

538 RESULTADOS NEGATIVOS ASOCIADOS A MEDICACIÓN Y PROBLEMAS RELACIONADOS CON MEDICAMENTOS EN TRATAMIENTO RENAL SUSTITUTIVO

A. PEREIRA-CÉSPEDES¹, A. JIMÉNEZ-MORALES², A. POLO-MOYANO³, M. PALOMARES-BAYO⁴, F. MARTÍNEZ-MARTÍNEZ⁵, MA. CALLEJA-HERNÁNDEZ²

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES (GRANADA/ ESPAÑA), ²FARMACIA HOSPITALARIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES (GRANADA/ ESPAÑA), ³FACULTAD DE FARMACIA. UNIVERSIDAD DE GRANADA (GRANADA/ ESPAÑA), ⁴FARMACIA HOSPITALARIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA (SEVILLA/ ESPAÑA)

Introducción: Los pacientes en tratamiento renal sustitutivo (TRS) por sus características pluri-patológicas y polimedicación presentan resultados negativos asociados a la medicación (RNM) y problemas relacionados con medicamentos (PRM), así como alteraciones en su calidad de vida relacionada con salud (CVRS). El estudio investigó los RNM/PRM, así como las alteraciones CVRS en TRS.

Método: Se realizó un estudio observacional prospectivo con 117 pacientes durante un seguimiento de 29 meses. Se utilizó una adaptación del método Dáder para identificar los RNM y PRM (clasificación Tercer Consenso de Granada), así como el cuestionario KDQOL-SF para evaluar la CVRS.

Resultados: Se incluyeron 117 pacientes, de los cuales 62(52,99%) eran hombres. La edad media era 63 (DT:14) años, con 72(61,54%) en hemodiálisis, 29 (24,79%) en trasplante renal y 16 (13,68%) en diálisis peritoneal. Se identificaron 2436 RNM y 3303 PRM, con una tasa de 20,82 RNM y 28,23 PRM por paciente. Los RNM predominantes: problema de salud insuficientemente tratado (58,95%), ineffectividad cuantitativa (35,43%), e inseguridad no cuantitativa (31,62%). Los PRM dominantes fueron: problemas de salud insuficientemente tratados (37,63%), la dosis, pauta, duración no adecuada (33,00%), la alta probabilidad de efectos adversos (16,14%) y la falta de adherencia (6,87%).

Además, se descubrió que los pacientes con un mayor riesgo de efectos adversos, problemas de salud no tratados adecuadamente y anemia tenían tasas más altas de ineffectividad cuantitativa. Asimismo, aquellos con un mayor riesgo de efectos adversos y deficiencia/insuficiencia de vitamina D tenían tasas más altas de problemas de seguridad no cuantitativa.

En cuanto a la CVRS: Se incluyeron 91 participantes. El estudio reveló una puntuación media del componente físico (PCS) de 40,89 (DT: 9,02) y una puntuación del componente mental (MCS) de 47,19 (DT: 11,37) del cuestionario KDQOL-SF. Factores como la edad, el número de problemas de salud, el número de medicamentos y parámetros clínicos como los niveles de vitamina D y calcio estuvieron asociados con bajas puntuaciones de la CVRS.

Conclusión: el estudio resalta la necesidad de abordar los PRM/ RNM en pacientes en TRS, especialmente teniendo en cuenta el alto número de medicamentos prescritos y comorbilidades.

Ver tabla

539 PREVALENCIA Y PATRONES DE CRIBADO DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN PERSONAS CON DM2 U OBESIDAD ATENDIDAS EN LOS SERVICIOS DE ENDOCRINOLOGÍA ESPAÑOLES: EL ESTUDIO ENDO CKD

J.C. FERNÁNDEZ GARCÍA¹, B. PIMENTEL², M. JUÁREZ-CAMPO³, J.J. APARICIO-SÁNCHEZ⁴

¹ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN. HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO DE MÁLAGA (MÁLAGA/ESPAÑA), ²DEPARTAMENTO MÉDICO. ASTRAZENECA FARMACÉUTICA ESPAÑA, S.A. (MADRID/ESPAÑA)

Introducción: La enfermedad renal crónica (ERC) es un problema de salud pública mundial con impacto en la calidad de vida y la mortalidad de los pacientes, y relación documentada con las patologías metabólicas: la diabetes tipo 2 (DM2) es la principal etiología de la ERC, y la obesidad está relacionada con el desarrollo y la progresión de la ERC.

En España la endocrinología es la especialidad que maneja estas patologías; sin embargo, no existen estudios que describan la epidemiología de la ERC en pacientes atendidos por endocrinólogos, lo que puede dificultar su manejo óptimo. El estudio endoCKD describe y caracteriza la prevalencia y carga de ERC en pacientes DM2 u obesos.

Materiales y métodos: Estudio observacional, con análisis retrospectivo, transversal y longitudinal de datos clínicos. La población de estudio incluye personas con diabetes tipo 2 u obesidad atendidas en los servicios de Endocrinología españoles. Presentamos el análisis transversal de las cohortes de DM2 y de obesidad.

Resultados: La prevalencia de ERC en las cohortes de estudio fue del 47,9% (DM2) y 21,2% (obesidad). De éstos, el 56% de las personas con DM2+ERC y el 71% de las personas con obesidad+ERC no tenían un código de diagnóstico de ERC registrado. Con respecto a la detección de ERC, un 31,9% de las personas con DM2 carecían de valores de CACO, mientras que al 56,6% no se les había registrado un valor de CACO en el último año desde la fecha índice del estudio. En la población con obesidad, estos valores subieron al 59,6% y 79,3%, respectivamente. Se muestra un análisis similar para la detección de TFGe (Tabla).

Conclusión: Estos resultados proporcionan una estimación contemporánea de la prevalencia de ERC en personas con dos de las principales patologías metabólicas asociadas a la ERC, atendidas por endocrinología en España, revelando una oportunidad para mejorar su manejo.

Tabla 1.

Manejados en Endocrinología ¹	Personas con DM2	Personas con obesidad (sin DM2)
N	13705	4963
Mujer, n (%)	9668 (449%)	3767 (76,3%)
Edad, media [DE], años	65 [13,4]	54 [24,8]
sin valores de TFGe, n (%)	3013 (5,1%)	255 (5,1%)
sin valores de TFGe en el último año desde 07 ² , n (%)	3332 (16,6%)	652 (13,2%)
sin valores de CACO, n (%)	6283 (24,9%)	2960 (59,6%)
sin valores de CACO en el último año desde 07 ² , n (%)	11517 (84,6%)	3097 (78,3%)
Pacientes con 21 valor de TFGe y CACO registrados, n (%)	13060 (86%)	1842 (37,1%)
Prevalencia de ERC ³ , n (%) sobre quienes con TFGe y CACO registrados	6210 (47,9%)	993 (21,2%)
Pacientes con criterios diagnósticos de ERC ⁴ sin código diagnóstico registrado, n (%) sobre pacientes con criterios diagnósticos	3279 (54%)	255 (21%)

¹El estudio se realizó en un servicio nacional de Endocrinología en el momento e después del diagnóstico de diabetes tipo 2, primer registro de un valor de HbA1c ≥6,5% o primera prescripción de insulina oral o inyectable, antidiabéticos orales o insulina, o primer registro de un valor de IMC >30 kg/m². ²El último dato: 30 de noviembre de 2020. ³ERC: definida como presencia de código de diagnóstico de ERC o al menos un valor de TFGe <60 mL/min/1,73 m² o un valor de CACO <300 mg/g. ⁴Presencia de al menos un valor de TFGe <60 mL/min/1,73 m² o un valor de CACO <300 mg/g. Fuente: Datos de práctica clínica anonimizada. CACO: Carga de albuminuria en orina.

540 INSIDE-CKD: EVALUACIÓN DE EVENTOS CLÍNICOS Y COSTES ASOCIADOS A LA ADICIÓN DE DAPAGLIFLOZINA AL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA (ERC) EN ESPAÑA

R. ALCÁZAR ARROYO¹, A. ORTIZ², A. CEBRIÁN CUENCA³, LL. SEGÚ⁴, B. PIMENTEL⁵, S. JERICÓ⁶, M. CASTRO⁷, M. CAPEL⁸, J.J. GARCÍA SÁNCHEZ⁹, J.F. NAVARRO GONZÁLEZ⁸

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA LEONOR (MADRID/ESPAÑA), ²NEFROLOGÍA E HIPERTENSIÓN. IIS-FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ UAM (MADRID/ESPAÑA), ³MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. CENTRO DE SALUD CARTAGENA CASCO ANTIGUO (CARTAGENA/ESPAÑA), ⁴UNIDAD DE FARMACIA CLÍNICA Y FARMACOTERAPIA. UNIVERSIDAD DE BARCELONA (BARCELONA/ESPAÑA), ⁵DEPARTAMENTO MÉDICO. ASTRAZENECA (MADRID/ESPAÑA), ⁶DEPARTAMENTO DE ACCESO AL MERCADO. ASTRAZENECA (MADRID/ESPAÑA), ⁷GLOBAL MARKET ACCESS & PRICING. BIOPHARMACEUTICALS. ASTRAZENECA (CAMBRIDGE/REINO UNIDO), ⁸UNIDAD DE INVESTIGACIÓN Y SERVICIO DE NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO NTRA. SRA. DE CANDELARIA (TENERIFE/ESPAÑA)

Introducción: La enfermedad renal crónica (ERC) es un grave problema de salud cuyo impacto clínico, social y económico se incrementa en estadios avanzados. Dapagliflozina es un inhibidor del cotransportador de sodio-glucosa-2 (SGLT2) que reduce el riesgo de progresión de la ERC, además de proporcionar beneficios cardiovasculares y reducir la mortalidad por cualquier causa. El objetivo de este trabajo es determinar el impacto clínico y económico a corto plazo de la adición de dapagliflozina a la terapia estándar con inhibidores del sistema renina angiotensina aldosterona (ISRAA) de la ERC en España.

Materiales y métodos: Se empleó un modelo de compensación de costes que comparó los costes de los eventos clínicos y farmacológicos por cada 100.000 personas con ERC de una cohorte virtual tratada con dapagliflozina añadida a la terapia estándar con ISRAA frente a la terapia estándar con ISRAA sola. Se evaluaron eventos renales, cardiovasculares y mortalidad por cualquier causa. La incidencia de los eventos clínicos por tratamiento se obtuvo del estudio DAPA-CKD y los costes a partir de bases de datos y literatura nacional.

Resultados: En 3 años, el tratamiento con dapagliflozina reduciría la frecuencia de eventos por cada 100.000 pacientes: la progresión a fallo renal en un 33% (7.221 vs. 10.767), la hospitalización por insuficiencia cardíaca en un 49% (2.370 vs. 4.683) y la lesión renal aguda en un 29% (4.110 vs. 5.819). El número necesario de pacientes a tratar (NNT) con dapagliflozina en comparación con placebo fue de 29 (IC95%: 27-31) para prevenir un evento de fallo renal, 44 (IC95%: 41-47) para prevenir un evento de hospitalización por IC, 59 (IC95%: 53-66) para prevenir un evento de lesión renal aguda y 41 (IC95%: 37-45) para prevenir un evento de muerte por cualquier causa.

El ahorro estimado asociado a esta reducción de eventos es de 258 millones de € por cada 100.000 pacientes, de los cuales el 63,4% corresponde a evitar la diálisis en el fallo renal. Considerando los costes de eventos y los costes farmacológicos del tratamiento, el ahorro total neto se estima en 158 millones de € por cada 100.000 pacientes.

Conclusiones: El retraso de la progresión de la ERC y la reducción de la aparición de eventos clínicos gracias al tratamiento con dapagliflozina beneficiaría al paciente y podría generar ahorros para el sistema nacional de salud español, incluso teniendo en cuenta el coste incremental del tratamiento farmacológico.

541 REVEAL-CKD: MANEJO Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON ERC ESTADIO 3 EN ESPAÑA

R. SANTAMARÍA¹, B. PIMENTEL², S. JERICÓ³, S. GRADARI⁴, E. WITTBRODT⁵, S. BARONE⁶, M. ARNOLD⁷, K. JÄRBRINK⁸, N. TANGRI⁹, A. CEBRIÁN⁸

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL REINA SOFIA/MAIMONIDES INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA DE CÓRDOBA (MIBIC)/UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA (CÓRDOBA/ESPAÑA), ²DEPARTAMENTO MÉDICO. ASTRAZENECA (MADRID/ESPAÑA), ³CARDIOVASCULAR, RENAL AND METABOLISM EPIDEMIOLOGY. ASTRAZENECA (GAITHERSBURG, MD, USA), ⁴GLOBAL MEDICAL AFFAIRS. ASTRAZENECA (GAITHERSBURG, MD, USA), ⁵REAL WORLD SCIENCE. ASTRAZENECA (CAMBRIDGE, UK), ⁶CARDIOVASCULAR, RENAL AND METABOLISM EVIDENCE. ASTRAZENECA (GOTHENBURG, SWEDEN), ⁷DEPARTMENT OF INTERNAL MEDICINE. UNIVERSITY OF MANITOBA (WINNIPEG, MB, CANADA), ⁸CARTAGENA CASCO CENTRO DE SALUD. SERVICIO MURCIANO/INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA DE MURCIA (MIB) DE SALUD (CARTAGENA, ESPAÑA)

Antecedentes y objetivos: Las guías de práctica clínica para el manejo de la enfermedad renal crónica (ERC) recomiendan un seguimiento y tratamiento periódicos de la función renal y los factores de riesgo de la ERC. Este estudio evalúa la implementación de estas recomendaciones en pacientes en estadio 3 de ERC.

