

459 LA INHIBICIÓN DEL RECEPTOR MEGALINA PROTEGE DEL DAÑO RENAL AGUDO ASOCIADO A HEMÓLISIS INTRAVASCULAR

M. VALLEJO MUDARRA¹, N. LEIVA HIDALGO¹, L. BELTRÁN CAMACHO², I. POZUELO SÁNCHEZ², C. GARCÍA CABALLERO², L. VALENTIN ARAGÓN³, F. LEIVA CEPAS⁴, J. EGIDO⁵, JA. MORENO²

¹GRUPO GE06- FISIOPATOLOGÍA DEL DAÑO RENAL Y VASCULAR, INSTITUTO MAIMÓNIDES DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA DE CÓRDOBA (IMIBIC) (CÓRDOBA); ²GRUPO GE06-FISIOPATOLOGÍA DEL DAÑO RENAL Y VASCULAR, INSTITUTO MAIMÓNIDES DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA DE CÓRDOBA (IMIBIC) (CÓRDOBA); ³ANÁLISIS CLÍNICOS, HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA DE CÓRDOBA (CÓRDOBA); ⁴SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA, HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA DE CÓRDOBA; ⁵HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA DE CÓRDOBA (CÓRDOBA); ⁶LABORATORIO DE NEFROLOGÍA EXPERIMENTAL, PATOLOGÍA VASCULAR Y DIABETES, IIS-FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ, MADRID (MADRID)

Introducción: La hemólisis intravascular masiva puede provocar insuficiencia renal aguda (IRA) debido a la liberación de hemoglobina al torrente sanguíneo y su posterior acumulación en el riñón. La hemoglobina es captada por las células tubulares proximales mediante el sistema de receptores megalina y cubilina, lo que resulta nefrotóxico. La cilastatina es un inhibidor de la megalina que se ha utilizado con éxitos en modelos experimentales de IRA, aunque se desconoce si su uso podría ser beneficioso en situaciones de hemólisis intravascular. En este trabajo analizamos la regulación del eje megalina/cubilina y el efecto de la cilastatina en la IRA asociada a la hemólisis intravascular.

Materiales y métodos: Desarrollamos un modelo murino de IRA asociado a hemólisis intravascular en ratones C57BL/6 de 3 meses de edad (fenilhidrazina (PHZ), 200 mg/kg, i.p.). Los animales se sacrificaron a las 6h, 16h, 24h y 48h tras la inducción de hemólisis. Además, evaluamos el efecto de cilastatina (200 mg/kg, i.v.) en ratones tratados con PHZ durante 24h. Analizamos la función renal, el daño tubular y la expresión de megalina/cubilina in vivo, así como el efecto de la cilastatina sobre la captura de hemoglobina en células tubulares murinas (MCT).

Resultados: La inducción de hemólisis intravascular masiva provocó la pérdida aguda de la función renal, así como mayor inflamación, estrés oxidativo y muerte celular en el riñón. El acúmulo de hemoglobina no solo se observó a nivel tubular sino también en el glomerulo. En este sentido, observamos una disminución significativa de la expresión de nefrina y sinaptopodina en nuestro modelo. Además, la hemólisis disminuyó la expresión renal de megalina y cubilina de forma tiempo-dependiente. La administración de cilastatina preservó la función renal, redujo el daño histológico y la muerte celular medida por TUNEL, y disminuyó la expresión de marcadores de daño tubular y podocitario, aunque estos últimos no llegaron a ser significativos. Finalmente, observamos que la cilastatina reducía la captura de hemoglobina en las células MCT.

Conclusión: La hemólisis intravascular regula la expresión de los receptores megalina y cubilina en el riñón. Además, nuestros resultados sugieren que la administración de cilastatina podría ser útil para reducir el daño renal asociado a la IRA en situaciones de hemólisis intravascular masiva.

460 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y PRONÓSTICAS DE LA INSUFICIENCIA RENAL AGUDA EN EL PACIENTE MAYOR, DIVISIÓN SEGÚN GRUPOS DE EDAD. DIFERENCIAS DE PATRONES CLÍNICOS

FJ. LAVILLA ROYO¹, I. NAVARRO GRACIA², B. SANTOS SANCHEZ REY³, G. BUADES LUCAS¹, A. HURTADO PAMIES¹, L. FERNANDEZ LORENTE¹, L. CASTAÑEDA INFANTE¹, C. ULLOA CLAVIJO¹, M. BAZ-TAN ILUNDAIN¹, N. GARCIA FERNANDEZ¹

¹NEFROLOGÍA. CLÍNICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA (PAMPLONA/ESPAÑA); ²FACULTAD MEDICINA. UNIVERSIDAD DE NAVARRA (PAMPLONA/ESPAÑA); ³NEFROLOGÍA. CLÍNICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA (MADRID/ESPAÑA)

Objetivo: La IRA empeora la morbimortalidad hospitalaria. Según la edad, pueden cambiar los patrones clínicos, ayudando a determinar perfiles de riesgo.

Materiales y métodos: Estudio prospectivo sobre IRA en ámbito hospitalización. Período de inclusión: Abril 1994 – 2025. Criterios de inclusión: Creatinina mayor del 20% Criterios de exclusión: Pacientes embarazadas o trasplantados renales. Pacientes incluidos: 3261. En este estudio hemos estudiado la IRA en varios grupos de edad A menor de 55 años, B 55 a 64 años C 65 a 74 años, D 75 a 84 años, E mayor de 85 años. Hemos valorado el índice de severidad individual (ISI-Liaño). Se han analizado perfil clínico de la IRA, pronóstico y tratamiento.

Resultados: Población: A: 24,07%, B: 25,42%, C: 25,24%, D: 20,48% y E: 4,78%. Mortalidad global 16,2%. Según grupos de edad: A: 18,9%, B: 18,9%, C: 14,2%, D: 13%, E: 12,2%. Necesidad de tto sustitutivo global 25,1%. Según grupos de edad: A: 29,3%, B: 26,9%, C: 25,8%, D: 20,5%, E: 11,5%.

Presencia de factores funcionales (hipovolemia): A: 71,5%, B: 75,4%, C: 75,1%, D: 80,1% y E: 85,3%. ($p < 0,001$) Presencia de insuficiencia renal crónica (FGR menor 60 ml/min): A: 27,1%, B: 40,9%, C: 53,2%, D: 57,8% y E: 72,4%. ($p < 0,001$) La creatinina basal (mg/dL) según grupos de edad fue A: 1,647, B: 1,75, C: 1,80, D: 1,86, E: 2,02. ($p = 0,03$) Presencia de patología inflamatoria A: 48,4%, B: 44,4%, C: 36%, D: 34% y E: 32,1%.

($p < 0,001$) Presencia de ICC: A: 2,7%, B: 3,4%, C: 5,3%, D: 5,1% y E: 11,5%. ($p < 0,001$) Patología oncológica: A: 63,7%, B: 60,7%, C: 47,9%, D: 33,7% y E: 17,9% ($p < 0,001$).

Estado físico: Karnofsky A: 70,27 EE: 0,683, B: 69,47 EE: 0,485, C: 69,76 EE: 0,873, D: 68,35 EE: 0,496, E: 64,05 EE: 1,17 ($p = 0,001$). No diferencias en ECOG. Grado de nutrición (1 a 4, adecuada a ausencia): A: 2,14 EE: 0,04, B: 2,17 EE: 0,04, C: 1,95 EE: 0,04, D: 1,99 EE: 0,041, E: 1,72 EE: 0,08. ($p < 0,001$). Patrones de riesgo mortalidad ($p < 0,001$) Grupo A: Oliguria OR 9,513, Consciencia 0,155. Grupo B: Ictericia OR 3,205 Oliguria 6,378. Grupo C: Ictericia OR 7,182 Oliguria 6,690. Grupo D: Ictericia OR 7,182 Oliguria 6,690. Grupo E: Hipotensión OR 7,987 Respiración asistida 13,09.

Patrones de riesgo necesidad tto sustitutivo ($p < 0,001$): Grupo A: Oliguria OR 10,07, Respiración asistida 9,331. Grupo B: Oliguria OR 11,51 Oliguria 15,3. Grupo C: Oliguria OR 15,5 Respiración asistida 5,134. Grupo D: Oliguria OR 14,7 Respiración asistida 9,48. Grupo E: Oliguria OR 12,52 Respiración asistida OR 41,9.

Conclusiones: La IRA a medida que avanza la edad es más dependiente de factores funcionales, con menor mortalidad y tratamiento sustitutivo, estado general y nutricional adecuado. Los patrones clínicos relacionados con la mortalidad cambian en ambos extremos destacando la importancia de la oliguria, pero en pacientes muy mayores la estabilidad cardiopulmonar. Esa falta de cambio podría deberse a que la división por décadas de edad cronológica no sea real respecto a la edad biológica. En cambio, el patrón de riesgo para precisar tratamiento sustitutivo no se modifica con la edad.

461 SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO DE PACIENTES TRATADOS CON INMUNOTERAPIA, EFECTO DE LA LESIÓN RENAL AGUDA

T. ALVAREZ¹, A. ESTEVES¹, S. NUÑEZ¹, M. BOLUFER¹, C. GARCÍA-CLARO¹, E. TATIS¹, J. LEÓN-ROMÁN¹, S. BERMEO¹, N. TOAPANTA¹, MJ. SOLER¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL VALL D'HEBRON (BARCELONA)

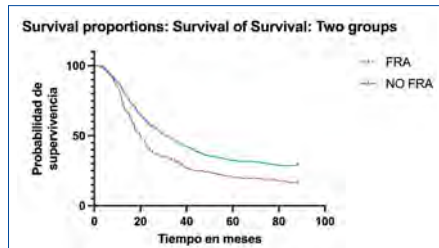
Introducción: Los inhibidores de puntos de control inmunitario (ICI), como los anti-PD-1, anti-PD-L1 y anti-CTLA-4, han revolucionado el tratamiento del cáncer al potenciar la respuesta inmune antitumoral. Su uso se ha expandido rápidamente en diversas neoplasias avanzadas, como el melanoma, el cáncer de pulmón y los tumores genitourinarios. Sin embargo, los ICI pueden desencadenar efectos adversos inmunomediados (irAE), que afectan distintos órganos, incluido el riñón. Estudios previos han descrito su incidencia, pero existen escasos datos sobre su impacto en la supervivencia a largo plazo.

Métodos: Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo con seguimiento a 60 meses, que incluyó a 759 pacientes oncológicos tratados con ICI. Los pacientes se dividieron en dos grupos: aquellos que desarrollaron lesión renal aguda y aquellos que no. Se realizaron análisis de supervivencia mediante curvas de Kaplan-Meier, pruebas de log-rank y Gehan-Breslow-Wilcoxon, así como regresión de Cox.

Resultados: De los 759 pacientes, 560 fallecieron durante el seguimiento. La mediana de supervivencia fue significativamente menor en el grupo que desarrolló lesión renal aguda en comparación con el grupo que no la desarrolló (20,07 vs. 31,27 meses; HR 1,48; IC 95%: 1,19–1,85; $p < 0,0001$). Las curvas de supervivencia mostraron diferencias significativas en ambas pruebas estadísticas ($p < 0,0001$). En el análisis multivariado de regresión de Cox, la LRA se asoció de manera independiente con un aumento en la mortalidad (HR 1,46; IC 95%: 1,19–1,78; $p = 0,0001$). También se identificaron como predictores significativos de mortalidad el diagnóstico de cáncer de pulmón (HR 1,62; $p = 0,004$). La edad, el sexo y el número de ICI no se asociaron significativamente con la mortalidad.

Conclusión: La LRA durante la terapia con ICI se asocia con una disminución significativa en la supervivencia global y representa un predictor independiente de mortalidad a largo plazo.

Figura 1.



462 DOS OPCIONES TERAPEUTICAS PARA EL FRACASO RENAL AGUDO INDUCIDO POR VANCOMICINA. ACIDIFICACION URINARIA O INHIBICION DE LOS TRANSPORTADORES DE ANIONES ORGANICOS

TM. LE MOULEC¹, SP. PLACIER¹, JS. REGINA SANTOS², JH. HADCHOUEL³, YL. LUQUE¹

¹CORAKID. INSERM (PARIS); ²CORAKID. INSERM (PARIS); ³SORBONNE UNIV. INSERM (PARIS)

Introducción: La nefrotoxicidad inducida por vancomicina, asociada con daño tubular directo y la formación de cilindros de vancomicina-uromodulina, no cuenta con estrategias de tratamiento efectivas.

