorados en consulta de onconeurología desde su implementación.

Material y método: Estudio observacional prospectivo en el que incluimos pacientes valorados desde marzo 2021 a marzo 2022, motivo por el que son derivados y evolución.

Resultados: Se han valorado 57 pacientes, de los cuales 63,2% son hombres y 36,8% mujeres, con edad media de 70,8 años (± 10,84). En cuanto a factores de riesgo cardiovascular el 71,9% eran HTA, 29,8% diabéticos y un 22,8% HTA y diabéticos. El motivo de derivación a consulta fue en el 77,2% enfermedad renal crónica (ERC), 15,8% fracaso renal agudo (FRA), 3,5% proteinuria, 1,8% hematuria y 1,8% alteraciones electrolíticas. Entre los pacientes que debutaron con FRA en 3 casos se debió a Nefritis intersticial inmunológica, de los que 1 requirió hemodiálisis urgente con posterior recuperación completa de función renal y los otros 2 presentaron recuperación parcial de función renal, con recurrencia en uno de ellos tras suspensión de esteroides. Los tumores sólidos más frecuentes fueron el genitourinario (31,6%) de los que 4 pacientes precisaron nefrectomía, 12,3% terapias dirigidas y 10,5% inhibidor del check-point. Un 40,4% ha recibido radioterapia, de los cuales el tumor más frecuente es el genitourinario. En el momento de remisión a consulta la creatinina media fue 2,04 mg/dl (± 1,55), la proteinuria media 284 mg/g (± 542) y un 22,8% de pacientes presentaban microhematuria. A lo largo del seguimiento han fallecido 4 pacientes.

Conclusiones:

- LA ERC y el FRA son el motivo principal de derivación a consulta de onconeurología.
- El tumor genitourinario ha sido el más prevalente, precisando nefrectomía en 4 casos.
- Un paciente precisó hemodiálisis urgente de forma transitoria con posterior recuperación completa de la función renal.

621 EQUIPO DE SOPORTE HOSPITALARIO EN UNIDADES DE NEFROLOGÍA: UNA COLABORACIÓN FUNDAMENTAL

R. ESTERAS RUBIO¹, M. MOLINA ROBLES¹, A. GARCÍA PÉREZ¹, V. SAINZ PRESTEL¹, I. SANZ GARAY-ZÁBAL¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA ELENA DE VALDEMORO (MADRID)

Introducción: El equipo de soporte hospitalario (ESH) o cuidados paliativos (CP) está formado por un grupo de profesionales centrados en el cuidado del paciente y su familia. Los pacientes con enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) son una población que, a menudo, precisa recibir este tipo de cuidados, dada la edad avanzada y la alta morbimorbilidad que presentan respecto a la población general.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo donde se analizaron los pacientes en seguimiento conjunto por Nefrología y ESH entre Enero 2019 y Febrero 2022.

Resultados: 21 pacientes precisaron seguimiento por ESH (8 pacientes ERCA, y 13 pacientes hemodiálisis). De los 113 pacientes que recibieron tratamiento en nuestra unidad de hemodiálisis, 57 fueron dados de baja, de los cuales 63,2% fallecieron. El 6,7% falleció de forma súbita en domicilio o residencia, 50% en hospital y 33,3% lo hizo acompañado por ESH (75% hospital, 16,6% domicilio y 8,3% residencia).

La edad media de los pacientes en seguimiento conjunto por Nefrología y ESH fue de 76 años. 64% varones, con un índice de Charlson medio de 10. La causa más frecuente de ERCA fue la nefropatía diabética (42,9%). El 71% presentaba hipertensión arterial, 50% diabetes mellitus, 21% cardiopatía isquémica, 35% vasculopatía periférica, 28% enfermedad oncológica activa, 28% demencia. Las cifras de albúmina media fueron 3,4 +/- 0,58 g/dl y prealbúmina 21 +/- 9,91 mg/dl.

La valoración por ESH fue solicitada por el médico (85%), desde la unidad de diálisis (43%) y tras ingreso hospitalario (57%). El motivo más frecuente fue adecuar/discontinuar la diálisis (85%), la falta de acceso vascular y control de síntomas.

