748 Nox4 DETERMINA LA PRODUCCIÓN Y DIFERENCIACIÓN DE ERITROCITOS EN MÉDULA ÓSEA DURANTE EL FRACASO RENAL AGUDO ASOCIADO A HEMOLISIS INTRAVASCULAR

•••

C. GARCÍA-CABALLERO[1], E. MARTINEZ-BALSALOBRE[2], K. VALDÉS-DÍAZ[3], AB. PÉREZ OLIVA[2], M. VALLEJO-MUDARRA[1], C. DECOUTY-PÉREZ[4], B. DE ANDRÉS[5], J. EGEA[4], I. CORTEGANO[5], JA. MORENO[6]

[1]FISIOPATOLOGÍA DEL DAÑO RENAL Y VASCULAR. IMIBIC, HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFIA (CÓRDOBA/ESPAÑA),[2]TRASPLANTE HEMATOPOYETICO Y TERAPIA CELULAR. INSTITUTO MURCIANO DE INVESTIGACIÓN BIOSANITARIA (IMIB)-PASCUAL PARRILLA (MURCIA/ESPAÑA), [3]METABOLISMO DEL CALCIO. CALCIFICACIÓN VASCULAR. IMIBIC, HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFIA (CÓRDOBA/ESPAÑA), [4]UNIDAD DE INVESTIGACIÓN. HOSPITAL SANTA CRISTINA, INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA LA PRINCESA (IIS-IP) (MADRID/ESPAÑA),[5]LABORATORIO DE INMUNOBIOLOGÍA. INSTITUTO DE SALUD CARLOS III (MAJADAHONDA/ESPAÑA), [6]FISIOPATOLOGIA DEL DAÑO RENAL Y VASCULAR. DEPARTAMENTO DE BIOLOGÍA CELULAR, FISIOLOGÍA E INMUNOLOGÍA.SERVICIO DE NEFROLOGÍA, HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA DE CÓRDOBA. IMIBIC. UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA. HOSPITAL REINA SOFIA (CÓRDOBA/ESPAÑA)

La anemia es una consecuencia común del fracaso renal agudo asociado a hemólisis intravascular. La pérdida masiva de eritrocitos estimula la síntesis y diferenciación de estas células en la médula ósea. Este proceso está regulado por diferentes mecanismos, incluido el estrés oxidativo. La NADPH oxidasa 4 (Nox4) es una enzima que regula la producción de especies reactivas de oxígeno y que se expresa en células progenitoras hematopoyéticas. Nuestro objetivo fue investigar el papel de la enzima Nox4 sobre la diferenciación eritroide en un contexto de fracaso renal agudo y anemia provocado por hemolisis intravascular masiva.

Realizamos un modelo experimental de hemólisis intravascular (inyección de fenilhidrazina, 200 mg/kg) en ratones deficientes en Nox4 (Nox4 -/-) y en ratones tratados con un inhibidor de Nox4 (GKT137831). Los ratones fueron sacrificamos a 2, 3 y 7 días tras la inducción del daño. Se recogieron muestras de sangre periférica y médula ósea para analizar poblaciones eritroides por citometría de flujo y analizar la expresión de factores reguladores de la hematopoyesis por RT-PCR. Además, en la línea celular K562 y en PBMCs aisladas de voluntarios sanos analizamos la expresión de factores reguladores de la diferenciación eritroide y la capacidad de formar colonias eritroides tras el tratamiento con GKT137831, respectivamente.

La inducción de hemólisis intravascular disminuyó el número de glóbulos rojos circulantes y provocó fracaso renal agudo (aumento de creatinina y BUN). Esto produjo una movilización de progenitores eritroides desde la médula ósea, incrementándose los niveles de progenitores hematopoyéticos (BFU y CFU), pro-eritroblastos (CD71+/Ter119) y eritroblastos (CD71+/Ter119+). Sin embargo, este efecto fue significativamente mayor en ratones Nox4 -/- que en los ratones Nox4+/+. Los ratones Nox4-/- también mostraron aumento de la expresión génica de GATA-1 en médula ósea, mayores niveles de eritropoyetina en riñón y un aumento de reticulocitos en sangre periférica. La inhibición farmacológica de Nox4 con GKT137831 produjo resultados similares en ratones con hemólisis. Además, observamos con la administración de GKT137831 provocaba una disminución temprana de los niveles proteicos de GATA-1 en células K562 diferenciadas en presencia de hemina, por lo tanto, acelerando la diferenciación eritroide. Finalmente, estudios de diferenciación celular en PBMC aisladas de voluntarios sanos indicaron que la inhibición de Nox4 aumentaba el número de colonias eritroides.

En conclusión, Nox4 desempeña un papel crucial en la eritropoyesis, regulando la producción y diferenciación eritroide durante el fracaso renal agudo asociado a hemólisis intravascular.

749 IMPACTO ASISTENCIAL Y ECONÓMICO DE UNA UNIDAD CARDIORRENAL

•••

E. SORIANO PAYÁ[1], I. ARCO ADAMUZ[2], AM. GARCÍA GIRÓN[1], FJ. BERMÚDEZ JIMÉNEZ[2], S. LÓPEZ FERNÁNDEZ[2], MJ. ESPIGARES HUETE[1]

[1]NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES (GRANADA, ESPAÑA),[2]CARDIOLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES (GRANADA, ESPAÑA)

Introducción: La insuficiencia cardíaca (IC) y la ERC son dos retos para los sistemas sanitarios dada sus elevadas prevalencias, tasas de morbimortalidad y consumo de recursos sanitarios que ocasionan.

Objetivo: Valorar si el abordaje multidisciplinar de pacientes con síndrome cardiorrenal reduce la asistencia hospitalaria y si se acompaña de un ahorro económico.

Material y método: Estudio retrospectivo observacional en una Unidad Cardiorrenal. Se incluyeron, principalmente, pacientes con IC con FEVI reducida y ERC avanzada. Se excluyeron a pacientes ya en diálisis. Periodo de reclutamiento de junio 2021 a julio 2023, tiempo de seguimiento definido de 1 año. Los eventos clínicos de interés fueron las visitas a urgencias por causa cardiovascular y las hospitalizaciones por mismo motivo. Se registraron los eventos ocurridos en los seis meses previos al inicio del seguimiento y en los seis meses previos a la finalización de este. Se consideró patología cardiovascular: descompensación de IC, síndromes coronarios agudos, arritmias y patología vascular cerebral. El coste medio por visita a urgencias y por estancia (día de ingreso) para cada Unidad de Gestión Clínica (UGC) se extrajo de los datos económicos de nuestro centro para el año 2023.

Resultados: Cohorte de 53 pacientes. Descenso del 43% en el número total de visitas a urgencias (30 vs 17), sin significación. Descenso del 48% en el número total de hospitalizaciones (27 vs 14), con significación estadística. Descenso del 21% en el número total de días de hospitalización (323 vs 254). Para la evaluación económica se sumó, en cada tiempo analizado, el coste total de las visitas a urgencias y el coste total de las hospitalizaciones (coste medio de estancia hospitalaria multiplicado por el número total de días de hospitalización a cargo de cada UGC correspondiente).

La diferencia entre el coste previo y posterior al seguimiento (gasto total evitado) fue de 470.918€, un descenso del 61% en tan solo seis meses.

Conclusiones: Las Unidades Cardiorrenales son modelos coste-eficientes.

Figura 1. Comparación del coste total en cada tiempo correspondiente y el gasto total evitado.

750 VARIABILIDAD DE LOS VALORES DE FÓSFORO TRAS ADMINISTRACIÓN DE HIERRO INTRAVENOSO CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

•••

FL. PROCACCINI[1], A. REY[2], A. SHABAKA[3], E. ORTEGA[3], L. MEDINA[1], R. LUCENA[1], P. MUÑOZ[1], V. RUBIO[1], R. ALCAZAR[1], JA. MARTÍN[1]

[1]NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA LEONOR (MADRID), [2]NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCÓN (MADRID), [3]NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ (MADRID)

Introducción: Entre los efectos secundarios de la administración de hierro intravenoso (HeIV) está descrita la hipofosfatemia por inducción de FGF23, aunque se desconoce si se verifica en pacientes con ERC.

Material y método: Estudio retrospectivo entre pacientes >18años con ERC que hayan recibido al menos 1 dosis HeIV en el hospital de día de nefrología de uno de los hospitales participantes durante 1 año y que presentasen análisis de fósforo(P) el día de la administración y un control posterior. Se excluyeron pacientes en diálisis. Se recogen valores basales y post-HeIV de función renal, fosforo, calcio, vitamina D, PTH y dosis de hierro.

Resultados: Se analizan 191 administraciones de HeIV. 52,88% hombres con edad media 77,04años (SD 13,59). Las causas principales de ERC fueron nefroangiosclerosis(27,27%), y DM2(19,19%), con CAC media 240mg/g. La distribución fue G1 22(11,52%), G2 43(22,51%), G3 55(28,8%), G4 45(23,56%), G5 26(13,61%). Entre HeIV y control analítico posterior hubo una mediana de 28 días (IQI 7-68). El 22,51%(43) presentó hipofosfatemia, el 7,85%(15) con niveles <2mg/dl y 2 con niveles <1mg/dl. El 95,2% (182) de los pacientes ha recibido hierro carboximaltosa, el 7,03% (9) hierro sacarosa.

La media P fue basal 3,60mg/dl (SD 0,84) y post-HeIV 3,26mg/dl (SD 0,96) con una diferencia estadísticamente significativa (p<0,001), que se mantiene analizando los subgrupos hasta filtrado de 30ml/min.(figura1A).

El 27,23%(52) recibía análogos de vitamina D (13,09% mensual, 6,81% quincenal y 7,33% diario) y 7(3,66%) quelantes del fósforo. La mediana de vitamina D basal fue 21,95(IQI 15,7-30,8), de PTH 130 (IQI 92-203), el Ca medio 9,04mg/dl (SD 0,58). No hubo diferencia entre niveles de Ca y VitD y tampoco de PTH (68/191, p=0,77).

El grado de hipofosfatemia tiende a ser mayor a mayor dosis acumulada (figura1B).

Conclusiones: Se demuestra que el descenso de P tras HeIV existe también en pacientes con ERC y es independiente de los valores de VitD y Ca basales. Es un efecto secundario para considerar sobre todo cuando la dosis total de carboximaltosa administrada es elevada.

Ver figuras

751 REDUCCIÓN DEL TRATAMIENTO CON iSRAA RELACIONADO CON LA HIPERPOTASEMIA Y NÚMERO ESTIMADO NECESARIO A TRATAR PARA EVITAR UNA PRIMERA HOSPITALIZACIÓN MANTENIENDO EL TRATAMIENTO iSRAA

•••

DA. ARROYO[1], MK. SVENSSON[2], MF. FISCHEREDER[3], PK. KALRA[4], EV. LESÉN[5], SF. FRANZÉN[5], AA. ALLUM[6], TC. CARS[7], PB. BREITBART[8], IS. SÁNCHEZ LÁZARO[9]

[1]SERVICIO DE NEFROLOGÍA. HOSPITAL GENERAL, UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN (MADRID, ESPAÑA),[2]DEPARTMENT OF MEDICAL SCIENCES, RENAL MEDICINE. UPPSALA UNIVERSITY (UPPSALA, SUECIA), [3]DIVISION OF NEPHROLOGY. LMU HOSPITAL (MUNICH, ALEMANIA), [4]NA. PORTSMOUTH HOSPITALS UNIVERSITY NHS TRUST (PORTSMOUTH, REINO UNIDO),[5]NA. ASTRAZENECA (GOTHENBURG, SUECIA), [6]NA. ASTRAZENECA (CAMBRIDGE, REINO UNIDO), [7]NA. SENCE RESEARCH AB (UPPSALA, SUECIA),[8]DEPARTMENT OF CARDIOLOGY AND ANGIOLOGY. MEDICAL CENTER, FACULTY OF MEDICINE, UNIVERSITY OF FREIBURG (BAD KROZINGEN, ALEMANIA), [9]SERVICIO DE CARDIOLOGÍA. HOSPITAL VITHAS [9] DE OCTUBRE (VALENCIA, ESPAÑA)

Introducción: Las guías recomiendan el tratamiento con inhibidores del sistema renina-angiotensina-aldosterona (iSRAA) a dosis máximas toleradas en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) y/o insuficiencia cardiaca (IC), mientras la hiperpotasemia puede ser una barrera que conlleve a su reducción o interrupción. Este estudio describe la reducción de iSRAA relacionada con hiperpotasemia en pacientes con ERC y/o IC y estima el "número necesario a tratar" para evitar una primera hospitalización si se hubiera mantenido iSRAA.

Material y método: Estudio observacional retrospectivo en bases de datos de Alemania, España, Suecia y Reino Unido. Se incluyeron pacientes diagnosticados con ERC sin diálisis y/o IC con un episodio de hiperpotasemia (diagnóstico clínico o potasio >5.0 mmol/L) en tratamiento con iSRAA. Se analizaron los pacientes con reducción (reducción o interrupción) o mantenimiento del iSRAA. Se aplicó el emparejamiento por puntuación de propensión (PSM). El riesgo de hospitalización por todas las causas a los 6 meses se evaluó mediante Kaplan-Meier.

Resultados: Se incluyen 33.009 pacientes (Alemania: 11.199; España: 4.406; Suecia: 17.404). Los datos de Reino Unido se presentarán en Congreso. La presencia de ERC fue similar en las tres cohortes (77-85%), mientras que la IC fue más común en Alemania (70%) y Suecia (55%) que en España (18%). Tras el evento de hiperpotasemia, la terapia iSRAA se redujo en un 25-44%. Después del PSM (disponible en España y Suecia), el riesgo a 6 meses de al menos una hospitalización fue consistentemente mayor en pacientes que redujeron iSRAA (Tabla). Los datos sugieren que una primera hospitalización en los 6 meses posteriores podría haberse evitado si 20-24 pacientes hubieran mantenido iSRAA.

Conclusiones: Aunque las guías recomiendan el tratamiento con quelantes de potasio en pacientes con hiperpotasemia para mantener iSRAA, la hiperpotasemia todavía se asocia con una reducción o interrupción. Se sugiere que mantener versus reducir iSRAA después de un episodio de hiperpotasemia podría evitar potencialmente una primera hospitalización.

Tabla 1. Riesgo de una primera hospitalización en los 6 meses posteriores a un episodio de hiperpotasemia en pacientes con ERC y/o IC que redujeron (reducción o interrupción) vs. mantuvieron su terapia con iSRAA.

	Reducción iSRAA 6 meses incidencia acumulada (IC 95%)	Mantenimiento iSRAA 6 meses incidencia acumulada (IC 95%)	Reducción de riesgo absoluto	Número necesario a tratar
Suecia	41.9 (40.5–43.2)	37.8 (36.5–39.1)	4.1	24
España	26.6 (22.1–30.8)	21.6 (19.1–24.1)	4.9	20

IC: Intervalo de confianza; iSRAA: Inhibidores del sistema renina-angiotensina-aldosterona

752 ••• DURACIÓN DEL TRATAMIENTO CON CICLOSILICATO DE SODIO Y ZIRCONIO Y CONTINUACIÓN DEL TRATAMIENTO CON iSRAA DESPUÉS DE UN EPISODIO DE HIPERPOTASEMIA

DA. ARROYO[1], CP. POLLACK[2], EK. KANDA[3], EL. LESÉN[4], SF. FRANZÉN[4], CG. GRAY[5], TM. MUROHARA[6], AR. RASTOGI[7], IS. SÁNCHEZ LÁZARO[8]

[1]SERVICIO DE NEFROLOGÍA. HOSPITAL GENERAL, UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN (MADRID, ESPAÑA),[2]DEPARTMENT OF EMERGENCY MEDICINE. UNIVERSITY OF MISSISSIPPI SCHOOL OF MEDICINE (JACKSON, MS, USA), [3]DEPARTMENT OF MEDICAL SCIENCE. KAWASAKI MEDICAL SCHOOL (OKAYAMA, JAPAN),[4]NA. ASTRAZENECA (GOTHENBURG, SWEDEN), [5]NA. ASTRAZENECA (CAMBRIDGE, UK), [6]DEPARTMENT OF CARDIOLOGY. NAGOYA UNIVERSITY GRADUATE SCHOOL OF MEDICINE (NAGOYA, JAPAN),[7]DEPARTMENT OF MEDICINE. DAVID GEFFEN SCHOOL OF MEDICINE AT THE UNIVERSITY OF CALIFORNIA LOS ANGELES (LOS ANGELES, CA, USA), [8]SERVICIO DE CARDIOLOGÍA. HOSPITAL VITHAS [9] DE OCTUBRE (VALENCIA, ESPAÑA)

Introducción: La terapia con inhibidores del sistema renina-angiotensina-aldosterona (iSRAA) es fundamental en el tratamiento de enfermedad renal crónica (ERC) e insuficiencia cardiaca (IC), pero aumenta el riesgo de hiperpotasemia. Las guías recomiendan continuar la terapia iSRAA mientras se utilizan nuevos quelantes de potasio, como el ciclosilicato de sodio y zirconio (CSZ). Este estudio describe la probabilidad de continuar el tratamiento con iSRAA después de un episodio de hiperpotasemia según la duración del tratamiento con CSZ.