Materiales y métodos: Esta investigación en ratones evalúa el impacto de la modulación del pH urinario y la inhibición de los transportadores de aniones orgánicos (OAT) con probenecid en la lesión renal relacionada con la vancomicina. Antes de la administración de vancomicina, se ajustó el pH urinario mediante alcalinización con bicarbonato o acidificación con cloruro de amonio. El probenecid se administró antes de cada dosis de vancomicina.

Resultados: Se realizaron evaluaciones de la función renal, análisis histológicos y microscopía intravital. La acidificación urinaria redujo la urea plasmática y mejoró los puntajes histológicos de necrosis tubular aguda (NTA) y la formación de cilindros al tercer día. De manera similar, el tratamiento con probenecid redujo la urea plasmática y mejoró las lesiones tubulares, con una reducción significativa en la formación de cilindros a partir del tercer día, según lo confirmado por microscopía intravital. A largo plazo, el probenecid mejoró de forma constante la función renal y los puntajes histológicos, con menos NTA y formación de cilindros para el día 8 y una reducción de la fibrosis para el día 30.

Conclusión: La modificación del pH urinario y la inhibición de los OAT con probenecid reducen significativamente la lesión renal inducida por vancomicina, ofreciendo estrategias preventivas viables para mitigar la nefrotoxicidad en entornos clínicos.

Resúmenes

Insuficiencia renal aguda y nefropatías tubulointersticiales

463 RECUPERACIÓN RENAL: EXCESO DE DEFINICIONES, AUSENCIA DE CONSENSO

MI. ACOSTA-OCHOA¹, E. HERNÁNDEZ GARCÍA¹, C. CALDERÓN GONZÁLEZ¹, A. LORENZO CHAPATE¹, K. AMPUERO ANACHURI¹, V. OVIEDO¹, R. VELASCO PILAR¹, A. RODRÍGUEZ GÓMEZ¹, FM. MATEO DE CASTRO¹, A. COCA ROJO¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL RÍO CARRIÓN (PALENCIA/ESPAÑA), ²NEFROLOGÍA. HOSPITAL RÍO CARRIÓN (PALENCIA/ESPAÑA), ³NEFROLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID (VALLADOLID/ESPAÑA), ⁴NEFROLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID (VALLADOLID/ESPAÑA)

Introducción: El fracaso renal agudo (FRA) es un problema de salud pública mundial que afecta entre el 5-30% de los pacientes hospitalizados y hasta 50% en UVI; implica múltiples etiologías y acarrea un riesgo aumentado de efectos adversos a corto y largo plazo como transición o progresión de ERC, necesidad de terapia renal sustitutiva (TRS), dependencia de TRS y mortalidad. A pesar de la importancia de esta entidad, en la comunidad nefrológica carecemos de una definición estándar de recuperación renal (RR) y en la literatura encontramos un gran número de clasificaciones, lo que nos avoca a gran variabilidad en los resultados dependiendo de la definición que se utilice. Para agregar complejidad encontramos que algunos autores incluyen o excluyen a los fallecidos en sus criterios.

Material y método: Estudio retrospectivo, durante cuatro años de pacientes atendidos por nefrología que cumplieran criterios de FRA según las KDIGO-2012. Definimos RR según 8 clasificaciones que encontramos en la literatura (Tabla-1).

Resultados: Incluimos 1368 pacientes, atendidos por nefrología durante 3 años, en 2 hospitales (uno de alta-complejidad). 69% varones, edad 72±13, ERC-62%, HTA-88% DM-47%, Estancia-16±20, KDIGO Estadio-1/2/3: 43%/15%/42%, 15%-HD-aguda, 4% dependientes-HD, 16%-mortalidad. Elegimos 8 clasificaciones, ver definiciones en Tabla-1. Ver gráfica de distribución de RR por definiciones Figura-1.

Conclusiones: Observamos una gran dispersión de resultados según la definición que utilizamos. Consideramos que este hecho limita las comparaciones entre estudios y que se vería comprometida la evaluación de efectividad de tratamientos para FRA por la ausencia de una clasificación unificada. Como nefrólogos debemos trabajar para lograr una definición uniforme y por consenso, que nos permita detectar factores de riesgo y planificar consultas de seguimiento para pacientes en riesgo de transición/progresión a ERC. Otra cuestión que debemos dirimir es si dentro de los criterios de no recuperación incluimos o no a los pacientes que mueren. ¿Incluimos los fallecidos como no recuperación?, he ahí la cuestión.

Ver tabla y figura

464 LA OLIGURIA ES EL PRINCIPAL DETERMINANTE DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON FRACASO RENAL AGUDO (FRA) ESTADIO 3 DE KDIGO

D. PARRA MARAÑÓN¹, R. GABARRÓ VARGAS¹, JA. TORRES ORTIZ¹, A. HERNÁNDEZ GARCÍA¹, MA. VACA GALLARDO¹, A. GARCÍA PRIETO¹, E. PERVÁN GONZÁLEZ¹, B. PEREZ PELAEZ¹, R. MELERO MARTÍN¹, P. RODRÍGUEZ BENÍTEZ¹

¹NEFROLOGÍA. HGU GREGORIO MARAÑÓN (MADRID)

Introducción: La estratificación del FRA según su severidad tiene implicaciones pronósticas y relación directa con la mortalidad. Sin embargo, no es el único factor que influye negativamente en su pronóstico. La duración del FRA, la necesidad de tratamiento renal sustitutivo (TRS), la comorbilidad, una reserva renal funcional baja, la no recuperación de la función renal y la recurrencia de FRA son otros factores que influyen en su pronóstico.

Objetivo: Describir las características clínicas de los pacientes que presentan un FRA estadio 3 de KDIGO y a los que se les solicita interconsulta a Nefrología y realizar un análisis comparativo entre los requieren TRS (FRA-TRS) y los que son manejados con tratamiento médico (FRA-TM).

Material y métodos: Estudio prospectivo y observacional de base hospitalaria, en el que se incluyen todos los casos de FRA estadio 3-KDIGO, durante un periodo de 6 meses, a los que se les solicita interconsulta a Nefrología. Se realiza un análisis comparativo uni y multivariante entre los pacientes que desarrollan un FRA-TRS y FRA-TM, con seguimiento a un año.

Resultados: 98 pacientes. 72,4% varones, 66±2 años(22-97). 55,9%, críticos. ERC 51. Crs basal: 1.31±0,9(0,4-3,5) mg/dl y máxima 4,1±1,5mg/dl(1,4-9,7). Etiología parenquimatosa: 59 pacientes. NTA: 44. Sepsis: 28 pacientes. En 45 casos era oligúrico. 46 pacientes precisaron TRS: 6 diálisis intermitente y 40, TRS continuo. En 5, se combinaron ambas técnicas. Estancia media en TRS 13,7±16,6 días(1- 72). 55 pacientes recuperaron función renal durante el ingreso, siendo mayor en el grupo FRA-TM (35 vs 20, p=0,018).

Fallecieron 50 pacientes (52,6%), 33 durante el ingreso. En el análisis univariante, la mortalidad fue significativamente mayor en los pacientes con ERC(p=0,005), críticos (p=0,018), oligúricos (p=0,00) y con necesidad de TRS(p=0,002) y significativamente menor en los que recuperaban la función renal(p=0,00). No existía asociación estadística con el sexo(p=0,47), etiología del FRA (p=0,51) ni con modalidad de diálisis(p=0,97). Cuando se comparaban ambos grupos, la mortalidad intrahospitalaria fue significativamente mayor en el grupo FRA-TRS (50%vs19,2%,p=0,001), pero no durante el seguimiento(p=0,985). De los pacientes que sobrevivieron, reingresaron el 67.2% sin diferencias estadísticas entre ambos grupos: FRA-TM:29-vs14 FRA-TRS, p=0,42.

En el análisis multivariante de regresión logística, sólo se encuentra asociación estadística de la mortalidad con la existencia de oliguria (p=0,000, OR=9,02, IC95%=2,69-30,20).

Conclusiones: La mortalidad de pacientes con FRA estadio 3 de KDIGO es muy elevada, fundamentalmente durante el ingreso y en pacientes que requieren diálisis. La oliguria es el único factor independiente de mortalidad.

465 PREDICCIÓN DEL FRACASO RENAL AGUDO POST-OPERATORIO CON SCORE SPARK

FL. PROCACCINI¹, C. MAÑAS¹, M. POLO¹, V. RUBIO¹, C. GÓMEZ-CARPINTERO¹, R. LUCENA¹, R. BARBA¹, L. MEDINA¹, R. ALCÁZAR¹, P. DE SEQUERA¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA LEONOR (MADRID), ²NEFROLOGÍA. UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID (MADRID)

Introducción: El fracaso renal agudo post-operatorio(FRA-PO) es una complicación frecuente tras cirugías no-cardíacas, asociado a mayor mortalidad. La identificación precoz de pacientes en riesgo es esencial para implementar estrategias preventivas eficaces. Nuestro objetivo es validar externamente el score Simple Postoperative AKI Risk(SPARK) desarrollado para predecir FRA-PO.

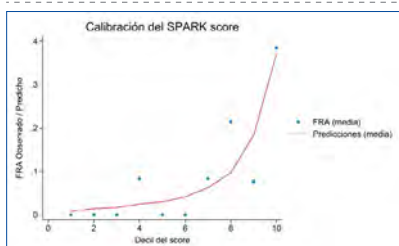
Métodos: Se realizó un estudio observacional aplicando retrospectivamente el score SPARK a pacientes sometidos a cirugía no-cardíaca. Se excluyeron cirugías de duración <1h y urológicas. Las variables valoradas fueron edad, sexo, duración de cirugía, diabetes, FGe, albuminuria, iSRAA, hipoproteinemia, anemia y natremia. Se catalogó a los pacientes en 4 clases tras sumar puntuaciones asignadas a las variables como en el estudio original de Park et al.: Clase A score <20 (sin riesgo), Clase B score 20-39 (bajo riesgo), Clase C score 40-59 (riesgo intermedio), Clase D score ≥60 (alto riesgo, correspondiente a KDIGO≥2, necesidad de diálisis o muerte en los 90 días posteriores a la cirugía). Se realiza análisis estadístico con STATA18.

Resultados: Se identificaron 134 pacientes, de los cuales 126 incluidos en análisis del score. Se registraron el 53,73%(72) de mujeres, edad media 62,70 años(SD16,27), FGe media 86,62(SD 22,61), albuminuria 14,93%(20), hipoproteinemia 16,42%(22), anemia 12,69%(17), hiponatremia 5,97%(8), iSRAA 41,79%(56), diabéticos 24,63%(33), duración media cirugía 2,11(SD 1,39) de las cuales urgentes 18,56(25). La prevalencia de FRA fue 8,73%(11), todos de grado 1. La media del score SPARK fue 31,67(SD 14,86).

El score SPARK ha identificado 0 FRA-PO en Clase A, 2 en Clase B, 6 en Clase C y 3 en Clase D. La mejor sensibilidad y especificidad se detectó con puntuación >40(S82%, E77%, VPN98%). El índice mostró buena capacidad discriminativa con curva ROC 0,83 (IC 0,71-0,96) y buena calibración sin diferencias estadísticamente significativas entre predicciones y valores observados (Hosmer-Lemeshow 7,35 p=0,50).

Conclusiones: El índice SPARK puede ser una herramienta de screening simple y práctica para predecir el riesgo de FRA en pacientes sometidos a cirugía. Su implementación puede facilitar la identificación de pacientes de riesgo para la adopción de medidas preventivas adecuadas.

Figura 1.



466 VOLVER A TROPEZAR CON EL RIÑÓN: RECURRENCIA DE AKI Y SUS SECUELAS

CE. RODRÍGUEZ TUDERO¹, MA. ALEXANDRA¹, AR. ANGELO ROBERTO¹, EV. ELENA VILLANUEVA SÁNCHEZ¹, DR. DANIEL RUDDY QUISEP RAMOS¹, KA. KARLA ANTONELA PINOARGOTE CAÑAR¹, NL. SAMPEÑO CHICA, NESTOR LEONARDO¹, KR. KAREN RIVERO GARCÍA¹, GT. GUADALUPE TABERNO FERNÁNDEZ¹, MP. MARÍA PILAR FRALLE GÓMEZ¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA (SALAMANCA)

Introducción: La lesión renal aguda (AKI) es frecuente en pacientes hospitalizados, se asocia a mayor mortalidad y complicaciones. Sin embargo, tradicionalmente no se realiza seguimiento tras el alta. Este estudio se diseñó para evaluar la evolución clínica, funcional y supervivencia tras un episodio de AKI.