Materiales y métodos: REVEAL-CKD es un estudio observacional, multinacional, retrospectivo que utiliza datos de las historias clínicas. En España, se utilizó la base de datos BIGPAC®. Se incluyeron pacientes con ≥18 años que tenían al menos dos mediciones consecutivas de la tasa de filtración glomerular estimada (TFGe) indicativas de estadio 3 de ERC, registradas con un intervalo de 90 a 730 días. La fecha de la segunda medición de TFGe se definió como fecha índice. El periodo de observación abarcó seis años, de 2015 a 2020. Los pacientes sin código diagnóstico de ERC antes, y hasta 6 meses después, de la fecha índice se consideraron como "no registrados". Se analizaron las variables determinantes del manejo de la ERC y de los factores de riesgo asociados.

Resultados: Se incluyeron 31.866 pacientes españoles con ERC en estadio 3, con una edad media de 78,1 (68,1-85,9) años y una mediana basal de TFGe de 46,5 mL/min/1,73 m² (38,3-53,2). De ellos, 26.868 carecían de código de diagnóstico de ERC. El 78% de los pacientes "no registrados" tuvo un control de la presión arterial dentro de los 6 meses posteriores al comienzo del seguimiento y el 70% y el 47% fueron tratados con IECa/ARAs e estatinas, respectivamente dentro de los 12 meses posteriores al comienzo del seguimiento. El 26% presentó una medida del cociente albúmina-creatinina en orina (CAC) registrado dentro de los 18 meses posteriores al comienzo del seguimiento y el 20% de los pacientes con ERC y con diabetes tipo 2, fueron tratados con iSGLT2.

Conclusiones: una gran proporción de pacientes con ERC en estadio 3 carecen de código diagnóstico en su historia clínica en la fecha en la que se registra el valor de TFGe que los clasifica como paciente con ERC. Una gran proporción de estos pacientes no registrados cumple con algunos de los indicadores del manejo de factores de riesgo asociados a ERC, pero hay margen de mejora en el seguimiento de la función renal y en los tratamientos aconsejados por las guías de práctica clínica.

Resúmenes

Enfermedad renal crónica - Epidemiología y clínica

542 DIFERENCIAS EN LA EVOLUCIÓN DE LA INCIDENCIA DE TERAPIA RENAL SUSTITUTIVA (TRS) ENTRE MADRID Y CATALUÑA (2012-2021)

D. ABASHEVA¹, L. CORDERO¹, B. FERNÁNDEZ-FERNÁNDEZ¹, A. ORTIZ¹
¹NEFROLOGÍA, HUFJD (MADRID)

Introducción: Evaluar las tendencias epidemiológicas en terapia renal sustitutiva (TRS) en regiones comparables a nivel económico-demográfico como Cataluña y Madrid podría identificar puntos de mejora en el manejo de enfermedad renal crónica (ERC).

Material y método: Utilizamos datos de incidencia de TRS de registros anuales de European Renal Association entre 2012-2021.

Resultados: De 2012 a 2021 la incidencia de TRS ajustada por edad y sexo aumentó 59% en Cataluña y 12% en Madrid, condicionando aumento de diferencia entre ambos de 1734% (Fig 1A). La mediana de edad al inicio de TRS subió de 67.0 a 69.6 en Cataluña y de 66.1 a 66.9 en Madrid. En subgrupos de edad y sexo, observamos la mayor diferencia en 2021 en mujeres y pacientes 75+: la ratio Cataluña/Madrid de incidencia de TRS (pmarp) fue 1.79 en mujeres 75+, 1.62 en varones 75+, 1.49 en mujeres (Fig 1B).

Entre 16.8-23.2% de pacientes que iniciaron TRS en Cataluña y 24.3-29.0% en Madrid tenían ERC secundaria a diabetes. Para la mayoría de las etiologías la incidencia ajustada por edad y sexo fue similar en Cataluña y Madrid, pero se observaron mayores diferencias para la etiología desconocida, la más frecuente en Cataluña, y etiología no registrada, la 3ª más frecuente en Cataluña (Fig 1C). La etiología desconocida y no registrada juntos representaron 38.1% de casos incidentes de TRS en Cataluña en 2021.

El trasplante pre-dialísis fue 3 veces más frecuente en Cataluña que en Madrid en 2021 (7.6% vs 2.7% de los pacientes incidentes) (Fig 1D).

Conclusiones: Las diferencias marcadas en la incidencia de TRS en Cataluña y Madrid requieren un análisis detallado de los mecanismos subyacentes para mejorar estrategias de la prevención y tratamiento de la ERC y del fallo renal.

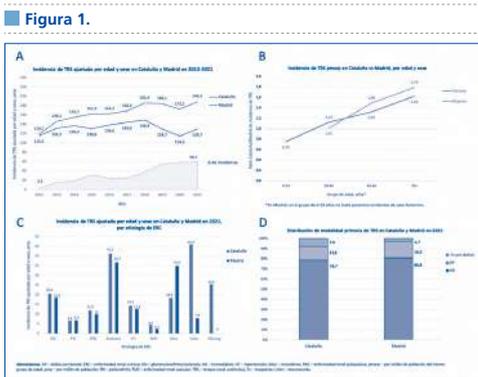


Figura 1.

543 NEFROLOGÍA Y ATENCIÓN PRIMARIA (AP): PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRADA DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA (ERC)

P. FERNÁNDEZ-LLAMA¹, N. AYASREH¹, MA. LLAUGER², V. FEIJOO³, S. FERRER⁴, E. COLL¹, S. BENITO¹, E. VIERA¹, L. GUIRADO¹, F. CALERO¹

¹NEFROLOGÍA, FUNDACIÓ PUIGVERT (BARCELONA), ²EAP ENCANTS, CAP MARAGALL, INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT (BARCELONA), ³UNITAT D'AVALUACIÓ, SISTEMES D'INFORMACIÓ I QUALITAT, INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT (BARCELONA), ⁴EAP ENCANTS, CAP MARAGALL, INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT (BARCELONA)

En los últimos 25 años, hemos desarrollado con la AP del territorio un programa estratégico para la atención de la ERC con el objetivo de mejorar la salud renal y la calidad asistencial de los pacientes con ERC. Para ello se han desarrollado acciones asistenciales, formativas, de coordinación, así como, actividades con pacientes. Se ha creado un grupo de trabajo multidisciplinar, se han identificado indicadores claves y se han evaluado las acciones.

En estos años se han realizado: a) 24 Jornadas anuales de nefrología y AP, b) más de 60 talleres de formación en los centros de AP, c) 130 médicos de AP han realizado una formación hospitalaria presencial acreditada, d) una "ruta asistencial de la ERC" actualizada por última vez en el 2023, e) revisión y priorización de las solicitudes de visita por el nefrólogo, f) desde el 2016 una consultoría virtual con 800 consultas en el 2023, g) desde el 2007 en las actividades con pacientes han participado más de 4000 personas, h) la coordinación del programa "Paciente experto de Cataluña" con dos pruebas piloto desarrolladas, y h) la evaluación periódica de las actividades con una valoración de 4,3-4,7 sobre 5. El seguimiento de los indicadores muestra: 1) un aumento del 41% en la detección de la ERC, 2) más del 70% de pacientes con ERC están en tratamiento con un inhibidor del sistema renina angiotensina, 3) menos de un 2% de los pacientes con ERC consumen AINEs y en el 81% de los que consumen, se ha evaluado la función renal y 4) el 60% de los pacientes con diabetes tienen una hemoglobina glicada < 7%. Nuestra experiencia ilustra que un programa integrado mejora la atención a los pacientes con ERC. Hemos aprendido la importancia de desarrollarlos conjuntamente con los médicos de AP y de acuerdo con las necesidades territoriales, así como, de hacer un seguimiento regular y una evaluación continuada para adaptarse a las nuevas necesidades. El programa tiene aspectos de mejora en temas como el seguimiento de acuerdos y circuitos, la rotación de los profesionales de AP que dificulta la consolidación de la formación, el manejo de los pacientes mayores especialmente los frágiles y en la falta de tiempo. Finalmente, la consolidación de este programa a lo largo de los años depende en gran medida de la experiencia y liderazgo de las personas que lo coordinan, y del apoyo de las instituciones implicadas.

544 DIFERENCIAS EN LA EVOLUCIÓN DE LA PREVALENCIA DE TERAPIA RENAL SUSTITUTIVA ENTRE MADRID Y CATALUÑA (2012-2021)

L. CORDERO¹, D. ABASHEVA¹, B. FERNÁNDEZ-FERNÁNDEZ¹, A. ORTIZ¹

¹SERVICIO DE NEFROLOGÍA E HIPERTENSIÓN, INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA, FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ (MADRID/ESPAÑA)

Introducción: Analizando la epidemiología de terapia renal sustitutiva (TRS) entre regiones comparables en términos demográficos y económicos (como Cataluña y Madrid), podríamos identificar diferencias en el manejo y prevención de ERC.

Métodos: Analizamos datos de los registros de la European Renal Association (ERA) de la última década.

Resultados: Entre 2012 y 2021, la prevalencia de TRS aumentó un 22.6% en Cataluña y un 12.9% en Madrid, y la diferencia entre ambas subió de 16.7% a 26.8% (60% incremento). (Fig 1A). También aumentó la mediana de edad, de 63.2 a 65.4 años en Cataluña, y de 62.2 a 63.8 años en Madrid, resultando en una diferencia de 1.6 años entre ambas regiones en 2021 (2.5 en mujeres y 1.1 en varones).

En 2021 la prevalencia de TRS era mayor en Cataluña que en Madrid para ambos sexos y todos los grupos etáreos, excepto para las mujeres de 20-44 años, que era mayor en Madrid (ratio Cataluña/Madrid 0.98). La ratio más amplia se observó en las mujeres (Fig 1.B).

En 2021 la mayoría de etiologías de ERC eran más frecuentes en Cataluña que en Madrid, excepto la hipertensión y miscelánea. La etiología desconocida fue la causa más frecuente en Cataluña y la miscelánea la más frecuente en Madrid. (Fig 1.C).

El porcentaje de trasplantes renales en 2021 era mayor en Cataluña que en Madrid (60% vs 54.9%), mientras que la prevalencia de hemodiálisis (HD) y diálisis peritoneal (DP) era mayor en Madrid que en Cataluña (39.6% vs 36.2% para HD, y 5.5% vs 3.9% para DP)(Fig 1.D).

Conclusiones: Existe una marcada diferencia en la prevalencia de TRS entre regiones. Analizando los factores que impulsan estas diferencias podríamos identificar las mejores prácticas para la prevención de la ERC y su progresión.

Figura 1. Evolución de la prevalencia de TRS en Cataluña y Madrid entre 2012 y 2021.



545 OBTENCIÓN AUTOMÁTICA DE INDICADORES SOLICITADOS EN LA ACREDITACIÓN ACERCA, PRIMEROS RESULTADOS EN VIDA REAL

JM. BUADES FUSTER¹, RA. CALLEJAS MARTINEZ¹, FJ. VALERO MENA¹, MV. ÍÑIGO VANRELL¹, MA. FERRER NADAL¹, MR. BERNEBEU LAFUENTE¹

¹NEFROLOGÍA, HOSPITAL UNIVERSITARIO SON LLÀTZER (PALMA DE MALLORCA, ESPAÑA)

Introducción: El Modelo ACERCA establece un conjunto de estándares que ayudan a definir y evaluar el trabajo realizado en las unidades ERCA. El proceso de acreditación se basa en el cumplimiento de los estándares reflejados tanto obligatorios como recomendables, permitiendo reconocer la excelencia de aquellas unidades que cumplan con los requisitos establecidos para cada nivel de acreditación del Modelo ACERCA. En el módulo 5, se solicita la medición de unos indicadores de calidad con unos objetivos a cumplir necesarios para obtener la Acreditación. Sin embargo, su cálculo es difícil y consume mucho tiempo, lo cual dificulta su obtención frecuente y la posibilidad de ir viendo la evolución de los mismos a lo largo del año.

Material y métodos: De forma conjunta con los responsables del software Nefrolink, sistema de información renal, modificamos el pase de visita de la consulta ERCA para incorporar elementos estructurados necesarios para el cálculo automático de los indicadores. Por ejemplo, test de elegibilidad, formación del paciente, toma de decisiones, consentimiento informado, elegibilidad para acceso vascular y peritoneal... Se añadió un apartado para mostrar los indicadores obtenidos de forma automática los datos de la historia clínica del paciente. Tras su revisión en pre-producción, con la versión 1.7 estuvieron disponibles en producción en marzo de 2024. En abril de 2024 se procedió a la revisión de la fiabilidad y veracidad del resultado.

Resultados: Desde mayo de 2024 están disponibles para ser medidos de forma periódica y ser incorporados al cuadro de mando del servicio. Los resultados permiten consultar los pacientes que cumplen y no cumplen cada uno de los indicadores y consultar su historia clínica para comprobar el motivo (ver Figura).

Conclusiones: Disponer de indicadores solicitados en el Modelo Acerca no solo facilita la posibilidad de acreditarse, también en un elemento que favorece la mejora continua y la mejora en los resultados clínicos.

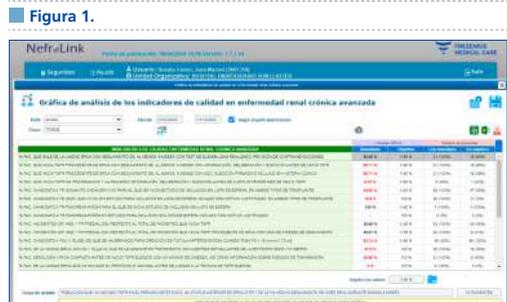


Figura 1.

546 NIVELES DE RIESGO DE TRS ESTIMADOS POR KFRE COMO CRITERIO DE REMISIÓN A LAS CONSULTAS DE ERCA

E. GALLEGO VALCARCE¹, A. REY CARDENAS¹, D. ROLDAN¹, S. LOPEZ SAN ROMAN¹, A. TATO RIBERA¹, A. MENDEZ ABREU¹, E. LOPEZ MELERO¹, CM. CASES CORONA¹, E. GRUSS VERGARA¹

¹NEFROLOGÍA. HUCA (ALCORCON)

Introducción: Las guías KDIGO de Enfermedad Renal Crónica (ERC), plantean como criterio de remisión a las consultas de ERCA un riesgo de iniciar Tratamiento Renal Sustitutivo (TRS) en los siguientes dos años superior al 10%, asociado a criterios clínicos o basados en el nivel de FGe. Estudiamos en una consulta de ERCA con un criterio de remisión de FGe < 30 ml/min cual es el nivel de riesgo más adecuado según el KFRE para remitir a los pacientes.