Material y método: Estudio observacional con datos de E.E.U.U., Japón y España. Se incluyeron pacientes diagnosticados de ERC sin diálisis y/o IC con iSRAA que iniciaron tratamiento ambulatorio con CSZ. La duración con CSZ y la continuación de iSRAA se analizan por el método Kaplan-Meier. La asociación entre tiempo con CSZ y continuación de iSRAA se está analizando, aplicando la emulación de ensayos aleatorios de Hernàn. Se utilizará la estimación de Kaplan Meier Bootstrap para evaluar la probabilidad de continuar en iSRAA según la duración de CSZ y Z-test para evaluarla asociación correspondiente.

Resultados: Se incluyeron 4.044 pacientes (E.E.U.U.: 3.137; Japón: 655; España: 216). Las poblaciones de E.E.U.U., Japón y España eran así, respectivamente: edad media 72,9, 76,0 y 72,6 años; 54,4%, 62,9% y 58,3% hombres; 95,8%, 71,9% y 94,4% presentaron ERC y 39,8%, 79,1% y 36,1% IC. Se presenta la duración en CSZ y la continuación de iSRAA para E.E.U.U., Japón y España en la Tabla 1. La probabilidad de continuar el tratamiento con iSRAA y la asociación con la duración en CSZ usando el enfoque de Hernàn se presentará en el Congreso.

Conclusiones: Se proporciona información reciente sobre el uso de CSZ en tres países y se demuestra que la duración del tratamiento con CSZ después de un episodio de hiperpotasemia se asocia positivamente con el mantenimiento de la terapia iSRAA, permitiendo seguir las indicaciones de las guías clínicas.

Tabla 1. Duración del tratamiento con CSZ y mantenimiento de la terapia con iSRAA.

	Pacientes que continúan con CSZ a 60 días (IC 95%)	Pacientes que continúan con CSZ a 120 días (IC 95%)	Pacientes en CSZ a 120 días que continúan la terapia con iSRAA (IC 95%)
E.E.U.U.	31,5% (95% CI 29,8–33,2%)	14,4 % (IC 95 %: 13,1–15,8 %)	84,0 % (IC 95 %: 81,2–86,8 %)
Japón	32,2% (95% CI 28,6–36,2%)	32,2 % (IC 95 %: 28,6–36,2 %)	92,3 % (IC del 95 %: 89,3–95,4 %)
España	--	78,0 % (IC 95% 72,2-84,2%)	84,6 % (IC 95% 79,4-90,2%)

IC: Intervalo de confianza; iSRAA: Inhibidores del sistema renina-angiotensina-aldosterona

753 •• NUTRICIÓN DIGITAL PARA PÉRDIDA DE PESO EN PACIENTES DE DIÁLISIS Y CANDIDATOS A TRASPLANTE RENAL

E. COTILLA DE LA ROSA[1], A. CABEZAS MARTÍN-CARO[1], D. RODRÍGUEZ SANTARELLI[1], I. MARTÍNEZ SANTAMARÍA[1], A. VALERO ANTON[1], M. DÍAZ CUEVAS[1], V. ANDRONIC[1] [1]NEFROLOGÍA. H.VINALOPÓ (ELCHE)

Introducción: Un elevado índice de masa corporal (IMC) es una contraindicación relativa para entrar en lista de espera de trasplante renal (LET) por su relación con resultados adversos como la función retardada del injerto y las complicaciones quirúrgicas. En el contexto sanitario actual, la transformación digital supone un paso fundamental para alcanzar una atención que contribuye a la mejora asistencial y dotar a los pacientes y profesionales con herramientas digitales es un avance en el manejo de su enfermedad.

Objetivo: Determinar la efectividad, según el grado de adherencia, del uso del servicio digital de nutrición Nootric (APP). Paralelamente medir pérdida de peso; monitorizar resultados analíticos, funcionales, antropométricos, composición corporal; mejora de los servicios proporcionados, por falta de un nutricionista formado en el servicio y orientado al paciente renal y evaluar el grado de satisfacción del paciente.

Metodología: Estudio observacional prospectivo multicéntrico para pérdida de peso en pacientes en diálisis y candidatos a trasplante renal mediante Nootric, coordinado por nutricionistas, nefrólogos y enfermería.

Se estableció un sistema de alertas para que el profesional recibiera información sobre el posible agravamiento de la enfermedad y adoptar medidas. Se calcularon valores antropométricos, de laboratorio, bioimpedancia, HANDGRIP.

Resultados: 36 reclutados, 68,3 años media, 32 pacientes en hemodiálisis y 4 en diálisis peritoneal. IMC entre 29,3 y 46,2 kg/m2, tratados durante 12 semanas.

Se observó una pérdida promedio de 6,4 kg/persona, un 6,14 cm de reducción de diámetro de cintura y una mejora de fuerz de 1,8 puntos con Handgrip.

Se objetivó un aumento en su masa magra, con promedio de incremento del LTI (lean tissue index) 1,7 kg/m2. Se alcanzó una entrada en LET en un 38% de pacientes.

Respecto a la HbA1c se detectó descenso significativo de 0,71% promedio en los pacientes diabéticos.

El usuario activo entró en la app de Nootric 1 de cada 2 días, con una tasa de adherencia del 72%, muy superior a la tasa de adherencia media en wellbeing (30-50%).

Se observaron más de 59.797 interacciones con app. 1.867 interacciones con el chat del nutricionista. 13.641 interacciones con las recetas. La satisfacción del paciente y del profesional fue 4,4/5 y 4,7/5 respectivamente.

Conclusiones: Los pacientes participantes redujeron de manera significativa su peso corporal y su índice de cintura, disminuyendo así las complicaciones asociadas con la obesidad.

Los pacientes adheridos pudieron acceder a la lista de espera de trasplante renal.

La mejora de los hábitos nutricionales está relacionada con una relación coste-efectividad muy positiva. El grado de satisfacción, tanto de los pacientes como de los profesionales fue muy elevado.

754 •• ASOCIACIÓN ENTRE LOS INHIBIDORES INTRAVÍTREOS DEL FACTOR DE CRECIMIENTO ENDOTELIAL Y NEFROTOXICIDAD

I. ZIMARRO ZALBIDEA[1], A. NUÑEZ ADUVIRI[2], A. FERNANDEZ URIARTE[2], A. GARCIA BARANDIARAN[2], A. GOYOAGA ALVAREZ[2], I. MENDIOLA FERNANDEZ[2], A. GARCIA DE BUSTOS[1], C. OSORIO GALARZA[2], P. GARCIA LEDESMA[2], MI. JIMENO MARTIN[2]

[1]NEFROLOGIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO GALDAKAO-USANSOLO (ESPAÑA), [2]NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO GALDAKAO-USANSOLO (ESPAÑA), [3]OFTALMOLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO GALDAKAO-USANSOLO (ESPAÑA)

Asociación entre los inhibidores intravítreos del factor de crecimiento endotelial y nefrotoxicidad.

Introducción: Los inhibidores de factores de crecimiento endotelial intravítreos (VEGF) son fármacos emergentes en el tratamiento de enfermedades como la retinopatía diabética proliferativa. Existe evidencia científica de asociación entre la administración intravítrea de estos fármacos y el daño orgánico a nivel renal. Pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) posiblemente presenten mayor riesgo. El objetivo del estudio fue realizar un análisis descriptivo de pacientes con ERC en tratamiento con inhibidores VEGF intravítreos.

Materiales y métodos: Se incluyeron 21 pacientes con ERC en tratamiento con inhibidores VEGF intravítreos, realizándose un análisis descriptivo de las variables edad, sexo, causa de ERC, albuminuria e hipertensión arterial previas, desarrollo de hipertensión arterial no controlada, tabaquismo, obesidad, tipo de antiVEGF y número de ciclos, presencia de síndrome nefrótico y progresión de ERC.

Resultados: La mayoría fueron varones (67%). La edad media fue de 76.9 años. La causa más frecuente de ERC fue la enfermedad renal diabética (71%). El 67% tenía antecedente de tabaquismo y el 57.2% era obeso. El 90.5% era hipertenso y el 81% diabético.

El 52.3% presentaba albuminuria mayor a 300 mg/g previo al inicio de tratamiento, con una media de 876 mg/g. El 71.3% presentaba un filtrado glomerular estimado inferior a 60 ml/min previo al inicio de tratamiento.

El fármaco más utilizado fue ranibizumab (42.8%). Casi la mitad recibió terapia combinada con ranibizumab y aflibercept (47.6%). La media de ciclos recibida fue de 13.

La presencia de hipertensión arterial no controlada postinicio de tratamiento fue del 28%. Presentaron progresión de ERC el 85.7% de 1 a 3 años tras inicio de tratamiento y el 95.2% de 3 a 5 años. El 49% alcanzó estadio final de ERC. La presencia de albuminuria mayor a 300 mg/g tras inicio de tratamiento fue del 71.4%, con una media de 1735 mg/g. Un paciente presentó síndrome nefrótico, siendo el resultado de la biopsia nefropatía diabética.

Conclusiones: La mayoría de los pacientes con ERC en tratamiento con inhibidores VEGF intravitreos presentó progresión. Son necesarios más estudios que analicen la asociación entre estos fármacos y el daño renal. El seguimiento precoz de pacientes con ERC tras administración de estos fármacos posiblemente pueda suponer una mejora en el pronóstico renal.

755 •• ABORDAJE TANGENCIAL: UNA TÉCNICA INNOVADORA EN BIOPSIA RENAL ECO-GUIADA (BR) DE RIÑONES NATIVOS

V. BURGUERA VION[1], C. RIAZA ORTIZ[1], P. MORÁN MAGRO[1], V. SOTO LECO[1], H. SOSA BARRIOS[1], I. MINGUEZ TORAL[1], JF. SÁNCHEZ IGLESIAS[1], M. FERNANDEZ LUCAS[1], M. RIVERA GORRIN[1]

[1]NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMÓN Y CAJAL (MADRID)

Introducción y objetivos: La BR es el método de elección para el diagnóstico de la patología renal, pero no exenta de complicaciones. En el abordaje convencional (AC) la aguja entra a 60-90º. El abordaje tangencial (AT) se propone como alternativa ya que probablemente evita el paso por el seno renal (ángulo<60º) y vasos de mayor calibre (figura 1).

Objetivo: Demostrar la no inferioridad del AT en la BR de riñones nativos frente al AC en cuanto a rentabilidad diagnóstica y complicaciones.

Pacientes y métodos: Estudio retrospectivo (mayo 2022-marzo 2024), unicéntrico. Recogimos datos demográficos de los pacientes, de la BR y complicaciones comparando AC vs AT. El facultativo que realizó ela BR eligió un abordaje u otro en función de las características anatómicas del paciente y de sus preferencias personales.

Se biopsiaron 102 pacientes, 65 (63.7%) varones, edad media 54,18±17,3 años, 51% hipertensos. 22 pacientes estaban anticoagulados/antiagregados y 24 necesitaron desmopresina intravenosa preBR.

En el 100% biopsiamos el polo inferior, 86.3% riñones izquierdos y solo en un caso se biopsiaron ambos. La media de pases fue 2.5 (N.S.), con una obtención media de 2 cilindros.

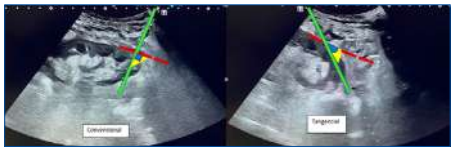
Rentabilidad de la BR: Tanto el porcentaje de muestras válidas para diagnóstico como el porcentaje de cortical obtenida fue estadísticamente superior para AT, no así para el promedio de glomérulos obtenidos 18±11 vs 19±9 (p=0.647).

Complicaciones: No hubo diferencias estadísticamente significativas respecto a las complicaciones mayores o menores.

- Mayores: Un paciente requirió embolización y transfusión de hemoderivados (AC).
- Menores: Encontramos diferencia estadísticamente significativa en la tasa de fístula arterio-venosa asintomática (p=0.003), no así en el hematoma menor o hematuria.

Conclusión: La realización de BR de riñones nativos mediante AT es una técnica novedosa. En nuestro estudio el AT mostró mayor rentabilidad diagnóstica sin incrementar las complicaciones, probablemente porque se evitan los grandes vasos durante el procedimiento. Proponemos este abordaje alternativo en casos seleccionados, ya que se necesitan estudios prospectivos más amplios.

Figura 1.



Resúmenes

Miscelánea

756 CORRELACIÓN ECOGRÁFICO-ANALÍTICA EN LA CONGESTIÓN VENOSA

L. CUETO BRAVO[1], D. REGIDOR RODRÍGUEZ[1], M. PADRÓN ROMERO[1], E. PASCUAL PAJARES[1], M. ROMERO MOLINA[1], AA. ASTROÑA ROJAS[1], D. BUSTOS JIMÉNEZ[1], I. CARMENA RODRÍGUEZ[1], MA. FERNÁNDEZ ROJO[1], F. AHIJADO HORMIGOS[1]

[1]NEFROLOGÍA. H. UNIVERSITARIO DE TOLEDO (TOLEDO, ESPAÑA)

Introducción: El síndrome cardiorrenal (SCR) es un trastorno en el que interactúan el corazón y los riñones produciendo disfunción entre ellos de forma aguda o crónica. Múltiples estudios reconocen la importancia de la congestión venosa intrarrenal. Analizamos la presencia de congestión venosa en pacientes SCR, valorada con Vexus, evaluando relación con CA-125; biomarcador de congestión e inflamación en ICC útil en ERC. Valoramos la utilidad del CA-125 y VExUS en el SCR para manejo terapéutico depletivo.

Material y método: Revisión sistemática sobre el uso de la ecografía (escala VExUS) en el SCR. Análisis prospectivo descriptivo sobre la experiencia de esa técnica en el Servicio de Nefrología del Hospital Universitario de Toledo entre enero y junio de 2023. La selección de pacientes se realizó desde la consulta monográfica de síndrome cardiorrenal.

Resultados: De 65 pacientes de nuestras consultas incluimos a 14 pacientes que cumplieron los criterios entre enero y junio de 2023. Un 42,85% diabéticos. 13 pacientes (92.3%). Media de edad 73,3 años (sd = 1'99). Según CKD-EPI: 3A (21'42%), 3B (50%) y 4 (28'57%) de los pacientes. FEVI inferior al 40% (35'71%), FEVI entre 40 y 49% (14'28%) y FEVI superior al 50% (50%) de los pacientes. Cardiopatía isquémica crónica en un 50% de los pacientes. Mediana de Biomarcadores, Vexus y CKDEPI en cada revisión (tabla 1). Existió relación significativa entre CA- 125<20 y Vexus=0 en la primera revisión (p=0.0325). El NT-proBNP también presentó correlación significativa con VExUS (pero artefactado por la ERC). Significación se pierde en pacientes con FG superiores a 45 ml/min/1,73m2. No diferencias significativas agrupando por FEVI. En 3 de los 6 pacientes Vexus >0 tras optimización diurética se normalizó en siguientes revisiones.

Conclusiones: La identificación de la congestión venosa en el SCR por exploración física y analítica puede condicionar infradiagnóstico. Nuestro estudio, a pesar de n pequeña, sugiere que una asociación Vexus+Ca 125+clínica mejora la indicación diurética minimizando descompensaciones y mejorando el SCR a medio plazo.

Tabla 1.