Material y métodos: Estudio prospectivo longitudinal en 52 pacientes con AKI no obstructivo. Todos firmaron consentimiento informado, fueron seguidos hasta 2 años. Se recogieron datos clínicos, demográficos, funcionales (FRIED, CFS, SARC-F), y evolución renal. El análisis estadístico se realizó con SPSS (chi-cuadrado, Mann-Whitney U, log-rank; p < 0.05).

Resultados: La mediana de edad fue elevada; el 67.3% eran varones, 36.7% diabéticos, 63.3% hipertensos, 51.0% tomaba IECA/ARA-II, 34.7% otros antihipertensivos. El 8.2% precisó hemodiálisis durante el AKI, el 4.1% continuó en diálisis tras el alta. La creatinina media fue de 5.27 mg/dL al diagnóstico y 1.75 mg/dL al día 60.

Durante el seguimiento, el 14.9% de los pacientes presentó un nuevo episodio de AKI(p < 0.0001). El 38.3% desarrolló ERC. No se observó asociación entre recurrencia de AKI y progresión a ERC (p = 0.4899) ni con el número de reingresos (p = 0.7986). Sin embargo, los pacientes con AKI recurrente presentaron mayor deterioro funcional: FRIED (4.33 ± 1.21 vs. 1.77 ± 1.95; p = 0.0027), CFS (5.83 ± 1.60 vs. 3.46 ± 2.55; p = 0.0294) y SARC-F (5.00 ± 1.41 vs. 2.79 ± 2.48; p = 0.0457). La mortalidad global fue del 10.6%. La supervivencia media fue de 1168 días. Se apreció una tendencia hacia mayor supervivencia en mujeres (p = 0.275) y en los grupos de menor edad (p = 0.819), aunque no fueron significativos.

Conclusión: La recurrencia de AKI fue más frecuente de lo esperado, se asoció a mayor fragilidad y sarcopenia, pero no a más ERC ni reingresos. La mortalidad fue del 10.6%, reforzando la importancia del seguimiento funcional tras AKI.

Ver figuras

467 COMPLICACIONES CARDIOVASCULARES A LARGO PLAZO TRAS SUFRIR FRACASO RENAL AGUDO

C. GÓMEZ-CARPINTERO¹, FL. PROCACCINI¹, E. VALLE ÁLVAREZ¹, M. POLO CÁNOVAS¹, V. RUBIO MENÉNDEZ¹, R. BARBA TEBA¹, L. MEDINA ZAHONERO¹, R. ALCÁZAR ARROYO¹, JA. MARTÍN NAVARRO¹, P. DE SEQUERA ORTIZ¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA LEONOR (MADRID)

Introducción: El fracaso renal agudo (FRA) es una complicación frecuente del paciente ingresado por cualquier causa, habitualmente infradiagnosticada e infratratada, especialmente estadios leves. Existe poca evidencia sobre la repercusión que un FRA pueda tener en el riesgo de reingreso o desarrollo de eventos cardiovasculares.

Objetivos: Analizar el impacto a largo plazo de desarrollar un FRA hospitalario por cualquier causa en mortalidad y eventos cardiovasculares en pacientes ingresados en el Hospital Universitario Infanta Leonor.

Materiales y métodos: Estudio observacional retrospectivo desde una base de datos elaborada con la herramienta de análisis inteligente de datos SAVANA y sucesivamente revisión directa de historias clínicas. Se incluyeron pacientes ingresados durante el periodo 01/05/2019-30/09/2019 que presentaron FRA. Se excluyeron menores de edad y pacientes en diálisis. Mantuvimos seguimiento 6 años después del alta.

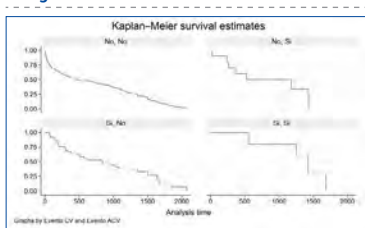
Resultados: 359 pacientes analizados sobre 5102 ingresados, 294 (5,76%) con FRA confirmado durante su ingreso. La edad media fue 78,4±13,8 años, un 54,1% mujeres. El 74,8% (220) presentaba HTA; 40,0% (117) diabetes y 27,2% ERC conocida (39,7% grado 3b) con filtrado medio de 44,2ml/min (vs 71,3 ml/min). 224 (76%) presentaron FRA al ingresar, mayoritariamente AKIN 1 (52,8%).

La mortalidad fue del 74,5% (219), y el 70,5% (179) tras el alta hospitalaria. 62 pacientes (21,75%) presentaron 1 o más eventos tras el ingreso. Concretamente hubo 48 (16,8%) eventos cardíacos, siendo la insuficiencia cardíaca el más frecuente con 35 episodios (12,3%), seguido de 10 episodios de cardiopatía isquémica (3,5%). 62 pacientes (22,75%) presentaron eventos cerebrovasculares, con 73 (25,6%) ictus y 8 (2,8%) ataques isquémicos transitorios.

En 47 pacientes (14,8%) no se resolvió el FRA al alta. La no resolución se asoció a mayor mortalidad ($p=0,001$).

Conclusiones: El FRA sigue siendo un diagnóstico frecuente, generando un aumento de la mortalidad intrahospitalaria y aumento de los eventos cardiovasculares tras el alta, independientemente de su resolución.

Figura 1.



468 INCIDENCIA DE TERAPIA RENAL SUSTITUTIVA EN EL POST-TRASPLANTE CARDÍACO Y PRONÓSTICO RENAL A 1 AÑO

M. VALCÁRCCEL HERRERA¹, M. RINCÓN TIRADO¹, S. MARRERO ROBOYNA¹, M. DEL VAL GROBA¹, A. SANTANA QUINTANA¹, F. GONZÁLEZ CABRERA¹, C. PEÑA SAAVEDRA², D. MEDINA GARCÍA¹, M. GALVÁN RUIZ², P. PÉREZ BORGES¹

¹NEFROLOGÍA. HUGCDN (ESPAÑA), ²CARDIOLOGÍA. HUGCDN (ESPAÑA)

Introducción: El trasplante cardíaco constituye un evento con importante morbilidad asociada, siendo la afectación renal un relevante factor pronóstico. Analizamos factores de riesgo, incidencia y pronóstico de la terapia renal sustitutiva (TRS) en trasplantados cardíacos (TC).

Métodos: Analizamos retrospectivamente TC realizados entre dic/2019 y jul/2023 con seguimiento analítico de función renal durante un año. Se analizaron variables demográficas, comorbilidad, etiología, valores analíticos (creatinina sérica (Cr-sérica), filtrado glomerular (FG-CKD-EPI)), TRS y presencia de exitus.

Resultados: Obtuvimos 70 pacientes con edad media 56,1 años, siendo 81% hombres. 24,3% tenían diabetes mellitus (DM), 37,1% hipertensión arterial (HTA), 11,4% presentaban enfermedad vascular periférica (EVP) y 67,1% de los casos presentaban miocardiopatía dilatada. Un 42,9% presentaban FG-CKD-EPI mayores de 60 ml/min, 47,1% entre 30-60 ml/min y 10%, menores a 30 ml/min. La media basal de Cr-sérica y FG-CKD-EPI fue 1,45 mg/dL y 59,7 ml/min respectivamente.

No hubo diferencias significativas en la media de Cr-sérica y FG-CKD-EPI a lo largo del seguimiento (1, 6 y 12 meses).

Un 25,7% (n=18) precisaron TRS mediante hemodiafiltración veno-venosa continua en el post-trasplante inmediato, de los cuales un 33,3% (n=6) continuaron con TRS mediante hemodiálisis y un 5,6% (n=1) mediante diálisis peritoneal. Hubo un 14,3% (n=10) de exitus con una mediana de 6,6 meses.

La incidencia de TRS no se relacionó de forma estadísticamente significativa con edad, sexo, HTA, DM, EVP, estadio de función renal, Cr-sérica basal y FG-CKD-EPI basal. Se objetivó una peor función renal al año en aquellos que precisaron TRS (Cr-sérica 2,09 mg/dL / FG-CKD-EPI 46,9 ml/min), respecto a los que no (Cr-sérica 1,41 mg/dL / FG 46,88 ml/min), aunque sin significancia estadística. Un 39% de los pacientes que precisaron TRS fallecieron, asociándose de forma estadísticamente significativa la TRS a la presencia de exitus ($p < 0,05$).

Conclusión: Existe una alta vulnerabilidad renal en pacientes TC.

La necesidad de TRS se comportó como marcador de mal pronóstico, ya que la necesidad de la misma se relacionó con una mayor mortalidad al año.

Se refleja un impacto renal a largo plazo, los pacientes que requirieron TRS presentaron una tendencia a peor función renal al año, aunque sin alcanzar significación estadística, lo que sugiere un posible deterioro renal persistente que debería ser evaluado en estudios con mayor tamaño muestral. De crucial importancia una vigilancia estrecha de la función renal en el postoperatorio, así como la necesidad de implantar estrategias dirigidas a prevenir el deterioro renal y la mortalidad asociada a la TRS.

469 DEL FRA HOSPITALARIO A LA TERAPIA SUSTITUTIVA RENAL CRÓNICA: RECORRIDO DEL PACIENTE EN EL SISTEMA DE SALUD PÚBLICO

A. MUÑOZ SÁNCHEZ¹, L. MARTÍN RODRÍGUEZ¹, ML. SERRANO SALAZAR¹, M. VALDENEBRO¹, P. LÓPEZ SÁNCHEZ¹, M. MARQUES¹, I. GARCÍA GARCÍA¹, J. PORTOLES¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO (ESPAÑA)

Introducción: El fracaso renal agudo (FRA) es frecuente y conlleva un aumento en la morbilidad. Nuestro objetivo principal fue analizar el impacto del FRA ingresado (intrahospitalario y comunitario) en la llegada a terapia sustitutiva renal (TSR) crónica a medio y largo plazo.

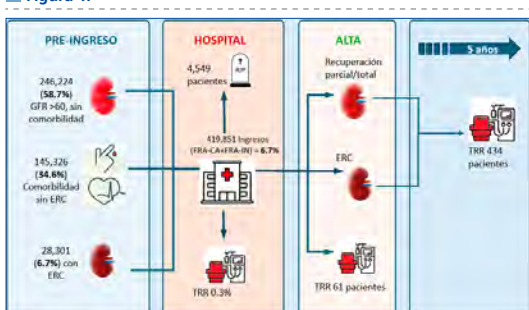
Materiales y métodos: Realizamos un estudio retrospectivo que incluyó a todos los pacientes ingresados entre 2013-2014 en 8 hospitales de tercer nivel del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS). Vinculamos el CMDB con el Registro de Pacientes Renales de Madrid (REMER) durante los siguientes 5 años tras el alta. Cerramos el seguimiento antes de la pandemia COVID-19. Los ingresos se agruparon en: FRA como diagnóstico principal (FRA adquirido en la comunidad (FRA-CA)), FRA como diagnóstico adicional a otro diagnóstico principal (FRA intrahospitalario (FRA-IN)), e ingresos sin FRA (No-FRA). Se excluyeron pacientes menores de 18 años, con TSR previa o ingresos ginecológicos.

Resultados: Nuestro estudio incluyó a 277,996 pacientes. El FRA-CA representó el 0,6% de todos los ingresos. Encontramos que prolongaba la estancia media, aumentaba la mortalidad y, después de un seguimiento medio de 459 días, el 7,2% de esos pacientes habían iniciado TSR crónica. El grupo de FRA-IN representó el 6,1% de todos los ingresos, asociándose con la mayor mortalidad (22,9% frente al 14,4% en el grupo de FRA-CA) y la estancia media más larga (12,6 días frente a 7,1 días en el grupo sin FRA). En un modelo multivariante, el inicio de TSR en un periodo de seguimiento de 5 años fue más probable en pacientes con ERC previa (HR 164,5 [136,6-198,0] IC 95%) o en aquellos sin ERC previa, con factores de riesgo relevantes como diabetes o eventos cardiovasculares previos (HR 4,2 [3,3-5,2] IC 95%).