El tiempo medio de seguimiento hasta el fallecimiento fue de 35 días. El 57% falleció en el hospital de forma asistida, 21,4% en domicilio y 7% en residencia. En 7 casos, el ESH conoció al paciente durante el ingreso en el que falleció y en 6 casos se realizaba seguimiento con visitas programadas semanalmente al domicilio y/o residencia presencial/telefónicamente por ESH. Sólo uno de ellos contaba con un documento de voluntades anticipadas.

En ERCA, los 5 pacientes en seguimiento actual presentan edad media de 85 años, 60% varones, con un índice de Charlson de 9 y albúmina de 4 mg/dl. La derivación se realiza desde la consulta de ERCA siendo la primera consulta conjunta con ESH con revisiones periódicas en domicilio cada 2-3 meses según la sintomatología.

Conclusiones: Los CPR permiten ofrecer una atención integral y personalizada al paciente y la familia en la etapa final de su vida, por lo que deberían ser fácilmente accesibles en todas las unidades de ERCA y diálisis. El trabajo conjunto de ESH y nefrología permite una toma de decisiones conjunta, ayudando en el manejo de situaciones difíciles.

622 ANÁLISIS DE LAS COMPLICACIONES DE LA BIOPSIA RENAL SOBRE RIÑÓN NATIVO E INJERTO RENAL

A. QUILIS PELLICER¹, C. CASTRO ALONSO¹, J. GOMEZ VALDES², A. VALERO ANTON¹, MC. MONTESA MARIN¹, A. SANCHO CALABUIG¹, V. ESCUDERO QUESADA¹, J. PANTOJA PEREZ¹, A. AVILA BERNA-BEU¹, E. GAVELA MARTINEZ¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL DR PESET (VALENCIA); ²RADIOLOGÍA. HOSPITAL DR PESET (VALENCIA)

Introducción: La biopsia renal (BR) es una técnica necesaria para el diagnóstico de la patología renal, pero no está exenta de complicaciones, las más graves en forma de sangrado. Por ello, es necesario la evaluación continua de los protocolos y procedimientos realizados. El objetivo del siguiente estudio es analizar las complicaciones derivadas de las BR percutáneas realizadas en nuestro centro durante un año.

Material y métodos: Se realizó un estudio de cohorte en el que se incluyeron todos los pacientes a los que se les hizo una BR entre enero y diciembre de 2021. Se analizaron datos demográficos, número de punciones, uso de desmopresina y días de hospitalización. Se incluyeron parámetros analíticos pre- y post-biopsia, factores de riesgo para sangrado (TA>150/90 mmHg pre-biopsia, IMC>30, edad>65 años, Hb<10g/dl, Cr plasmática>3g/dl, antiagregantes, anticoagulantes, plaquetopenia o ITU). Se registraron como complicaciones mayores: necesidad de transfusión, cirugía, nefrectomía, arteriografía, embolización y muerte. Como complicaciones menores: hematoma, fistula arterio-venosa (FAV), hematuria y dolor. Las biopsias renales se realizaron utilizando una aguja 16G con control ecográfico posterior inmediato y a las 24 horas, y con previa retirada de tratamiento antiagregante y anticoagulante.

Resultados: Se realizaron un total de 82 BR, de las cuales 52 (63,4%) fueron sobre injerto renal. Se obtuvo una rentabilidad diagnóstica del 93,3%. La edad media de los pacientes fue de 54,7 ± 17,3 y el 50% de ellos fueron mujeres. El 61% de los pacientes presentaba algún factor de riesgo: Cr>3 g/dl (39%); edad>65 años (22%); antiagregación o anticoagulación (17%); Hb(Tabla 1). No se encontraron diferencias en las otras variables estudiadas. Ningún caso requirió cirugía, nefrectomía, angiografía o embolización. Tampoco hubieron muertes.

Conclusiones: En nuestra cohorte las complicaciones más frecuentes tras la BR fueron menores (hematoma y FAV), aunque un 7,5% de casos precisó transfusión sanguínea. Estos últimos presentaron peor función renal y mayor grado de anemia pre-biopsia, por lo que los pacientes con estas características deben ser controlados de forma exhaustiva durante y tras el procedimiento. Si bien en nuestro estudio las complicaciones no son desdeñables en número, debemos reseñar que ninguna fue grave y los pacientes presentaban alta comorbilidad.