		Visita 1	Visita 2	Visita 3
CA-125	U/ml	16,5 (RI 11'6-21'2)	16,1 (RI 14,6-18,5)	20,2 (RI 8'2-46'6)
NT-proBNP	pg/ml	1656 (RI 1203-2629)	2359 (RI 1008,5-3025,5)	1702 (RI 1050-4827)
Cr	mg/dl	1,82 (RI 1,45-2,2)	1,88 (RI 1,66-2,25)	1,84 (RI 1,54-2,13)
FG por CKD-EPI	ml/min/1'73m2	33,7 (RI 30,2-45,2)	33,8 (RI 26,6-39,7)	31,8 (RI 28,9-44,1)
VExUS patológico	%	42,86	30,77	38,46

757 VALIDACIÓN DE UN PREM EN ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA AVANZADA

MM. MOHARRA[1], LR. RAMOS[2], LS. SANS[3], MA. ARIAS[4], JD. DIAZ[5], FF. FULLADOSA[6], IG. GARCÍA[7], MI. IBERNON[8], JM. MARTÍNEZ[9], LP. PÉREZ[10]

[1]AQUAS. AGENCIA CALIDAD INVESITIGACIÓN SANITARIAS DE CATALUÑA (BARCELONA),[2]AQUAS. GENCIA CALIDAD INVESITIGACIÓN SANITARIAS DE CATALUÑA (BARCELONA),[3]NEFROLOGÍA. HOSPITAL DEL MAR (BARCELONA), [4]NEFROLOGÍA. HOSPITAL CLÍNIC (BARCELONA), [5]NEFROLOGÍA. FUNDACIÓN PUIGVERT (BARCELONA), [6]NEFROLOGÍA. HOSPITAL DE BELLVITGE (BARCELONA), [7]NEFROLOGÍA. HOSPITAL SES ESPASES (MALLORCA),[8]NEFROLOGÍA. HOSPITAL MOISÈS BROGGI (SANT JOAN DESPÍ),[9]NEFROLOGÍA. HOSPITAL PARC TAULÍ (SABADELL), [10]NEFROLOGÍA. HOSPITAL DE VIC (VIC)

Introducción: La experiencia del paciente medida mediante PREMS (Patient Reported Experience Mesures) constituye un nuevo elemento útil para valorar la calidad de la atención sanitaria. El Kidney PREM[1], es un instrumento desarrollado y validado en el contexto sanitario inglés para medir y comprender mejor la experiencia de los pacientes con enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) y la atención que reciben. En España no existe ningún instrumento validado para la evaluación de la experiencia de paciente en ERCA.

Objetivo: Validación psicométrica del cuestionario Kidney PREM, en castellano y catalán, en pacientes con ERCA, estén o no en tratamiento sustitutivo renal (TSR).

Métodos: El cuestionario Kidney PREM comprende 38 preguntas con una escala Likert de 7 categorías de respuesta. Además, se incluyeron variables sociodemográficas (edad, sexo, nivel de estudios) y el cuestionario EQ-5D-5L (cinco niveles de respuesta) sobre el estado de salud autoreportado. Para validar el cuestionario se estimó una muestra de 580 pacientes distribuidos entre: 280 en hemodiálisis (160 hospitalaria, 120 en centros periféricos), 135 trasplantados renales, 70 en diálisis peritoneal y 95 en consulta ERCA sin TSR. Participaron 8 servicios de Nefrología y 2 centros de diálisis. El estudio recibió la aprobación del CEIC de los centros participantes y se llevó a cabo desde octubre 2023 hasta mayo de 2024.

Resultados: Se presentan los resultados preliminares de una muestra de 257 cuestionarios (n=130 castellano y n=121 en catalán). La mediana de edad fue de 68 años (media 66; 1er cuartil:57; 3er cuartil: 78). con una puntuación mediana de salud autoreportada de 70 (media 68.7, 1er cuartil 50, 3er cuartil 80). Hasta el momento actual, han participado 135 pacientes en hemodiálisis, 57 trasplantados, 33 en diálisis peritoneal, 25 casos por otros motivos diferentes en la consulta y 7 casos en los que no se especificó o no se conoce (NS/NC). En cuanto al nivel de estudios, la mayoría de pacientes tenía estudios secundarios (n=88) o primarios (n=80). La puntuación media de las preguntas del Kidney PREM fue de 6,21 (rango 4,62 - 6,88) mientras que la puntuación media sobre la experiencia global percibida fue de 6,5 sobre un máximo de 7.

Conclusiones: - Según los resultados preliminares, la puntuación media del Kidney PREM fue alta, similar a la británica [2].

- La validación cuenta con la participación significativa de centros de atención en los servicios de nefrología, y la distribución de la muestra según tratamiento también refleja de manera representativa la realidad en la práctica clínica.

[1] https://ukkidney.org/kidney-patient-reported-experience-measure

[2]https://ukkidney.org/sites/renal.org/files/KCUK%20prem%20report%20leaflet_2023%20results%20-%20amended%201104.pdf

758 DISEÑO E IMPLANTACIÓN DE UNA HERRAMIENTA DE GESTIÓN CLÍNICA EN NEFROLOGÍA

VA. VILLA AYALA[1], P. MORA LÓPEZ[1], D. BELTRÁN MALLEN[1], LS. LÓPEZ ROYO[1], R. LÓPEZ BLASCO[2], B. GONZÁLEZ ÁLVAREZ[2], V. RODRIGÁLVAREZ CHAMARRO[3], JI. CALVO CALLEJO[4], A. GUTIÉRREZ DALMAU[1], E. PARRA MONCASI[1]

[1]NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET (ZARAGOZA/ESPAÑA), [2]UNIDAD DE BIOCOMPUTACIÓN. INSTITUTO TECNOLÓGICO DE ARAGÓN (ZARAGOZA/ESPAÑA), [3]ANALISTA PROGRAMADOR SENIOR. INSTITUTO TECNOLÓGICO DE ARAGÓN ITAINNOVA (ZARAGOZA/ESPAÑA), [4]TÉCNICO DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO. INSTITUTO TECNOLÓGICO DE ARAGÓN ITAINNOVA (ZARAGOZA/ESPAÑA)

Introducción: La prevalencia en España de Tratamiento Renal Sustitutivo (TRS) es de 65.740 pacientes (diálisis y trasplante renal). Sin embargo, ignoramos sus resultados de morbilidad, mortalidad y Calidad de Vida Relacionada con Salud (CVRS), debido a cuatro limitaciones: 1) ausencia de indicadores estandarizados; 2) heterogeneidad de las bases de datos; 3) inexistencia de sistemas automatizados de extracción de resultados; 4) ausencia de una plataforma única que los integre. El objetivo del estudio es dotarnos de una herramienta que nos permita conocer los resultados del TRS en múltiples centros, superando estas limitaciones.

Material y método: El diseño e implantación de la herramienta multicéntrica está liderada por nuestro centro y aquí abordamos únicamente los resultados de la implantación piloto en este. Se adoptaron para todos los centros los indicadores estandarizados por el International Consortium for Health Outcomes Measurements (ICHOM, 2019), adaptados al entorno español (2022); para la captura de los datos en nuestro centro el Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS) extrae los resultados estandarizados de los registros informáticos en Aragón; los resultados capturados son volcados automáticamente a la aplicación REDCap®, complementándose con cuestionarios de calidad de vida (CV) PROMIS® administrados desde REDCap®: dolor, agotamiento, función física, depresión y trastornos del sueño; la plataforma única de captura de resultados es REDCap®, adaptada "ad hoc" por el Instituto Tecnológico de Aragón (ITAINNOVA). Se procede a la extracción piloto e integración automatizada en REDCap® en 35 pacientes mediante la herramienta diseñada.

Resultados: De las 26 variables estandarizadas de cada paciente (total variables 910), se han obtenido e integrado correctamente en REDCap® 864 (94,9 % del total). No se ha obtenido el dato en 4 variables (0,4 % del total). En 42 variables el dato es incorrecto (4,6 % del total). Preliminarmente, los resultados de CV entre ambos grupos, diálisis y trasplante renal, fueron similares para la función física, depresión y ansiedad, y de forma estadísticamente significativa los pacientes en diálisis expresaron mayor agotamiento (52,75 + 7,48, p = 0,02) y trastornos del sueño (52,59 + 7,48, p = 0,01), aunque menos dolor (46,11 + 8,70, p = 0,02).

Conclusiones: La existencia de una herramienta automatizada de recogida de resultados clínicos relevantes y estandarizados en múltiples centros puede permitir generar conocimiento evolutivo y comparativo de los resultados. También puede favorecer el diseño e implantación de actividades de mejora en los centros.

Concluimos que la herramienta ha obtenido de forma automática los indicadores preestablecidos de forma satisfactoria.

759 ANÁLISIS EXPLORATORIO SOBRE EL IMPACTO DEL SÍNDROME DE HIPOFILTRACIÓN GLOMERULAR SELECTIVA EN LOS EVENTOS CARDIOVASCULARES

F. MONCHO-FRANCÉS[1], C. SOLANO[1], A. MUIJSEMBERG[1], M. MONTOMOLI[1], MA. SOLIS[1], MJ. PUCHADES[1], I. JUAN-GARCÍA[1], I. SANCHIS[1], I. TORREGROSA[1], JL. GÓRRIZ[1]

[1]NEFROLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VALÈNCIA/INCLIVA (VALENCIA/ESPAÑA)

Introducción: El SHGS se define por una relación FGecys/FGecr < entre 0,6 y 0,7 y se relaciona con una disminución en la eliminación de moléculas pequeñas y con cambios en el proteoma, afectando la masa muscular y asociando riesgo cardiovascular. Nuestro objetivo es estudiar su prevalencia y su impacto en el riesgo cardiovascular medido por MACE.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, pacientes > 40 años con registro de cistatina C y creatinina sérica en 2018. Los cálculos de FGe se realizaron mediante las ecuaciones CDK-EPI 2021. Se realizó un análisis comparativo entre el cuartil con menor FGecys/FGecr con el resto de la muestra. La variable outcome fue MACE (Ictus, Muerte, IC o IAM) con un seguimiento hasta abril 2024.

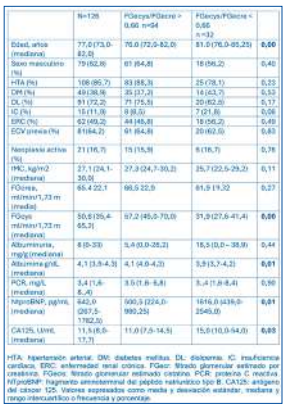
Resultados: Se incluyeron 126 pacientes. Edad 77 años (RIC 73.0-82.0). La media de FGecr era 65.4.± 22,1 ml/min/1.73 m2 y la mediana del FGecys era 50.6 ml/min/1.73 m2 (RIC 35.4-65.2). La mediana de FGecys/FGecr fue 0.78 (RIC 0.66-0.95).

Se definió el cuartil más bajo como aquellos pacientes con FGecys/FGecr < 0,66. Las características basales se presentan en la tabla 1. Hubo diferencias significativas en la edad, albúmina, FGecys, NtproBNP y CA125 entre los grupos. Los pacientes en el cuartil bajo presentaban más probabilidad de MACE (75 % vs 41.4 %, p-valor 0.04) a expensas de muerte (62,5 % vs 29,7 % p valor 0,00). Esta relación fue significativa en el modelo ajustado por edad, albúmina, IC y ECV con OR 2,84 (1,06-8,17) y p valor 0,04.

Se realizó un análisis de supervivencia son seguimiento a 5 años donde no se encontraron diferencias significativas para MACE (HR 1,99 (0,9-4,4)) ni muerte (HR 1,49 (0,78-2,8)).

Conclusiones: La presencia de relación FGecys/FGecre en el cuartil más bajo se asocia significativamente con mayor riesgo de eventos cardiovasculares mayores (MACE) en nuestra serie, sin embargo, a los 5 años no mostró diferencias significativas en el riesgo de MACE o muerte, sugiriendo una complejidad en su impacto a lo largo del tiempo y resaltando la necesidad de estudios prospectivos.

Tabla 1. Características basales de los pacientes incluidos.



	N=126	FGecys/FGecr > 0,66 n=64	FGecys/FGecr < 0,66 n=32	
Edad, años (mediana)	77,0 (73,0-82,0)	76,0 (72,0-82,0)	81,0 (76,0-85,25)	0,00
Sexo masculino (%)	79 (62,8)	61 (64,8)	18 (56,2)	0,40
HTA (%)	108 (86,7)	83 (88,3)	25 (78,1)	0,23
DM (%)	49 (38,9)	35 (37,2)	14 (43,7)	0,53
DL (%)	91 (72,2)	71 (75,5)	20 (62,5)	0,17
IC (%)	15 (11,9)	8 (8,5)	7 (21,8)	0,06
ERC (%)	62 (49,2)	44 (46,8)	18 (56,2)	0,49
ECV previa (%)	81(64,2)	61 (64,8)	20(62,5)	0,83
Neoplasia activa (%)	21 (16,7)	15 (15,9)	6 (18,7)	0,78
HIC, kg/m2 (mediana)	27,1 (24,1-30,9)	27,3 (24,7-30,2)	25,7 (22,5-29,2)	0,11
FGcrea, ml/min/1,73 m (media)	65.4 22,1	66,5 22,9	61,9 19,32	0,27
FGcys ml/min/1,73 m (mediana)	50,6 (35,4-65,2)	67,2 (45,0-70,0)	31,9 (27,6-41,4)	0,00
Albuminuria, mg/g (mediana)	8 (5-33)	5,4 (3,0-25,2)	18,5 (9,0 - 38,9)	0,44
Albumina g/dL (mediana)	4,1 (3,9-4,3)	4,1 (4,0-4,3)	3,9 (3,7-4,2)	0,01
PCR, mg/L (mediana)	3,4 (1,6-6,4)	3,5 (1,8- 6,8)	3,4 (1,8-8,4)	0,90
NtproBNP, pg/mL (mediana)	642,0 (267,5-1762,0)	500,5 (224,0-990,25)	1616,0 (436,0-2546,0)	0,01
CA125, U/mL (mediana)	11,5 (8,6-17,7)	11,0 (7,5-14,5)	15,0 (10,0-54,0)	0,03

HTA: hipertensión arterial. DM: diabetes mellitus. DL: dislipemia. IC: insuficiencia cardiaca. ERC: enfermedad renal crónica. FGecr: filtrado glomerular estimado por creatinina. FGecs: filtrado glomerular estimado cistatina. PCR: proteína C reactiva. NTproBNP: fragmento aminoterminal del péptido natriurético tipo B. CA125: antígeno del cáncer 125. Valores expresados como media y desviación estándar, mediana y rango intercuartílico o frecuencia y porcentaje.

760 TRATAMIENTO DE LA DISLIPIDEMIA CON EVOLOCUMAB EN RECEPTORES DE TRASPLANTE RENAL

JM. AMARO MARTIN[1], F. VILLANEGO FERNANDEZ[1], CD. ORELLANA CHAVEZ[1], LA. VIGARA SANCHEZ[1], M. ALONSO MOZO[1], A. SINGH SINGH[1], B. SERRANO MUÑOZ[1], T. GARCIA ALVAREZ[1], A. MAZUECOS BLANCA[1]

[1]SERVICIO DE NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR (CÁDIZ)

Introducción: Los inhibidores de la proproteína convertasa subtilisina/kexina tipo 9 (iPCSK9) han demostrado reducir los eventos cardiovasculares adversos mayores en pacientes de muy alto riesgo cardiovascular, incluso con enfermedad renal crónica (ERC). Sin embargo, la experiencia es muy escasa en receptores de trasplante renal (TR).

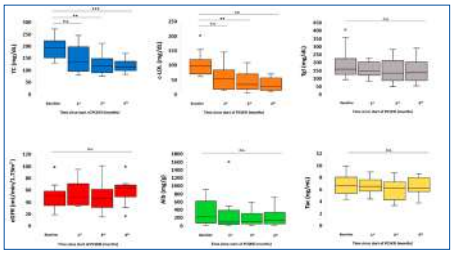
Objetivo: Analizar la eficacia y seguridad de evolocumab en pacientes receptores de trasplante renal.

Material y método: Realizamos un estudio prospectivo de cohortes de receptores de TR que iniciaron evolocumab en nuestro hospital (15/09/22 - 11/05/23) y fueron seguidos durante al menos 6 meses. Se compararon el colesterol total, el c-LDL, los triglicéridos, la tasa de filtración glomerular estimada (TFGe) y la albuminuria en el momento basal y en los meses primero, tercero y sexto tras el inicio del tratamiento. También se recogieron los efectos adversos relacionados con el fármaco y las concentraciones mínimas de inmunosupresores.

Resultados: En este periodo, 13 TR iniciaron evolocumab. El 69,2% tenía antecedentes personales de cardiopatía isquémica. La mediana de seguimiento fue de 7 meses.La media basal de c-LDL fue de 102,9 mg/dL y la TFGe de 49 mL/min/m2. En el 3er mes tras iniciar el tratamiento, se observó una reducción del colesterol y del c-LDL (p=0,008, p=0,009), que se mantuvo a los 6 meses (p<0,001, p=0,002). Sin embargo, no se encontraron diferencias en los niveles de triglicéridos, FGe, albuminuria e inmunosupresores plasmáticos. No se notificaron casos de rechazo agudo ni efectos adversos. En 5 pacientes se determinaron anticuerpos anti-HLA como parte de su seguimiento rutinario 6 meses después de la prescripción del fármaco; todos ellos fueron negativos.