Conclusiones:

El FRA sigue siendo un problema común en la práctica clínica, influyendo negativamente en la morbilidad y mortalidad de los pacientes.

Figura 1.



470 ¿ES EL FRACASO RENAL AGUDO DEBIDO A NEFROPATÍA OBSTRUCTIVA REALMENTE UN TIPO "BENIGNO" DE FRA?

MI. ACOSTA-OCCHOA¹, JR. SÁNCHEZ GIL², C. CALDERÓN GONZÁLEZ³, A. LORENZO CHAPATTE¹, K. AMPURIO ANACHURI¹, V. OVIEDO¹, R. VELASCO PILAR¹, E. HERNÁNDEZ GARCÍA¹, FM. MATEO DE CASTRO¹, A. COCA ROJO²

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL RÍO CARRIÓN (PALENCIA/ESPAÑA), ²NEFROLOGÍA. HOSPITAL GENERAL DE FUERTVENTURA (FUERTVENTURA/ESPAÑA), ³NEFROLOGÍA. HOSPITAL RÍO CARRIÓN (PALENCIA/ESPAÑA)

Introducción: El FRA-obstructivo (FRA-Obst) constituye 5-10% de los casos de FRA. El daño renal se produce por factores isquémicos e inflamatorios que se asocian a fibrosis. Las funciones tubulares se ven afectadas y el diagnóstico se confirma con pruebas de imagen. Su manejo incluye el drenaje de la vía urinaria obstruida. Compararemos la presentación de resultados adversos y recuperación renal entre FRA-Obst y otras etiologías.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo, de pacientes de 3 hospitales (uno en territorio insular), durante 3 años, atendidos por nefrología, con diagnóstico de FRA según las guías KDIGO-2012. Dividimos la cohorte según la etiología en obstructivos y otras causas. Definimos como eventos adversos: HD aguda, dependencia HD y muerte. Analizamos estancia hospitalaria, tiempo de interconsulta (TIC) y grado de recuperación renal (Cr al alta $\leq 1,4x$ basal).

Resultados: Incluimos 1401 individuos, obstructivos 136 (9,7%). Estos pacientes eran más frecuentemente hombres (76% vs 68%) y de mayor edad. Tenían un Charlson más elevado, sufrían menos HTA, DM, sin diferencias en la proporción de ERC. Ingresaron menos en UVI. Encontramos que su media de Creatina-máxima era más elevada y un TIC significativamente menor. Se presentó más frecuentemente como adquirido en la comunidad, sufrieron menos KDIGO-Estadio 1 y más KDIGO-Estadio 3. En los resultados adversos, los individuos FRA-Obst presentan menor estancia hospitalaria y menos necesidad de HD aguda, sin diferencias significativas en la dependencia de HD al alta, muerte y tampoco en la recuperación renal.

Conclusiones: En nuestro estudio observamos una incidencia de 10% de FRA-Obst, en concordancia con series internacionales. Consideramos que las razones para presentar menor TIC es que son atendidos principalmente por un servicio quirúrgico y que sus creatininas son llamativamente más elevadas al momento de presentación. Llama la atención que a pesar de que estos individuos requieren HD aguda menos frecuentemente, más de la mitad de los pacientes que la sufren son dependientes de HD al alta. No encontramos diferencias significativas en las tasas de dependencia a HD y muerte; tampoco encontramos una mejor tasa de recuperación en los pacientes con FRA-Obst. La idea generalizada es que el restablecimiento de la cifra de Cr se produce en la mayoría de los casos, y por lo tanto sería una causa transitoria y "benigna" de FRA. Sin embargo, nuestros resultados muestran que sufrir FRA-Obst no ofrece una ventaja de supervivencia ni de recuperación de la función renal y que debería ser abordada y seguida muy estrechamente.

Resúmenes

Insuficiencia renal aguda y nefropatías tubulointersticiales

471 FRACASO RENAL AGUDO TRAS TROMBECTOMÍA REOLÍTICA CON ANGIOJET: ESTUDIO EXPLORATORIO PRELIMINAR EN UN CENTRO HOSPITALARIO

MI. GUERRERO ESPINO¹, RA. COX CONFORME¹, A. MOLINA ZAPATA¹, F.J. CENTELLAS-PÉREZ¹, A. PONCE CANO¹, MP. CASTRO FERNÁNDEZ¹, MC. VOZMEJANO POYATOS¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CIUDAD REAL (ESPAÑA); ²ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR. HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CIUDAD REAL (ESPAÑA)

Introducción: El fracaso renal agudo (FRA) es una complicación frecuente tras procedimientos vasculares intervencionistas. La trombectomía reolítica con el sistema AngioJet es eficaz para eliminar trombos, pero la relación entre este tratamiento y el FRA sigue siendo escasamente investigada. Identificar factores de riesgo asociados al desarrollo de FRA en pacientes tratados con AngioJet es crucial para mejorar la vigilancia clínica.

Objetivo: Analizar factores asociados al desarrollo de FRA en pacientes tratados con AngioJet e identificar áreas críticas para futuras investigaciones.

Material y métodos: Estudio retrospectivo exploratorio de una serie de casos tratados con AngioJet (n=7). Se analizó la incidencia de FRA y factores asociados, incluyendo variables demográficas, antecedentes médicos, función renal pre y postprocedimiento, hematuria, hemoglobina y LDH (indicador indirecto de hemólisis).

Resultados preliminares: Todos los pacientes eran masculinos. El 57,1% (n=4) presentaban diabetes mellitus tipo 2, 57,1% tenía hipertensión arterial, todos tenían enfermedad arterial periférica y el 42,8% recibían anticoagulación oral. Ninguno había sido sometido a cirugía mayor en los tres meses previos.

Cinco pacientes (71,4%) desarrollaron FRA. Estos presentaron mayor edad promedio (71,42 vs. 59,5 años), un incremento significativo en los niveles de LDH (543,7 U/L) y una reducción más pronunciada en la hemoglobina (-2,52 g/dl vs. -0,9 g/dl) postprocedimiento en comparación con los pacientes sin FRA. Los niveles de creatinina basal no mostraron diferencias significativas entre ambos grupos (media de 0,92 mg/dl). Solo un paciente (14,2%) presentó hematuria.

De los cinco pacientes con FRA, el 60% (n=3) presentaron un grado 3 según la clasificación KDIGO, y el 40% (n=2) un grado 1. De los pacientes con FRA grado 3, el 66,6% (n=2) requirieron hemodiálisis urgente.

Las intervenciones fueron realizadas sobre arterias periféricas, con un 28,5% (n=2) sobre bypass y el 42,8% (n=3) sobre arterias de gran calibre y/o sobre dos arterias de menor calibre. No se observó FRA en las intervenciones sobre arterias de menor calibre.

El tiempo medio de recuperación del FRA fue de 8,8 días. La ausencia de datos en algunas variables limitó el análisis estadístico.

Conclusiones: Este estudio preliminar sugiere que la edad avanzada y la hemólisis (reflejada por un aumento en los niveles de LDH) son factores asociados al FRA tras el uso de AngioJet. Las intervenciones sobre vasos de gran calibre y/o sobre bypass también parecen predisponer al deterioro renal, posiblemente por la complejidad anatómica y la carga trombótica. Estos hallazgos resaltan la necesidad de estudios prospectivos para desarrollar estrategias preventivas.

472 CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES DEL FRACASO RENAL AGUDO MULTIFACTORIAL VERSUS NO MULTIFACTORIAL EN PACIENTES CON COLECISTITIS AGUDA Y COLANGITIS

M. HERAS BENITO¹, M. SANTIAGO MARTÍNEZ², C. RODRÍGUEZ TUDERO¹, JA. MENACHO MIGUEL¹, A. MARTÍN ARRIBAS¹, JL. LERMA MARQUEZ¹, K. RIVERO GARCÍA¹, G. TABERNO FERNÁNDEZ¹, MP. FRALÉ GÓMEZ¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA (SALAMANCA/ESPAÑA); ²NEFROLOGÍA. FACULTAD DE MEDICINA UNIVERSIDAD DE SALAMANCA (SALAMANCA/ESPAÑA)

Introducción: Diversos factores, tanto en diagnóstico como en tratamiento de patologías biliares, pueden contribuir a desarrollar fracaso renal agudo (FRA) en estos pacientes. Objetivo: estudiar diferencias en el FRA multifactorial respecto al no multifactorial (NMF).

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo retrospectivo unicéntrico, de pacientes diagnosticados de colecistitis aguda o colangitis, complicado con FRA, entre 2019 y 2023. Se registraron características sociodemográficas, antecedentes personales, hábitos tóxicos, tratamientos crónicos, datos relativos al ingreso, antibióticos y terapia para patología digestiva, agentes nefrotóxicos. Analítica en sangre [creatinina (CrS), hemoglobina, albúmina, proteína C reactiva; terapia de reemplazo renal (TRR) y exitus en episodio. Se definió FRA multifactorial: ≥3 factores implicados. Estadística con SPSS 28.0, t de Student (U de Mann-Whitney) y chi-cuadrado (Fisher). Significación del 95% (p < 0,05).

Resultados: 310 episodios (10,71%) de FRA en patologías biliares estudiadas: 188 en colecistitis (5,98%) y 122 (13,09%) en colangitis. Edad media de 81,91±10,6 años, 50,9% hombres. El FRA fue multifactorial en 122 pacientes (39,7%). Estos pacientes tuvieron mayor estancia media (EM) (15,52±13 vs 11,99±11 días, p=0,013), antecedentes de tabaco (34,2% vs 23,4%, p=0,040), de enfermedad renal crónica (75,8% vs 30,6%, p<0,001) y dislipemia (63,6% vs 44,4%, p<0,001) respecto al NMF. En la tabla se presentan diferencias analíticas y parámetros clínicos. Los tratamientos aplicados en patologías digestivas, en FRA multifactorial la terapia médica+cirugía fue menor (7,4% vs 11,2%, p<0,001) mientras que combinación de tratamiento médico+intervencionismo radiológico fue mayor (24,6% vs 11,7%, p<0,001). 14 pacientes precisaron TRR, 8 en FRA multifactorial y 6 en NMF (p=0,057). De 63 fallecidos en episodio, 33 pacientes (27%) en multifactorial versus 30 pacientes (16%) en NMF (p<0,001).

Conclusiones: En este estudio, cerca de un 40% de FRA que complica las patologías biliares estudiadas, son multifactoriales. Como consecuencia de esta complejidad del FRA multifactorial, tanto la EM, como proporción de TRR y mortalidad fueron mayores respecto al NMF.

■ **Tabla 1.** Comparativa del fracaso renal agudo según presencia de múltiples factores en pacientes con colecistitis y colangitis. Caracterización analítica, y parámetros clínicos.

	NMF	MULTIFACTORIAL	Valor de p
	N: 222	N: 188	
CrS al ingreso (mg/dl)	2,2±1,3	1,8±1,1	0,005
Pico de CrS (mg/dl)	3,1±1,8	2,4±1,4	<0,001
CrS al alta (mg/dl)	1,9±1,3	1,3±0,9	<0,001
Hemoglobina (g/dl)	10,8±2	11,7±2,1	<0,001
PCR (mg/dl)	14±10	14±12	0,968
Albúmina (g/dl)	2,9±0,5	3,0±0,5	0,135
Anticoagulantes (n, %)	2 (1,7)	1 (0,5)	0,325
Farmacoinhibidores (n, %)	6 (3)	6 (3,2)	0,824
Insomnolizantes (n, %)	22 (10)	28 (15)	0,449
Contrastes (n, %)	48 (21,6)	50 (26,9)	0,019
Hipertensión (n, %)	93 (42,3)	86 (46,2)	<0,001
Aspirina <8 (g/dl, n, %)	30 (13,5)	26 (14)	0,015
Algoritmo (n, %)	36 (16,2)	26 (14)	<0,001
Intrahospitalario (n, %)	92 (41,4)	105 (55,9)	<0,001
ICV REA	19 (8,6)	29 (15,4)	0,097

CrS: Creatinina sérica; PCR: Proteína C reactiva; FRA: Fracaso Renal Agudo; UCI: Unidad de Cuidados Intensivos; REA: Reanimación.