623 PERFIL DEL PACIENTE GERIÁTRICO EN UNA CONSULTA ESPECÍFICA DE NEFROLOGÍA

O. SIVERO MORALES¹, MA. DÁVILA JEREZ², E. MARTÍN IZQUIERDO¹, MJ. REGUERA CARMONA¹, C. RODRÍGUEZ ALVAREZ¹, A. ALONSO BETHENCOURT¹, C. MARÍN DELGADO¹, P. GARCÍA GARCÍA¹, V. DOMÍNGUEZ PIMENTEL¹, M. MACÍA HERAS¹

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

Introducción: En 2021 la esperanza de vida en España subió hasta llegar a 83,3 años. De forma casi paralela, la prevalencia de la enfermedad renal crónica (ERC) también ha ido aumentando progresivamente. Esto supone un importante problema de salud pública ya que se asocia a elevada comorbilidad, mal pronóstico y elevado consumo de recursos en el sistema sanitario. El objetivo de nuestro trabajo es cuantificar y analizar los pacientes valorados en el módulo de Nefrogeriatría desde su apertura.

Material y métodos: Estudio observacional sobre una cohorte retrospectiva de 204 consultas realizadas entre el 1 de mayo de 2020 al 30 de abril de 2021. Se tuvo en cuenta: modalidad de la consulta, edad, sexo, servicio remitente, parámetros analíticos (creatinina, hemoglobina, albúmina, PTH), fármacos (IECA/ARA 2), funcionalidad y fragilidad.

Resultados: Se cuantificaron 204 pacientes durante 12 meses. La edad media de los pacientes fue de 84,03 años (rango 75- 98 años). El 57,35 % fueron hombres y el 42,65 % fueron mujeres. La mayoría de los pacientes fueron remitidos desde Atención Primaria (84,15%). El 79,9 % acudió de forma presencial a la consulta. De todos ellos, un 91,6 % acudió acompañados de un familiar/allegado. Los restantes se distribuyeron entre consulta telefónica (12,25%) o un familiar que acudió por el paciente al tener este una dependencia grave (7,84%). Análiticamente destacaba una creatinina media de 2,04 mg/dl (0,68-4,63) con un filtrado glomerular medio estimado por MDRD de 30,49 mg/dl (12,00-87,83), un cociente albúmina/creatinina media de 617,25 mg/g (0,07-13401,28), una hemoglobina media de 11,89 g/dl estando el 12,68% por debajo de 10 g/dl y el 41 % entre 10 y 12 g/dl. Requirieron eritropoyetina el 15,71%. Finalmente, sólo el 5,97% presentaba una albúmina por debajo de 3,5 g/dl siendo la media de 4,22 g/dl. Respecto a la PTHi, presentaron hiperparatiroidismo el 70,31% y déficit de 25-OH Vitamina D un 81,1%. El 35,29 % estaba en tratamiento con IECA/ARA2 siendo prácticamente una constante el tener 5 o más fármacos. Funcionalmente, el 65,19% presentaron un Barthel con algún tipo de dependencia. Finalmente, sólo el 29,41 % fueron frágiles y el 58,82% frágiles según la escala de Frail.

Conclusiones: Existe una alta demanda por parte de Atención Primaria que solicita valoración de un perfil de paciente cada vez de edad más avanzada y que presenta ERC con estadio 3 B o superiores. Un alto porcentaje de pacientes en edad geriátrica presentan anemia, hiperparatiroidismo secundario y déficit de vitamina D. El paciente mayor de 75 años que presenta ERC en sus estadios más avanzados, presenta mayor grado de dependencia y fragilidad, siendo ambos factores modificables. Los enfermos ancianos con afectación renal presentan una comorbilidad y una fragilidad especial que requieren un manejo específico.

Resúmenes

Miscelánea

624 LA ANEMIA COMO FACTOR DE RIESGO INDEPENDIENTE DE SANGRADO EN LA BIOPSIA RENAL. EXPERIENCIA EN 6 AÑOS

A. CUBAS SÁNCHEZ-BEATO¹, C. HERRAIZ CORREDOR¹, D. CARRO HERRERO¹, MA. FERNÁNDEZ ROJO¹, M. TORRES GUINEA¹, E. PASCUAL PAJARES¹, B. SUALDEA PEÑA¹, M. IBÁÑEZ CEREZO¹, B. ALONSO CALLE¹, R. DIAZ-TEJERO IZQUIERDO¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE TOLEDO (TOLEDO/ESPAÑA)

La anemia como factor de riesgo independiente de sangrado en la biopsia renal. Experiencia en 6 años.