Conclusiones: En nuestra experiencia, observamos buenos resultados con evolocumab, ya que el colesterol total y el c-LDL se redujeron rápidamente tras iniciar el tratamiento. Además, la función renal se mantuvo estable y no se notificaron otros problemas de seguridad.

Figura 1.



761 E-CONSULTA ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y NEFROLOGÍA, EXPERIENCIA DE 6 AÑOS EN NUESTRO CENTRO

R. DÍAZ-MANCEBO[1], Y. AMEZQUITA[1], S. CALDÉS[1], Y. HERNÁNDEZ[1], G. LEDESMA[1], VR. MERCADO[1], G. CARREÑO[1], A. GALLEGOS[1], R. ECHARRI[1], A. CIRUGEDA[1]

[1]NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA SOFÍA (SAN SEBASTIÁN DE LOS REYES)

Introducción: La e-consulta es una herramienta de comunicación entre Atención Primaria y Nefrología, que permite dar solución de manera telemática a consultas específicas evitando la derivación presencial al hospital y agilizando la atención de los pacientes. En nuestro centro se implantó en marzo de 2018.

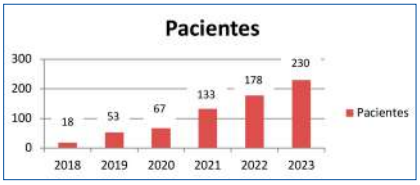
Objetivo: Analizar el crecimiento de la e-consulta desde 2018 a 2023, analizando en el último año específicamente el tiempo de respuesta, el principal motivo de consulta, el número de pacientes nuevos vs en seguimiento y el porcentaje de consultas presenciales evitadas.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo del año 2023 de las e-consultas recibidas por nuestro servicio.

Resultados: Evidenciamos un claro crecimiento desde 2018 a 2023 (tabla-1). La edad media de los pacientes es de 66,34 años. La mediana de respuesta fue de 1 día. El 52,1% (n=120) corresponden a e-consultas de los centros de salud de los núcleos de población más poblados como Alcobendas y San Sebastián de los Reyes. El 67,4% (n=155) corresponden a pacientes nuevos. Los principales motivos de consulta de este grupo fueron; ERC un 21,2% (n=33), proteinuria un 13,5% (n=21) e hipertensión un 12,2% (n=9). La consulta se resuelve en un 63,6% sin necesidad de derivar al paciente al hospital. El 32,6% (n=75) corresponden a pacientes en seguimiento por Nefrología. Los principales motivos de consulta fueron; manejo de la ERC un 45,3% (n=34), indicación o ajuste de tratamiento un 26,6% (n=20) y proteinuria un 9,3% (n=7). En un 43% (n=99) la duda se resuelve en el mismo acto de la e-consulta.

Conclusiones: La e-consulta con Atención Primaria es una herramienta útil de comunicación que evita la derivación innecesaria y ayuda a mejorar la atención de los pacientes, con importante crecimiento desde su puesta en marcha.

Figura 1.



762 CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN UNA CONSULTA DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA AVANZADA

KJ. LOPEZ ESPINOZA[1], AE. BELLO OVALLES[1], M. ARTAMENDI LARRAÑAGA[1], A. PARDO RUIZ[1], H. HERNANDEZ VARGAS[1], L. SAHDALA SANTANA[1], C. GARIJO PACHECO[1], F. GIL CATALINAS[1], E. NAJERA GALARRETA[1], E. HUARTE LOZA[1]

[1]NEFROLOGÍA. HOSPITAL SAN PEDRO (LOGROÑO)

Introducción: Una función fundamental en la consulta de enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) es preparar a los pacientes para elegir la modalidad de tratamiento renal sustitutivo, siendo la fase de información clave en el proceso global de acompañamiento en la toma de decisiones y en fomentar su autocuidado. El tiempo dedicado y la calidad de éste influirán posteriormente en el estilo y calidad de vida del paciente y sus cuidadores. El papel que los pacientes desempeñan en el sistema sanitario es cada vez más relevante y la satisfacción de éstos aparece como indicador de efectividad de la gestión sanitaria y de la calidad asistencial, siendo el único elemento con el que los pacientes pueden expresar su opinión, lo que permite medir todos los efectos (incluidos los "no técnicos") que la asistencia sanitaria es capaz de producir en ellos.

Objetivo: Analizar el grado de satisfacción de los pacientes atendidos en la consulta de ERCA y detectar áreas de mejora asistencial.

Material y métodos: Estudio transversal realizado en consulta ERCA entre febrero y marzo 2024. La información se recogió mediante cuestionario autocumplimentado anónimo y voluntario.

Se estratificó la satisfacción de 1 a 5, considerando paciente satisfecho si puntuación ≥ 3 puntos. Otras variables recogidas fueron edad y sexo.

Resultados: Completaron la encuesta 62 pacientes, 57% hombres y 68% mayores de 60 años. El 93,5% recomendó la asistencia a nuestra consulta.

Al preguntar sobre el tiempo de espera transcurrido desde su derivación hasta primera valoración, 95% se mostró satisfecho o muy satisfecho. En cuanto al tiempo de espera en sala, 19,3% pacientes estaban insatisfechos o poco satisfechos.

AL valorar el trato del personal médico o enfermería 96,8% y 98,4% estaban muy satisfechos o más que satisfechos. En la información ofrecida sobre tratamiento, dieta o técnicas el 98,5%, 98,4% y 96,7% respectivamente puntuaron 4 ó 5 puntos. En información sobre trasplante el 88,7% se mostró muy satisfecho.

En información sobre su salud y la capacidad del personal para entender sus necesidades hubo muy alta satisfacción en 98,4% y 95,1% respectivamente.

Conclusiones: El grado de satisfacción manifestado por nuestros pacientes es alto, reforzando el papel que el personal médico/enfermería lleva a cabo en consulta ERCA. Se identifican puntos de mejora como el tiempo de espera para ser atendido en consulta, aspecto en el que se trabaja de forma constante y en el que influyen muchos factores no analizados en este estudio.

763 IMPACTO DE UN PROGRAMA ESPECÍFICO DE COMUNICACIÓN ENTRE NEFROLOGÍA Y ATENCIÓN PRIMARIA: RESULTADOS DE "TU NEFRÓLOGO 2.0"

DA. ABZUETA YUSTIZ[1], RM. MARTIN[1], AG. GAMARRA[2], CL. LÓPEZ RODRÍGUEZ[3], MB. BAJO[1], BQ. QUIROGA[1]

[1]NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA (MADRID),[2]MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNITARIA. CENTRO DE SALUD GOYA (MADRID),[3]MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNITARIA. CENTRO DE CIUDAD JARDÍN (MADRID)

Introducción: La colaboración entre atención primaria y nefrología es fundamental para la detección precoz de la enfermedad renal crónica (ERC). Dentro de las herramientas disponibles, las nuevas tecnologías pueden ser un aliado para la continuidad de cuidados entre el ámbito ambulatorio y el hospitalario. El desarrollo de la eConsulta ha supuesto un avance en la comunicación multidisciplinar pero, al ser unidireccional, presenta algunos inconvenientes. El objetivo del presente estudio es analizar el impacto en la detección de ERC tras un proceso de comunicación bilateral y virtual entre atención primaria y nefrología denominado "Tu Nefrólogo 2.0".

Palabras clave: nefrología, primaria, tecnología.

Métodos: Se trata de un estudio de intervención educativa apareado que involucró al Hospital Universitario de la Princesa de Madrid y dos centros de salud (CS) de Goya y Ciudad Jardín. Previo al inicio del programa formativo (marzo 2023), se recogieron datos de 248 pacientes aleatorios (tamaño muestral estimado para garantizar su representatividad frente a un total de 6510 consultas consecutivas semanales). Las variables incluyeron las comorbilidades habituales y la codificación de ERC, así como la disponibilidad de filtrado glomerular (FG) y albuminuria en el último año. Durante nueve meses se llevaron a cabo reuniones virtuales con periodicidad mensual en las que los médicos de atención primaria expusieron pacientes, resolviéndose las dudas con un nefrólogo del área. Tras la formación, se analizó el impacto de la misma en el diagnóstico de la ERC un año después del inicio del estudio (marzo 2024).

Resultados: Se analizaron datos de 248 pacientes pre-intervención y 239 post-intervención procedentes de los cupos de cada uno de los CS implicados en el estudio. Los grupos presentaban similares características en cuanto a comorbilidades con una prevalencia de 38% de hipertensión arterial, 15% de diabetes, 42% de dislipemia, 20% de enfermedad cardiovascular y 12% de enfermedad renal. Tras el periodo formativo, el número de pacientes a los que se les había solicitado el FG ascendió de 161 (65%) a 181 (76%) (p=0,013). Sin embargo, la formación no tuvo impacto en las solicitudes de albuminuria (24 vs 22%, p=0,632).

Conclusiones: La comunicación bilateral entre atención primaria y nefrología es fundamental y sencilla de realizar haciendo uso de las nuevas tecnologías. Un programa de reuniones mensuales virtuales entre ambos servicios mejora la identificación de la ERC, al menos en términos de FG.

Resúmenes

Miscelánea

764 PUESTA EN MARCHA DE UNA CONSULTA MONOGRÁFICA DE PATOLOGÍA CARDIORRENAL EN HOSPITAL DE TERCER NIVEL. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS SEIS PRIMEROS MESES

ZS. ALBINES FIESTAS[1], JE. RUIZ LAIGLESIA[1], N. LÓPEZ IBORT[1], AB. HERNÁNDEZ RUIZ[1], A. CAMPOS SÁENZ DE SANTAMARIA[2], J. RUBIO GRACIA[2], I. GIMÉNEZ LÓPEZ[3], C. ÁLAMO CABALLERO[1], JM. PEÑA PORTA[1], P. ÍÑIGO GIL[1]

[1]NEFROLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA (ZARAGOZA/ESPAÑA), [2]MEDICINA INTERNA. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA (ZARAGOZA/ESPAÑA), [3]INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA ARAGÓN. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA (ZARAGOZA/ESPAÑA)

Introducción: Las patologías del eje cardiorrenal se interrelacionan y su presencia concomitante supone un aumento en el número de hospitalización, morbi-mortalidad y del coste sanitario; por lo que es fundamental una detección precoz de sus complicaciones. En este sentido se pone marcha en nuestro servicio una consulta monográfica de patología cardiorrenal.

Material y métodos: Se analizan mediante SPSS versión 26 los datos obtenidos de una base de datos propia de los pacientes visitados en la consulta monográfica de patología cardiorrenal en un periodo comprendido entre junio y diciembre 2023.

Resultados: Se revisaron 43 pacientes (73.8% varones). La media de edad fue de 77.56 +/- 6.78 años. El 88.1% eran hipertensos, 50% diabéticos, 47.6% obesos, y el 21.4% presentaban síndrome de apnea del sueño y enfermedad pulmonar obstructiva crónica. En cuanto a la patología cardíaca, el 42.9% tenían etiología isquémica seguida de la valvular en un 23.8%; y el 66.7% presentaban fibrilación auricular. Un 81% eran reasignados desde otras consultas de nefrología y el 14.3% eran remitidos desde la consulta de medicina interna. El 59.5% presentaban fracción de eyección del ventrículo izquierdo preservada y el 66.67% presentaban clase funcional NYHA II. La mediana de filtrado glomerular estimado por CKD-EPI fue de 30.86 ml/min y la media del cociente albúmina creatinina en orina de 92.01 +/- 131.85 mg/g. La mayoría (83.3%) presentaban proBNP elevado, a diferencia del Ca125 en que la mayoría (76.2%) tenía valores dentro de la normalidad.

Sólo 27 pacientes presentaban datos ecográficos de congestión, 12 con fenotipo tisular, 2 intravascular y 13 mixto. Se encontró una correlación estadísticamente significativa entre los biomarcadores y hallazgos ecográficos de congestión. La media del número visitas fue 2.59. El 26.2% precisó administración de furosemida intravenosa en hospital de día, de los cuales la mayoría (90.9%) no precisó ingreso hospitalario. Del total de pacientes, sólo 3 pacientes tuvieron un ingreso hospitalario con insuficiencia cardíaca descompensada en el período de observación coincidente en 2 de ellos con Gripe A y 1 con celulitis complicada. 2 pacientes fueron remitidos a programa de ultrafiltración peritoneal consensuado con unidad de insuficiencia cardiaca.

Conclusiones: La puesta en marcha de una consulta monográfica de patología cardiorrenal y su continua colaboración con la unidad de insuficiencia cardiaca confirma el aumento de la necesidad de asistencia de esta entidad debido a que un diagnóstico y tratamiento precoz en el marco ambulatorio puede ayudar a prevenir empeoramiento de la clase funcional, así como disminuir la necesidad de ingresos hospitalarios. En todos los pacientes se realizó valoración multiparamétrica de la congestión permitiendo un diagnóstico más certero de descompensación con adecuación óptima del tratamiento.

765 BIOPSIA RENAL PERCUTÁNEA DE RIÑÓN NATIVO EN MANOS DEL NEFRÓLOGO. SEGURIDAD, USO DE DESMOPESINA Y COMPLICACIONES

EL. LÓPEZ MELERO[1], ML. LEÓN POO[1], AS. SHABAKA[1], AM. MÉNDEZ ABREU[1], CC. CASES CORONA[1], YD. DÍAZ ENAMORADO[1], DR. ROLDÁN[1], AR. REY CÁRDENAS[1], SL. LÓPEZ SAN ROMÁN[1], EG. GRUSS VERGARA[1]

[1]NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCÓN (ALCORCÓN/ESPAÑA)

Introducción: La biopsia renal (BR) percutánea ecodirigida realizada por el Nefrólogo es una técnica que aporta al clínico independencia y rapidez a la hora de realizar un diagnóstico, generalmente con baja tasa de complicaciones.

El objetivo de este estudio fue evaluar las complicaciones de la BR realizada por el Nefrólogo en nuestro centro, así como el efecto del uso de desmopresina previo al procedimiento.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo que incluyó a 248 pacientes con enfermedad renal biopsiada en el Hospital Fundación Alcorcón entre enero de 2019 y diciembre de 2023. Se administró desmopresina previa en pacientes con filtrado glomerular estimado menor de 30 ml/min o tiempo de hemostasia primaria alterado. A todos ellos se les realizó hemograma y ecografía renal tras 24 horas de observación. Revisamos la incidencia de complicaciones, así como el uso de desmopresina.

Definimos como complicación mayor la necesidad de transfusión de hemoderivados, ingreso en Cuidados Intensivos, nefrectomía, embolización o fallecimiento del paciente; y como menor, al descenso de hemoglobina mayor a dos puntos sin transfusión, macrohematuria, fístula arteriovenosa o hematoma asintomático.

Resultados: La edad media de los pacientes incluidos fue de 60.6±18 años. Un 22.6% tenían >75 años. El 62.5% eran varones. En el 95.6% de los casos se biopsió el riñón izquierdo y en el 57.3% se realizaron 2 punciones. Se administró desmopresina a un 49.2% de los pacientes. La incidencia de complicaciones fue del 22.6% para las menores y del 4.4% para las mayores. No hubo ningún fallecimiento ni nefrectomía; 3 pacientes requirieron embolización, 7 transfusión y 1 ingreso en UCI.

Con respecto a las complicaciones totales, tanto en el análisis univariante como en el multivariante se objetivó un aumento significativo de éstas en pacientes con plaquetas <100000/µL. Además, las complicaciones mayores fueron significativamente más frecuentes en pacientes con plaquetas <100000/µL y en anticoagulados. No se encontró relación con la antiagregación. En el grupo de pacientes que recibió desmopresina se apreció un aumento de complicaciones mayores, aunque esto no se confirmó tras ajustarlo por función renal.

Conclusiones: La BR realizada por el Nefrólogo es un procedimiento seguro con baja incidencia de complicaciones mayores; no obstante, se debería proceder con precaución en pacientes de riesgo, como anticoagulados o trombopénicos. El uso de desmopresina es frecuente en nuestro centro y no se asoció a más complicaciones a pesar de administrarse a pacientes considerados de mayor riesgo.

766 LA eCONSULTA MEJORA LA GESTIÓN DE LAS CONSULTAS EXTERNAS DE NEFROLOGÍA

JE. SÁNCHEZ ÁLVAREZ[1], MC. MERINO BUENO[1], G. SAKNITIS[1], C. SANGO MERINO[1], A. GALLARDO PÉREZ[1], C. LÓPEZ ARNALDO[1], C. RUIZ-ZORRILA LÓPEZ[1], SV. POL HERES[1], S. GARCÍA MELENDRERAS[1]

[1]NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CABUEÑES (GIJÓN / ESPAÑA)

La gestión de la consulta externa de Nefrología resulta complicada debido a la complejidad de la especialidad, a la comorbilidad de los pacientes con enfermedad renal crónica (ERC), al desconocimiento de nuestra especialidad entre el colectivo de médicos de Atención primaria y la alta prevalencia de ERC entre la población general. Ello conlleva a largas listas de espera y a la polifrecuentación hospitalaria. Las consultas electrónicas no presenciales (eConsulta) pueden ayudar a la gestión de las consultas externas de Nefrología.