473 CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES DEL FRACASO RENAL AGUDO EXTRAHOSPITALARIO E INTRAHOSPITALARIO EN PACIENTES CON COLECISTITIS AGUDA Y EN COLANGITIS

M. SANTIAGO MARTÍNEZ¹, M. HERAS BENITO², C. RODRÍGUEZ TUDERO¹, JA. MENACHO MIGUEL¹, E. VILLANUEVA SANCHEZ¹, DR. QUISEP RAMOS¹, AR. FALCONI SARMIENTO¹, B. ANDRÉS MARTÍN¹, LA. CORREA MARCANO¹, S. SANCHEZ MONTERO¹

¹NEFROLOGÍA. FACULTAD DE MEDICINA UNIVERSIDAD DE SALAMANCA (SALAMANCA/ESPAÑA); ²NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA (SALAMANCA/ESPAÑA)

Introducción: Tanto colecistitis como colangitis pueden detectarse en la Comunidad como dentro del Hospital. Existe información limitada sobre el fracaso renal agudo (FRA) cuando complica estas patologías biliares. Objetivo: conocer diferencias del FRA en estas patologías, según lugar de presentación (extra o intrahospitalario).

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo retrospectivo unicéntrico, de pacientes diagnosticados de colecistitis aguda o colangitis, complicado con FRA, entre 2019 y 2023. Se registraron características sociodemográficas, antecedentes personales, hábitos tóxicos, tratamientos crónicos, datos relativos al ingreso, antibióticos y terapia para patología digestiva, agentes nefrotóxicos. Analítica en sangre [creatinina (CrS), hemoglobina, albúmina, proteína C reactiva; terapia de reemplazo renal (TRR) y exitus en episodio. Definiciones FRA: Extrahospitalario [pico de CrS= CrS al ingreso]; Intrahospitalario [detectado en Hospital, valor de pico de CrS, no coincide y es ≥ CrS al ingreso]. Estadística con SPSS 28.0, t de Student (U de Mann-Whitney) y chi-cuadrado (Fisher). Significación del 95% (p < 0,05).

Resultados: 310 episodios (10,71%) de FRA en patologías biliares estudiadas: 188 en colecistitis (5,98%) y 122 (13,09%) en colangitis. Edad media de 81,91±10,6 años, 50,9% hombres. Estancia media (EM) global 13,38±12 días. La etiología del FRA fue prerrenal en 143 pacientes (46,6%), renal en 45 pacientes (13,7%), multifactorial en 122 pacientes (39,7%), ninguno obstructivo. Del total de FRA, 197 fueron intrahospitalarios: en este grupo, la EM fue de 14,88±13 versus 10,77±8 días en extrahospitalario (p=0,002). Sin diferencias significativas al considerar características sociodemográficas, antecedentes personales. En tabla se muestran diferencias analíticas y parámetros clínicos. El tratamiento usado en patología digestiva fue diferente según lugar de desarrollo del FRA (p=0,021). 14 pacientes precisaron TRR: 12 en intrahospitalario (p=0,107). Durante el episodio 63 pacientes fallecieron: (intrahospitalario n=50 vs extrahospitalario n=13, p<0,001).

Conclusiones: En este estudio, aproximadamente un tercio de pacientes tenían un FRA en el momento del ingreso, con mejor pronóstico renal al alta. En cambio, el FRA intrahospitalario se asoció a mayor EM hospitalaria y peor pronóstico vital.

■ **Tabla 1.** Diferencias analíticas y parámetros clínicos del FRA según lugar de desarrollo en colecistitis y colangitis.

	EXTRAHOSPITALARIO	INTRAHOSPITALARIO	Valor de p
	N: 111	N: 197	
CrS al ingreso (mg/dl)	2,3±1,1	1,8±0,9	<0,001
Pico de CrS (mg/dl)	2,3±1,4	2,9±1,7	<0,001
CrS al alta (mg/dl)	1,2±0,8	1,6±1,2	<0,001
Hemoglobina (g/dl)	12,8±1,2	11,0±1,2	<0,001
PCR (mg/dl)	14,87±11	15,6±11	0,346
Albúmina (g/dl)	3,16±0,5	2,9±0,5	0,003
Anticoagulantes (n, %)	1 (0,9)	2 (1)	0,900
Farmacoinhibidores (n, %)	6 (5,3)	6 (3,1)	0,329
Insomnolizantes (n, %)	13 (11,5)	37 (18,2)	0,080
Contrastes (n, %)	35 (31,5)	64 (32,1)	0,912
Hipertensión (n, %)	57 (50,9)	128 (64,2)	0,078
Algoritmo <8 (g/dl, n, %)	10 (8,9)	46 (23,7)	0,001
Algoritmo (n, %)	11 (9,9)	51 (26)	<0,001
Tipos de FRA			
Prerrenal	75 (52,4%)	68 (47,6%)	<0,001
ICV REA	9 (8)	39 (20)	0,005

CrS: Creatinina sérica; PCR: Proteína C reactiva; FRA: Fracaso Renal Agudo; UCI: Unidad de Cuidados Intensivos; REA: Reanimación.

474 ANÁLISIS DEL FRACASO RENAL AGUDO SEGÚN NECESIDAD DE TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL EN PACIENTES CON COLECISTITIS Y COLANGITIS

M. HERAS BENITO¹, M. SANTIAGO MARTÍNEZ², C. RODRÍGUEZ TUDERO¹, JA. MENACHO MIGUEL¹, M. BARNES CASO BERCHT¹, TL. GARCÍA GARRIDO¹, G. DELGADO LAPEIRA¹, A. LIZARRAZO SUAREZ¹, B. ANDRÉS MARTÍN¹, A. TYSZKIEWICZ¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA (SALAMANCA/ESPAÑA); ²NEFROLOGÍA. FACULTAD DE MEDICINA UNIVERSIDAD DE SALAMANCA (SALAMANCA/ESPAÑA)

Introducción: la presencia de oliguria y necesidad de terapia de reemplazo renal (TRR) añade severidad a pacientes diagnosticados de colecistitis y colangitis. Objetivo: analizar características del fracaso renal agudo (FRA) que requiere TRR respecto a aquel sin TRR.

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo retrospectivo unicéntrico, de pacientes diagnosticados de colecistitis aguda o colangitis, complicado con FRA, entre 2019 y 2023. Se registraron características sociodemográficas, antecedentes personales, hábitos tóxicos, tratamientos crónicos, datos relativos al ingreso, antibióticos y terapia para patología digestiva, agentes nefrotóxicos. Analítica en sangre [creatinina (CrS), hemoglobina, albúmina, proteína C reactiva; Exitus en episodio. Respecto a TRR se analizó uso de hemodiálisis intermitente (HD), hemodiafiltración venovenosa continua (HDFVC) o ambas técnicas. Estadística con SPSS 28.0, t de Student (U de Mann-Whitney) y chi-cuadrado (Fisher). Significación del 95% (p < 0,05).

Resultados: De los 310 pacientes con FRA en estas patologías biliares, sólo 14 pacientes (4,51%) precisaron algún tipo TRR: HD intermitente n=3 (0,9%), HDFVC n=8 (2,4%), ambas técnicas n=3(0,9%). Diferencias en características sociodemográficas y antecedentes previos al comparar TRR versus sin TRR: Edad (70±13 vs 82±10 años, p<0,001), menor proporción de hipertensión arterial (57,1% vs 81%, p=0,041), sin dependencia funcional establecida por índice de Barthel (0% vs 40,8%, p=0,013), y más estancia media (32±25 vs 12,5±10,6 días, p<0,001). En la tabla se presentan las diferencias analíticas y otros parámetros clínicos. 63 pacientes (20,3%) fueron exitus durante el episodio. La TRR no influyó de forma significativa en la mortalidad (p=0,993) ni en el tratamiento utilizado en la patología digestiva (p=0,053).

Conclusiones: En este estudio, menos de un 5% de pacientes con FRA que complica colecistitis o colangitis han requerido de TRR, fundamentalmente, en población más joven e independientemente funcional. Esta minoría de pacientes tratados con TRR podrían reflejar la situación de gravedad de estas patologías, ya que prácticamente la totalidad de ellos, tenían hipertensión arterial, precisaron de drogas vasoactivas e ingreso en UCI o Reanimación.

■ **Tabla 1.** Diferencias analíticas y clínicas en el fracaso renal agudo que requiere terapia de reemplazo renal en colecistitis y colangitis.

	TRR	NO TRR	Valor de p
	N: 14	N: 296	
CrS al ingreso (mg/dl)	1,92±0,95	1,99±1,16	0,828
Pico de CrS (mg/dl)	4,4±2,3	2,4±1,5	0,010
CrS al alta (mg/dl)	1,62±1,2	1,60±1,1	0,945
Hemoglobina (g/dl)	9,51±1	11,49±2	0,001
PCR (mg/dl)	16,60±13,3	13,94±11,2	0,410
Albúmina (g/dl)	2,7±0,41	3,0±0,5	0,042
Anticoagulantes (n, %)	0 (0)	1 (1)	1,000
Farmacoinhibidores (n, %)	1 (7,1)	11 (3,7)	0,410
Insomnolizantes (n, %)	1 (7,1)	39 (13,2)	<0,001
Contrastes (n, %)	6 (57,1)	90 (30,7)	0,038
Hipertensión (n, %)	14 (100)	163 (55,4)	<0,001
Algoritmo <8 (g/dl, n, %)	0 (0)	48 (16,4)	<0,001
Algoritmo (n, %)	10 (71,4)	52 (17,7)	<0,001
ICV REA	10 (76,9)	38 (12,9)	<0,001

CrS: Creatinina sérica; PCR: Proteína C reactiva; FRA: Fracaso Renal Agudo; UCI: Unidad de Cuidados Intensivos; REA: Reanimación.

475 INCIDENCIA DEL FRACASO RENAL AGUDO COMO COMPLICACIÓN DE COLECISTITIS AGUDA Y EN COLANGITIS. IMPACTO EN LA MORTALIDAD DURANTE EL EPISODIO

M. SANTIAGO MARTÍNEZ¹, M. HERAS BENITO², C. RODRIGUEZ TUDERO³, A. MARTÍN ARRIBAS⁴, NL. SAMPEIRO CHICAHICA⁵, KA. PINOARGOTE KANAR⁶, JL. LERMA MARQUEZ⁷, G. TABERNEO FERNANDEZ⁸, MC. BARNES CASO BERCHT⁹

¹NEFROLOGÍA. FACULTAD DE MEDICINA UNIVERSIDAD DE SALAMANCA (SALAMANCA/ESPAÑA); ²NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA (SALAMANCA/ESPAÑA)

Introducción: Existen estudios limitados sobre incidencia del fracaso renal agudo (FRA) como complicación de colangitis y aún menos en colecistitis; Objetivo: conocer incidencia de FRA en pacientes diagnosticados de colecistitis y colangitis en nuestro Centro, así como su impacto en mortalidad.

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo retrospectivo unicéntrico, con diagnóstico de colecistitis aguda o colangitis, complicado con FRA, entre 2019 y 2023. Criterios de inclusión: FRA definido por criterios de Guías KDIGO de 2012. Incidencia de FRA: diagnóstico de novo de FRA que complica estas patologías biliares. Se consideró analítica en sangre [creatinina (Cr S), hemoglobina, albúmina, proteína C reactiva; empleo de técnica de reemplazo renal (TRR) y exitus en episodio. La regresión logística se utilizó para conocer variables predictoras de mortalidad. Significación del 95% ($p < 0,05$).

Resultados: Se registraron 2893 episodios de patologías digestivas (1961 pacientes con colecistitis y 932 pacientes con colangitis). 310 pacientes cumplieron criterios de FRA [188 en colecistitis y 122 en colangitis] (10,71%). Globalmente, durante los cinco años estudiados, se observó incidencia de FRA del 9,58% entre 1.961 pacientes con colecistitis; incidencia de FRA del 13,09% sobre un total de 932 pacientes con colangitis. La incidencia media de FRA asociado a colecistitis/año fue de $37,60 \pm 7,9$ casos (rango 28-45) y de $24,4 \pm 4,89$ casos (rango 16-31) en colangitis. La tabla muestra incidencia desglosada por años. La TRR fue utilizada en 4,5%. La mortalidad en episodio fue 20,3%. El modelo de regresión logística para mortalidad incluyó como variables predictoras independientes ($p < 0,001$): oliguria, exp(B) 4,849 [IC95%: 2,128-11,04]; albúmina, exp(B) 4,034 [IC95%: 1,807-9,00]; pico de Cr S, exp(B) 2,406 [IC95%: 1,520-3,809]; y Cr S al alta, exp(B) 0,217 [IC95%: 0,126-0,372].