Introducción: La biopsia renal es la técnica gold standard para el diagnóstico de la patología renal. Es un procedimiento seguro, sin embargo, no está exento de complicaciones que oscilan entre el 6-8%. Entre los factores de riesgo relacionados hay que descartar la anemia como factor independiente de sangrado.

Material y métodos: Se trata de un estudio de cohorte retrospectivo pseudoeperimental donde se han incluido todos aquellos pacientes a los que se les ha realizado biopsia renal (tanto nativo como del injerto renal) entre el 1 de enero de 2016 y el 31 de diciembre de 2021 (n=286). El objetivo principal del estudio ha sido evaluar el desarrollo de complicaciones hemorrágicas (macrohematuria, anemización, hematoma, embolización...), derivadas de la biopsia renal en función del grado de anemia (medido mediante hemoglobina y hematocrito). Como objetivo secundario se ha estudiado la relación de la anemia con otras variables (trombopenia, función renal, etiología de nefropatía, etc.) con el desarrollo de complicaciones postbiopsia. El análisis estadístico se ha realizado mediante el programa STATA y los datos se expresan como media y desviación típica y mediana y rango intercuartil. Las diferentes pruebas estadísticas utilizadas (t-Student, Chi-cuadrado, U-Mann-Whitney) se adecuarán según la naturaleza de las variables para un IC del 95%.

Resultados: De 286 pacientes analizados un 61,54% eran varones. La edad media registrada fue de 52,1±16,2 años. De ellos 21 pacientes presentaron complicaciones hemorrágicas (7,34%). El patrón renal biopsiado más frecuente fue el de Nefropatía mesangial IgA. La Hemoglobina prebiopsia media fue de 12,1±2,1 g/dL en aquellos sin complicaciones y de 11,2±2 g/dL en los que sí presentaron, siendo esta diferencia no significativa (p = 0.2). La tasa de complicaciones más frecuentes ocurrió en mujeres y en aquellos pacientes que presentaban un grado de anemia moderado-grave (hemoglobina).

Conclusiones:

- La tasa de complicaciones hemorrágicas postbiopsia oscila en torno al 7%.
- El grado de anemia, en aquellos casos moderados y/o graves, se muestra como factor de riesgo independiente para la aparición de complicaciones postbiopsia.
- El sexo femenino es un factor de riesgo para el desarrollo de complicaciones postbiopsia inmediata.

625 USO DE MEMBRANAS HCO EN EL TRATAMIENTO DEL FRACASO RENAL AGUDO SECUNDARIO A MIELOMA MULTIPLE. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

L. PANIAGUA GARCÍA¹, M. LANAU MARTÍNEZ¹, C. BONETA IRIGOYEN¹, L. FERNÁNDEZ LORENTE¹, J. MANRIQUE ESCOLA¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE NAVARRA (PAMPLONA)

Introducción: El riñón de mieloma (RM) es la causa más frecuente de fracaso renal agudo en los pacientes con mieloma múltiple. El aclaramiento precoz de cadenas ligeras libres en plasma (CL) se relaciona con el pronóstico renal a largo plazo y supervivencia del paciente. Sin embargo, los ensayos clínicos realizados hasta ahora (Myre y Eulite) con filtros de high cut-off (HCO) muestran resultados diversos.

Material y métodos: Análisis retrospectivo, observacional. Se incluyen pacientes diagnosticados entre 2014 y 2022 de fracaso renal agudo secundario a riñón de mieloma (RM), tratados mediante hemodiálisis con el filtro Theralite® (HD-HCO) junto con la quimioterapia estándar actual basada en Bortezomib y Dexametasona. Definimos como RM todo fracaso renal agudo según criterios KDIGO con presencia de Proteinuria Bence-Jones (BJ) y mínima albuminuria, tras descartar otras etiologías. Analizamos las características demográficas y analíticas al diagnóstico, así como la evolución, supervivencia renal y del paciente a los 3, 6 y 12 meses.