Objetivo: Analizar la evolución de las consultas no presenciales procedentes de Atención primaria y su repercusión sobre la consulta externa. Antes de la puesta en marcha de la eConsulta, distribuimos entre los Centros de salud un documento con los criterios de derivación a esta consulta.

Método: Se analizaron los motivos de consulta de las eConsultas desde su creación (septiembre´2021), la pertinencia de la misma y las características de los pacientes sobre los que se hizo la consulta

Resultados: A lo largo del periodo de seguimiento (30 meses) se realizaron 522 eConsultas (17 eConsultas/mes). El tiempo medio de respuesta fue de 2±1 días (rango entre 1 y 4). La edad media de los pacientes era 70±17 años (rango 15-96). A pesar de que la enfermedad renal afecta más a los hombres que a las mujeres, más de la mitad de las eConsultas que se realizaron fueron para féminas. El 88% de los pacientes atendidos eran nuevos, siendo el resto revisiones o dudas de consultas de personas ya conocidas previamente. Las causas más frecuentes de consulta fueron ERC (46%), hipertensión arterial (22%), proteinuria (10%) y alteraciones hidroelectrolíticas (8%). También se atendieron consultas sobre quistes (4%), litiasis (2%), tumores (2%) y otras causas. Casi tres cuartas partes de las consultas (73%) cumplían los criterios de derivación Todos los centros de salud del área han derivado pacientes por este método.

Conclusiones: En resumen, la puesta en marcha de la eConsulta de Nefrología en nuestra área de salud ha supuesto que más de 500 pacientes fueran atendidos, de una forma ágil, contribuyendo a reducir de forma considerable la lista de espera de nuestra consulta externa. Hay dos aspectos que deben ser tenidos en cuentas desde el ámbito de la Atención primaria. Por un lado, todos los médicos deben conocer la existencia de esta forma de consulta y por otro deben tener en cuenta los criterios de derivación para así poder optimizar este recurso.

767 CONOCIMIENTO DEL Y SOBRE EL PACIENTE DE DIÁLISIS EN NUESTRA UNIDAD

MC. JIMÉNEZ HERRERO[1], LP. MORÁN CAICEDO[1], N. SANZ MARTIN[1], R. TALAYA MOYA[1], Y. FERNÁNDEZ JIMENO[1], M. MUÑOZ RICO[1], MJ. GUTIERREZ SÁNCHEZ[1] [1]NEFROLOGIA. H.UNIV TAJO (ARANJUEZ/ESPAÑA)

Introducción: Nos proponemos cuantificar lo que saben y quieren saber los pacientes de nuestra Unidad de diálisis sobre ERC, pronostico y toma de decisiones compartidas. Asi como cuales son los principales sintomas o circunstancias que merman su calidad de vida. En paralelo cuantificar tambíen cuánto conoce el personal sanitario sobre los pacientes en estos aspectos.

Material y métodos: Estudio observacional llevado a cabo entre Marzo y Abril 2023. Realizamos dos encuentas a personal sanitario y dos a pacientes. A los pacientes una sobre sintomas más prevalentes ordenados de 1 a 3 en importancia y la otra sobre ERC, pronóstico:que ocurriria si discontinuara diálisis(si esto lo han pensado y es una posibilidad futura) y sobre documento de voluntades anticipadas (VA). Las respondidas por personal sanitario: la misma sobre sintomas, identificando los que consideramos más frecuentes y/o limitantes y la segunda sobre sus conocimientos(lo que creemos que saben)en relacion a lo mencionado.

Resultados: Referente a sintomas:

Pacientes: La sed es el prinicpla sintoma negativo (66,6%), seguido por hambre(54%) y , con igual porcentaje(45%),astenia y extreñimiento.

Personal sanitario: Han cnmsiderado como lo más incapacitante las molestais derivadas del trasporte sanitario(77,7%) en segundo lugar la sed (66,6%) y tercero la astenia (61%).

No hemos considerado ni el hambre ni las alterciones del sueño sintomas relevantes en la merma de calidad de vida de los pacientes. En cuanto al conocimiento sobre ERC, pronóstico y toma de decisiones:

29% pacientes considera que sus riñones funcionan (85,7% uno de ellos) 25% cree que se curará y vivirá sin diálisis(en ausencia de Trasplante) 25% cree que puden dejar de dializarse sin consecuencias fatales.

A los 6 meses el 12,5% considera que estará trasplantado. el resto se ve continuándo en técnica. Ninguno cree que fallecerá en 6meses. En 5 años 16,6% se ve trasplantado mientras que 29% fallecido.

¿Qué conocemos sobre los pacientes? Existe un 66,2% acierto global ; se aciertan más cuestiones referentes a dependencia o apoyo familiar que en otras más personales como la posibilidad de discontinuar diálisis o la realización de VA.

Los resultados de "Surprise Question " a 6 meses se asemejan a la literatura. NO soprendería el fallecimiento de pacientes añosos (100%), y SÍ lo haría(tambíen en alto porcentaje: 88,8%) en jóvenes, aún con altísima comorbilidad.

Conclusiones: Debemos trabajar para una comunicación más eficaz y efectiva. Vamos a inciar el proceso de realización de VA en pacientes en diálisis.

768 TRATAMIENTO CON RASBURICASA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON SÍNDROME CARDIORRENAL: UN VIEJO TRATAMIENTO PARA UN NUEVO ESCENARIO

R. MELERO MARTIN[1], B. TORROBA SANZ[2], X. GARCIA GONZALEZ[2], I. CASAS-NOVAS.SOUSA[3], P. RODRIGUEZ-BENITEZ[1], A. HERNANDEZ[1], A. BASCUÑANA[1], M. GOICOECHEA DIEZHANDINO[1]

[1]NEFROLOGIA. HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑON (MADRID, ESPAÑA),[2]FARMACIA. HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑON (MADRID, ESPAÑA), [3]CARDIOLOGIA. HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑON (MADRID, ESPAÑA)

Introducción: El Síndrome Cardiorrenal (SCR) conlleva la disfunción conjunta del corazón y del riñón. Las formas agudas del SCR, comparten alteraciones bioquímicas del síndrome de lisis tumoral (SLT) como elevación del ácido úrico, fósforo(P), potasio(K) y lactato deshidrogenasa (LDH). El tratamiento del SLT incluye hidratación endovenosa intensiva y la administración de rasburicasa, mientras que la base del tratamiento del SCR agudo (SCRA) con sobrecarga sistémica son los diuréticos.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo unicéntrico para evaluar la efectividad y seguridad de una dosis única de rasburicasa en pacientes con insuficiencia cardiaca clínica, disfunción renal AKI II y III y ácido úrico superior a 9 mg/dl.

Se evaluaron características basales, tratamiento diurético, función ventricular, evolución de la función renal, basal, pico y posterior a la administración de rasburicasa, así como la evolución en la diuresis, proteína C reactiva (PCR) y niveles del péptido natriurético cerebral N- terminal tipo B(Nt-ProBNP) al alta.

Resultados: El 100% de los pacientes, mejoraron el ritmo diurético, entre 12 y 98 h tras rasburicasa, con una diuresis media de 2800 ± 1200 cc/día vs una diuresis media de 1540 ± 620 cc/día (p < 0,0001) antes de rasburicasa. Los pacientes con combinaciones de diuréticos (34,3%), tuvieron una diuresis media tras rasburicasa de 4.200 ± 1.051 cc/día, con mejoría de la congestión sistémica, sin necesidad de tratamiento renal sustitutivo (TRS), o pudiendo retirarlo precozmente en los 5 pacientes que se había iniciado. La creatinina (Cr) y Filtrado glomerular estimado (FGe) descendieron desde cr pico de 3,6 ±1,27mg/dl a 1,79 ±0,83mg/dl, disminuyendo de forma significativa Nt-ProBNP y PCR.

Conclusiones: Nuestro estudio muestra que una dosis única de rasburicasa podría restablecer la respuesta diurética y mejorar la nefropatía congestiva asociada al SCR, reduciendo la necesidad de TRS y su duración con mejoría del pronóstico de los pacientes.

Tabla 1. Evolución de los parámetros de función rena y cardiaca tras la administración de rasburicasa.

	Valor al momento de la administración de rasburicasa (pico)	Valor al alta	*p*
Cr (mg/dL), media (SD)	3.65 (1.27)	1.8 (0.8)	<0.0001
Fge CKD-EPI (mL/min/1.73 m^2), media (SD)	17 (8)	41 (20)	<0.0001
Nt-proBNP (pg/mL), mediana (IQR)	24,298 (7122–35,000)	6034 (1973–11,191)	<0.0001
PCR (mg/L), mediana (IQR)	10 (3.4–39.27)	4.3 (1.0–10.2)	<0.0001

769 CARACTERÍSITCAS DE LA APLICACIÓN DE PROTOCOLO VEXUS PARA EVALUACIÓN DE LA CONGESTIÓN VENOSA EN EL PACIENTE RENAL

J. FARRERA NÚÑEZ[1], A. CHACÓN CAMACHO[1], C. ARCAL CUNILLERA[1]

[1]NEFROLOGÍA. HOSPITAL D'IGUALADA (IGUALADA)

Introducción: La presencia de congestión venosa se ha asociado al desarrollo de lesión orgánica grave. Sin embargo, su evaluación puede ser difícil por la subjetividad de la sintomatología y los signos clínicos. Recientemente se ha incorporado en la evaluación de la congestión el uso de la ecografía a pie de cama mediante el protocolo VExUS (Venous Excess Ultrasound Score) que evalúa el diámetro y colapsabilidad de la vena cava inferior, y los patrones doppler de ondas suprahepáticas, porta y renales, clasificando según los hallazgos el grado de congestión en 4 grupos (de mayor a menor congestión). El objetivo de este estudio fue evaluar las características de la aplicación de este protocolo en el servicio de nefrología de nuestro centro.

Población y métodos: Estudio observacional retrospectivo de 41 pacientes evaluados entre diciembre de 2023 y marzo de 2024 en el Hospital Universitari d'Igualada a los que se le aplicó el protocolo VExUS por el servicio de nefrología. Se evaluaron variables demográficas, clínicas y ecográficas.

Resultados: Se evaluaron un total de 41 pacientes. La edad media fue de 71,8 ± 12,8 años, siendo 11 pacientes (26,8%) del sexo femenino. Entre ellos 22 (53,6%) pacientes estaban incluidos en el programa de hemodiálisis crónica, y 1 paciente (4,1%) era receptor de trasplante renal. El filtrado glomerular estimado por CKD-EPI de los pacientes sin diálisis fue de 19,5 [15,7-28,5] ml/min/1,73m2. Un total de 28 pacientes (68,3%) tenía el diagnóstico de cardiopatía, de ellos un 28.6% tenía cardiopatía isquémica, un 7.14% disfunción sistólica y un 10.7% disfunción diastólica. La indicación más frecuente fue por fracaso renal agudo o enfermedad renal crónica de cualquier grado agudizada (en un 43,9%), seguido de hipo o hipertensión (26,8%), discordancia entre clínica y bioimpedancia (19,5%) y clínica de mareo o calambres en diálisis (9,7%).

18 pacientes (43,9%) tuvieron un grado VExUS de 0; otros 18 un grado 1; 5 pacientes (12,2%) grado 2 y ningún paciente obtuvo un grado 3. En un 87,8% de los pacientes estos hallazgos implicaron un cambio en la actitud terapéutica con ajuste de tratamiento diurético, reposición hídrica y cambios en la ultrafiltración.

Conclusiones: El protocolo VExUS es sencillo de aplicar en un perfil amplio de pacientes. Su uso ayuda a complementar los hallazgos clínicos y a guiar la actitud terapéutica. Será importante en un futuro evaluar su correlación con los hallazgos por bioimpedancia y marcadores analíticos de congestión (NT-proBNP y CA-125).

770 UN NUEVO ESTILO DE VIDA: LA IMPORTANCIA DE LA UNIDAD CARDIORRENAL PARA EL MANEJO Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES ALTAMENTE COMPLEJOS CON SÍNDROME CARDIORRENAL

J. LEÓN-ROMÁN[1], MA. AZANCOT[1], M. PATRICIO LIEBANA[1], I. ZAMORA[1], AB. MÉNDEZ[2], MJ. SOLER[1]

[1]NEFROLOGÍA. HOSPITAL VALL D´HEBRÓN (BARCELONA), [2]CARDIOLOGÍA. HOSPITAL VALL D´HEBRÓN (BARCELONA)

Introducción: Alrededor de un 70% de pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) presentan insuficiencia renal. La mortalidad está aumentada tanto por el síndrome cardiorrenal como a la exacerbación del resto de comorbilidades. Las unidades cardiorrenales (UCR) se basan en el manejo y tratamiento multidisciplinar para mejorar el pronóstico y la calidad de vida de la persona con síndrome cardiorrenal (SCR). El objetivo del estudio es evaluar el rendimiento clínico a corto y largo plazo de pacientes con SCR que mantienen seguimiento por la UCR.

Materiales y métodos: Estudio prospectivo de 54 pacientes admitidos en la UCR en el período del 1 al 30 de abril de 2022 y con un seguimiento clínico hasta el 31 de octubre de 2023 en el Hospital Universitario Vall d´Hebrón. Durante el seguimiento clínico se obtuvieron: medidas antropométricas, signos de congestión tisular y vascular a partir de ultrasonografía (US) y parámetros de laboratorio como hemoglobina, iones y albúmina tanto séricos como urinarios, creatinina, filtrado glomerular estimado (FGe) por CKD-EPI, NT-proBNP y CA-125.

Resultados: Un total de 47(87%) y 16(30%)pacientes completaron seguimiento en UCR a los 6 y 12 meses, respectivamente. Las características basales de la población se exponen en la Tabla 1. En resumen, edad media 70años(±1,6), 65% varones, cardiopatía isquémica fue la etiología de IC más prevalente (48%) y clases funcionales II y III más frecuentes (60%, 35%, respectivamente). Fracción de eyección (FE) cardíaca del 40% (±1,6), ICFE reducida en 61%. La evaluación de congestión mostró que el 15% de pacientes presentaban líneas B pulmonares, 23% vena cava mayor a 20mm y 30% patrón venoso renal discontinuo. Las medianas de NT-proBNP y CA-125 fueron 4623pg/mL[898-28229] y 20,2U/mL[3,9-171], respectivamente.

La media de seguimiento fue 8,6meses(±0,6). Comparando la visita basal con el control a los 6 meses, se optimizó el tratamiento con sacubitril-valsartán 33%vs49%(p=0,02) e iSGLT2 48%vs72%(p=0,008) sin deterioro significativo de la función renal[creatinina(p=0,61) y FGe(p=0,19)] y con reducción de más del 50% del número de ingresos hospitalarios(p=0,002). El 22% requirió diálisis peritoneal y el 20% hemodiálisis convencional. Diez(19%) pacientes fallecieron, 5 de ellos por eventos cardiovasculares (CV).

Conclusiones: En nuestro estudio, se establece que la UCR es vital para el manejo de pacientes complejos puesto a que garantizan una mayor implementación de los fármacos que reducen la mortalidad CV el número de ingresos hospitalarios en IC. Con dicha estrategia se consigue una mejoría de la calidad de vida en el SCR.

Ver tabla

771 ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE UN REGISTRO DE PACIENTES FALLECIDOS EN TÉCNICA RENAL SUSTITUTIVA EN UN HOSPITAL TERCIARIO

I. GARCÍA ALFARO[1], S. BLAS GÓMEZ[1], R. GONZÁLEZ CANO[1], FJ. VIGUERAS RUIZ[1], C. RUIZ GONZÁLEZ[1], A. PÉREZ RODRÍGUEZ[1], J. MASIÁ MONDÉJAR[1], J. PÉREZ MARTÍNEZ[1], FJ. CENTELLAS PÉREZ[1], I. LORENZO GONZÁLEZ[1]

[1]NEFROLOGÍA. CHUA (ALBACETE/ESPAÑA)

Introducción: Los datos de registros realizados en la pasada década, confirman que los pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) en terapia renal sustitutiva presentan una elevada mortalidad, sobre todo aquellos que reciben hemodiálisis (HD) respecto a los que reciben diálisis peritoneal (DP) o trasplantados.

Dentro de las causas más frecuente de fallecimiento en estos pacientes encontramos procesos infecciosos, eventos vasculares, exclusión de diálisis, cáncer…

El objetivo de este estudio es extraer información que pueda llegar a ser útil en la práctica clínica en base a un registro de pacientes de nuestro hospital.