Material y métodos: Realizamos un estudio retrospectivo de cohortes de los enfermos incidentes en una consulta de ERCA (N=648) entre 1-1-2013 y 31-12-2021 cuyos datos se recogen prospectivamente, acabando el periodo de observación el 31-12-2023.

En la primera visita se calculó el KFRE con 4 variables a 2 y 5 años, y se correlacionaron con la incidencia de TRS durante el seguimiento. También se recogieron los parámetros clínicos y analíticos desde el momento inicial. Se determina la sensibilidad (S), especificidad (E) y valores predictivos positivos (VPP) y negativos (VPN) de diferentes riesgos (10, 20 y 30%). Se valora si existen diferencias clínicas, analíticas y evolutivas entre los que superan y los que no superan el umbral de riesgo.

Resultados: (VER TABLA) Los pacientes con un riesgo superior al 10% con respecto a los que tenían un riesgo inferior eran más jóvenes, más hipertensos, su velocidad de deterioro del FGe, y el cociente mau/cro eran significativamente mayores. Su FGe, índice de Chalon y albumina eran significativamente menores.

Conclusiones: En una población con ERC G4+, un nivel de riesgo de iniciar TRS >10% a dos años estimado por KFRE, supone un adecuado criterio de remisión a consultas de ERCA ya que este nivel de riesgo tiene una elevada sensibilidad y una aceptable especificidad. Los grupos de pacientes que determina este nivel de riesgo tienen características diferentes.

Tabla 1.			
Riesgo a dos años	10%	20%	30%
Sensibilidad	93,5	75,4	53,6
Especificidad	58,0	82,7	93,1
Valor Predictivo Positivo	37,6	54,1	67,8
Valor Predictivo Negativo	97,0	92,5	88,1
AUC (95% CI) 0.875 (0.844-0.907)			

547 LA UNIDAD CARDIORRENAL: ¿BENEFICIO REAL O MITO?

A. MORALES¹, M. CALVO¹, J. GOIRIGOLZARRI¹, A. RESTREPO¹, J. DELGADO¹, AI. SÁNCHEZ-FRUCTUOSO¹, C. GARCÍA-CARRO¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS (MADRID/ESPAÑA), ²CARDIOLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS (MADRID/ESPAÑA)

Introducción: Las Unidades Cardiorrenales (UCR) suponen una revolución en el manejo de la IC y ERC. Tras 24 meses de funcionamiento de la UCR de nuestro centro (área cobertura: 500.000 habitantes), analizamos las características de la población atendida, necesidades asistenciales y evolución de la función renal.

Material y métodos: Estudio retrospectivo unicéntrico, incluyendo a todos los pacientes visitados en la UCR entre 1/2022-1/2024. Seguimiento hasta 12/04/2024.

Resultados: 72 pacientes, características basales resumidas en tabla 1. A destacar 20,8% mujeres, edad media 72 años; 84,7% eFG<45 ml/min/1.73m² y 37,5% FEV1<40%. De este subgrupo con ERC avanzada y FEV1 reducida en el momento de derivación 65% en tratamiento con sacubitrilo/valsartan, 35% con antiandrogénicos y 75% con ISGLT2. 34,7% habían presentado descompensación ambulatoria en los 12 meses previos a la UCR y 37,5%, ingreso hospitalario relacionado. 3 en diálisis peritoneal. El tiempo medio en seguimiento en la UCR fue de 9,0±6,9 meses. Al final del seguimiento, 6 pacientes (8,3%) habían requerido ingreso tras iniciar seguimiento en la UCR. 2 pacientes iniciaron diálisis peritoneal. No deterioro de función renal desde el inicio de seguimiento en UCR hasta el final del mismo (creatinina 2,02±0,99vs2,16±1,32 mg/dl, p 0,2539) pese a la optimización de tratamiento. Mejoría estadísticamente significativa del NT pro BNP (51,5% NTproBNP>2500 basal vs 45,8% al final del seguimiento, p<0,0001). Al final del seguimiento, 1 paciente falleció; 3 episodios de hiperkalemia y 1 de hipokalemia.

Conclusión: El manejo multidisciplinar en la UCR de nuestro centro ha permitido disminuir de manera drástica el número de ingresos del pool de pacientes atendidos en la misma con respecto al año previo, así como mejorar los parámetros de IC sin un deterioro significativo de la función renal tras la optimización del tratamiento médico.

Ver tabla

548 SUPERVIVENCIA DE PERSONAS CON ERC. RESULTADOS DE UN REGISTRO AUTÓNOMICO DE ERC

PJ. LABRADOR GÓMEZ¹, A. MATA MURILLO², JC. AGUILAR AGUILAR³, N. FERNÁNDEZ SÁNCHEZ⁴, AB. RUIZ JIMÉNEZ⁵, A. ALVAREZ LÓPEZ⁶, G. GARCÍA PINO⁷, FJ. FÉLIX REDONDO⁸

¹NEFROLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE CÁCERES (CÁCERES/ESPAÑA), ²DIRECCIÓN GENERAL DEL SES. SERVICIO EXTREMEÑO DE SALUD (MÉRIDA/ESPAÑA), ³NEFROLOGÍA. HOSPITAL CIUDAD DE CORIA (CORIA/ESPAÑA), ⁴NEFROLOGÍA. HOSPITAL DE MÉRIDA (MÉRIDA/ESPAÑA), ⁵NEFROLOGÍA. HOSPITAL DE DON BENITO-VILLANUEVA (DON BENITO/ESPAÑA), ⁶NEFROLOGÍA. HOSPITAL DE ZAFRA (ZAFRA/ESPAÑA)

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

Grupo del Proceso Asistencial Integrado de la Enfermedad Renal Crónica de Extremadura

Objetivos: Determinar la mortalidad de personas con ERC y su asociación con variables demográficas y clínicas dentro de la práctica clínica habitual en el Servicio Extremeño de Salud (SES).

Material y métodos: Estudio de cohortes histórica a partir de los registros en la historia clínica electrónica del SES, de pacientes incluidos en el Proceso Asistencial (PAI) de ERC entre enero 2019 y diciembre 2023. Se recogieron las variables que caracterizan la ERC a su entrada en el proceso como edad, sexo, estadio de ERC, diferenciando categorías de filtrado glomerular (G), albuminuria (A) y otro daño renal (D).

Resultados: Se analizan las inclusiones (7814) en el PAI de ERC procedente de 7804 pacientes. 8 pacientes salieron por reversibilidad del proceso y 2 por cambio de comunidad, y volvieron a entrar en el periodo de tiempo analizado.

La mediana de edad a la inclusión fue de 77 años (Q1: 66, Q3: 85). El 49.9% fueron mujeres. La distribución por edad en el momento de inclusión puede observarse en la figura 1a. Hubo diferencia en la edad a la inclusión por sexo (H: 72, M: 76; p<0.001).

La distribución de casos por estadios de la enfermedad fue la siguiente: G1 6.3%, G2 9.6%, G3a 30.6%, G3b 33.3%, G4 17.9%, G5 2%. A1 43.7%; A2 33.9%; A3 19.1%. Otro daño renal 16.4%.

El seguimiento medio fue 19.4±18.5 meses. La mortalidad global fue 16%.

La edad agrupada por cuartiles, la clasificación G y A estuvieron asociadas a una mortalidad creciente mayor según Kaplan Meyer (p<0,001 en los tres casos). La presencia de daño renal se asoció a una menor mortalidad y no hubo diferencias entre sexos (Figura 1c).

En el análisis de regresión de Cox se confirmaron estos extremos, mostrándose las hazard ratio para cada categoría e incluyendo el sexo que mostró una menor mortalidad femenina (Figura 1b).

Conclusiones: Las personas con ERC presentan una elevada mortalidad, que se asocia a la edad, el FG y la albuminuria.

Ver figura

549 APLICACIÓN PARA PACIENTES ERCA: INICIATIVAS LOCALES PARA FACILITAR EL REGISTRO DE DATOS

M. ALMENARA TEJEDERAS¹, MA. RODRÍGUEZ PÉREZ¹, MJ. GÓMEZ RODRÍGUEZ¹, D. VÁZQUEZ FRANCO¹, M. SALGUEIRA LAZO¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA (SEVILLA)

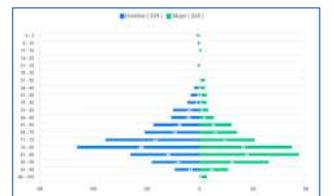
Introducción: El registro de datos de los pacientes de la Unidad ERCA (UERCA) es fundamental para gestionar y conseguir un adecuado cuadro de mando de la Unidad. La presión asistencial, el elevado número de pacientes que manejamos y la necesidad de monitorizar numerosas variables, dificulta en gran manera poder generar estos registros. Con el objetivo de facilitar el trabajo de los profesionales, hemos trabajado conjuntamente con la Unidad de Innovación de nuestro hospital para desarrollar una aplicación que lo facilite.

Material y método: Basándonos en las variables utilizadas en Acreditación ACERCA y el proyecto CERCANOS y algunas otras de práctica clínica habitual, se ha elaborado una aplicación para la consulta ERCA en la que se registran datos demográficos, test de elegibilidad, episodios de hospitalización y eventos cardiovasculares, datos analíticos, juicios clínicos, valoraciones psicosociales, modalidades de tratamientos de los pacientes de la consulta ERCA así como la situación clínica de cada paciente respecto a los accesos para las diferentes terapias. La principal ventaja de la aplicación reside en la posibilidad de utilizarla durante la práctica clínica diaria habitual sin suponer un esfuerzo adicional y la de generar automáticamente un cuadro de mandos a tiempo real, así como una base de datos con capacidad de exportación automática a cualquier plataforma externa que permita su análisis (Proyecto Cercanos, Registro de ERCA de la Sociedad Española de Nefrología).

Resultados: Se han incluido 574 pacientes de los 748 pacientes prevalentes actuales en nuestra consulta ERCA. La aplicación nos permite conocer a tiempo real las características principales de estos pacientes (ver figura 1) así como realizar consultas sobre pacientes individuales o sobre la totalidad de prevalentes en función de diferentes criterios de búsqueda (modalidad de tratamiento renal sustitutivo elegido, tratamiento actual con neorecormon, ingresos en el último año, etc.). La aplicación, dividida en tres subapartados (ERCA médico, test de elegibilidad y ERCA enfermería), permite a todos los profesionales de la Unidad gestionar y trabajar con los datos de uso habitual en su práctica clínica.

Conclusiones: Esta aplicación digital, desarrollada íntegramente por los profesionales de la Unidad de Nefrología y la Unidad de Innovación del Hospital, puede emplearse de forma paralela a nuestra práctica clínica habitual, sirviendo de apoyo en el seguimiento individual de los pacientes, generando un cuadro de mandos de la UERCA a tiempo real, y aporta la ventaja de la exportación automática de datos a otras plataformas digitales compartidas.

Figura 1.



Resúmenes

Enfermedad renal crónica - Epidemiología y clínica

550 e-CONSULTA: RESULTADOS DE UNA CONSULTA VIRTUAL CON APS ENTRE 2020 Y 2023

J. MARTÍN NAVARRO¹, R. ALCÁZAR ARROYO¹, L. MEDINA ZAHONERO¹, F. PROCACCINI¹, R. BARBA TEBA¹, V. RUBIO MENÉNDEZ¹, E. VALLE ÁLVAREZ¹

¹NEFROLOGÍA. HU INFANTA LEONOR (MADRID/ESPAÑA)

Introducción: en el año 2020 se puso en marcha una iniciativa por la que los médicos de atención primaria de salud podían comunicarse con su servicio de nefrología de referencia para resolver cuestiones relacionadas con patología de los pacientes. Se analizan los datos y resultado en un hospital de 2º nivel en Madrid.

Resultados: - Hemos recibido 657 consultas. 108 en 2020, 145 en 2021, 183 en 2022 y 221 en 2023 lo que supone un aumento en la incidencia del 34,5, 69,4, y 104% respectivamente.

- Procedencia: Más de 200 médicos de atención primaria procedentes de 13 centros de Salud de las áreas, Villa y Puente de Vallecas, con una población empadronada de 359.104 personas.

- El 87,3% se respondieron con una demora menor de 24 horas.

- Los pacientes representaban un 53,6 vs 46,4% de MVV respectivamente. Con una edad media de 72,9±17,4 (16-99), Mediana: 77 Moda 86 (mujeres: 74,5±17,9 (17-99), Mediana: 80 Moda 86 y varones: 71,1±16,6 (16-98), Mediana: 74 Moda 75) con un llamativo aumento de incidencia en el rango de edad de 80-100 años. Sobre todo en mujeres.

- Un 27,4% de las consultas precisaron cita en el servicio de nefrología, de las cuales, un 42,7% se citaron de forma preferente disminuyendo la lista de espera para ser atendidos.

- Las principales causas de consulta fueron descenso del FGe (35,8%), alteraciones iónicas y del sedimento (18,7%), problemas relacionados con el tratamiento (13,1%) y problemas de citas (9,1%).

Conclusiones:

- La e consulta es una herramienta ampliamente utilizada para mejorar la comunicación entre los médicos de APS y nefrología.

- Su principal ventaja es la inmediatez de respuesta y la disminución de los tiempos de espera para ser citados o realizar exploraciones complementarias.

- 1 de cada 4 consultas determinaron una cita en el servicio de nefrología, en 3 de cada 4 casos pudo resolverse el problema sin necesidad de derivar al paciente.