Resultados: Se analizaron 16 pacientes de los cuales el 69% (N=11) eran varones, con una edad media 63±11 años. El 37,5% (N 6) presentaba enfermedad renal crónica previa estadio 3. Se identificaron y corrigieron como factores precipitantes la toma de diuréticos (6,3%), AINES (62,5%) e hipercalcemia (31,5%). Al inicio del tratamiento los pacientes presentaban un filtrado glomerular (FG) medio de 13±11 ml/min y mediana de CL de 11.050 mg/L (2200-53.000). Los pacientes realizaron una media de 10±4 sesiones de HD-HCO, de 6 horas de duración. Al finalizar el tratamiento, solamente el 31,2% de los pacientes tenían < 500 mg/L de CL, con una mediana de 620 mg/L (15-10.000). En la evolución posterior a los 3, 6 y 12 meses, fue de 95mg/L (10-5010), 45mg/L (10-5420) y 202mg/L (13-3300), respectivamente. La supervivencia libre de HD fue del 62,5% (N 10), 56 % (N 9) y 43,8% (N 7) a los 3, 6 y 12 meses, siendo la supervivencia global del paciente de un 62,5% (N 10) al año de seguimiento.

Conclusiones: En nuestra cohorte de pacientes la supervivencia global e independencia de diálisis asociada a HD-HCO junto con tratamiento quimioterápico fue del 62,5% a los 12 meses del tratamiento, a pesar de que la eficacia medida por aclaramiento de CL < 500 mg/L post-tratamiento fuera del 31%. Es necesario establecer pautas de tratamiento en HD-HCO encaminadas a establecer objetivos de aclaramiento de CL en sangre que se acompañen de mejores resultados renales y de supervivencia en RM.

626 PREVALENCIA Y ETIOLOGÍA DE HIPOFOSFATEMIA: QUE NO SE TE OLVIDE EL HIERRO

FL. PROCACCINI¹, J. MARTÍN¹, R. ALCÁZAR¹, R. BARBA¹, E. ORTEGA¹, M. PUERTA¹, M. ORTEGA¹, P. MUÑOZ¹, D. GAITÁN¹, P. DE SEQUERA¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA LEONOR (MADRID)

Introducción: Se estima que hasta un 5% de los pacientes hospitalizados presenta hipofosfatemia, aunque las causas no siempre están estudiadas. La administración de hierro intravenoso es una de las posibles causas, aunque su prevalencia exacta se desconoce

Material y Método: Estudio descriptivo que analiza las causas de hipofosfatemia con fósforo en sangre.

Resultados: Se registró una prevalencia del 0,11% con 500 episodios de hipofosfatemia. Entre estos pacientes el 56,19% eran hombres y la edad media es de 66,9 años. Los principales antecedentes han sido ERC 103 (45,58%) de los cuales 42 (40,78%) en diálisis crónica, neoplasias 101 (44,69%), y obesidad 48 (21,24%). La mortalidad hospitalaria ha sido el 23,89% (54). 59 pacientes (26,11%) recibieron hierro en formulación intravenosa. Entre estos 36 (15,93%) recibieron carboximaltosa férrica, 11 (4,87%) hierro sacarosa y 12 (5,31%) ambas formulaciones. Entre estos, 30 (50,85%) presentaban ERC, 14 (46,66%) en diálisis, 34 (57,63%) neoplasias, 21 (35,59%) cirrosis hepática, 11 (18,64%) obesidad. En 7 (11,86%) la administración de hierro intravenoso es la única causa posible, estableciendo una prevalencia del 3,09% de hipofosfatemia moderada causada por hierro IV. Entre estos 6 recibieron hierro carboximaltosa y 1 hierro sacarosa. Otra causas reportadas en tabla. La mortalidad entre estos pacientes es del 27,12% (16).

Figura 1.