Material y métodos: Análisis descriptivo de pacientes fallecidos en técnica de HD o DP en nuestra unidad, entre los años 2000 y 2023. Se incluye etiología de la ERC, tiempo en técnica, cambios entre ambas técnicas, edad y causa del fallecimiento.

Resultados: En este estudio incluimos 891 pacientes fallecidos (576 hombres y 315 mujeres). La edad media en la que estos pacientes iniciaron diálisis fue de 66.91 años, con un tiempo promedio en técnica de 6.4 años. Durante este tiempo se contabilizaron los cambios que realizaron entre ambos modelos de diálisis, destacando 3 pacientes con hasta 5 cambios y 518 pacientes con 0 cambios.

Un 80.79 % (719) de los pacientes recibían HD en el momento del fallecimiento (edad media en el momento de la muerte de 73.92 años), mientras que un 19.3% (172) recibían DP (edad media en el momento de la muerte de 70.74 años).

En relación a la etiología del fallecimiento, teniendo en cuenta el total de pacientes, destacamos en primer lugar la causa no determinada (16.95%), seguida de sepsis/shock séptico (14.48%). Si diferenciamos la técnica que recibían en el momento del fallecimiento, vale la pena resaltar el infarto de miocardio y el accidente cerebrovascular tanto en pacientes que recibían HD (5.15 % y 5.01% respectivamente) como en aquellos que recibían DP (6.40 % y 8.72 %, respectivamente). Además, destacar el papel de las peritonitis (6.98%) como etiología en estos últimos.

Con respecto a las causas de ERC que aparecen con mayor frecuencia, destacamos la etiología desconocida (31.76%), seguida de diabetes mellitus tipo 2 (10.66%), nefritis intersticial de causa desconocida (9.32%) y diabetes mellitus tipo 1 (9.09%).

Conclusiones: La mayoría de los pacientes fallecidos en técnica en nuestro hospital durante este periodo de tiempo son hombres que recibían HD en el momento del fallecimiento. Podemos objetivar el papel destacado de la patología vascular e infecciosa (destacando la peritonitis en pacientes en DP) como unas de las causas más frecuentes de fallecimiento en estos pacientes, y la diabetes como una de las principales etiologías de ERC.

Resúmenes

Miscelánea

772 PAPEL DEL SODIO Y CLORO URINARIOS COMO MARCADORES PREDICTORES DE EVENTO ADVERSO EN EL PACIENTE CARDIORRENAL

JC. QUEVEDO REINA[1], M. GALVÁN RUÍZ[2], CA. SANTANA QUINTANA[1], D. MEDINA GARCÍA[1], Y. DA-RUIZ D`ORAZIO[1], P. FERNÁNDEZ NAVARRO[1], M. VALCÁRCEL HERRERA[1], A. GARCÍA QUINTANA[2], E. OLIVA DÁMASO[1], P. PÉREZ BORGES[1]

[1]NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GRAN CANARIA DOCTOR NEGRÍN LAS PALMAS DE GRAN CANARIA. (LAS PALMAS DE GRAN CANARIA/ESPAÑA),[2]CARDIOLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GRAN CANARIA DOCTOR NEGRÍN LAS PALMAS DE GRAN CANARIA. (LAS PALMAS DE GRAN CANARIA/ESPAÑA)

Introducción: El paciente cardiorrenal supone un reto cada vez más frecuente en las unidades de Nefrología a través de las Unidades Cardiorrenales (UCR). Un aspecto fundamental es tratar de identificar al paciente potencialmente descompensador precozmente para evitar la aparición de un evento adverso (EA). En el presente trabajo analizaremos el potencial papel predictor que puede tener el sodio y cloro urinarios (Na(u) y Cl(u)) a la hora de anticiparse al EA.

Material y métodos: Análisis descriptivo y retrospectivo de los pacientes valorados en nuestra UCR desde febrero de 2023 hasta enero de 2024, tomando el Na(u) y Cl(u) en la primera visita. Se analizó otras variables demográficas, clínicas, tratamientos y aparición de EA durante el seguimiento: descompensación por insuficiencia cardíaca (IC) que requirió ingreso o visita a Urgencias, inicio de Terapia Renal Sustitutiva (TRS) y mortalidad.

Resultados: Se analizó un total de 110 pacientes y se dividió en dos grupos, uno con el Na(u) y Cl(u) ≥ 50 mEq/L (n=83 - Grupo 1) con una mediana de seguimiento de 237 días y otro con el Na(u) y Cl(u) < 50 mEq/L (n=27 – Grupo 2) con una mediana de seguimiento de 258 días. No se observó diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos en cuanto a comorbilidades, EA previos y otros parámetros analíticos, con una edad media en ambos de 71 años. Destaca que el Grupo 2 presentaba una mediana de NT-proBNP y de Ca 12.5 más alta que el Grupo 1. Se definió como EA un evento combinado durante el seguimiento de: ingreso o descompensación por IC, necesidad de inicio de TRS o muerte, objetivándose que en el Grupo 2 fue de un 55,6% y en el Grupo 1 del 32,5% (ver Tabla).

Conclusiones: El Na(u) y CL(u) bajos (< 50 mEq/L) pueden establecerse como marcadores predictores de EA en el paciente cardiorrenal, aunque se necesita más estudios para poder establecer su verdadero impacto pronóstico en estos pacientes.

Ver tablas y figura

773 EFECTO DE LOS INHIBIDORES DEL FACTOR DE CRECIMIENTO ENDOTELIAL VASCULAR (Anti-VEGF) INTRAVÍTREO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

CV. MARTÍNEZ ROSERO[1], B. DE LEÓN GOMEZ[1], E. MONFÁ GUIX[1], X. MARTELLI GUERRERO[1], E. ROMERO ZALDUMBIDE[1], L. GÓMEZ ACOSTA[1], A. SASTRE LÓPEZ[1], J. ESTIFAN KASABJI[1], C. LUCAS ÁLVAREZ[1], M. PRIETO VELASCO[1]

[1]NEFROLOGÍA. COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN (LEÓN)

Introducción: Los inhibidores del factor de crecimiento endotelial vascular(VEGF) son clave para el tratamiento de patologías oculares por su capacidad antiangiogénica, pero en los últimos años se ha reportado que su absorción sistémica puede tener complicaciones renales.

Materiales y métodos: Estudio observacional retrospectivo unicentro. Se incluyeron pacientes con retinopatía diabética proliferativa(RDP), edema macular diabético(EMD), degeneración macular asociada a la edad(DMAE) y trombosis venosa retiniana(TVR) que estuviesen en seguimiento por Nefrología a quienes se les aplicó anti-VEGF intravítreo en el año 2022. El objetivo fue determinar alteraciones analíticas/Clínicas relacionadas con el inicio de Anti-VEGF intravítreo en el transcurso de 2 años. Se revisaron historias clínicas de forma exhaustiva intentando determinar que las alteraciones encontradas no se expliquen por otra causa. Se excluyeron pacientes en diálisis o con trasplante renal (Tabla1).

Resultados: En 2022 se administraron 8123 inyecciones intravítreas de anti-VEGF a 2076 pacientes, seleccionando 152 seguidos en consulta de Nefrología. Se dividieron en 2 grupos, GrupoA (n:21) en los que se observó alguna alteración analítica no atribuible a otra causa y GrupoB, en los que la alteración analítica podría ser atribuible a otra causa que no sea los Anti-VEGF. Del grupoA, 17/21 tenían deterioro de función renal (FR), 8 de ellos partían de FR normal (1 inició hemodiálisis después de 2 años) y 9 mostraron rápida progresión de su enfermedad renal crónica(ERC). Después de 3 meses, el GrupoA mostró una disminución media de la eTFG de 11.25 ml/min, mientras que el GrupoB de 3.65 ml/min (P = 0.005). A los 2 años, el GrupoA tuvo una disminución media de eTFG de 9.43 ml/min/año, mientras que el GrupoB de 4.29 ml/min/año (P = 0.005) (Tabla2).

Conclusiones: El tratamiento con Anti-VEGF intravítreo podría ser causa de deterioro de eTFG o acelerar la progresión de la ERC.

Ver tablas

774 CUANDO EL SODIO TE ABANDONA: EXPERIENCIA DEL MANEJO DE LA HIPONATREMIA EN UN HOSPITAL TERCIARIO

N. GARCÍA ALONSO[1], A. BUJÁN LÓPEZ[1], L. GUITÉRREZ LEIVA[1], ME. LLORENTE AGUINAGALDE[1], KP. PÉREZ MELÉNDEZ[1], N. MARTÍNEZ SAEZ[1], L. GARCÍA GAGO[1], L. ORTEGA MONTOYA[1], I. ACOSTA HERNÁNDEZ[1], JI. MINGUELA PESQUERA[1]

[1]NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO BASURTO (BILBAO)

Introducción: La hiponatremia es una diselectrolitemia potencialmente grave que puede originar la muerte y que su corrección puede originar daños graves.

Objetivo: Analizar las causas, tratamientos usados y evolución de los casos de hiponatremia en los que hemos sido consultado en nuestro hospital.

Pacientes y métodos: Estudio retrospectivo de las hojas de consulta que nos han hecho otros servicios del hospital en los últimos 3 años (de marzo de 2021 a marzo de 2024). Se recogen servicio de procedencia, causa de la hiponatremia, tratamientos utilizados y evolución del sodio. Se realiza estadística descriptiva y comparación de medias (T student o Mann-Whitney) y Chi cuadrado.

Resultado: Se han incluido 78 pacientes (56% hombres) con una edad media de 71,9±11,6 (47-96) años. La principal causa era SIADH (52,6%), pero también había pérdidas de volumen y bajo aporte (12,8%), insuficiencia cardiaca (10,3%) y tiazidas (7,7%) entre otras. El servicio de procedencia fue variado, los que más hicieron fueron Aparato Digestivo (20,5%), Respiratorio (15,4%) y Cirugía Vascular (10,3%). El sodio el día de la interconsulta fue 125 (120-128) y el tiempo de ingreso hasta la HC fue de 3,5 días (1-7).

El tratamiento fue variado y se usó suero hipertónico en un 32,1% de los casos. No siempre se precisó 3% (la media fue 2,37%), y la mediana de duración del tratamiento con hipertónico fue de 2 días (1-2,5). El suero hipertónico se empleó en los que tuvieron una cifra de sodio más baja (120,6±6,6 vs 125,8±4,3) t; p<0,001). También se usó urea oral en el 19,2% de los pacientes, suplementos de sal oral en 44,9% y furosemida en 37,2% (sin diferencias en el nivel de sodio inicial). La mediana de elevación del sodio en las primeras 24h fue de 4 mEq/L (1-7) y en las primeras 48h de 5 mEq/L (2-9). Solo hubo 4 fallecimientos en esos episodios de ingreso (5,1%), ninguno relacionado con la natremia o la velocidad de reposición. Analizamos el ritmo de subida del sodio. En la mayoría subió ≤6 mEq/l en las primeras 24h (74,2%). Solo en un 12,9% fue > 8 mEq/L. Hubo un incremento mayor entre los que estuvieron con suero hipertónico y los que no (5,2±6,5 vs 3,2±3,7 [U; p=0,022]). No tuvimos complicaciones derivadas de la velocidad de reposición del sodio. Al alta de la hoja de consulta la mediana de sodio fue de 133 (131-136).

Conclusiones: La hiponatremia tiene un origen variado en nuestro, centro. No siempre es necesario utilizar suero hipertónico. No hemos tenido ni fallecimientos por la hiponatremia ni complicaciones neurológicas por el ritmo de reposición.

775 ASPECTOS FUNCIONALES DE UNA CONSULTA DE NEFROGERIATRÍA

O. SIVERIO MORALES[1], MA. DAVILA JEREZ[2], EM. MARTIN BARRIOS[1], CA. MARIN DELGADO[1], MJ. REGUERA CARMONA[1], C. RODRIGUEZ ALVAREZ[1], A. ALONSO BETHENCOURT[1], M. GERARD[1], S. ABRANTE GARCIA[1], M. MACIA HERAS[1]

[1]NEFROLOGÍA. HU NUESTRA SEÑORA DE CANDELARIA (ESPAÑA),[2]GERIATRÍA. HU NUESTRA SEÑORA DE CANDELARIA (ESPAÑA)

Introducción: La enfermedad renal crónica (ERC) afecta aproximadamente a más del 20% de los mayores de 60 años.

En España, entre 2002 y 2020, la población mayor de 65 años ha aumentado en más de dos millones de personas, síntoma inequívoco del envejecimiento poblacional.

En los pacientes de Atención Primaria, donde son tan frecuentes la hipertensión arterial (HTA) o la diabetes mellitus (DM), la prevalencia de ERC puede alcanzar hasta el 35-40%.

Objetivos: Analizar los parámetros asociados a la ERC (hemoglobina, creatinina, filtrado glomerular CKD-EPI, albumina cociente albumina/creatinina, PTHi, 25-OH Vitamina D, potasio) y su posible relación con el grado de fragilidad (Frail) y/o funcionalidad (Barthel y Lawton) en el paciente geriátrico remitidos desde Atención Primaria.

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

Resultados: Se obtuvo que, de los 1263 pacientes, el 41,1 % de pacientes eran mayores de 75 años. De ellos, el 19,1% requirieron valoración en la consulta de Nefrogeriatría.

Analizando la relación entre la fragilidad y funcionalidad con parámetros asociados a la ERC, observamos que los grupos con mayor fragilidad presentaban tanto edades mayores como valores de hemoglobina y albúmina más bajos (p<0.05). Asimismo, se observó que los pacientes frágiles presentaban un riesgo de mortalidad superior a aquellos no frágiles (p < 0.05).

Al comparar las medias de los parámetros asociados a la ERC en relación con desarrollar o no un evento nefrológico, definiéndose como una disminución progresiva de la TFGe y/o la necesidad de EPO, se obtuvo que la creatinina, TFGe, hemoglobina y albúmina mostraron un impacto significativo sobre la presencia de un evento nefrológico (p< 0.05).

Respecto a la HTA y DM 2, no se encontraron diferencias significativas según el grado de fragilidad y/o funcionalidad con la primera pero sí marginal con la segunda.

Conclusiones:

- La población geriátrica representa un subgrupo importante de los pacientes remitidos a Nefrología.
- La ERC está asociada a una alta fragilidad y, por lo tanto, a un alto grado de provocar deterioro en la funcionalidad del anciano.
- La alta prevalencia de la HTA y la DM, junto con los cambios que ocurren en el envejecimiento, ocasionan que la ERC constituye un problema de salud pública galopante.
- En el paciente geriátrico y con ERC, la realización de escalas de fragilidad y funcionalidad pueden mejorar la atención y la eficiencia del proceso asistencial.

776 EVALUACIÓN NO INVASIVA DEL ESTADO DEL VOLUMEN INTRAVASCULAR EN EL POSOPERATORIOS INMEDIATO DEL TRASPLANTE RENAL: MEDICIÓN DEL DIÁMETRO MÁXIMO, MININO E INDICE DE COLAPSABILIDAD DE LA VENA YUGULAR INTERNA

FG. YEPEZ LEON[1], YS. DARUIZ D'ORAZIO[2], ET. YEROVI LEON[3]

[1]NEFROLOGIA. HRUM (MALAGA/ESPAÑA), [2]NEFROLOGIA. HUGC (GRAN CANARIA/ESPAÑA), [3]NEFROLOGIA. HRYC (MADRID/ESPAÑA)

Introducción: La presión venosa central (PVC) evalúa la precarga, la PVC se puede considerar idéntica a la presión de la auricular derecha (PAD). Las imágenes de la vena cava inferior (VCI) se utilizan para esta evaluación, pero su estudio ecográfico requiere una capacitación especial y no siempre su medición es factible debido a características corporales de los pacientes, enfermedad hepática o cirugía abdominal.

La PAD o PVC real no se puede cuantificar por métodos no invasivos. La ecografía en el punto de atención (POCUS) de la vena yugular interna (VYI) ofrece una técnica no invasiva, con medición del diámetro máximo, mínimo y el indice de colapsabilidad de la VYI (IC-VYI) mejora la estimación de la PAD/PVC.

El IC-VYI se calcula por (Dmax-Dmin)/Dmax en porcentaje, los estudios han demostrado que un IC-VYI de aproximadamente <=30% significa una PVC elevada de >= 8 mmHg. En otros estudios, en pacientes con cirrosis, IC-VYI <=24,8% fue mejor para predecir una PVC >= 8 mmHg.

Material y método: Se incluyeron 14 pacientes en el posoperatorio inmediato de trasplante renal, durante el primer trimestre del 2024. Se realizó ecografía en decúbito supino a 0° con la cabeza en posición neutra y respirando tranquilamente, se obtuvieron imágenes de la VYI en plano transversal a nivel del cartílago cricoides. Se utilizó ecógrafo SONOSITE, en modo M se determinó los diámetros anteroposterior máximo, mínimo e IC-VYI, durante la inspiración profunda se observa la colapsabilidad. Para el análisis estadístico se utilizó SPSS.