- La herramienta pone de manifiesto el aumento en la edad de los pacientes que precisan atención en especialidad hospitalaria, la incertidumbre que representa atender a pacientes de edades extremas para los médicos de atención primaria y lo necesario de implementar el conocimiento en los cambios que la función renal presenta en este rango de la población.

551 17 AÑOS DE SEGUIMIENTO CLÍNICO Y DE FUNCIÓN RENAL DE UNA COHORTE DE ANCIANOS CON DIFERENTES GRADOS DE FUNCIÓN RENAL EN EL RECLUTAMIENTO

M. HERAS BENITO¹, MT. GUERRERO DIAZ², MA. RODRIGUEZ GOMEZ³, CR. MARTIN VARAS³, A. MUÑOZ PASCUAL², L. CALLE GARCIA², E. RIDRUEJO GUTIERREZ DE LA CAMARA², MJ. FERNANDEZ REYES LUIS³, MC. MACIAS MONTERO²

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA (SALAMANCA/ESPAÑA),²GERIATRÍA. HOSPITAL GENERAL DE SEGOVIA (SEGOVIA ESPAÑA),³NEFROLOGÍA. HOSPITAL GENERAL DE SEGOVIA (SEGOVIA ESPAÑA)

Introducción: El seguimiento longitudinal de función renal a largo plazo, específicamente en pacientes ancianos, ha sido poco estudiado. Objetivo: conocer la evolución renal a 17 años de una cohorte de ancianos; además estudiar pronósticos renales: progresión renal a nefropatía terminal, mortalidad y sus causas.

Pacientes y métodos: 80 pacientes clínicamente estables, con mediana de edad de 83 años (rango 69-97); 69% mujeres, 35% diabéticos, 83% hipertensos; fueron reclutados aleatoriamente en consultas externas de Geriatria y Nefrología General, entre enero y abril de 2006, y seguidos prospectivamente durante 17 años. En el reclutamiento se crearon dos grupos de estudio según concentración de creatinina plasmática (Crp) basal (mg/dl): grupo 1: 38 pacientes con Crp ≤1,1 (rango 0,7-1,1), sin proteinuria y grupo 2: 42 pacientes, con Crp > 1,1 (rango 1,2-3), con proteinuria 0,31±0,51 g. Se estimó filtrado glomerular (FG) con MDRD-4 basal y a los 17 años. Se registró progresión a nefropatía terminal y/o inicio de terapia renal sustitutiva, mortalidad y sus causas. La estadística se hizo con programa SPSS 22.0: Comparación de medias con t de Student. Para valorar evolución de función renal con el paso del tiempo se utilizó un modelo lineal para medidas repetidas. La comparación de proporciones con 2 (Fisher). Para analizar variables asociadas con mortalidad se usó análisis de regresión de Cox. Significación del 95%.

Resultados: Solo 6 pacientes mujeres (7,5%), con edad media de 90,83±4,8 años (87-97) continúan en el estudio a 17 años: (Grupo 1=5, Grupo 2=1, no significativo [NS]). Las características basales de las 6 supervivientes: 100% con hipertensión arterial; 16,7% diabetes, índice de charlson sin incluir edad de 0,66±1,03 puntos. Datos globales de evolución renal (basal /17 años) en pacientes supervivientes fueron: Crp (mg/dl): 0,96±0,24 /1,04±0,50 (NS); MDRD-4 (ml/min/1,73m2): 63,63±15,0 / 63,14±26,0 (NS). Sin diferencias significativas en cambios de función renal por grupos. Sólo tres pacientes progresaron a nefropatía terminal y un único paciente inició diálisis (grupo 2). La mortalidad fue de 74 pacientes (92,5%): grupo 1: 33 versus grupo 2: 41, (p=0,079). En 58 casos, la causa de mortalidad fue conocida, siendo el deterioro progresivo general (n=17) y las infecciones (n=16) las causas más frecuentes. En el análisis de regresión de Cox para mortalidad global, sólo la edad exp (): 1,080 (IC95%: 1,037-1,125, P=0,000) y el índice de Charlson basal, exp (): 1,392 (IC95%: 1,109-1,748, P=0,004), se asociaron independientemente con mortalidad.

Conclusiones: La función renal de mujeres ancianas supervivientes a 17 años de seguimiento permanece estable. En ancianos sin proteinuria, el seguimiento renal con el uso de creatinina plasmática, frente a estimación del FG, evitaría la sobreestimación de enfermedad renal crónica particularmente en este grupo poblacional.

552 ESTRATIFICACIÓN DE LOS PACIENTES DE UNA CONSULTA ERCA CON LA HERRAMIENTA GMA

AM. SUÁREZ LAURÉS¹, S. ALONSO SUÁREZ², C. RODRÍGUEZ SUÁREZ¹, E. ASTUDILLO CORTÉS¹, C. DÍAZ CORTE¹

¹NEFROLOGÍA. HUCA (OVIEDO/ASTURIAS), ²MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. CENTRO SALUD COLLOTO (OVIEDO/ASTURIAS)

Los grupos de morbilidad ajustados (GMA), son una herramienta para clasificar a la población en función de su morbilidad y complejidad, a partir de los datos registrados en la historia clínica de atención primaria, asignando a cada persona un nivel de riesgo: GMA1 muy bajo; GMA2 bajo; GMA3 moderado; GMA 4, alto.

La enfermedad renal crónica (ERC) es muy prevalente, asocia comorbilidad, alto riesgo cardiovascular, elevado consumo de recursos. El 32,7% de los pacientes crónicos de nuestra comunidad en el estrato de GMA 4 tienen ERC.

Objetivo: Describir las características de los pacientes con enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) según GMA. Población de estudio: incidentes en consulta ERCA del 1-01 al 31-12 del 2022; seguimiento un año.

Variables analizadas: edad, sexo, diabetes mellitus, evento cardiovascular (ECV), neoplasia, trasplante de órgano sólido no renal; al año: ECV, número de ingresos, inicio de terapia renal sustitutiva (TRS) y GMA.

Resultados: En la tabla 1 se presenta un análisis descriptivo para el total de la muestra y para cada nivel de riesgo GMA. Son 85 pacientes, 69% hombres, edad media 71,4 años, 47,1 % diabético; 54,1% con al menos un ECV. 82,3 % tienen un GMA 3-4. Con al menos un ECV el 30,4 % tienen asignado un nivel 4 y un 58,6 % el 3.

Análisis al año, se consideraron 3 categorías: bajo riesgo (grupos 1 y 2), moderado (3) y alto (4). No hay asociación estadísticamente significativa entre GMA y las variables analizadas; 15 de los 16 pacientes que presentaron ECV y 27 de los 29 que precisaron ingreso tenían GMA 3-4. Durante el seguimiento 25 pacientes iniciaron TRS (tabla2), el 88% con GMA 3-4. De los 5 con GMA 4 sólo uno optó por HD (3 DP y uno trasplante).

Conclusión: • La estratificación de los pacientes ERCA con la herramienta GMA, nos confirma que es una población de riesgo moderado-alto, esto debe de determinar la planificación sanitaria y asignación de recursos desde etapas muy tempranas; • Esta herramienta podría incorporarse como una ayuda en la toma de decisiones compartidas.

Tabla 1.

GMA	E (n=)	F (n=)	T (n=)	R (n=)	Total (n=)
HOMBRES	5	9	14	18	46
MUJERES	6	10	14	18	48
EDAD MEDIA (años)	64	74,4	68,8	75,2	71,4
DIABETES MELLITUS	0	0	2	3	5
ECV	0	3	4	14	21
NEFROLOGÍA	0	0	0	0	0
TRASPANTE RENAL	0	0	0	0	0
TRASPANTE HEPÁTICO	0	0	0	0	0
TRASPANTE PANCREÁTICO	0	0	0	0	0
TRASPANTE CORAZÓN	0	0	0	0	0
TRASPANTE VENTRÍCULO	0	0	0	0	0
TRASPANTE PULMÓN	0	0	0	0	0
TRASPANTE OÍDIO	0	0	0	0	0

Tabla 2.

GMA	GMA 1-2	GMA 3	GMA 4	TOTAL
HEMODIÁLISIS (HD)	0	0	1	1
TRASPANTE RENAL	0	0	0	0
TRASPANTE HEPÁTICO	0	0	0	0
TRASPANTE PANCREÁTICO	0	0	0	0
TRASPANTE CORAZÓN	0	0	0	0
TRASPANTE VENTRÍCULO	0	0	0	0
TRASPANTE PULMÓN	0	0	0	0
TRASPANTE OÍDIO	0	0	0	0

553 ALBUMINURIA: EVOLUCIÓN DE LA SOLICITUD DE PRUEBAS EN EL PERIODO 2016-2024 EN EL AREA DE SALUD DE BADAJOZ

P. GARCÍA YUN¹, B. GÓMEZ GALLEGO², T. GIRALDO², M. PETRUCCI³, J. HERNANDEZ³, J. VALLADARES³, J. VILLA², NR. ROBLES²

¹BIOQUÍMICA CLÍNICA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BADAJOZ (BADAJOZ), ²NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BADAJOZ (BADAJOZ), ³NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BADAJOZ (BADAJOZ)

Introducción: La excreción urinaria de albumina es un importante elemento pronóstico de evolución a enfermedad renal y morbilidad tanto en poblaciones de riesgo (diabéticos, hipertensos) como en población general. Las recomendaciones más recientes indican su estudio anual en los pacientes de diabetes mellitus. Hemos intentado evaluar si estas recomendaciones se están aplicando en nuestro medio.

Métodos: Se ha buscado en la base de datos de Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz, que centraliza todas las solicitudes analíticas del Área de Salud, el número de determinaciones de albuminuria realizadas tanto en orina de primera hora de la mañana (en su mayoría procedentes de Atención Primaria) como en orina de 24h (generalmente a solicitud del Servicio de Nefrología). La población del AS de Badajoz son aproximadamente 270.000 habitantes, pudiendo estimarse que un 13,5% (36.500 personas) son diabéticos.

Resultados: Como puede verse, la petición de estudios de albuminuria se redujo en la época de la pandemia y luego ha crecido de forma importante. Por el contrario, las determinaciones en orina de 24h se han mantenido mas o menos estables, con una ligera tendencia al descenso.

Conclusiones: Las recomendaciones sobre determinación de albuminuria parecen estar aplicándose de forma adecuada en nuestra Área de Salud por parte de Atención Primaria y otras especialidades. Esto viene a confirmar que las actividades que se han venido realizando en este sentido están siendo escuchadas.

Tabla 1.

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Albuminuria en orina aislada	22.135	22.060	16.274	19.631	17.805	23.696	31.168	42.467
Albuminuria en orina de 24 horas	7.640	7.822	7.163	6.470	5.576	6.030	6.430	6.921

Tabla 2.

GMA	GMA 1-2	GMA 3	GMA 4	TOTAL
HEMODIÁLISIS (HD)	0	0	1	1
TRASPANTE RENAL	0	0	0	0
TRASPANTE HEPÁTICO	0	0	0	0
TRASPANTE PANCREÁTICO	0	0	0	0
TRASPANTE CORAZÓN	0	0	0	0
TRASPANTE VENTRÍCULO	0	0	0	0
TRASPANTE PULMÓN	0	0	0	0
TRASPANTE OÍDIO	0	0	0	0

554 FÓRMULA DE KELLER PARA LA EVALUACIÓN DEL FILTRADO GLOMERULAR: EVALUACIÓN PRONÓSTICA

T. GIRALDO¹, B. GÓMEZ GALLEGU¹, J. HERNAN¹, M. PETRUCCI¹, E. GARCÍA DE VINUESA¹, J. VALLADARES¹, J. VILLA¹, NR. ROBLES¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BADAJOZ (BADAJOZ)

Objetivos: Habitualmente usamos las fórmulas MDRD y CKD-EPI para calcular el filtrado glomerular (FG). Desgraciadamente, el cálculo de estas ecuaciones requiere disponer de un programa apropiado. Hemos valorado la ecuación de Keller, más simple, para pronóstico de riesgo renal y vital, comparándola con los resultados de la CKD-EPI.

Diseño y métodos: Se han incluido 608 pacientes atendidos en la consulta de nuestro hospital, de ellos el 65,9% eran varones y el 34,6% padecían diabetes mellitus. La edad media era 58,5±14,5 años y un FG medio de 71,4±35,5 ml/min calculado por CKD-EPI y ajustado por sexo. La fórmula de Keller se calcula como $FG = 130 - edad$ sin ajuste por sexo (Keller F, Nephrol Dial Transplant. 1987;2(5):382). El FG calculado por fórmula de Keller era 66,5±14,7 ml/min con una diferencia media entre ambas ecuaciones de 5,4±36,2 ml/min entre ambas. Como punto de corte se ha usado un $FG < 60$ ml/min para cualquiera de las dos fórmulas.

Resultados: Para la mortalidad el área bajo la curva (AUC) para la fórmula de Keller fue 0.219 (0.163-0.275, $p < 0.01$) y 0.294 (0.223-0.365, $p < 0.01$) para CKD-EPI. Sin embargo, la sensibilidad para el riesgo de progresión a enfermedad renal crónica (ERC) era mayor para la fórmula de Keller (0.460, 0.379-0.541) frente a CKD-EPI (0.116, 0.072-0.160). En cuanto a la supervivencia vital medida por método de Kaplan-Meier esta era 90.7% a cinco años en pacientes sin ERC y 83.1% en pacientes con ERC definida por CKD-EPI ($p = 0.061$, Breslow).

Usando la recta de Keller era 92.3% a cinco años en pacientes sin ERC y 61.4% en aquellos con ERC ($p < 0.001$, Breslow). En lo que respecta a progresión a ERC, según la recta de Keller la supervivencia antes de llegar a tratamiento renal sustitutivo fue 89.1% en pacientes con $FG > 60$ ml/min y 69.4% en aquellos con $FG < 60$ ml/min (Breslow, $p = 0.01$). Comparativamente, usando CKD-EPI, la supervivencia a 5 años era 93.3% en aquellos con $FG > 60$ ml/min y 76.1% en aquellos con FG más bajo (Breslow, $p < 0.001$).