Conclusiones: Una décima parte de la patología biliar estudiada se complica con FRA en nuestro estudio: la presencia de oliguria junto con valores de creatinina Sérica máximos parecen condicionar peor pronóstico, en consonancia con los recientes criterios de severidad establecidos en Guías Tokio para manejo de colecistitis y colangitis.

Tabla 1. Incidencia anual de fracaso renal agudo en colecistitis y en colangitis.

	2019	2020	2021	2022	2023
COLECISTITIS	42 (10,60)	43 (11,53)	30 (7,15)	45 (10,18)	28 (8,43)
N=188					
(n, %)					
COLANGITIS	27 (13,77)	27 (13,56)	31 (14,90)	16 (8,08)	21 (16)
N=122					
(n, %)					

N=número de casos de fracaso renal agudo.

477 DEPURACIÓN DE CADENAS LIGERAS EN EL CONTEXTO DE FRACASO RENAL AGUDO POR MIELOMA: ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

I. GARCÍA ALFARO¹, R. GONZÁLEZ CANO², FJ. VIGUERAS RUIZ³, P. SÁNCHEZ HERNÁNDEZ⁴, S. BLAS GÓMEZ⁵, I. LORENZO GONZÁLEZ⁶, ML. ILLESCAS-FERNÁNDEZ BERMEJO⁷, ME. LÓPEZ RUBIO⁸

¹NEFROLOGÍA. CHUA (ALBACETE/ESPAÑA)

Introducción: El mieloma múltiple (MM) es una neoplasia de células plasmáticas que asocia fracaso renal agudo (FRA) en un alto porcentaje de casos, siendo la nefropatía por cilindros de cadenas ligeras (CL) la principal causa de ello.

Se ha demostrado que reducir la concentración de CL lo antes posible, mejora el pronóstico de los pacientes y la posibilidad de recuperar función renal. Por ello, diversos estudios han sugerido asociar, a los tratamientos quimioterápicos (TQT), técnicas de depuración de cadenas ligeras, en las situaciones en las que los pacientes precisen de hemodiálisis como consecuencia del FRA derivado de esta situación, con el objetivo de favorecer una respuesta más temprana al tratamiento.

Material y métodos: Estudio descriptivo - retrospectivo de las sesiones de depuración de CL realizadas en nuestro centro en el periodo de tiempo comprendido entre enero de 2012 y diciembre de 2024.

Resultados: Analizamos un total de 13 pacientes, 9 hombres (69,2 %) y 4 mujeres (30,8%), con una edad media al inicio de las sesiones de 69,5 años. De ellos, en 11 de los pacientes se utilizaron membranas de polimetilmetacrilato, mientras que únicamente en 2 se utilizaron filtros de "high-cut-off" (HCO). Destacar que en 1 de los pacientes que recibió diálisis con filtro de HCO, también se le realizó una sesión de plasmaféresis.

Se realizaron 12,5 sesiones de media, destacando lambda como la CL predominante en el 61,5% de los pacientes. Junto con el TQT, dentro de los pacientes donde predominaba la cadena lambda, el 62,5 % de ellos consiguieron unos niveles de esta menores a 1000 mg/dl al finalizar las sesiones, frente a aquellos en los que predominaba kappa que lo alcanzaron en el 75% de los casos. Tras el evento, únicamente 3 de los pacientes precisaron hemodiálisis de forma crónica.

La mortalidad al año de seguimiento fue del 25 % (3 pacientes, 1 de ellos en hemodiálisis). Se perdió el seguimiento en uno de los pacientes por traslado a otro centro.

En cuanto al TQT, en todos los pacientes se utilizaron tratamientos basados en bortezomida y dexametasona, en el 61,5 % de forma aislada, y combinados con ciclofosfamida, daratumumab-talidomida y lenalidomida en los restantes.

No se registraron complicaciones relacionadas directamente con la técnica.

Conclusiones: Bajo nuestra experiencia, el uso de TQT junto con sesiones de depuración de CL consigue disminuir las concentraciones de estas de forma precoz. Sin embargo, hasta ahora no se ha logrado demostrar que esto mejore la supervivencia, ni favorezca la recuperación de la función renal.

476 QUE BIEN HA IDO, NI TÚ LO CREES!: CASO CLÍNICO SÍNDROME DE TINU

L. PULIDO¹, A. CALVO², M. PRATS³, R. FONT⁴, H. VILLAFUERTE⁵, L. CASTILLO⁶, J. GARRO⁷, A. RAVENTÓS⁸

¹NEFROLOGÍA. HJ23 (TARRAGONA); ²ANATOMÍA PATOLÓGICA. HJ23 (TARRAGONA)

Introducción: El síndrome de TINU (nefritis tubulointersticial con uveítis) es una entidad rara. Se define por una tríada: a) Síndrome inflamatorio sistémico. b) Nefropatía con proteinuria de tipo tubular. c) Uveítis anterior bilateral que suele ser no granulomatosa. En la mayoría de los casos no existe correlación evolutiva entre la clínica renal y la ocular. A continuación presentamos un caso de TINU con evolución y respuesta terapéutica favorables.

Varón 69ª con antecedentes DM2, HTA y panuveítis anterior bilateral en tratamiento tópico con corticoides y sistémico con micofenolato quien hacia un par semanas había abandonado el tratamiento. Consulta a URG tras unos 5 días de astenia, anorexia y MEG, destacando en la analítica fracaso renal agudo con creatinina de 7.04 mg/dL con proteinuria en torno a 1500 mg/g crea, VSG y PCR elevadas. La función renal previa era normal con creatinina 0.9 mg/dL, albuminuria 30 mg/gr crea. La exploración física fue normal, excepto en la ocular, con hipereimia conjuntival y pupilas midriáticas. Revisando el tratamiento domiciliario destaca que cumple ácido acetilsalicílico y se confirma que no tiene clara indicación cardiovascular por lo que se suspende de cara a la necesidad próxima de biopsia renal. Dado que la anamnesis y cuadro clínico eran de TINU y la imposibilidad de biopsia renal inmediata se inicia corticoterapia sistémica 1 mg/kg/d, con lo que en unos 6 días la función renal había mejorado a creatinina 2.02 mg/dL, cuando es posible realizar la biopsia renal con resultado de nefritis túbulo intersticial subaguda, atrofia focal con áreas de fibrosis intersticial a nivel tubular y finalmente el estudio inmunohistoquímico fue negativo para IgG, IgA, IgM y complemento, todo ello compatible con el diagnóstico anatomopatológico de una nefritis tubulointersticial. La inmunología con factor reumatoide, anticuerpos antinucleares, anti-Ro, anti-La, anticuerpos anticitoplasma de neutrófilo, enzima conversiva de la angiotensina y HLA B 27/5 fue negativa. Se llevaron a cabo serologías víricas/bacteriológicas todas negativas. Actualmente buena evolución con función renal recuperada a su situación basal.

Conclusión: La etiología del síndrome de TINU es desconocida. Nuestro caso es de un síndrome de TINU tratado precozmente con corticoides sistémicos y respuesta favorable, similar a la respuesta al tratamiento de la mayoría de casos revisados en la bibliografía. Hemos creído interesante describir este caso porque consideramos que tiene importancia el diagnóstico y tratamiento en fases iniciales por la completa reversibilidad de la nefropatía, aunque de hecho se trata de una patología sistémica infrecuente.

478 TROMBOSIS DE ARTERIA RENAL SECUNDARIA A PRÓTESIS ENDOVASCULARES RAMIFICADAS: PRESENTACIÓN ATÍPICA Y DESAFÍOS

G. ROS SOTO¹, SL. CASTRO MOLANO², A. SANTOS GARCÍA³, A. AGUILERA FERNÁNDEZ⁴, A. PÉREZ ROS⁵, N. BUENDÍA SÁNCHEZ⁶, E. MORENO MARTÍ⁷, E. CRUCES FUENTES⁸, E. MUÑOZ DE BUSTILLO⁹, FJ. PÉREZ CONTRERAS¹⁰

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL GENERAL DR BALMIS (ALICANTE); ²RADIOLOGÍA. HOSPITAL GENERAL DR BALMIS (ALICANTE)

Introducción: Los aneurismas de la aorta se están empezando a tratar mediante reparación endovascular con nuevas prótesis integrales ramificadas. Aunque estos dispositivos han mejorado significativamente la atención de los pacientes con aneurismas, se han documentado complicaciones como la trombosis de las arterias renales. Clásicamente, la trombosis se manifiesta como un cuadro de dolor lumbar o abdominal con cortejo vegetativo. Cursan, además, con oligoanuria, deterioro agudo de la función renal y hematuria macroscópica. Incluso puede existir fiebre e hipertensión arterial.

Material y método: El objetivo de esta serie de casos fue evaluar retrospectivamente las características clínicas de la trombosis de las arterias renales secundarias a prótesis endovasculares ramificadas y su tratamiento. Identificamos a 5 pacientes con trombosis de arteria renal secundaria a prótesis endovascular entre 2022 y 2024.

Resultados: La presentación principal fue el deterioro de la función renal, con una creatinina media de 6 mg/dL. Del total de pacientes, 4 presentaron oligoanuria, estaban hipertensos y tenían elevación de LDH. Sólo 2 cursaron con dolor lumbar y ninguno presentó hematuria.

El diagnóstico de sospecha de trombosis se instauró en base al deterioro de la función renal y el antecedente de prótesis endovascular, y se confirmó mediante ecografía Doppler en 1 paciente y TAC abdominal con contraste en 4 de los pacientes.

El tratamiento se realizó mediante trombectomía percutánea en 2 pacientes, mientras que en el resto se desestimó la permeabilización y el tratamiento fue conservador, con anticoagulación sistémica, debido a la dificultad del procedimiento y las escasas expectativas de recuperación de la función renal.

Conclusiones: La trombosis de la arteria renal por prótesis endovascular cursa de manera atípica en comparación con las trombosis clásicas, lo que dificulta su diagnóstico. La sospecha debe establecerse ante un paciente portador de la endoprótesis que presenta fracaso renal, aunque otros signos estén ausentes. El diagnóstico se debe hacer preferentemente con TAC con contraste, lo que permite el diagnóstico precoz y la recuperación de la función renal en algunos casos. Este hallazgo subraya la necesidad del monitoreo estrecho y diagnóstico precoz de las trombosis arteriales en pacientes tratados con endoprótesis, con el fin de prevenir complicaciones graves y preservar la función renal.

Resúmenes

Insuficiencia renal aguda y nefropatías tubulointersticiales

479 IMPACTO DE LA HEMODIAFILTRACIÓN VENOVENOSA CONTINUA EN PACIENTES CRÍTICOS CON FRACASO RENAL AGUDO: ANÁLISIS DE MORTALIDAD Y EVOLUCIÓN DE LA FUNCIÓN RENAL

M. SAENZ ORTIZ¹, N. GARCÍA ALONSO¹, L. GUTIERREZ LEIVA¹, ME. LLORENTE AGUINAGALDE¹, L. ORTEGA MONTOYA¹, I. ACOSTA HERNÁNDEZ¹, N. MARTINEZ SÁEZ¹, MI. UGALDE AROSTEGUI¹, JI. MIGUELA PESQUERA¹, A. CASTRO PUENTE²

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO BASURTO (BILBAO), ²REANIMACIÓN. HOSPITAL UNIVERSITARIO BASURTO (BILBAO)

Introducción: El fracaso renal agudo (FRA) representa un marcador clave de morbilidad y mortalidad en pacientes ingresados en unidades de críticos. En determinadas ocasiones, estos pacientes requieren inicio de terapia sustitutiva renal (TSR) mediante hemodiafiltración venovenosa continua (HDFVVC).