Resultados: Total 14 pacientes, 8 mujeres, edad media de 55 ± 16,4 años, PAM 98 ± 13,8 mmHg. Sin insuficiencia tricúspide ni hepatopatia. El 85% presentaban FEVI conservada. Se dividió en dos grupos en base al IC-VYI del 20%(tabla 1).

Tabla 1.

	ICVYI<20% (n=7)	ICVYI≥20% (n=7)	p
Dmax VYI (cm)	1,13±0,33	0,86±0,23	0,05
Dmin VYI (cm)	1,01±0,30	0,55±0,17	0,004
No Colpsa VYI, Si %	85,7	0	0,002
Colapa VYI, si %	0	71,4	0,010
Diuresis (mL)	1454,29±1418,56	1971,43±647,34	0,338
Creatinina (mg/dL)	4,75±1,91	3,11±3,41	0,064
DiasTX	3,14±3,58	5,86±3,13	0,105
VCI cm	1,59±0,39	1,31±0,46	0,257

Conclusiones: EL IC-VYI y los Dmax y Dmin VYI son alternativas confiables y fáciles de obtener para la estimación de la PAD/PVC junto a la cama del paciente en el posoperatorio inmediato del trasplante renal de donante cadáver.

777 HIPOMAGNESEMIA GRAVE: UN ANÁLISIS DESCRIPTIVO

F. CABALLERO CEBRIAN[1], M. PIRIS GONZÁLEZ[1], M. DOMÍNGUEZ TEJEDOR[1], R. MORENO GARCÍA[1], I. MÍNGUEZ TORAL[1], JF. SÁNCHEZ IGLESIAS[1], M. FERNÁNDEZ LUCAS[1], ET. YEROVI LEON[1]

[1]NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMÓN Y CAJAL (MADRID)

Introducción: La hipomagnesemia definida por valores de magnesio por debajo de 1.46 mg/dL es un trastorno hidroelectrolítico potencialmente grave. Entre sus causas se encuentran las pérdidas renales, digestivas o consumo de fármacos como diuréticos o Inhibidores de la bomba de protones (IBP). Sus manifestaciones clínicas son variables, pudiendo generar desde debilidad o temblor muscular hasta arritmias, convulsiones o coma.

Material y métodos: Se recogieron casos de hipomagnesemia grave con necesidad de ingreso entre 2021 y 2023. Se realizó un análisis retrospectivo descriptivo de variables epidemiológicas, bioquímicas y manifestaciones clínicas.

Resultados: De un total de 15 casos de hipomagnesemia, la edad media fue de 64 años (60% mujeres). El 73% tenían HTA, 7 de ellos bajo tratamiento diurético. 10 de los pacientes (66%) tomaban IBP, siendo lo más frecuente omeprazol 20mg/24h (90%). El valor medio de Mg durante el episodio fue de 0.3 mg/dL (DE 0.47), con un 66% de los pacientes con niveles por debajo del límite de detección del laboratorio (0.6mg/dL). Solo 1 paciente debutó con hipomagnesemia aislada, mientras que en un 40% iba acompañado de otro trastorno hidroelectrolítico y en un 53% fue múltiple (2 iones o más). De los trastornos hidroelectrolíticos acompañantes, el más frecuente fue la hipocalcemia (Ca<8.5mg/dl) en un 86% (13/15), seguido de la hipopotasemia (K<3.5mg/dL) en un 60% de los casos (9/15), siendo en 3 de ellos grave (K<2.5mEq/L). Un 80% presentaron manifestaciones clínicas, siendo lo más habitual los síntomas musculares (8/12, 67%), seguida de síntomas neurológicos (7/12, 58%) y de alteraciones electrocardiográficas (4/12, 33%). No hubo diferencias estadísticamente significativas en el grado de las alteraciones iónicas entre los pacientes con y sin manifestaciones clínicas (p>0.05). Un 80% de los pacientes tenían historia clínica reciente de pérdidas digestivas. En un 40% de los casos la etiología fue atribuida a una única causa aislada (pérdidas digestivas o farmacológicas), lo que se asociaba estadísticamente a una menor gravedad de hipocalcemia (8.1 vs 5.9 mg/dl, p=0.005), pero no de otros iones. Después del episodio se deprescribió el IBP en un 80% de los casos.

Conclusiones: La hipomagnesemia se presentó frecuentemente acompañada de alteraciones en otros iones y de manifestaciones clínicas, aunque en nuestra serie no se correlacionaron entre sí. Si bien los IBPs están presentes en un gran porcentaje de los casos, la mayoría de los episodios fueron de origen multifactorial, lo que podría acentuar la gravedad de los trastornos iónicos asociados como la hipocalcemia.

778 PERCEPCION DE CARGA DE ENFERMEDAD DEL PRURITO ASOCIADO A ENFERMEAD RENAL CRÓNICA EN UNA UNIDAD DE DIÁLISIS

J. ALFONZO[1], V. ESTEVE[1], A. MORERA[2], E. GONZÁLEZ LAO[3], J. GUTIÉRREZ DE LA IGLESIA[1], S. RUBIO[1], M. RAMÍREZ DE ARELLANO[1]

[1]NEFROLOGIA. HOSPITAL UNIVERSITARI CONSORCI SANITARI TERRASSA (TERRASSA),[2]NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARI CONSORCI SANITARI TERRASSA (TERRASSA),[3]CALIDAD ASISTENCIAL Y SEGURIDAD DEL PACIENTE Y SEGURIDAD DEL PACIENTE. HOSPITAL UNIVERSITARI CONSORCI SANITARI TERRASSA (TERRASSA)

Introducción: El prurito asociado a la enfermedad renal crónica (Pa-MRC), es la sensación de picor directamente relacionada con la enfermedad renal, sin ninguna otra patología que lo justifique. A pesar de su prevalencia ha podido disminuir con la mejora de la eficacia dialítica y el tratamiento del paciente renal, aún persiste y está infradiagnosticado. La presencia de Pa-ERC afecta indiscutiblemente en la carga de enfermedad y en la calidad de vida del paciente renal.

El objetivo de este estudio fue analizar el grado de conocimiento y carga de enfermedad que conlleva la presencia de Pa-ERC en los pacientes en programa de hemodiálisis (HD) periódica de nuestra unidad de diálisis.

Material y métodos: En enero de 2024 se realizó una encuesta de 10 preguntas en relación con el grado de conocimiento y la carga de enfermedad del Pa-MRC a todos los pacientes en programa de hemodiálisis de nuestra unidad, mediante la aplicación corporativa Microsoft Forms que forma parte del paquete de Office 365 proporcionado por el Centro de Telecomunicaciones y Tecnologías de la Información (CTTI).

La encuesta, auto diseñada, incluía aspectos sociodemográficos, educacionales y laborales, estrategias diagnósticas, pautas y recomendaciones de tratamiento, así como implicaciones clínicas en la vida diaria.

Resultados: 63 encuestas analizadas (92.6% pacientes), 37% mujeres. Edad media 71.8 ± 12.4 años, tiempo medio en HD 54.4 ± 35.2 meses. Principal etiología ERC: DM 35.2%. Un 27.2% diagnosticados de Pa-ERC. Un 40% refería estudios primarios y un 85% jubilados. El 43% refería que la presencia de prurito les afectaba diariamente, siendo la inquietud (16%) el principal cambio en su estado diario. Únicamente un 11% refería dificultad para conciliar el sueño. Curiosamente, un 87.1% desconocía si tomaba algún tratamiento médico asociado; si bien un 36% reconocía las cremas emolientes o hidratantes y un 14.2% los antihistamínicos como parte del tratamiento del Pa-ERC. Del mismo modo, el 75% desconocían el uso rutinario de estrategias diagnósticas en nuestra unidad.

Conclusiones: A pesar de la elevada carga de enfermedad que les conlleva, el grado de conocimiento en los pacientes de nuestra unidad de HD acerca del Pa-ERC es limitado; fundamentalmente en relación con el tratamiento y estrategias diagnosticas. Con los resultados obtenidos, consideraremos facilitar materiales didácticos y talleres educacionales centrados a nuestros pacientes; con la finalidad de mejorar su conocimiento y atenuar la carga de enfermedad asociada al Pa-ERC.

779 NEFROLOGÍA ECOLÓGICA: COMPARATIVA HEMODIÁLISIS VS DIÁLISIS PERITONEAL

C. GARIJO PACHECO[1], A. PARDO RUIZ[1], AE. BELLO OVALLES[1], L. SAHDALA SANTANA[1], M. SIERRA CARPIO[1], G. PEREDA BENGOA[1], AM. GIL PARAISO[1], F. GIL CATALINAS[1], I. GASTON NAJARRO[1], ME. HUARTE LOZA[1]

[1]NEFROLOGÍA. HOSPITAL SAN PEDRO (LOGROÑO) (ESPAÑA)

Introducción: La incidencia de pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) cada vez es más elevada, generando un problema de salud pública y un gran impacto en el cambio climático. Desde hace unos años, la "nefrología verde" tiene el objetivo de mejorar la sostenibilidad ambiental para minimizar el impacto que la nefrología causa en el medioambiente; especialmente la diálisis por el elevado consumo de energía, consumo de agua, generación de plásticos, producción de gases con efecto invernadero…

Material y métodos: Realizamos un estudio descriptivo comparando el gasto a nivel medioambiental entre hemodiálisis y diálisis peritoneal. Valoramos el consumo de agua, consumo de energía, generación de plásticos y material fungible… y planteamos una serie de medidas para evitar este impacto medioambiental.

Resultados: Nuestra unidad de diálisis tiene 42 en hemodiálisis (23 con catéter y 19 con fístula) y 20 en diálisis peritoneal (17 con diálisis peritoneal automatizada y 3 con diálisis peritoneal continua ambulatoria). Comparamos el gasto medioambiental entre ellas mediante ejemplos.TABLA* Debemos añadir que para generar 1 Kg de plástico se emplean 180 L de agua.

Conclusiones:

1. A la vista de los resultados, las medidas dirigidas hacia la sostenibilidad podrían ser: inclusión de un mayor número de pacientes en programa de diálisis peritoneal frente a hemodiálisis, incentivar la prevención de la enfermedad renal y fomentar el trasplante renal.
2. Se necesita fomentar la "ecodiálisis" para lograr un enfoque ambiental más rentable, por ejemplo: reduciendo al mínimo el consumo de agua (reduciendo el Qb) o reutilizándola, fomentando el transporte público o compartido, reduciendo el consumo de energía, disminuyendo la producción de plásticos o mejorando la gestión de residuos.
3. Dado que medir es la única manera de mejorar, en nuestra unidad cesamos el reciclaje de plástico durante el Covid-19 y actualmente hemos reinstaurado el programa.

Tabla 1.

DIÁLISIS PERITONEAL	DPA (8 horas con 9 litros)		CAPD (4 interc. de 2L)	
	Baxter	Fresenius	Baxter	Fresenius
Consumo agua	2 bolsas de 5L = 10 L		4 bolsas de 2L = 8 L	
Plástico usado en bolsas	193 gr	210 gr	800 gr	752 gr
Plástico líneas cicladora	320 gr	113 gr	-	
Plástico jeringa 5 ml (heparina)	4 gr		16 gr	
Agujas para heparina (material fungible)	3 agujas		8 agujas	
Drenaje: Bolsa reutilizable / Bolsa diaria	1400 gr	322 gr	-	
Plástico suero para cura orificio	2 gr		2 gr	
Plástico tapón catéter	3 gr	5 gr	12 gr	20 gr
Plástico envase eritropoyetina (mes)	4 gr		4 gr	
Plástico envase hierro (cada 2 meses)	21 gr		21 gr	
Plástico envase gasas	2 gr		2 gr	
Energía eléctrica	800 VA	2800 VA	-	

HEMODIÁLISIS	Estándar (4 horas) CATÉTER	Estándar (4 horas) FÍSTULA
Consumo agua (Qb 500 ml/min)	120 L	120 L
Consumo agua pretratamiento monitor	80 L	80 L
Plástico dializador	214 gr	214 gr
Plástico líneas circuito	257 gr	257 gr
Plástico jeringas 10 ml retirar sellado x 2	16 gr	-
Plástico jeringas 10 ml administrar sellado x 2	16 gr	-
Plástico jeringas 20 ml lavar líneas x 2	32 gr	-
Plástico cartucho bicarbonato	23 gr	23 gr
Plástico cartucho de ácido	209 gr	209 gr
Plástico envase eritropoyetina (semanal)	4 gr	4 gr
Plástico envase hierro (mensual)	21 gr	21 gr
Plástico tapón catéter x 2	4 gr	-
Plástico gasas y paños estériles	6 gr	6 gr
Agujas FAVI (material fungible)	-	2 agujas
Desinfectante monitor	306 gr	306 gr
Trasporte en ambulancia (20 Km de media)	4 L de combustible	4 L de combustible
Energía eléctrica monitor hemodiálisis	4000 VA	4000 VA

Resúmenes

Miscelánea

780 COMPLICACIONES ASOCIADAS A LA BIOPSIA RENAL CON AGUJAS DE 18G

A. ARREBOLA MONTES[1], C. MOLIZ CORDON[1], I. CUEVA FLORES[1], G. SALAZAR RUIZ[1], O. BOUARICH[1], C. CASAS GONZÁLEZ[1], R. DEL POZO ALVÁREZ[1], E. SOLA MOYANO[1], M. LEÓN FRADEJAS[1], V. LÓPEZ JIMÉNEZ[1]

[1]NEFROLOGÍA. UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE NEFROLOGÍA. HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO DE MÁLAGA, UNIVERSIDAD DE MÁLAGA, INSTITUTO BIOMÉDICO DE INVESTIGACIÓN DE MÁLAGA (IBIMA), RICORS2040 (RD21/0005/0012), MÁLAGA, ESPAÑA. (MÁLAGA/ESPAÑA)

Introducción: La biopsia renal es la técnica diagnóstica gold estándar en la mayoría de patologías renales. La mayoría de los centros emplean agujas de 16G que se ha relacionado con una mayor probabilidad diagnóstica, pero también con complicaciones. Por otro lado, en algunos casos, el uso de agujas de 18G, se ha limitado por menor probabilidad diagnóstica.

Objetivo: Analizar las complicaciones y el porcentaje de biopsias diagnósticas (considerado como válido muestras de tejido renal con > o igual a 10 glomérulos) asociado a la biopsia renal ecoguiada realizada con aguja de 18G.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo en el que se han recogido las biopsias realizadas desde octubre de 2022 a diciembre de 2023, tanto de paciente trasplantados renales como de riñón nativo, ingresados o ambulatorios, de nuestro hospital. Todas ecoguiadas en tiempo real y con agujas de 18G. Todos habían firmado consentimiento informado.

Se ha analizado el número de biopsias diagnósticas, numero de glomérulos y cilindros, principales complicaciones y las características más relevantes de los pacientes.

Resultados: Se han realizado 192 biopsias renales. Las características basales se muestran en la tabla. Del total, solo un 6,3% (12 pacientes) ha mostrado alguna complicación. El 75,5% (146) presentó biopsias diagnósticas. Este hecho no se relación con el número de cilindros obtenidos (p=0,3). Tampoco hay asociación entre toma de 2 o más cilindros con la aparición de complicaciones (p=0,5). En cuanto a las complicaciones, no se ha asociado con ningún factor analizado.

Tabla 1. Resultados.

Edad (años, media)	53,17 +/- 15
Sexo (varón), (nº, %)	127 (64,8%)
Trasplante (nº, %)	118 (59,3%)
Riñón nativo (nº, %)	81 (40,7%)
Ambulatorio (nº, %)	150 (75,7%)
Hb (g/dL, mediana)	12,79 +/- 2,3
Plaquetas (nº/µL, media)	219.615 +/- 85.545
INR (%, mediana)	1,06 +/- 0,71
TTPA (seg, media)	25,02 +/- 3,9
Creatinina (mg/dL, media)	2,3 +/- 1,6
CPC (mg/g, mediana)	601+/-1.436
ACO (nº, %)	36 (20,9%)
Antiagregantes (nº, %)	35 (18,6%)
RESULTADOS	
>10 glomérulos (nº, %)	146 (75,5%)
2 cilindros (nº, %)	79 (61,2%)
>3 cilindros (nº, %)	50 (38,8%)
Complicaciones (nº, %)	12 (6,3%)
Hematuria (nº, %)	3 (1,6%)
Anemización (nº, %)	7 (3,7%)
Transfusión (nº, %)	2 (1%)
FAV (nº, %)	2 (1%)
Embolización (nº, %)	1 (0,5%)
Fiebre (nº, %)	2 (1%)
Infradiagnóstico con >2 cilindros (nº, %)	8 (30,8%)
Infradiagnóstico con 2 cilindros (nº, %)	18 (69,2%)
>2 cilindros con complicaciones (nº, %)	3 (6,1%)
2 cilindros con complicaciones (nº, %)	3 (3,9%)

Conclusiones: En nuestra serie, el uso de agujas de 18G permite obtener un diagnóstico en la mayoría de los casos, siendo una técnica segura, con pocas complicaciones.