Conclusiones. La fórmula de Keller puede ser un método extremadamente sencillo de valoración rápida del FG en la práctica clínica con buena correlación con el pronóstico de progresión de la enfermedad renal crónica y la mortalidad general.

555 EXPERIENCIA CON LA E-CONSULTA EN EL AREA DE SALUD DE BADAJOZ

T. GIRALDO¹, B. GÓMEZ GALLEGU¹, M. PETRUCCI¹, J. HERNAN¹, E. MORENO¹, J. VALLADARES¹, J. VILLA¹, NR. ROBLES¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BADAJOZ (BADAJOZ)

Introducción: La solicitud de consultas en el Servicio Extremeño de Salud se viene realizando desde 2019 de forma electrónica a través del programa JARA de gestión de historias clínicas y otras necesidades del usuario. Hemos intentado valorar la efectividad y el uso de este sistema de solicitud desde su creación.

Diseño y métodos: Se han recogido del Programa JARA los datos totales de solicitudes de e-consulta registradas desde 2019 valorando su evolución en el tiempo. Así mismo, se han examinado el origen de las derivaciones solicitadas a la consulta de Nefrología y la tasa de aceptación de estas. La población del AS de Badajoz son aproximadamente 270.000 habitantes.

Resultados: En 2019 solo se activó el servicio para Atención Primaria, se contestaron un total de 347 e-consultas de las que 265 fueron citadas y 21 rechazadas, y el resto se resolvieron sin citar. A partir de 2020 la solicitud de e-consulta se abrió también a los servicios hospitalarios. Los resultados se muestran en la tabla.

Como puede verse se ha hecho un uso creciente de la e-consulta en este corto plazo de tiempo, llamando la atención el alto número de consultas rechazadas el último año por no cumplir los criterios de derivación, siendo este porcentaje ligeramente inferior para las consultas especializadas (14,1% frente a 24,9% para Atención Primaria).

Conclusiones: El uso de la e-consulta ha tenido un crecimiento progresivo en nuestro Área de Salud con buena aceptación por los médicos implicados. El elevado número de rechazos sugiere la necesidad de intensificar el conocimiento de los criterios de derivación en Atención Primaria.

Tabla 1.

	2020	2021	2022	2023
Total solicitudes	458	889	1016	1351
Aceptadas	295	629	835	906
Rechazadas	25	31	98	248
Total AP	360	515	648	804
Aceptadas	231	345	546	500
Rechazadas	20	19	70	199
Total Hospital	98	374	368	547
Aceptadas	64	284	289	406
Rechazadas	5	12	28	49

556 CAMBIO EN LOS PATRONES DE ADHERENCIA A MEDICACIÓN EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN DIÁLISIS Y NO-EN-DIÁLISIS

M. MARTÍNEZ MANRIQUE¹, P. ARDURA AGUDÍN¹, AL. VALENCIA PELÁEZ¹, AL. MARTINS¹, S. SANZ BALLESTEROS¹, I. ACOSTA-OCHOA¹, M. BUSTAMANTE MUNGUIRA¹, A. SANCHO MORENO¹, P. VALENTE ESTRADA¹, A. COCA ROJO¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID (VALLADOLID)

Introducción: La multimorbilidad (coexistencia de ≥ 2 enfermedades crónicas) se asocia a deterioro de función renal y conlleva a la politerapia, aumentando la carga terapéutica y disminuyendo la calidad de vida de los pacientes. La polifarmacia se ha relacionado con falta de adherencia a medicación, mayor riesgo de problemas relacionados con ella, hospitalización y muerte. Sin embargo, no se han descrito adecuadamente las diferencias en multimorbilidad, polifarmacia y adherencia terapéutica en pacientes con ERC.

Materia y método: Se realiza estudio de cohortes retrospectivo incluyendo a todos los pacientes en hemodiálisis o diálisis peritoneal (DP) en la actualidad, y una muestra de pacientes con ERC no-en-diálisis. La información demográfica, clínica y los datos sobre el tratamiento actual se extrajeron de los registros hospitalarios. La información relativa a la adherencia terapéutica se extrajo de las recetas electrónicas y se comparó entre los grupos.

Resultados: La tabla 1 describe la demografía, características clínicas, tratamiento actual y cumplimiento terapéutico. La hipertensión y la dislipemia fueron las comorbilidades más frecuentes en todos los grupos. Los pacientes en diálisis recibían un mayor número de fármacos. Los medicamentos más frecuentemente prescritos en pacientes con ERC no-en-diálisis y en diálisis fueron los iSGLT2 y los captadores de fosfato, respectivamente. Globalmente, la adherencia terapéutica disminuyó en pacientes en TRS en comparación con pacientes con ERC no-en-diálisis, salvo en suplementos nutricionales o captadores de fosfato. Los pacientes en DP tendieron a mostrar una mayor falta de adherencia terapéutica respecto a los pacientes en hemodiálisis, excepto para los captadores de fosfato y potasio.

Conclusión: Aunque el número de comorbilidades fue similar en los tres grupos, la polifarmacia y la falta de adherencia aumentaron en los pacientes en diálisis, especialmente para el calcio o los suplementos nutricionales. Se necesitan nuevas estrategias para aumentar la adherencia al tratamiento en los pacientes con ERC.

 Ver tabla

557 VALIDACIÓN DEL KFRE EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA G4+ SEGÚN SUS ETIOLOGÍAS

E. GALLEGU VALCARCE¹, A. SHABAKA FERNANDEZ², A. REY CARDENAS¹, D. ROLDAN¹, S. LOPEZ SAN ROMAN¹, AM. TATO RIBERA¹, A. MENDEZ ABREU¹, E. LOPEZ MELERO¹, CM. CASES CORONA¹, E. GRUSS VERGARA¹

¹NEFROLOGÍA. HUFU (ALCORCON), ²NEFROLOGÍA. LA PAZ (MADRID)

Introducción: Las guías KDIGO de 2024 sobre la enfermedad renal crónica (ERC), recomiendan evaluar el riesgo de precisar tratamiento renal sustitutivo (TRS) con modelos de predicción validados. Las mediciones del riesgo a dos años determinarían las cifras a partir de las cuales se recomienda la remisión a consultas de ERCA. Existen pocos trabajos que hayan evaluado si los modelos de predicción son válidos en pacientes con G4-G5 para las diferentes etiologías. Este estudio valida el modelo de predicción más ampliamente utilizado, el KFRE con 4 variables, en una población con ERCA para diferentes etiologías.

Población y métodos: Realizamos un estudio retrospectivo de cohortes de todos los enfermos incidentes en una consulta de ERCA entre 1-1-2013 y el 31-12-2021, los datos se han recogido de forma prospectiva acabando el periodo de observación el 31-3-24.

En la primera visita se calculó el riesgo de progresión a insuficiencia renal (definida como diálisis o trasplante) a los 2 años mediante el KFRE con 4 variables y se correlacionaron con la incidencia de eventos observados en ese periodo.

El estudio se realizó en toda la cohorte y en los pacientes que presentaban cada una de las etiologías específicas: nefropatía diabética (ND), nefropatía vascular (NV), glomerulonefritis (GLO), poliquistosis renal autosómica dominante (PKD) y otras enfermedades. La discriminación del KFRE a dos años se evaluó a través de las curvas ROC y su área bajo la curva, comparando cada una de ellas por el test de DeLong. La calibración se realizó a través de los gráficos de calibración y del test de Hosmer-Lemeshow.

Resultados: Se incluyeron 648 pacientes, 154 con ND, 101 con NV, 62 GLO, 42 PKD y 289 con otras etiologías. El AUC de las curvas ROC de toda la corte fue con un IC del 95%: 0,87 (0,83-0,90) para la ND; 0,902 (0,854-0,950), para la NV 0,924 (0,863-0,984), para GLO 0,850 (0,756-0,944), para los PKD 0,822 (0,668-0,977) y para el resto de 0,833 (0,763-0,903). No existían diferencias significativas entre las curvas por el test de DeLong $p > 0,05$.

La ecuación KFRE mostró una calibración adecuada tanto para la población global como para cada una de las etiologías (test de Hosmer - Lemeshow con $p > 0,05$).

Conclusiones: La ecuación KFRE con 4 variables a dos años proporciona una discriminación y calibración adecuadas en los pacientes con ERCA en sus diferentes etiologías.

Resúmenes

Enfermedad renal crónica - Epidemiología y clínica

558 APLICACIÓN DE ESCALAS EN LA CONSULTA DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA AVANZADA

A. FRÍAS GONZÁLEZ¹, M. LÓPEZ PICASSO¹, S. ALEXANDRU¹, A. HERNÁNDEZ PÉREZ¹, M. POMA TAPIA¹, SE. PAMPA SAICO¹, JE. APAZA CHAVEZ¹, L. LAURA GARCÍA-PUENTE SUÁREZ¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO REY JUAN CARLOS (MADRID/ESPAÑA)

Introducción: La evaluación integral de las personas con enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) permite desarrollar planes de tratamiento individualizados que nos apoyen en la toma de decisiones.

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo transversal unicéntrico para evaluar distintos parámetros mediante escalas en pacientes en seguimiento en consultas de ERCA, incluyendo: dependencia (Barthel), actividades instrumentales de la vida diaria (Lawton y Brody), estado funcional (ECOG), valoración sociofamiliar (Gijón), deterioro cognitivo (SPMSQ de Pfeiffer), estado nutricional (valoración subjetiva global), fragilidad (escala clínica de fragilidad) y dolor (EVA).

Resultados: Se incluyeron n=100 pacientes (68% varones, mediana de edad 79 [73-84] años, 94% españoles, FGe medio de 18 +/- 6 mL/min).

La media de Barthel fue de 88 +/- 20 puntos, 45% de los pacientes con algún grado de dependencia (6 grave o total); el 41% presentó dependencia para actividades instrumentales según la escala Lawton y Brody. El ECOG medio fue de 0,7 +/- 0,8 puntos, 56% ECOG ≥1. El 24% se encontró en situación de riesgo/problema social. El 13% mostró deterioro cognitivo (6 pacientes moderado o grave). Diecisiete pacientes presentaron una malnutrición moderada o grave, 10 de ellos con pérdida de peso ≥5% en el último mes. El 39,6% se encontró en situación de vulnerabilidad o fragilidad. El dolor se evaluó en 48 pacientes, de los cuales 10 (20,8%) negaron cualquier dolor, 10 refirieron dolor leve, y 28 (58,3%) dolor moderado o grave. Tabla 1.

Se consideraron candidatos a terapia renal sustitutiva (TRS) 61 pacientes, 21 a conservador y 19 no decidido en ese momento.

Conclusiones: Las personas con ERCA tienen con frecuencia una situación funcional precaria y diferentes grados de dolor. Muchos de estos pacientes se pueden beneficiar de una intervención social y nutricional. Es importante evaluar estos aspectos de manera dirigida para poder individualizar el seguimiento y optimizar la decisión de TRS.

Tabla 1. Resultado escalas en pacientes con enfermedad renal avanzada.

BARTHEL (0-100)		SHIM (0-100)		ESCALA CLÍNICA FRAGILIDAD (0-10)		EVA (0-10)	
Puntuación	%	Puntuación	%	Grado	%	Puntuación	%
100	53	9	76	Muy buena función	2,3	62	62,7
80-99	37	20-94	25	Buena función	7,0	3,7	50,1
60-79	5	15	1	Ademocranqueo	37,5	8-10	8,3
40-59	4			Malnutrición	16,7		
20-39	4			Dependencia Trágl	12,5		
<20	2			Modera-alta dependencia Trágl	7,5		
				Situación de riesgo	2,3		
				Extremadamente Trágl	1		
Media 88,43 +/- 22,4 puntos		Media 7,78 +/- 2,73 puntos				Media 3,46 +/- 2,70 puntos	

559 RELACIÓN ENTRE MARCADORES INFLAMATORIOS EN LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

JJ. ALVAREZ SALTOS¹, ML. CABANA CARCASI¹, A. MERINO-RIBAS¹, CL. NOBOA PÁEZ¹, GM. GONZÁLEZ SUÁREZ¹, N. MARTÍN ALEMANY¹, L. GARCÍA CANTALEJO¹, CM. CASTILLO DEVIA¹, Y. ACOSTA BAPTISTA¹, J. CALABIA MARTÍNEZ¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARI DR JOSEP TRUETA (GIRONA)

Introducción: Existe un estado inflamatorio aumentado en pacientes con enfermedad renal en etapa terminal (ERCT). Por lo que es importante determinar si el deterioro de la función renal influye en los niveles de los parámetros inflamatorios e infecciosos, particularmente la procalcitonina asociada de forma específica a infecciones bacterianas.

Material y método: Se realizó un estudio comparativo observacional transversal entre pacientes en HD (Grupo 1, n=36) y con ERCT (Grupo 2, n=109). Se evaluaron los valores de PCT, Proteína C Reactiva (PCR), Velocidad de Sedimentación Globular (VSG), Ferritina, entre otros. Se excluyeron pacientes con infección activa. Los resultados se presentan como media ± desviación estándar para variables con distribución normal y como mediana para variables con distribución no normal. Se realizaron las comparaciones con la prueba de Mann-Whitney para variables no normales. Las relaciones entre parámetros se examinaron con correlación de Spearman y análisis de regresión lineal.

Resultados: Encontramos en los pacientes en HD (Grupo 1) en comparación con los pacientes con ERCT (Grupo 2) niveles más altos de PCT (sin ser valores clínicamente relevantes), niveles más altos de ferritina y niveles más bajos de albúmina (p<0.001). El valor máximo determinado de PCT fue de 0.87 ng/ml en el grupo de HD y de 0.45 ng/ml en el grupo de ERCT. No se identificó correlación entre ninguna de las variables analizadas y la diabetes. Sin embargo, la PCT exhibió una correlación con la PCR (p = 0.001), y la ferritina (p < 0.001). La VSG demostró una correlación con la PCR (p < 0.001). Posteriormente en el modelo de regresión lineal, se observó que la PCR y la ferritina fueron factores predictivos independientes de los niveles de PCT (p < 0.001), pero la diabetes, el género y la edad no lo fueron. Además no se demostró relación entre la pérdida de la función renal y el aumento de valores de procalcitonina.