El objetivo de este estudio es analizar la mortalidad asociada al inicio de TSR con HDFVVC y comparar las distintas variables entre los supervivientes y los fallecidos; además en los supervivientes estudiar la evolución de la función renal tras el alta.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo, longitudinal, observacional y descriptivo. Se revisaron los casos de pacientes ingresados en una unidad de críticos de un hospital terciario entre enero de 2021 y diciembre de 2022, que desarrollaron FRA con necesidad de TSR mediante HDFVVC. Se recogieron variables clínicas, epidemiológicas y analíticas a través de la base de datos del Servicio de Nefrología.

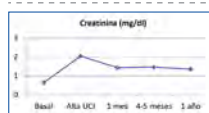
Resultados: La mortalidad global fue del 75,45%, siendo la mortalidad precoz (del 52,29%). Comparación entre fallecidos y supervivientes: La causa más frecuente de ingreso fue respiratoria en los fallecidos (31,3%) y cardiaca en los supervivientes (22,2%). La principal indicación de TSR fue la anuria en ambos grupos, aunque con mayor frecuencia en los fallecidos (83,1% vs. 70,4%). La mediana de creatinina basal fue más elevada en los fallecidos (1,26 mg/dl) que en los supervivientes (0,66 mg/dl) La creatinina al mes fue ligeramente superior en los supervivientes (2,17 mg/dl) frente a los fallecidos (1,94 mg/dl), probablemente por la selección de pacientes que lograron sobrevivir con secuelas renales. El número medio de días con HDFVVC fue similar en ambos grupos.

Hubo asociación estadísticamente significativa ($p < 0.05$) entre la mortalidad y la necesidad de vasoactivos e intubación orotraqueal (IOT).

Entre los pacientes que sobrevivieron más de un año, se observó una mejoría progresiva de la función renal. Sin embargo, a pesar de esta recuperación parcial, el 63,64% de los supervivientes presentó un nuevo episodio de FRA en el primer año.

Conclusiones: El inicio de TSR en pacientes críticos con FRA se asocia con una alta mortalidad, especialmente en los primeros 30 días. Factores como la anuria, el soporte vasoactivo y la necesidad de IOT parecen marcar una mayor gravedad clínica. Aunque algunos pacientes logran sobrevivir y recuperar parcialmente la función renal, el riesgo de recaída es elevado, lo que pone de manifiesto la necesidad de estrategias preventivas y de seguimiento a largo plazo para minimizar la progresión a enfermedad renal crónica.

Figura 1.



481 RELACIÓN ENTRE DISFUNCIÓN RENAL Y COMPLICACIONES INFECCIOSAS EN PACIENTES QUEMADOS CRÍTICOS

KP. PEÑA ESPARRAGOZA, J. KORINA¹, JN. NAVARRETE TORRES, JAIME¹, AL. DE LORENZO, ALBERTO¹, LE. ESPINEL LAURA¹, MN. NAYA, MARÍA TERESA¹, AC. CUBAS, ALFONSO¹, JL. LORENTE, JOSÉ ÁNGEL¹, JM. MARTINS, JUDITH¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GETAFE (MADRID), ²FACULTAD DE MEDICINA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GETAFE (MADRID), ³UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GETAFE (MADRID)

Introducción: La insuficiencia renal aguda (IRA) se asocia de forma independiente con la mortalidad en pacientes quemados. Resulta de interés demostrar la asociación de la IRA con desenlaces intermedios.

Objetivo: Demostrar la asociación de infección con disfunción renal en quemados.

Materiales y métodos: Se estudió una cohorte de pacientes de la Unidad de Grandes Quemados (UGQ). Criterios de inclusión: ≥ 18 años, quemaduras $\geq 10\%$ de superficie corporal total (SCQT) o quemaduras eléctricas, o síndrome de inhalación de humo (INHAL). Criterio de exclusión: estancia en UGQ.

Se relacionó el dominio renal del SOFA (días 0 a 3) con el diagnóstico de neumonía (NEU) o bacteriemia (BAC) mediante Chi cuadrado. Se comparó creatinina sérica (Cr) el día 0 (desde el ingreso - 8:00 am del día siguiente), 1, 2, 3 y 7 días tras el ingreso, así como el cambio (Δ) de Cr entre los días 0-1, 0-3 y 0-7, entre grupos no-NEU y NEU y no-BAC y BAC. La capacidad discriminativa para diagnóstico de NEU o BAC se analizó mediante curva ROC (ABCRROC). La asociación entre las variables de función renal e infección se estudió mediante regresión logística, cálculo de odds ratio (OR) y su intervalo de confianza del 95%. Los datos se expresan en medianas (p25, p75), frecuencias y porcentajes.

Resultados: Se incluyeron 174 pacientes (47 [35-60] años, mujeres 53 (30%), SCQT (%) total 14 [6-25] y profunda (%) 5 [0,5-12], INHAL 82 (47%), con NEU 15 (8,6%), con BAC 22 (12,6%), fallecidos 11 (6%).

Variables relacionadas con mortalidad. La mortalidad se relacionó con SOFA renal día 0 ($p=0,005$), día 1 ($p<0,001$), día 2 ($p=0,016$) y día 3 ($p<0,001$), con BAC (6/152 [4%] versus 5/22 [23%], $p=0,001$), y con NEU (5/159 [3%] versus 6/5 [40%], $p<0,001$).

Relación entre disfunción renal e infección. Cr7 (0,560 [0,460; 0,740], versus 0,800 [0,460; 1,200], $p=0,031$), y (casi significativo) Δ Cr0-7 (-0,210 [-0,340; -0,090] versus -0,130 [-0,300; 0,190], $p=0,060$) entre el grupo no-NEU y el grupo NEU respectivamente. No hubo diferencias entre el grupo no-BAC versus BAC. El diagnóstico de NEU se asoció con SOFA renal día 2 ($p=0,050$). El ABCROC de Cr7 y Δ Cr0-7 fue 0,624 (0,440-0,809, $p=0,146$), y de 0,597 (0,417-0,777, $p=0,258$), respectivamente. En análisis multivariante (Baux modificado), Cr7 ($p=0,722$) y Δ Cr0-7 ($p=0,423$) no se relacionaron con NEU.

Conclusiones: Nuestros datos no apoyan el concepto de que la disfunción renal, medida de diferentes formas, se asocia con el desarrollo de neumonía o de bacteriemia.

480 CARACTERÍSTICAS DEL FRACASO RENAL AGUDO EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO. ESPECIAL ATENCIÓN A LA NEFRITIS INTERSTICIAL AGUDA

L. GUTIERREZ LEIVA¹, N. GARCÍA ALONSO¹, ME. LLORENTE AGUINAGALDE¹, M. SAENZ ORTIZ¹, L. ORTEGA MONTOYA¹, KP. PEREZ MELENDEZ¹, A. BUJÁN LÓPEZ¹, I. ACOSTA HERNÁNDEZ¹, L. GARCÍA GAGO¹, JI. MIGUELA PESQUERA¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BASURTO (BILBAO/ESPAÑA)

Introducción: La nefritis intersticial aguda (NIA) es una causa importante de fracaso renal agudo (FRA), especialmente en pacientes hospitalizados, donde representa la tercera etiología más frecuente. Se trata de una patología potencialmente reversible caracterizada por inflamación del intersticio renal, con hallazgos histológicos típicos como edema, infiltrados inflamatorios —incluyendo eosinófilos en ocasiones— y tubulitis.

En pacientes oncológicos, el diagnóstico de NIA resulta especialmente complejo debido a la frecuente exposición a múltiples agentes nefrotóxicos y a la posibilidad de afectación renal directa por el propio proceso tumoral. Dada su potencial reversibilidad, es fundamental una identificación precoz.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo, longitudinal, observacional y descriptivo. Se revisaron los casos de 60 pacientes ingresados en Servicio de Oncología que requirieron valoración por el Servicio de Nefrología entre Marzo de 2021 y Marzo de 2025. Se recogieron variables clínicas, epidemiológicas y analíticas a través de la base de datos del Servicio de Nefrología. El objetivo principal fue determinar la prevalencia de NIA como causa de FRA.

Como objetivos secundarios se incluyeron: 1. Analizar las causas más frecuentes de FRA en esta cohorte. 2. Determinar la causa probable de NIA en estos pacientes. 3. Evaluar la recuperación de la función renal al alta hospitalaria.

Resultados: De los 60 pacientes incluidos, las causas de FRA fueron: prerrenal (58,3%), NIA (21,7%), nefrotoxicidad (10%), obstructiva (8,3%) y combinación de NIA y prerrenal (1,7%). Se diagnosticó NIA en 14 pacientes (23,3%). De ellos, el 64,3% estaba en tratamiento activo con inmunoterapia y el 57,1% recibía quimioterapia.

Se observó una asociación estadísticamente significativa entre el uso de inmunoterapia y el desarrollo de NIA ($p < 0,001$). No se encontró relación significativa con quimioterapia ni con otros tratamientos. Los pacientes con NIA mostraron mayor eosinofilia en sangre periférica (mediana de 75 vs 5 eosinófilos/ μ L; $p = 0,017$). No hubo diferencia significativa en cuanto a la densidad de la orina ni a la natriuria. La media de creatinina basal fue de 1,13 mg/dL, con un pico de 3,23 mg/dL y una media al alta de 2,09 mg/dL. Los pacientes con NIA no recuperaron completamente su función renal.

Conclusiones: La NIA constituye una causa relevante de FRA en pacientes oncológicos, especialmente en aquellos tratados con inmunoterapia. La eosinofilia en sangre periférica puede ser un marcador clínico útil para la sospecha diagnóstica. Dado el potencial de reversibilidad de la NIA, el reconocimiento y tratamiento precoz son fundamentales para mejorar el pronóstico renal en esta población vulnerable.

482 ASOCIACIÓN ENTRE VARIABLES RELACIONADAS CON LA RESUCITACIÓN E INSUFICIENCIA RENAL AGUDA EN PACIENTES QUEMADOS CRÍTICOS

KP. PEÑA ESPARRAGOZA, J. KORINA¹, JN. NAVARRETE TORRES, JAIME¹, AL. DE LORENZO, ALBERTO¹, LE. ESPINEL LAURA¹, MN. NAYA, MARÍA TERESA¹, AC. CUBAS, ALFONSO¹, JL. LORENTE, JOSÉ ÁNGEL¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GETAFE (MADRID), ²FACULTAD DE MEDICINA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GETAFE (MADRID), ³UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GETAFE (MADRID)

Introducción: La insuficiencia renal aguda (IRA) se asocia de forma independiente con mortalidad en pacientes quemados. Se ha propuesto que una elevada cantidad de fluidos durante la fase de resucitación se relaciona con desarrollo de IRA.

Objetivo: Demostrar que la cantidad de fluidos administrados durante la resucitación en quemados se asocia con desarrollo de IRA.

Materiales y métodos: Se estudió una cohorte de pacientes en la Unidad de Grandes Quemados (UGQ). Criterios de inclusión: edad ≥ 18 años, quemaduras $\geq 10\%$ de superficie corporal total (SCQT) o quemaduras eléctricas, síndrome de inhalación de humo (INHAL). Criterio de exclusión: estancia en UGQ < 3 días. El diagnóstico de IRA se consideró según criterios KDIGO analíticos en la primera semana de ingreso. Se comparó mediante Kruskal-Wallis características relacionadas con resucitación (fluidos administrados [ING], balance [Ingresos-diuresis, BAL], y ratio ingresos/diuresis [RID]), los días 0 (desde el ingreso - 8:00 am del día siguiente), 1, 2 y 3 tras el ingreso, en dos grupos de pacientes (no-IRA, IRA). La capacidad discriminativa de las variables se analizó mediante área bajo la curva ROC (ABCRROC). La asociación entre variables de resucitación y diagnóstico de IRA se estudió mediante regresión logística, cálculo de odds ratio (OR) y su intervalo de confianza del 95%. Los datos son medianas (p25, p75), frecuencias y porcentajes.