Causas posibles de hipofosfatemia <2 mg/dl	General n=226	Administración de Hierro IV n= 59
Alcoholismo	47 (20,8%)	13 (22,03%)
Diarrea	156 (69,0%)	49 (83,06%)
Fármacos	32 (14,16%)	9 (15,25%)
Alimentación parenteral	45 (19,91%)	17 (28,81%)
Hiperparatiroidismo primario	11 (4,87%)	9 (15,35%)
Quelantes del fósforo	27 (11,95%)	12 (20,34%)
Alcalosis respiratoria	4 (1,77%)	0
Osteomalacia oncogénica	0	0
Fanconi	0	0
Resúquismo	3 (1,33%)	0
Sin causa clara objetivable	45 (19,91%)	7 (11,86%)

Conclusiones: Hasta un 20% de las hipofosfatemias no tiene diagnóstico etiológico. La administración intravenosa de hierro es una causa poco frecuente de hipofosfatemia pero que no tiene que ser olvidada, incluido en pacientes con enfermedad renal crónica

627 DETERMINACIÓN RUTINARIA DE HEMATÍES DISMÓRFICOS EN PACIENTES CON MICROHEMATURIA AISLADA Y SU VALOR A LARGO PLAZO

J. MARTÍN CENTELLAS¹, C. MARTÍN VARAS¹, L. CALLE GARCÍA¹, P. GARCÍA GUTIERREZ¹, P. SÁNCHEZ GARROTE¹, A. RODRÍGUEZ GÓMEZ¹, V. FIDALGO GONZÁLEZ¹, MJ. FERNÁNDEZ REYES LUIS¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL GENERAL DE SEGOVIA (SEGOVIA/ESPAÑA)

Introducción: La microhematuria (3-10 hematíes/campo) puede ser un marcador de daño glomerular. Clásicamente, se ha propuesto el estudio morfológico del hematíe como diferencial entre etiologías renales o extrarenales. Sin embargo, no está bien establecido el porcentaje y grado de dismorfia necesarios para sospechar patología.

Objetivo: Establecer si la presencia de hematíes dismórficos en pacientes con microhematuria aislada es un marcador de riesgo de enfermedad renal.

Material y Método: Realizamos un análisis retrospectivo de 74 pacientes remitidos a consulta de Nefrología por microhematuria entre Diciembre 2016 y Marzo 2018. En la Tabla 1 mostramos datos basales (sexo, edad, FGe, proteinuria/microalbuminuria, y dismorfia) y diagnósticos de los pacientes estudiados.

Resultados: De los pacientes remitidos inicialmente, 14 (18,9%) continuaron seguimiento en Nefrología, 3 fallecieron y en 57 (77%) se determinó seguimiento por atención primaria. Se ha realizado seguimiento durante 45,6 ± 11,8 meses mediante revisión de la historia clínica. No encontramos diferencias en la presencia/ausencia de dismórficos según diagnóstico. Se han registrado 4 complicaciones urológicas: 2 neoplasias (1 próstata y 1 renal), 1 litiasis y 1 infección urinaria. Tampoco encontramos diferencias entre el tipo de complicación y la presencia/ausencia de dismórficos. Respecto al riesgo de progresión, ningún paciente con FG basal >90ml/min ha disminuido su FG <90ml/min, y en aquellos con FG <90ml/min, aunque sí se ha producido un descenso, no fue significativo. El porcentaje de pacientes con proteinuria/microalbuminuria fue mayor si FG <90ml/min, aunque no significativo. Destacar de los pacientes seguidos en primaria, solo 21% se realizó IAlb/Cr o IP/Cr durante el seguimiento.

Conclusiones:

- La determinación rutinaria de dismórficos en orina supone un aumento de las derivaciones a Nefrología, sin aportar de forma aislada información sobre diagnóstico, complicaciones, o riesgo de progresión de enfermedad.
- Es función del nefrólogo solicitar/realizar la valoración morfológica en el estudio de la microhematuria, según las características de cada caso.
- Debemos insistir en la determinación de otros marcadores más contrastados, como la microalbuminuria, en el seguimiento del paciente.

Tabla 1. Datos sociodemográficos, analíticos y diagnósticos.