Conclusiones: Dado que los pacientes con enfermedad renal en etapa terminal y en hemodiálisis se encuentran en un estado inflamatorio crónico, es difícil evaluar la gravedad de la infección aguda en estos pacientes. Por esa razón, es necesario aclarar los valores de corte de los parámetros inflamatorios en estos pacientes en un momento sin infección.

560 FACTORES PREDICTORES DE ALBUMINURIA A3 EN PACIENTES ANCIANOS CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA (PANCERC)

L.C. PÉREZ ROLDÁN¹, J. MONTERO MUÑOZ¹, LM. ROBOYO HERRERA¹, B. PADRONES LÓPEZ¹, JK. SERRANO MARTÍNEZ¹, L. OVIES MENÉNDEZ¹, M. NAVES DÍAZ¹, C. GÓMEZ ALONSO², C. GARCÍA GIL-ALBERT³, E. LÓPEZ ÁLVAREZ¹

¹AGC GERIATRÍA. HOSPITAL MONTE NARANCO (OVIEDO, ESPAÑA), ²UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE METABOLISMO ÓSEO Y MINERAL. HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS (OVIEDO, ESPAÑA), ³BIOQUÍMICA CLÍNICA. LABORATORIO DE MEDICINA. HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS (OVIEDO, ESPAÑA)

Introducción: La albuminuria aumenta el riesgo de complicaciones tales como progresión renal o mortalidad en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC), en especial el estadio A3 (cociente albúmina-creatinina urinaria ≥300 mg/g en orina aislada). Siendo importante su determinación, limitada en ancianos por situaciones de incontinencia urinaria. El objetivo del presente estudio fue buscar factores que permitan predecir la presencia de albuminuria A3 en ancianos con ERC.

Material y método: Estudio transversal en una Unidad Geriátrica de Agudos entre diciembre-2022 y marzo-2023, en pacientes ≥84 años diagnosticados de ERC ingresados en una Unidad de Agudos.

Se analizaron variables como sexo, IMC, situación funcional (Índice de Barthel (IB)), institucionalización, demencia (GDS de Reisberg ≥4), fragilidad (FRAL ≥3), polifarmacia (≥5 fármacos), comorbilidades, índice de Charlson (ICh), desnutrición (MNA-SF ≤7), filtrado glomerular según CKD-EPI (FGe) y albuminuria al ingreso.

Resultados: Se incluyeron 371 pacientes, 67.4% mujeres con una edad media de 90.4±4 años, IMC medio 27.7±5.5 kg/m² (29.4% obesidad). El IB fue 59.3±32.4. El 30.5% vivía en residencia, siendo la tasa de demencia 25.1%. La prevalencia de fragilidad fue del 76.3%, y el 90.9% estaba polimedicado. Las comorbilidades más frecuentes fueron HTA (91.1%) e ICC (69.3%), distribuyéndose los grados de ERC: G3a 37.5%, G3b 43.4%, G4 18.6% y G5 0.5%. El ICh medio fue 2.9±1.9, y estaba desnutrido el 19.4%. El 50.9% presentaba incontinencia urinaria. El FGe medio fue 37.1±14.7 mL/min/1.73m².

La albuminuria media fue 208.1±503.5 mg/g (A1 37.2%, A2 46.4%, A3 16.4%). Los factores asociados a albuminuria A3 fueron: ERC G4 (OR 3.8 [2.1 a 7]; p<0.001), anemia (OR 3.2 [1.7 a 6.2]; p=0.001) y diabetes mellitus (OR 2.4 [1.4 a 4.3]; p=0.001). Se realizó una regresión logística (ajustando también por edad y sexo), manteniéndose como factores predictores ERC G4 (OR 2.8 [1.4 a 5.6]; p=0.004), anemia (OR 2.6 [1.3 a 5.2]; p=0.008) y diabetes mellitus (OR 2.2 [1.2 a 3.9]; p=0.011). Pacientes con ERC G3a tenían menor probabilidad de albuminuria A3 (OR 0.4 [0.2 a 0.8]; p=0.004).

Conclusiones:

- Se observó una alta prevalencia de incontinencia urinaria en ancianos nefrópatas, con la consecuente dificultad para medir directamente la albuminuria.
- Factores de riesgo como diabetes mellitus, anemia y ERC G4 parecen predecir la presencia de albuminuria A3.
- Estos hallazgos podrían ayudar a caracterizar subgrupos de ancianos con ERC y alta sospecha de albuminuria A3, subsidiarios de realizar sondaje vesical para determinar la albuminuria y/o instaurar tratamientos como los iSGLT-2, que han demostrado ser útiles en presencia de albuminuria.

561 ANALISIS DE MORTALIDAD EN EL PRIMER AÑO DE HEMODIÁLISIS DESDE LA UNIDAD ERCA

B. ALONSO CALLE¹, LM. CUETO BRAVO¹, DJ. BUSTOS JIMENEZ¹, FA. AHUJADO HORMIGOS¹, M. TORRES GUINEA¹, M. IBAÑEZ CERESO¹, D. CARRO HERRERO¹, A. CUBAS SANCHEZ-BEATO¹, C. CABEZAS REINA¹, MA. GARCIA RUBIALES¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE TOLEDO (TOLEDO)

Introducción: La mortalidad en los pacientes con ERC que inician hemodiálisis es excesivamente elevada en el primer año. El inicio no programado y el catéter como AV son factores ampliamente asociados a esta evolución en todos los registros. Sin embargo, hay escasos análisis sobre mortalidad precoz en una población seleccionada como la unidad ERCA.

Pacientes y método: Analizamos la mortalidad en el primer año de HD en las sucesivas cohortes (2010-2022) de ERCA y los factores que pudieran asociarse a dicho evento. Comparamos los resultados con los obtenidos por el Registro de Enfermos Renales de Castilla La Mancha (RERCLM) 2010-2017 (n=1357 incidentes) para algunas de las variables estudiadas.

Población 407 pacientes, edad 66 (RI 55-76), H/M 67/33%; IMC 30±6.4 kg/m²; DM 188(46%), N.Diabética 146 (35%); I.C.Charlson (edad) 6 (RI=4-8); Tº seguimiento ERCA 386d (RI=182-702); Inicio programado 305 (75%) eFG inicio ERCA 14±5.2; eFG inicio HD 7±2.3 mL/min; FAV inicio 265(65%).

Resultados: Mortalidad en el primer año de HD 8,8% (36/407). En el RERCLM fue 12,5% (170/1357).

En la tabla 1 se exponen las diferencias en las variables entre este grupo y el de los que sobreviven más de un año en nuestra unidad, así como las del RERCLM. Mayor edad, ICce, eFG inicio y fin ERCA e inicio urgente y/o con catéter se asociaron con mortalidad y también en el RERCLM. Sin embargo, ni la DM, N.Diabética, IMC, Tº seguimiento, Calcifediol, Hb ni Albúmina fueron diferentes entre ambos grupos en nuestra unidad. Los resultados en este caso contrastan con los del RERCLM donde el IMC, Hb y albúmina sí muestran valor predictivo de mortalidad.

Conclusiones: La mortalidad en el primer año de hemodiálisis en los pacientes que inician HD por ERCA, aunque menor que en los registros, es elevada. Los factores predictores de mortalidad son similares a los del registro salvo el IMC, Hb y albúmina que, en nuestra experiencia, pierden valor predictivo en la población ERCA.

Tabla 1.

	Exitus <1a	Vivos >1a	p	IC (95%)	RERCLM n 1357
N (407)	36	371			Exitus <1a(170)/Vivos >1a (1187)
Edad	70±6,18	64±3,41	0,038	0,28-0,73	72±5,7 vs 67±10,8 p<0,0001
H/M n (%)	297 (90/20)	246/125 (60/34)	0,09	-	109/51 vs 769/1418 p=0,86
D.Meilitus n (%)	22 (63)	166 (45)	0,079	-	-
N.Diabét. n (%)	16 (44)	130 (35)	0,278	-	OR 0,86 IC95% 0,42-1,74
Tº ERCA m(R)	427 (207-644,5)	381 (179-705)	0,371	-	-
ICce m(R)	9 (7-50)	9 (14-8)	0,002	-	8,4±0,1 vs 7,2±0,07 p<0,0001
Ind. Urg (%)	16 (44)	86(23)	0,008	-	3,0±0,1 vs 4,7±0,02 p<0,0001
eFG inicio ERCA mL/min	16 ± 4,9	14 ± 5,2	0,027	0,23-3,78	-
eFG inicio HD mL/min	9 ± 2,8	7 ± 2,3	0,003	1,22-2,77	9,5±0,4 vs 8,3±0,1 p<0,0001
IMC kg/m2	30 ± 5,47	30 ± 6,52	1	2,2-2,2	26,5±0,5 vs 26,7±0,2 p=0,0001
25OH D3 ng/ml	23 ± 11,6	24 ± 12,3	0,64	5,20-5,30	-
Hb g/dl	11,1 ± 1,7	11 ± 1,93	1	0,66-0,66	9,9±0,3 vs 10,0±0,05 p=0,0001
Alb g/dl	4 ± 0,62	4 ± 0,56	1	<0,21-0,21	3,2±0,02 vs 3,5±0,02 p=0,0001
Calc. Inicio n (%)	21 (58,3)	121 (32,6)	0,003	-	127 (75) vs 645 (54,3) p<0,0001

562 EVALUACIÓN DE LA FUNCIÓN RENAL EN CIRROSIS DESCOMPENSADA Y TRASPLANTE HEPÁTICO

A. TEMPRADO COLLADO¹, N. SANTOS COLLADO¹, L. BUENO MENA-BERNAL¹, MA. PÉREZ VALDIVIA¹, M. NARANJO ARELLANO¹, C. ALARCÓN GARCELAN¹, P. BATALHA CAETANO¹, MA. GÓMEZ BRAVO², JM. SOUSA MARTÍN³

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO (SEVILLA); ²CIRUGÍA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO (SEVILLA); ³APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO (SEVILLA)

Introducción: La aparición de enfermedad renal crónica tras un trasplante hepático (TH) afecta a la supervivencia de los pacientes. La afectación renal es multifactorial y abarca el período pretrasplante, perioperatorio e influye la nefrotoxicidad de los inmunosupresores. Los métodos de detección son poco válidos en estos pacientes. Nuestro propósito es evaluar la función renal para la indicación de trasplante hepático (TH), supervivencia y desarrollo de enfermedad renal después del TH.

Material y método: Estudio de cohorte, observacional y retrospectivo de 68 pacientes adultos sometidos a TH durante el año 2022 en un hospital terciario.

Resultados: Se recogieron 68 pacientes, con edad media de 56 años y predominancia masculina (67,6%). Comorbilidades: un 39,7% presentaba Hipertensión Arterial, un 35,3% Diabetes Mellitus, un 11,8% habían presentado infección por Virus de la hepatitis B y C respectivamente. La etiología más frecuente de cirrosis hepática es la alcohólica en un 50% seguida de no filiada (16,1%). Al trasplante un 32,4% presentaban hepatocarcinoma. Recogimos el Child de 39 pacientes (A 14,8%, B 33,9%, C 8,8%) y el MELD de 48 pacientes siendo la mediana 14 +- 6. Los datos de la evaluación renal pretrasplante: Creatinina sérica 0,95 mg/dL +- 0,44 mg/dL; Filtrado Glomerular estimado por CKD-EPI de 86,3 +- 24,7 mL/min/1,73m²; hematuria 10,3% y proteinuria 2,9%. Nadie ha precisado biopsia renal. Un 11,8% presentan Enfermedad Renal Crónica (ERC) (4,4% por PQHR y 5,8% no filiada) y el 38,2% habían presentado episodios de Fracaso Renal Agudo (FRA), de ellos el 5,9% precisaron Terapia Renal Sustitutiva. Todos cumplían criterios de TH aislado. El 95,6% recibieron triple terapia con prednisona, tacrolimus y derivados del ácido micofenólico. Además, el 36,8% de los casos recibieron inducción con basiliximab. En el perioperatorio el 27,9% presentaron FRA (un 8,8% precisaron TRS). La evolución de la función renal hasta los 12 meses posttrasplante se muestra en la tabla 1. Al año, la supervivencia es del 91,2% y la mortalidad se debe a causa infecciosa. Prevalencia de ERC posttrasplante del 29,4%, siendo la incidencia de 11 pacientes (55%).

Conclusiones: La función renal presenta leve empeoramiento en el posttrasplante inmediato que mejora al año tras la cirugía, probablemente con relación al control de la nefrotoxicidad asociada a los inmunosupresores. Existe un 30% de desarrollo de Enfermedad Renal Crónica, en estadios precoces que no ha precisado Tratamiento Renal Sustitutivo. Se requieren otros métodos para medir correctamente la función renal en este grupo de pacientes.

Tabla 1. Evolución de la función renal pretrasplante y durante el primer año posttrasplante.