Para poder establecer conclusiones de mayor peso científico se necesitan estudios que comparen el uso de agujas de 18G con 16G.

781 TOLERABILIDAD Y EFICACIA DE SEMAGLUTIDE EN PACIENTES CON NEFROPATIA DIABETICA MAYORES DE 75 AÑOS

JL. LERMA[1], C. RODRIGUEZ[1], A. MARTIN ARRIBAS[1], M. HERAS BENITO[1]

[1]NEFROLOGIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO (SALAMANCA)

Introducción: Los agonistas de los receptores de GLP[1] han demostrado beneficios cardiorenales en pacientes con ERC y DM[2].Por otra parte, los mayores de [75] años con DM[2], obesidad y ERC tienen comorbilidades que condicionan mayores ingresos hospitalarios, polimedicacion o tratamientos espcificos (CPAP, oxigenoterapia) que implican una reducción de su calidad de vida y peor pronostico vital.Por tanto, es preciso un manejo multifactorial (dieta, ejercicio farmacos) de la obesidad de este subgrupo creciente de pacientes. Existen pocos datos analizados sobre el efecto de semaglutide en ancianos >[75]años y tiene gran interes dado el ingente consumo de recursos en esta subpoblación geriatrica en Occidente, que frecuentemente está excluida de los Ensayos Clinicos y de la Medicina Basade en la Evidencia.

Objetivos: 1) determinar la tolerabilidad , eficacia, efectos adversos y beneficios integrales de semaglutide en mayores de 75 años. 2)Establecer las interaciones medicamentosas y las causas de abandono de tratamiento.

Materiales: En el periodo comprendido entre febrero 2020 y marzo 2024 fueron tratados con semaglutide oral 127 pacientes en la Consulta de Nefriopatia diabética (32-85 años ; 55% varones). 28 pacientes eran mayores de 75 años. En este subgrupo las comorbilidades mas frecuentes fueron cardiológicas (35%), fibrilacion auricular, c isquemica , valvulopatias, insuficiencia cardiaca) respiratorias 12%(EPOC, SAOS), esteatosis hepatica 35%.

Resultados: La perdida de peso promedio fue de 11 kg (8-22), (12%.del total) Hubo una disminucion del cociente Alb/Cr orina (CAC) desde 143 hasta 58(p<0.01).La funcion renal se mantuvo estable. Dismincuion de HbA1C 1.4%. Reduccion de requerimientos de Insulina (15-25%). Complicaciones severas: Pancreatitis Aguda (1caso), diarrea con depleccion hidrosalina (1 caso) Efectos adversos mas frecuentes: gastrointestinales (náuseas 35%, en especial al escalar dosis de 7a 14mg/d), astenia (10%).

No hubo interacciones medicamentosas constatables, en especial en pacientes anticoagulados con dicumarinicos (10) o no dicumarinicos(apixaban, rivoraxaban.

Beneficios cualitativos: Mejoria de 1)Grado Funcional Basal (de II a I en 8 casos) 2)Reduccion de oxigenoterapia (de 24 h a 17h). No se suspendio CPAP.

Tasa de abandono precoz (antes de 4semanas): 3 pacientes.

Conclusiones: 1) Semaglutide oral es un tratamiento bien tolerado en la mayoria de pacientes con nefropatia diabetica mayores de 75años originando una perdida del 12 % del peso , con reducción significativa del cociente albumina/creatinina , mejor perfil metabolico (disminucion de HbA1C 1.4%) y beneficios cardiorespiratorios adicionales.

2) Aunque las interacciones medicamentosas son escasas, los potenciales efectos adversos serios como pancreatitis aguda (1 caso) y diarrea severa (1 caso) asi como el ajuste de la insulinoterpia, requiere un seguimiento nefrologico estrecho.

782 CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE LA ENFERMEDAD RENAL EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA CRÓNICA: EXPERIENCIA DE UNA CONSULTA DE NEFROLOGÍA EN UNA UNIDAD DE INSUFICIENCIA CARDIACA

F. PARRA LONDOÑO[1], M. NASSIRI NASSIRI[11], M. MONTERO ESTOPIÑÁ[1], D. CATALÁN GARCÍA[1], VM. BLANCO FERNÁNDEZ[11], MI. TROYA SABORIDO[1], P. CODINA[1], M. DOMINGO[1], J. BOVER SANJUAN[1], G. ROMERO-GONZÁLEZ[1]

[1]NEFROLOGÍA. HOSPITAL GERMANS TRIAS I PUJOL (BARCELONA/ ESPAÑA)

Introducción: La enfermedad renal crónica (ERC) es una coomorbilidad frecuente en los pacientes con insuficiencia cardiaca (IC). Por tal razón se han desarrollado programas con el propósito de mejorar el abordaje terapéutico del síndrome cardiorrenal (SCR). Este estudio se enfoca en analizar prevalencia, el perfil clínico y los enfoques terapéuticos empleados en diferentes categorías de ERC, dentro de una cohorte de pacientes con IC en un entorno ambulatorio.

Métodos: Realizamos un estudio descriptivo de pacientes con ERC atendidos en una unidad cardiorrenal (UCR). Se recogieron datos demográficos y de laboratorio evaluando diferentes eventos como hospitalizaciones, comorbilidades, tratamientos farmacológicos, muerte, así como terapias protectoras cardiacas y renales.

Resultados: Se incluyeron un total de 86 pacientes de la consulta de nefrología de la Unidad de Insuficiencia Cardiaca (UIC), con una edad media de 75 años, de los cuales el 26.6% eran mujeres. Un total del 29.1% tenía una FEVI <40%. El 26.7% tenía enfermedad renal crónica (ERC) en estadio 3a, el 39.5% en estadio 3b y el 25.6% en estadio 4. La media de la albuminuria fue de 117.4 mg/g. La mediana de NT-proBNP: 1478.5pg/ml. El 36% de los pacientes recibía tratamiento con sacubitrilo/valsartán, 26.7% con IECA/AR2, el 63.3% con antagonistas del receptor de mineralocorticoides (ARM), el 72.1% con inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2 (ISGLT2) y el 79.1% con beta bloqueantes. En cuanto a los pacientes con Fge <30ml/min/1.73m2 se observó una menor prescripción de sacubitrilo/valsartan (12,9%; p=0.014), no se observo diferencia estadisticamente significativas en la prescripción de IECA/ARA2, ARM, iSGLT2 y BB en este grupo de pacientes. Interesantemente se observó una correlación inversa significativa entre los valores del NT-proBNP y el Fge (r:-0.453; p=<0.001). 37.2% de los pacientes requirieron hospitalización por descompensación por IC.

Conclusión: Existen en España diferentes modelos de unidad CardioRenal. Un ejemplo es la consulta de nefrología en una UIC, en la que se observó tasas de prescripción de fármacos modificadores de la enfermedad similares a estudios publicados recientemente.

783 MANEJO DE LA CONGESTIÓN VENOSA EMPLEANDO LA ECOGRAFÍA: PROTOCOLO VEXUS EN SÍNDROME CARDIORRENAL TIPO 1

DA. VARILLAS CASO[1], ED. MORALES RODRÍGUEZ[1], A. DELGADO UREÑA[1], MD. PRADOS GARRIDO[1]

[1]NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICO SAN CECILIO (GRANADA)

Introducción: La sobrecarga de líquido se relaciona con un aumento de morbilidad y mortalidad en los pacientes. La congestión venosa que se genera por el exceso de líquidos y disfunción cardiaca puede afectar negativamente la perfusión de órganos y tejidos. El sistema VExUS evalúa esta congestión venosa sistémica mediante un análisis ecográfico de la vena cava inferior, el flujo de la vena hepática, el índice de pulsatilidad portal y el patrón de flujo venoso renal.

Material y método: Estudio descriptivo, prospectivo y unicéntrico, donde se incluyeron pacientes en seguimiento de interconsultas o ingresados en nefrología durante dos meses; que precisaron de evaluación de parámetros de congestión clínica, ecográfica y analítica. Se recogieron datos demográficos, necesidad de hemodiálisis, cantidad de diuréticos empleados, medición del NTproBNP mg/dL, biomarcador Ca 125 score VEXUS, días de seguimiento.

Resultados: Durante el periodo de seguimiento, se evaluaron un total de 7 pacientes. El 100% de los pacientes presentaron como complicación Sindrome cardiorrenal tipo 1, de los cuales 71% presentaron score de congestión severo y un 42,5% precisó de inicio de técnica renal sustitutiva Sólo 2 pacientes continuaron en programa de hemodiálisis, el resto tras ajuste de tratamiento depletivo pudieron recuperar función renal llegando a normalizar niveles de creatinina. Datos demográficos en Tabla 1.

Conclusiones: La exploración ecográfica VExUS permite valorar la congestión tisular y vascular; personalizar la terapia descongestiva de manera rápida, dinámica y reproducible en cualquier escenario clínico. El protocolo VExUS al ingreso permite identificar a los enfermos que muestran mayor congestión clínica y que precisan de mayores dosis de diurético intravenoso. La elevación del biomarcador tisular CA125 se relaciona a un patrón de VExUS congestivo.

Tabla 1.

		Porcentaje	Media	Desviación estándar
Sexo	Hombre	71%		
	Mujer	29%		
Edad			70	20
FEVI	Preservada	57,1%		
	Reducida	42,9%		
NTproBNP inicial			34800	22232
NTproBNP final			11314	11361
CA125			109	106
Score VEXUS inicial	Score 1	0,0%		
	Score 2	28,6%		
	Score 3	71,4%		
Score Vexus final	Score 1	100,0%		
	Score 2	0,0%		
	Score 3	0,0%		
Terapia diurética	Furosemida	71,4%		
	Furosemida + Espironolactona	14,3%		
	Otro	14,3%		
Requirimiento de HD	Si	42,9%		
	No	57,1%		

784 SITUACIÓN LABORAL EN FUNCIÓN DEL INTERCAMBIO DE TÉCNICAS DE TRATAMIENTO RENAL SUSTITUTIVO

JC. JULIÁN MAURO[1], S. MUÑOZ CARRASQUILLA[2], MA. RUIZ DÍAZ[3]

[1]ADMINISTRACIÓN. FEDERACIÓN NACIONAL DE ASOCIACIONES ALCER (MADRID/ESPAÑA), [2]SERVICIO DE EMPLEO. FEDERACIÓN NACIONAL DE ASOCIACIONES ALCER (MADRID/ESPAÑA), [3]FACULTAD DE PSICOLOGÍA. UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID (MADRID/ESPAÑA)

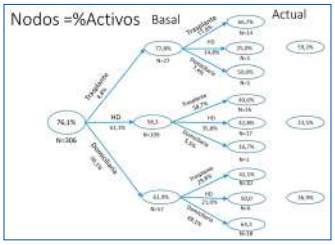
Introducción: El tratamiento renal sustitutivo (TRS) produce un gran impacto en el empleo entre las personas en edad laboral con enfermedad renal crónica (ERC). Sin embargo, el envejecimiento de la población y las nuevas tecnologías, ofrecen nuevas opciones para continuar con su actividad laboral a las personas con ERC en TRS.

Material y método: Se desarrolló un cuestionario estructurado con preguntas relacionadas con el perfil sociodemográfico de los participantes, incluidas variables como edad, nivel educativo, ingresos y sexo. Además, el cuestionario recopiló datos sobre la situación laboral antes del diagnóstico de ERC (S1), el tipo de TRS inicial (T1) recibido, la situación laboral después del inicio del TRS inicial (S2), cualquier cambio posterior (si corresponde) en el TRS (T2), y la situación laboral correspondiente a partir de entonces (S3).

Los TRS se dividieron inicialmente en seis categorías, a saber, diálisis peritoneal automatizada (DPA); diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA), hemodiálisis en centro (HD), hemodiálisis domiciliaria (HDD), trasplante renal de cadáver (TxC) y trasplante renal de donante vivo (TRDV). Se construyó el árbol de probabilidades para identificar cuáles son los itinerarios que ofrecen mayor probabilidad de mantener el empleo en personas con ERC, en función de su inicio en TRS y los cambios posteriores.

Resultados: Entre las personas que estaban empleadas antes de iniciar TRS, son las personas que inician en trasplante, las que mayor probabilidad tienen de conservar el empleo si se mantienen trasplantadas o incluso si vuelven a diálisis. Sin embargo, entras las opciones de diálisis, son las que inician en diálisis domiciliaria las que ofrecen mayor probabilidad, incluso si la persona es trasplantada. Entre los que inician en hemodiálisis en centro, su probabilidad de seguir empleado es menor incluso aunque se trasplanten. De entre las opciones de diálisis domiciliaria, es la diálisis peritoneal automática la que ofrece mejor probabilidad en términos de empleo.

Figura 1.



Conclusiones: Debería valorarse ofrecer como primera opción, analizándolo con ellos, a las personas en edad laboral activos, el inicio en diálisis domiciliaria y preferentemente con diálisis peritoneal automatizada.

785 CENTENARIOS Y FUNCION RENAL. PERFIL DE PACIENTES INGRESADOS

O. SIVERIO MORALES[1], M. GONZALEZ-COLAÇO HARMAN[2], MA. DAVILA JEREZ[2], C. MARIN DELGADO[1], E. MARTIN IZQUIERDO[1], MJ. REGUERA CAMONA[1], P. GARCIA GARCIA[1], D. LUIS RODRIGUEZ[1], V. DOMINGUEZ PIMENTEL[1], M. MACÍA HERAS[1]

[1]NEFROLOGÍA. HU NUESTRA SEÑORA DE CANDELARIA (ESPAÑA),[2]GERIATRÍA. HU NUESTRA SEÑORA DE CANDELARIA (ESPAÑA)

Introducción: Los ancianos centenarios han pasado a ser un sector poblacional en auge en países occidentales con cifras esperadas en 2050 de más de 4 millones. En estos pacientes, las tasas de ingreso hospitalario una vez acuden a un servicio de urgencias es superior al 60%, con una mortalidad en el ingreso de entre 20% y 30%.

Sin embargo, no hay datos sobre la función renal en centenarios, ni sobre cómo influye en los resultados clínicos y funcionales en esta población de envejecimiento extremo cuando ingresan en el hospital.

Objetivos: El objetivo de este estudio es estudiar la asociación de las características sociodemográficas y clínicas de pacientes centenarios con la mortalidad y la función renal.

Métodos: Se incluyeron pacientes de 100 y más años que ingresaban en un hospital de tercer nivel, desde junio de 2010 a junio de 2020. Se recogieron las siguientes variables: Barthel, Escala de Norton, factores de riesgo cardiovascular como hipertensión y/o diabetes, Tratamiento farmacológico(IECA/ARA 2, diuréticos, antiagregantes o anticoagulantes orales, parámetros bioquímicos (hemoglobina, creatinina, albúmina), tasa de filtración glomerular (MDRD).

Los análisis se han llevado realizado con el SPSS v.21.

Resultados: Se incluyeron un total de 98 pacientes centenarios, con una media de edad de 101,5 años siendo la mayoría mujeres (77,6%). Treinta y dos pacientes (32,7%) fallecieron mientras estaban ingresados. los pacientes que mueren durante el ingreso hospitalario presentan un mayor grado de dependencia en la escala de Barthel marginalmente significativo (p = 0,067) y presentan un mayor riesgo de desarrollar úlceras por presión (p=0,001). La estancia media de los pacientes que no murieron durante el ingreso fue de 7,5 días. En relación a la función renal en el ingreso, el 30,6% de la muestra tiene un FG inferior a 30, el 48% una FG entre 30 y 59 y el 14,3% de 60 o superior.

Respecto a la albúmina, encontramos que los pacientes con mejor función renal son aquellos que tienen menor albúmina. No se encontró asociación entre el tratamiento farmacológico, la función renal, la hemoglobina o el potasio.

Conclusión:

- Cada vez es más frecuente el ingreso de centenarios en nuestros hospitales poniendo de manifiesto el aumento de la longevidad y el envejecimiento poblacional.
- El principal determinante de la mortalidad en ancianos hospitalizados en nuestra muestra es la capacidad funcional y aunque los pacientes centenarios que ingresan presentan tasas elevadas de deterioro de la función renal, no parece correlacionarse con una mayor mortalidad.