	Total n=74	CKD-EPI n=46	CKDE-PI-90 n=28	Significación
Edad	54±15,6	47,2±14	65,2±11,1	P<0,001
Sexo (% V)	38%	37%	39,3%	ns
Presencia dismórficos	51%	47,8%	57,1%	ns
IP/Cr>200 o Alb/cr>30mg/gr	14,9%	13,8%	16,7%	ns
FGe CKD-EPI basal	87,4±18	99,7±7,2	68,2±12,7	P<0,001
FGe CKD-EPI final		Ninguno<90	67,3±16	ns
Diagnóstico				
Microhematuria aislada	51,4%	58,7%	39,3%	ns
Hipercalcemia-uricosuria	16,2%	17,4%	14,3%	ns
GN/enf sistémica/ERC	20,3%	17,4%	24,9%	ns
Urológica (ITU, HBP, quistes, neoplasia)	12,2%	6,5%	21,1%	ns

628 BIOPSIAS RENALES: PERFIL CLÍNICO Y DE SEGURIDAD EN LA PRÁCTICA NEFROLÓGICA DIARIA

LUIS RODRIGUEZ¹, A. ALONSO BETHENCOURT¹, M. GERARD¹, MJ. REGUERA CARMONA¹, C. RODRÍGUEZ ÁLVAREZ¹, E. MARTIN IZQUIERDO¹, O. SIVERIO MORALES¹, A. JARQUE LOPEZ¹, P. GARCIA GARCIA¹, M. MACIA¹

¹NEFROLOGÍA. HUNSC (SANTA CRUZ DE TENERIFE)

Introducción y objetivo: El análisis histológico de las biopsias renales es una de las principales herramientas diagnóstico-terapéuticas utilizadas en la práctica clínica habitual. El objetivo es analizar las características demográficas y clínicas de los pacientes biopsiados, los principales diagnósticos histológicos, y los aspectos relacionados con la técnica.

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo de 240 biopsias de riñones nativos y trasplantados, realizadas en 232 pacientes adultos, entre 2017-2020, en un hospital de tercer nivel.

Resultados: 240 biopsias analizadas: 189(79%) de riñones nativos y 51(21%) de trasplantados. 62% varones con media de edad 49±16 años e IMC medio 27±5,5 kg/m². 29% diabéticos, 66% hipertensos, 8% con enfermedad cardiovascular. 30% tomaba antiagregantes/anticoagulantes prebiopsia. La creatinina mediana fue 2,08[1,33-3,41]mg/dl, GFR estimado 31[17-52] ml/min/1,73m². 54% tenía proteinuria media(32% rango nefrótico), y 45,5%, microhematuria moderada-severa. Las indicaciones de biopsia fueron ERC con proteinuria/hematuria(36%) y FRA(30%) en riñones nativos; deterioro agudo de la función del injerto renal(51%) y proteinuria con función renal estable(23,5%), en trasplantados. El análisis histológico permitió diagnosticar patologías subsidiarias de tratamiento (Tabla-1). El procedimiento fue realizado por Nefrología(86%) o Radiología(14%) cuando había dificultades técnicas. Se realizó una media de 3(1,7) disparos, obteniéndose 2(1,5) cilindros. 26(11%) biopsias fueron insuficientes: 19(10%) de riñones nativos y 7(14%) de injerto renal. Hubo complicaciones en 26 biopsias(15%): 18 hematomas perirrenal y 17 hematuria macroscópica, precisando embolización en 2(6%). No se produjeron fistulas, nefrectomías ni éxitus; 16 pacientes(7%) precisaron transfusión sanguínea. No hubo diferencias significativas entre biopsias nativas vs trasplante. El porcentaje de biopsias con ≥12 glomérulos fue del 48%, siendo significativo el número de glomérulos obtenidos dependiendo de si la biopsia fue realizada por nefrólogo o radiólogo (15±11 vs 9,5±5,7 p<0,0001).

Conclusiones: La biopsia renal es una técnica segura que permite diagnosticar múltiples patologías. número de complicaciones no graves fue elevado, así como el porcentaje de material insuficiente, siendo necesaria una revisión de la técnica utilizada.

Biopsias nativas (N=189)		Biopsias de trasplante (N=51)			
Patología	N	%	Patología	N	%
Hialinosis focal y segmentaria	22	12	Rechazo mediado por anticuerpos	16	31,5
GMN mesangial IgA	19	10	Rechazo borderline	6	12
Nefropatía diabética	17	9	FIAT	6	12
GMN rápidamente progresiva	17	9	Recidiva enfermedad de base	4	8
Nefritis túbulo intersticial	16	8,5	Rechazo celular	3	6
Nefropatía lúpica	15	8	BK virus	3	6
GMN membranosa	13	7	GMN de novo	2	4
Hematológicas	10	5,5	NTA	1	2