Parámetros	Pretrasplante	3 meses	6 meses	12 meses
Cr ¹ mg/dL (media +- DS)	0,95 +- 0,44	1,24 +- 0,69	1,12 +- 0,27	1,08 +- 0,26
FGe ² mL/min/1,73m ² (media +- DS)	86,3 +- 24,7	69,88 +- 26,13	70,75 +- 20,68	73,38 +- 21,69

¹ (Cr) Creatinina sérica
² (FGe) Filtrado Glomerular estimado por CKD-EPI

563 USO DE AGONISTAS DEL RECEPTOR GLP-1 EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

E. PERVAN GONZÁLEZ¹, D. ARROYO RUEDA¹, MA. ENCALADA LANDIRES¹, M. VILLA VALDÉS¹, CC. NAVA CHAVEZ¹, U. VERDALLES GUZMÁN¹, J. CARBAYO LÓPEZ DE PABLO¹, L. SÁNCHEZ-CÁMARA¹, E. VERDE MORENO¹, M. GOICOECHEA DIEZHANDINO¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN (MADRID)

Introducción: Los agonistas del receptor GLP-1 (arGLP1) son fármacos eficaces en el manejo de la obesidad y la diabetes mellitus, y reducen los eventos cardiovasculares en estas poblaciones. También parecen tener un efecto positivo en la albuminuria y frenar la caída del filtrado glomerular (FG) en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC). No obstante, su uso en pacientes renales está menos estudiado en vida real. El objetivo de este trabajo es evaluar el uso de arGLP1 en pacientes con ERC, así como su impacto clínico y analítico.

Material y métodos: Se incluyen pacientes con seguimiento en la consulta general de Nefrología que tuvieran prescripción de algún arGLP1. Se recogen variables de filiación, antropométricas, clínicas y analíticas en el momento basal y durante el seguimiento. El análisis estadístico se realizó con SPSS.

Resultados: Se incluyen 22 pacientes con 13 (59,1%) varones y media de edad 70,4±10,0 años. Presentaban hipertensión y obesidad el 90,9%, diabetes el 68,2%, dislipemia el 72,7% e insuficiencia cardiaca el 40,9%. La etiología más frecuente de la ERC fue la diabetes (54,5%). Ocho pacientes (36,3%) tenían ERC leve, 12 (54,5%) moderada y dos (9,2%) avanzada, con un filtrado glomerular (FG) medio de 55,7±19,7mL/min. Diez pacientes (45,5%) eran normoalbuminúricos, 5 (22,7%) con microalbuminuria y 7 (31,8%) con macroalbuminuria.

El motivo de prescripción del arGLP1 fue diabetes mal controlada en paciente obeso en 13 (59,1%) pacientes, y exclusivamente obesidad en el resto. Un paciente (4,5%) inició liraglutide, 10 (45,5%) semaglutide subcutáneo y el resto semaglutide oral. Tres pacientes (13,6%) suspendieron el fármaco, dos por intolerancia gastrointestinal y uno por erupción cutánea.

A los 12 meses de seguimiento, la pérdida ponderal media fue de 9,2±3,5 Kg, con una caída del índice de masa corporal de 3,4±1,4 Kg/m². La hemoglobina glicada se redujo de media en 0,64±1,37%. Hubo una caída media del FG de 2,8±10,5 mL/min y una reducción media de la albuminuria de 10±320 mg/día.

Conclusiones: Los arGLP1 son fármacos eficaces y bien tolerados en los pacientes con enfermedad renal crónica. Pese a las barreras para su uso, debemos hacer un esfuerzo para implementarlo en aquellos pacientes que puedan beneficiarse de sus efectos positivos.

564 EXPERIENCIA CON ANÁLOGOS DE GLP 1 EN PACIENTES CON ERCA

JE. PASACHE CHONG¹, MJ. ORTEGA FERNÁNDEZ-REYES¹, C. GARCÍA MAJADO¹, M. MARTÍNEZ BELLOTTO¹, M. RODRÍGUEZ VIDRIALES¹, M. KISLÍKOVÁ¹, L. BELMAR VEGA¹, E. RODRIGO CALABIA¹, JC. RUIZ SAN MILLÁN¹, M. VALENTÍN MUÑOZ¹

¹SERVICIO DE NEFROLOGÍA. GRUPO DE INMUNOPATOLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA-IDIVAL. (SANTANDER-ESPAÑA)

Introducción: La Diabetes Mellitus (DM) es una de las principales causas de enfermedad renal crónica (ERC). Los efectos renoprotectores de los análogos de GLP1 (aGLP1) han demostrado mejorar el control glucémico, disminuir el peso del paciente y mejorar el riesgo cardiovascular de los pacientes con enfermedad renal diabética, aunque hay poca evidencia en pacientes con ERCA. Pretendemos analizar la evolución de la función renal tras su inicio, así como la pérdida de peso, el control glucémico y su tolerabilidad.

Material y método: Estudio observacional y retrospectivo de los pacientes con ERC y DM2 que iniciaron un aGLP1 en fase de ERCA (FGe 15-25ml/min). Se analizan las variables clínicas y demográficas previo al inicio del tratamiento y a los 3 meses, documentando efectos adversos y motivo de suspensión del fármaco. Se realiza mediante el programa SPSS un análisis descriptivo y para muestras emparejadas.

Resultados: Se incluyeron 37 pacientes con un seguimiento mínimo de 3 meses desde el inicio de aGLP1, cuyas características principales se recogen en la Tabla 1. En total 3 pacientes suspendieron el fármaco, uno por intolerancia gastrointestinal, el segundo por caída del FGe< 20ml/min y otro por no tener visado.

A los 3 meses del inicio se observó una reducción significativa del peso (de 91,3± 10,4kg a 88,6 ± 10,8kg, descenso medio -2,14kg, p<0,001), del IMC (de 34,4 ± 4,1kg/cm² a 33,3± 4,3 kg/cm², descenso medio -0,83 kg/cm², p=0,005) y de la hemoglobina glicada (de 7,4% ± 1,3 a 6,9% ± 1,1, descenso medio -0,43%, p=0,020). No se objetivaron diferencias significativas en el filtrado glomerular ni en la creatinina sérica.

Conclusiones: En nuestra muestra el tratamiento con aGLP1 fue bien tolerado en pacientes en ERCA. Este tratamiento logra disminuir el peso y mejorar el control glucémico sin que se produzca un empeoramiento significativo de la función renal.

Tabla 1.

Características basales de los pacientes	
Edad (años) (ERC)	70 ± 8,6
Sexo (masculino) (%)	75 (87%)
Peso (kg) (ERC)	91,3 ± 10,4
Índice de masa corporal (kg/m ²) (ERC)	34 ± 4,1
Hemoglobina glicada (%) (ERC)	7,4 ± 1,3
Creatinina sérica (mg/dL) (ERC)	2,7 ± 0,58
Filtrado glomerular por CKD-EPI (mL/min/1,73m ²) (ERC)	21 ± 3,1
Proteína excretada en orina (mg/g) (ERC)	1880 ± 2342
Causa de ERC	
Enfermedad renal diabética (%)	28 (76%)
Nefropatías crónicas (%)	3 (7,8%)
Nefropatías crónicas + Enfermedad renal diabética (%)	3 (7,8%)
Insuficiencia obstructiva crónica (%)	1 (2,6%)
Nefropatía intersticial (%)	2 (5,2%)
Otras causas (%)	1 (2,6%)
Tratamiento antidiabético al inicio de aGLP1	
Insulinoresistentes (n=6) (%)	16 (43,2%)
Diabetes tipo 2 (%)	31 (82,7%)
Insulina + antidiabéticos orales (%)	3 (7,8%)
Insulinoresistentes con insulina (%)	3 (7,8%)
Tipo de aGLP1 iniciado	
Receptores	20 (54%)
- liraglutide 3mg	9 (23%)
- semaglutide 1mg	11 (27%)
- semaglutide 0,5mg	5 (13,2%)
- semaglutide 0,25mg	5 (13,2%)
- semaglutide 0,5mg	10 (26%)
- semaglutide 1mg	10 (26%)
- semaglutide 2mg	10 (26%)
- semaglutide 3mg	10 (26%)
- semaglutide 4mg	10 (26%)
- semaglutide 5mg	10 (26%)
- semaglutide 6mg	10 (26%)
- semaglutide 7mg	10 (26%)
- semaglutide 8mg	10 (26%)
- semaglutide 9mg	10 (26%)
- semaglutide 10mg	10 (26%)

565 GARGA ASISTENCIAL DE LAS PERSONAS CON ERC. RESULTADOS DE UN REGISTRO AUTONÓMICO DE ERC

PJ. LABRADOR GÓMEZ¹, A. MATA MURILLO¹, JC. AGUILAR AGUILAR¹, N. FERNÁNDEZ SÁNCHEZ¹, AB. RUIZ JIMÉNEZ¹, A. ALVAREZ LÓPEZ¹, G. GARCÍA PINO¹, FJ. FÉLIX REDONDO²

¹NEFROLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE CÁCERES (CÁCERES/ESPAÑA); ²DIRECCIÓN GENERAL DEL SES. SERVICIO EXTREMEÑO DE SALUD (MÉRIDA/ESPAÑA); ³NEFROLOGÍA. HOSPITAL CIUDAD DE CORIA (CORIA/ESPAÑA); ⁴NEFROLOGÍA. HOSPITAL DE MÉRIDA (MÉRIDA/ESPAÑA); ⁵NEFROLOGÍA. HOSPITAL DE MÉRIDA (MÉRIDA/ESPAÑA); ⁶NEFROLOGÍA. HOSPITAL DE DON BENITO-VILLANUEVA (DON BENITO/ESPAÑA); ⁷NEFROLOGÍA. HOSPITAL DE ZAFRA (ZAFRA/ESPAÑA)

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

Grupo del Proceso Asistencial Integrado de la Enfermedad Renal Crónica de Extremadura

Objetivos: Determinar la utilización de recursos sanitarios de personas con ERC dentro de la práctica clínica habitual en el Servicio Extremeño de Salud (SES).

Material y métodos: Estudio de cohortes histórica a partir de los registros en la historia clínica electrónica del SES, de pacientes incluidos en el Proceso Asistencial (PAI) de ERC entre enero 2019 y diciembre 2023. Se recogieron las variables que caracterizan la ERC a su entrada en el proceso como edad, sexo, estadio de ERC, diferenciando categorías de filtrado glomerular (G), albuminuria (A) y otro daño renal (D). Se analizaron los datos asistenciales (necesidad de atención en puntos de atención continuada y urgencias hospitalaria, hospitalización urgente y estancia hospitalaria) de los pacientes del área de salud de Cáceres a lo largo de 2023.

Resultados: Se analizan las inclusiones (3651) en el PAI de ERC en el Área de Salud de Cáceres. La mediana de edad a la inclusión fue de 74±15 años. El 49,6% fueron mujeres.

La distribución de casos por estadios de ERC fue la siguiente: G1 6,3%, G2 10,2%, G3a 31,7%, G3b 34%, G4 16,5%, G5 1,3%. A1 47,2%, A2 34,9%, A3 17,9%. Otro daño renal 8,2%. El seguimiento medio fue 23±22 meses. La mortalidad global fue 21,4%.

El 36,8% de los pacientes requirió asistencia urgente en los puntos de atención continuada y el 36,3% en los servicios de urgencias hospitalarios. El 25,3% precisó ingreso hospitalario (387 hospitalizaciones por 1000 pacientes/año), el 15,6% precisó ingreso precoz en los primeros 30 días. La mortalidad hospitalaria fue 13,7%. La estancia media se situó en 11 días. Tras el alta, el 63,5% de los pacientes fueron atendidos en su centro de salud.

Conclusiones: Nuestros datos muestran la elevada carga asistencial para el sistema sanitario que presentan las personas con ERC. Uno de cada tres pacientes demandó asistencia urgente. Uno de cada cuatro precisó ingreso hospitalario, con una elevada mortalidad durante el mismo. Y uno de cada 6, precisó ingreso hospitalario, a pesar de una asistencia precoz en su centro de salud.

Consideramos que se precisa establecer protocolos de actuación consensuados con Atención Primaria para mejorar la asistencia de las personas con ERC.

570 PROGRAMA DE CRIBADO RENAL A PACIENTES AMBULATORIOS EN HOSPITAL DE TERCER NIVEL: RESULTADOS PRELIMINARES

C. ULLOA-CLAVIJO¹, A. SANDÚA-CONDADO², JM. MORA-GUTIÉRREZ³, D. VILLA-HURTADO¹, L. CASTAÑEDA¹, J. LAVILLA¹, P. MARTÍN¹, B. SANTOS¹, A. GONZÁLEZ-HERNÁNDEZ¹, N. GARCÍA-FERNÁNDEZ¹

¹NEFROLOGÍA. CLÍNICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA (ESPAÑA). ²LABORATORIO DE BIOQUÍMICA. CLÍNICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA (ESPAÑA). ³NEFROLOGÍA. CLÍNICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA - RIBORS2040, KIDNEY DISEASE, NAVARRA. (ESPAÑA)

Introducción: La enfermedad renal crónica es una amenaza epidemiológica con previsión de ser la 5ª causa de mortalidad global para 2040. Su infradiagnóstico (superior al 50%) hace necesario desarrollar un plan estratégico de concienciación, prevención, diagnóstico y abordaje precoz. Alineados con esta necesidad realizamos cribado renal en población general desde el 15 abril de 2024 hasta la actualidad.

Metodología: Incluimos pacientes.

Resultados: Durante dos semanas realizamos cribado de salud renal a 687 sujetos (56,2% mujeres); edad media 45+/-12 años. Identificamos 399 sujetos con riesgo bajo-moderado (grupo 1), de los cuales 14,3% (n=57) presentaban 30% más de probabilidad de mortalidad por todas las causas (HR:1.3) (Tabla 1). Llamativamente 246 pacientes se catalogaron como riesgo moderado-alto de los cuales 18,3% (N=45) presentaban más del doble de probabilidad de EA (HR: 2-2.6). Del total de sujetos analizados, 12 personas (1,7%) presentan una probabilidad 3 veces superior del EA. Ninguno de los pacientes en riesgo intermedio o muy alto (HR:1.6-2.9) se encontraban catalogados como enfermos renales y/o en seguimiento por Nefrología. Asociado a esto, un 35,6% de los pacientes identificados presentaban un estado de hiperfiltración catalogado como FG >105 ml/min/1,73 m2 y un 7% considerando FG >125 ml/min/1,73 m2.

Conclusiones: Un porcentaje no desdeñable de personas desconoce padecer de enfermedad renal y su riesgo de mortalidad. La puesta en marcha de un proyecto de cribado de salud renal permite la identificación de estos sujetos con elevado riesgo de mortalidad asociado a enfermedad renal crónica. Dicho programa de identificación precoz permitiría una acción dirigida hacia la prevención y el diagnóstico temprano, así como el concienciar a todo el personal sanitario de manera multidisciplinaria sobre la importancia de una evaluación renal completa que incluya FG y albuminuria. Si expandimos el cribado con análisis de microhematuria y/o alteración ecográfica la identificación de enfermos renales podría ser considerablemente superior y aumentar el impacto del programa.

571 PRESENCIA DE DIAGNÓSTICOS HISTOLÓGICOS ADICIONALES EN BIOPSIAS DE PACIENTES CON NEFROPATÍA DIABÉTICA

JA. TORRES ORTIZ¹, J. CARRILLO CHECA², D. ARROYO¹, AJ. HERNÁNDEZ GARCÍA¹, G. SÁNCHEZ SÁNCHEZ¹, M. VILLA VALDÉS¹, E. PERVAN GONZALEZ¹, J. CARBAYO LÓPEZ DE PABLO¹, FJ. DÍAZ CRESPO¹, M. GOICOECHEA DIEZHANDINO¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN (MADRID). ²ANATOMÍA PATOLÓGICA. HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO DE MÁLAGA (MÁLAGA). ³ANATOMÍA PATOLÓGICA. HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN (MADRID)

Introducción: Los pacientes con diabetes y afectación renal suelen tener indicación de biopsia renal sólo en caso de curso atípico o sospecha de diagnósticos alternativos. La nefropatía diabética (ND) es un diagnóstico histológico en pacientes con enfermedad renal diabética. Varias series han mostrado que es frecuente encontrar diagnósticos histológicos adicionales. El objetivo del presente estudio es comparar las características de los pacientes con diagnóstico histológico de diabetes con y sin hallazgos adicionales.

Metodología: Estudio observacional retrospectivo de pacientes con nefropatía diabética biopsiados entre abril de 2017 y julio de 2022. Se recogieron variables clínicas, analíticas e histológicas. El análisis estadístico se realizó con SPSS versión 25.

Resultados: Se incluyeron 23 pacientes, con media de edad 60±10 años, 18 hombres (78.3%). Todos los pacientes eran diabéticos, 22(95.7%) de tipo 2, con una mediana de tiempo desde el diagnóstico de 2.65 años (RIQ 1.4, -16.0). La mayoría (69.6%) recibían insulina. La mediana de hemoglobina glucosilada fue 6.6% (RIQ 5.9-8.3). Cuatro pacientes habían iniciado tratamiento renal sustitutivo al momento de la biopsia renal.

Las principales indicaciones de biopsia fueron deterioro de función renal (52.2 %), proteinuria en rango nefrótico (26.1%) y síndrome nefrótico completo (21.7%). La clase de nefropatía diabética según clasificación de Tervaert fue: clase I, 1; IIa, 3; IIb, 2; III, 10; y IV, 7.

Nueve pacientes (39.1%) tenían un diagnóstico histológico adicional a la diabetes: 3 nefritis intersticial inmunológica, 2 glomerulonefritis focal y segmentarias, 1 nefropatía IgA, 1 glomerulonefritis endocapilar, 1 glomerulonefritis extracapilar y 1 microangiopatía trombótica. En comparación con los pacientes que sólo tenían ND, los que tenían diagnóstico adicional no mostraron diferencias en las características demográficas (sexo, edad, comorbilidades). Aunque presentaban mayor proteinuria (5.7 vs. 2.9 g/día) y mayor creatinina (3.6 vs. 2.6 mg/dL), las diferencias no fueron estadísticamente significativas. Tampoco se vieron diferencias estadísticamente significativas en mortalidad (22.0 vs. 14.3%).

Conclusión: En pacientes con nefropatía diabética, no es inusual encontrar diagnósticos histológicos adicionales. En esta serie no influyó sobre el pronóstico, pero hacen falta datos en trabajos con mayor tamaño muestral.

572 INFILTRADO EOSINOFÍLICO EN BIOPSIAS DE PACIENTES CON NEFROPATÍA DIABÉTICA

JA. TORRES ORTIZ¹, J. CARRILLO CHECA², D. ARROYO¹, AJ. HERNÁNDEZ GARCÍA¹, G. SÁNCHEZ SÁNCHEZ¹, M. VILLA VALDÉS¹, MA. ENCALADA LANDIREIS¹, J. CARBAYO LÓPEZ DE PABLO¹, FJ. DÍAZ CRESPO¹, M. GOICOECHEA DIEZHANDINO¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN (MADRID). ²ANATOMÍA PATOLÓGICA. HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO DE MÁLAGA (MADRID). ³ANATOMÍA PATOLÓGICA. HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN (MADRID)

Introducción: El infiltrado eosinófilo ha sido estudiado como un posible pronóstico de supervivencia renal en pacientes con nefropatía diabética. El objetivo del presente estudio es describir las características clínicas e histológicas de los pacientes diabéticos en función de la presencia de eosinófilos.

Metodología: Estudio observacional retrospectivo de pacientes con nefropatía diabética biopsiados entre abril de 2017 y julio de 2022. Se recogieron variables clínicas, analíticas e histológicas. El análisis estadístico se realizó con SPSS versión 25.

Resultados: Se incluyeron 23 pacientes, con media de edad 60±10 años, 18 hombres (78.3%). Todos los pacientes eran diabéticos, 22(95.7%) de tipo 2, con una mediana de tiempo desde el diagnóstico de 2.65 años (RIQ 1.4, -16.0). La mayoría (69.6%) recibían insulina. La mediana de hemoglobina glucosilada fue 6.6% (RIQ 5.9-8.3). Cuatro pacientes habían iniciado tratamiento renal sustitutivo al momento de la biopsia renal.

Las principales indicaciones de biopsia fueron deterioro de función renal (52.2 %), proteinuria en rango nefrótico (26.1%) y síndrome nefrótico completo (21.7%). La clase de nefropatía diabética según clasificación de Tervaert fue: clase I, 1; IIa, 3; IIb, 2; III, 10; y IV, 7. Nueve (39.1%) pacientes tenían un diagnóstico histológico adicional a la diabetes. En 9 biopsias (39.13%) se encontró presencia de eosinófilos, con una mediana de 0.3 (RIQ 0.2-0.4) eosinófilos/mm2. El infiltrado intersticial eosinófilo se asoció a número de glomérulos esclerosados (r=0.590, p<0.05), atrofia tubular (r=0.500, p<0.05) e inflamación intersticial (r=0.563, p<0.05), en posible relación con más cronicidad del daño.

Los pacientes con eosinófilos en la biopsia presentaban menor edad (56 vs. 62 años), mayor tiempo desde el diagnóstico de diabetes (16 vs. 11 años), menor filtrado glomerular (36.4±15 vs. 43.4±19.0 años), aunque las diferencias no fueron estadísticamente significativas.

En nuestra serie, la presencia de eosinófilos no resultó predictora de pérdida de función renal ni de mortalidad, si bien el tamaño muestral puede resultar limitante para interpretar estos resultados.

Conclusión: El infiltrado eosinófilico en las biopsias renales de pacientes con nefropatía diabética se correlaciona con la cantidad de glomérulos esclerosados, y con mayor inflamación y atrofia tubular. La implicación pronóstica de este hallazgo a nivel clínico no está clara, por lo que hacen falta más estudios en este sentido.

573 PREVALENCIA DE FRAGILIDAD EN LA ERCA, QUÉ TEST USAR

B. GÓMEZ GALLEGO¹, T. GIRALDO RÚA¹, J. FARIÑAS GUTIÉRREZ¹, D. FERNÁNDEZ BERGES¹, B. CANCHO CASTELLANO¹, NR. ROBLES PÉREZ-MONTEOLIVA¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BADAJOZ (BADAJOZ). ²UNIDAD DE INVESTIGACIÓN DE DON BENITO VILLANUEVA, GRIMEX. SERVICIO EXTREMEDO DE SALUD (VILLANUEVA DE LA SERENA)

Introducción: La prevalencia de fragilidad en Enfermedad Renal Crónica (ERC) es mayor que en otras patologías cardiovasculares, aumentando progresivamente al reducirse el FG, parcialmente a partir de FG < 45 mL/min/1,73m2; es un factor de riesgo independiente para hospitalización y mortalidad por cualquier causa, especialmente en pacientes en diálisis, en los que alcanza prevalencias de hasta el 73% (utilizando preferentemente fenotipos de Fried) frente a un 7% en estadio G1-G4.

Material y método: Evaluar prevalencia de la Fragilidad por distintas escalas, se mostraron los datos mediante la escala Frail y Short Physical Performance Battery (SPPB), en pacientes incidentes en la Unidad de ERCA, con FG CKDEPI.

Resultados: Se estudiaron 154 pacientes. 64, 9% eran varones, mediana de edad 71,41 años RIQ (63,66-79,63). Factores de RCV asociados: HTA 66,2%, Diabetes Mellitus 44,2%, Fumador activo 14,3%, Exfumador >1 a (50,6%), DL 26,1%. Etiología: Nefropatía diabética 27,3%, No Filiaidas 22,1%, NTIC 14,9%, NAE 13%, Hereditarias 9,1%, Glomerulopatías 6,5%, Otras causas 7,1%. Comorbilidad de Charlson el 32,6% asociaba 5 puntos o más en comorbilidades. Frail 51,3% robusto, 38,93% prefrágil, 7,8% fragilidad. Mediante el test SPPB un 44,8% de los sujetos eran frágil. Figura 1.

Conclusiones: Existe una alta comorbilidad y fragilidad asociada en la ERCA, siendo nuestros datos similares a otras series. Esta asociación requiere de un abordaje interdisciplinar que favorezca la asistencia en situaciones de envejecimiento patológico. Nuestro estudio pretende integrar conocimientos sobre el paciente renal robusto, pre-frágil y frágil para ofrecer la mejor asistencia clínica y social disponible. Se pretende continuar en la búsqueda de patrones para favorecer un envejecimiento saludable.

Figura 1.

Variable	Frail	Pre-frágil	Fragil	Robusto
Edad (años)	71.41	68.5	74.2	65.3
Sexo (H/M)	104/50	58/26	18/10	26/14
FG (mL/min/1.73m2)	36.4	43.4	31.2	51.5
Diabetes Mellitus (%)	44.2	44.2	44.2	44.2
HTA (%)	66.2	66.2	66.2	66.2
Fumador activo (%)	14.3	14.3	14.3	14.3
Exfumador >1 a (%)	50.6	50.6	50.6	50.6
DL (%)	26.1	26.1	26.1	26.1
Hereditarias (%)	9.1	9.1	9.1	9.1
Glomerulopatías (%)	6.5	6.5	6.5	6.5
Otras causas (%)	7.1	7.1	7.1	7.1
Comorbilidad de Charlson	32.6	32.6	32.6	32.6
Frail (%)	51.3	38.93	7.8	0
SPPB	44.8	44.8	44.8	44.8

574 AUMENTO DE LA INCIDENCIA Y PREVALENCIA DE PACIENTES EN TRATAMIENTO RENAL SUSTITUTIVO EN LOS ÚLTIMOS CUARENTA AÑOS EN URUGUAY

LL. LUZARDO¹, ML. CERETTA², AZ. ZINOVEEV³, MN. NIN¹, AF. FERREIRO¹, CG. GONZÁLEZ-BEDAT³

¹HOSPITAL DE CLÍNICAS. REGISTRO URUGUAYO DE DIÁLISIS (MONTEVIDEO/URUGUAY), ²REGISTRO URUGUAYO DE DIÁLISIS. REGISTRO URUGUAYO DE DIÁLISIS (MONTEVIDEO/URUGUAY), ³REGISTRO URUGUAYO DE DIÁLISISLOGÍA HOSPITAL DE CLÍNICAS. REGISTRO URUGUAYO DE DIÁLISIS (MONTEVIDEO/URUGUAY)

Introducción: El Registro Uruguayo de Diálisis (RUD) y el Registro Uruguayo de Trasplante son registros obligatorios que incluyen a todos los pacientes del país.

Material y método: El objetivo de este estudio es describir la incidencia, prevalencia y supervivencia de los pacientes en tratamiento renal sustitutivo (TRS) en los últimos 40 años. La tasa de mortalidad ajustada se calculó mediante estandarización indirecta. Además de la edad, el sexo y la diabetes, se consideró para el ajuste el tiempo de permanencia en tratamiento con diálisis (hasta 1 año o más de 1 año).

Resultados: Observamos un crecimiento constante de la prevalencia de pacientes en TRS, que aumentó de 41 a 1.227 pmp (Figura 1). La incidencia y prevalencia de pacientes en diálisis crónica aumentó de 32 y 38 en 1981 a 184 y 820 pmp en 2020, respectivamente. Del mismo modo, la incidencia y prevalencia de pacientes con TR aumentaron de 3 y 3 en 1981 a 34 y 407 pmp. El crecimiento de la tasa de prevalencia del TR fue 10 veces superior a la tasa de prevalencia de la DC. Los pacientes en diálisis peritoneal no superaron en ningún momento el 10%. La edad de los pacientes al ingreso en DC aumentó de $44,3 \pm 13,5$ años en 1981 a $62,2 \pm 17,1$ años en 2020, mientras que los mayores de 65 años aumentaron del 3,0 al 52,4% al final del periodo analizado. La edad de los pacientes ingresados en TR pasó de $46,0 \pm 13,3$ años en 1981 a $43,1 \pm 18,2$ años en 2020, mientras que los mayores de 65 años aumentaron de 0 a 12,5%.

Conclusiones: La incidencia y prevalencia de TSR en Uruguay han aumentado entre 1981 y 2020 con un mayor crecimiento porcentual en la tasa de prevalencia de TR. A pesar del creciente ingreso de pacientes mayores de 65 años, la mortalidad se ha mantenido estable.

■ **Figura 1.** Incidence and prevalence of CD and KT and CD mortality during the 40 study years period.