Resultados: Se incluyeron 960 pacientes (44 años [31-60], mujeres 267 [28%], SCQT (%) 22,0 [13,3-38,0] y profunda 10,0 [2,5-20,0], INHAL 328 (34%), IRA 423 (44%), mortalidad en UGQ 117 (12%). Fueron significativamente ($p < 0,050$) diferentes entre IRA y no-IRA ING-0, ING-1, ING-2, BAL-0, BAL-1, BAL-2, BAL-3, RID-0, RID-1, RID-2, RID-3. Las variables que más difirieron entre los grupos (considerando p y ABCROC) fueron RID-1 (2,9 [1,9-4,7] versus 3,4 [2,1-5,6], $p < 0,001$) y RID-2 (2,3 [1,5-3,7]) versus 2,7 [1,7-4,4], $p < 0,001$). El ABCROC de RID-1 y RID-2 fue, respectivamente, 0,572 (0,533-0,612) ($p < 0,001$) y 0,576 (0,536-0,615) ($p < 0,001$). En el análisis multivalente (edad, sexo, SCQT, INHAL, RID-1), RID-1 se asoció de forma independiente con diagnóstico de IRA (OR 1,094 [IC 95% 1,045-1,144], $p < 0,001$).

Conclusiones: La cantidad de fluidos administrados en la resucitación se asocia de forma independiente con desarrollo de IRA. Ratio ingresos/diuresis (día 1) es la variable que se asocia de forma más significativa con desarrollo de IRA. Aunque las diferencias son estadísticamente significativas y tienen implicaciones fisiopatológicas, la capacidad de las variables para anticipar la IRA es mala (ABCRROC $< 0,600$). Nuestros resultados tienen implicaciones clínicas en cuanto al régimen de resucitación.

Insuficiencia renal aguda y nefropatías tubulointersticiales

483 EVALUACIÓN DE LA RECUPERACIÓN DE LA INSUFICIENCIA RENAL AGUDA EN PACIENTES INGRESADOS

KP. PEÑA ESPARRAGOZA, J. KORINA¹, CF. FERMOSE GARCÍA, CARMEN², AR. ROYO AMAT, M. ARANZAZU³, AL. LEAL, ALVARO³, MN. NAYA, MARÍA TERESA⁴, AC. CUBAS, ALFONSO⁵, AL. DEL-RENZO, ALBERTO¹, LE. SPINEL, LAURA¹, JM. MARTINS, JUDITH¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GETAFE (MADRID), ²MEDICINA INTERNA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GETAFE (MADRID), ³UNIVERSIDAD EUROPEA DE MADRID, ⁴UNIVERSIDAD EUROPEA DE MADRID (MADRID)

Introducción: Se ha planteado que la capacidad de recuperación renal tras un episodio de insuficiencia renal aguda (IRA) depende de varios factores como causa de IRA, gravedad y respuesta al tratamiento. Sin embargo, a pesar de intervenciones tempranas, existe un porcentaje de pacientes que no alcanzan nuevamente cifras de creatinina basal.

Objetivo: Determinar las características clínicas asociadas a la recuperación renal en pacientes con IRA, al alta hospitalaria y al mes.

Materiales y métodos: Cohorte de 90 pacientes hospitalizados con IRA según la clasificación AKIN, divididos en dos grupos: recuperación de la función renal al alta hospitalaria. La recuperación se definió como valores de creatinina similares a los basales ($\pm 0,2$ mg/dl). La relación entre variables clínicas y los dos grupos se evaluaron mediante chi cuadrado. Se consideró significativo $p < 0,05$.

Resultados: El 60% de los pacientes (n=50) recuperó función renal basal, mientras que el 40% restante presentó deterioro persistente al mes. Los pacientes sin recuperación eran predominantemente varones, con hipertensión arterial y diabetes mellitus. La edad media del grupo con recuperación de función renal fue 68,7 $\pm$ 16,18 años frente a 74,35 $\pm$ 12,62 años en el grupo sin recuperación ($p=0,05$). El tiempo medio de hospitalización en los no recuperados alcanzó 27,4 $\pm$ 28,8 días. La etiología más prevalente fue la prerrenal en ambos grupos, con mayor tendencia en los no recuperados, aunque sin diferencias estadísticamente significativas ($p=0,40$) (figura 1). El 18,8% (n=17) requirió terapia renal sustitutiva (TRS) durante 14,7 $\pm$ 6 días, con una mortalidad del 35,2% en este subgrupo de pacientes. No hubo diferencias en la recuperación de la IRA en los pacientes que recibieron TRS ($P=0,44$).

Al ingreso, el 57,8% (n=52) presentaba IRA, mientras que el 42,2% (n=38) desarrolló IRA durante la hospitalización. 61 pacientes (67,7%) tenían seguimiento analítico al mes, de los cuales el 41% (n=25) mantenía deterioro de función renal (figura2).

La mortalidad global alcanzó el 24,4% (n=22), siendo significativamente mayor en el grupo que requirió TRS. Solo un paciente permaneció en programa de hemodiálisis crónica tras el alta.

Paradójicamente, se observó que los pacientes sin antecedentes de enfermedad renal crónica (ERC) presentaban menor recuperación de creatinina al mes que aquellos con ERC previa, aunque sin diferencias estadísticamente significativas ($p=0,102$).

Conclusiones: No quedan claros los factores determinantes de la recuperación de función renal aunque parece estar asociada a factores como edad, comorbilidades y tiempo de ingreso. La TRS no se relacionó con menor recuperación de función renal. Es necesario identificar nuevos biomarcadores en el diagnóstico precoz y pronóstico de IRA, así como seguimiento posterior al alta para orientar posibles intervenciones tempranas.

 Ver figuras

484 MÁS ALLÁ DEL ALTA: RECUPERACIÓN RENAL Y PREDICTORES TRAS UN FRA NO OBSTRUCTIVO

AL. ALEXANDRA LIZARAZO SUÁREZ¹, CR. CELIA RODRÍGUEZ TUDERO¹, CF. CAROLINA FONSECA DA SILVA¹, LA. LUIS ARMANDO CORREA MARCANO¹, MH. MANUEL HERAS BENITO¹, FG. FRANCISCO LÓPEZ HERNÁNDEZ², R. RAQUEL MANGAS LOSADA², KR. KAREN RIVERA GARCÍA¹, GT. ANA BELÉN ROJO¹, MP. MARIA PILAR FRAILE GÓMEZ¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA (SALAMANCA) (ESPAÑA), ²NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA CONCHA (ZAMORA), ³NEFROLOGÍA. IBSAL. UNIVERSIDAD DE SALAMANCA (SALAMANCA) (ESPAÑA), ⁴ONCOLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO RÍO ORTEGA (VALLADOLID) (ESPAÑA)

Introducción: El fracaso renal agudo (FRA) es una entidad frecuente, con implicaciones pronósticas importantes. Este estudio describe la evolución de una cohorte con FRA no obstructivo (FRA renal y prerrenal) y sin enfermedad renal crónica previa.

Métodos: Estudio prospectivo en 52 pacientes con FRA no obstructivo. Se recogieron variables clínicas, bioquímicas y hemodinámicas en los días 0, 7, 21 y 60. Se analizaron antecedentes (HTA, diabetes, ECV, infección, nefrotóxicos, antihipertensivos, etiología, Charlson, hemodilisis). La enfermedad renal crónica fue un criterio de exclusión. Se aplicaron los test de Friedman, Wilcoxon, y un modelo de regresión logística multivariable para identificar predictores de recuperación renal (TFG > 60 ml/min). Todos firmaron consentimiento informado al inicio del estudio, con posibilidad de revocarlo durante el seguimiento ambulatorio.

Resultados: La edad media fue 64,5 años, el 32,7% eran mujeres. La creatinina al diagnóstico fue 5,24 $\pm$ 3,48 mg/dL, con TFG inicial de 18,3 $\pm$ 14,9 ml/min. El 63,3% tenía HTA, 36,7% diabetes, exposición a IEC/AARA-II (51%), fármacos nefrotóxicos (51%), contraste (6,1%). Se observó mejoría significativa de creatinina, urea y TFG ($p < 0,00001$), con estabilización desde el día 21. La PCR descendió de 8,15 a 1,56 mg/L ($p < 0,0001$). También hubo cambios significativos en sodio, potasio, calcio, fosfato, cloro, albúmina, PAS, PAD, hematocrito y diuresis ($p < 0,05$). La osmolaridad no varió ($p = 0,23$).

El 66% alcanzó recuperación renal. Fue más frecuente en FRA prerrenal (96,6% vs. 55,2%; $p = 0,038$). Hubo más FRA prerrenal en menores de 60 años ($p = 0,031$). El uso de hemodiálisis no

se asoció a peor recuperación. En el modelo multivariable, menor Charlson ($p = 0,058$), urea baja ($p = 0,067$) e infección previa ($p = 0,085$) se asociaron a mejor pronóstico.

Conclusiones: La mayoría de los pacientes con FRA no obstructivo experimentan recuperación renal significativa durante las primeras 3 semanas. La etiología prerrenal, menor comorbilidad e inflamación se asociaron a mejor pronóstico.

Tabla 1. Cambios longitudinales en parámetros analíticos entre el día 0 y el día 60 tras FRA.

Variable	Día 0	Día 7	Día 21	Día 60	p-value (Friedman)
Creatinina	5,24 $\pm$ 3,48	3,19 $\pm$ 0,92	1,75 $\pm$ 0,62	1,71 $\pm$ 0,95	0
Urea	147,76 $\pm$ 78,14	84,97 $\pm$ 68,91	72,60 $\pm$ 51,11	63,86 $\pm$ 54,36	0
Fosfato	18,29 $\pm$ 14,92	54,87 $\pm$ 32,48	60,47 $\pm$ 29,57	79,29 $\pm$ 305,04	0
Glomerular					
PCR	8,15 $\pm$ 10,25	3,32 $\pm$ 4,15	2,35 $\pm$ 5,50	1,56 $\pm$ 2,68	<0,0001
PAS	119,53 $\pm$ 27,78	138,72 $\pm$ 18,13	135,71 $\pm$ 21,73	135,22 $\pm$ 21,78	0,00051
PAD	49,41 $\pm$ 16,16	78,15 $\pm$ 9,48	78,48 $\pm$ 12,30	76,90 $\pm$ 12,84	0,00135
Calcio	9,87 $\pm$ 0,85	9,09 $\pm$ 0,65	9,45 $\pm$ 0,63	9,38 $\pm$ 1,11	0,00025
Fosfato	5,34 $\pm$ 4,49	3,58 $\pm$ 1,72	3,78 $\pm$ 1,30	3,73 $\pm$ 0,76	0,00002
Cloruro	100,86 $\pm$ 6,48	105,31 $\pm$ 5,06	104,43 $\pm$ 4,63	105,22 $\pm$ 3,24	0,00046
Albumina	3,83 $\pm$ 0,72	3,73 $\pm$ 0,66	4,03 $\pm$ 0,58	4,04 $\pm$ 0,61	0,00009
Comorbilidad	302,45 $\pm$ 17,35	300,68 $\pm$ 11,74	298,19 $\pm$ 10,38	297,70 $\pm$ 9,67	0,23404
Densidad Orina	145,59 $\pm$ 357,26	192,87 $\pm$	122,36 $\pm$	458,56 $\pm$	0,12877
		404,78	338,55	1583,02	
Hematocrito	35,22 $\pm$ 8,93	33,88 $\pm$ 5,51	35,02 $\pm$ 5,77	36,47 $\pm$ 6,00	0,02176
Diuresis	180,94 $\pm$	205,30 $\pm$	187,09 $\pm$	7716,47 $\pm$	0,00134
	1339,64	884,15	465,42	500,17	
Glucosa	122,58 $\pm$ 43,07	126,85 $\pm$ 55,78	117,78 $\pm$ 44,32	115,48 $\pm$ 33,37	<0,0001
Potasio	6,40 $\pm$ 1,07	4,15 $\pm$ 0,55	4,27 $\pm$ 0,54	4,32 $\pm$ 0,53	<0,0001

485 PAPEL DE CYB5R3 EN EL DAÑO RENAL AGUDO Y CRÓNICO ASOCIADO A RABDOMIOLISIS

M. VALLEJO MUDARRA¹, L. SÁNCHEZ ARCAS¹, R. DÍAZ BARBA², C. GARCÍA CABALLERO³, L. VALENTÍN ARAGÓN³, F. LEIVA CEPAS⁴, LM. SÁNCHEZ MENDOZA⁵, JM. VILLALBA⁶, JA. MORENO⁷

¹GRUPO GE06- FISIOPATOLOGÍA DEL DAÑO RENAL Y VASCULAR. INSTITUTO MAIMONIDES DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA DE CÓRDOBA (IMIBIC) (CÓRDOBA), ²GRUPO GE06-FISIOPATOLOGÍA DEL DAÑO RENAL Y VASCULAR. INSTITUTO MAIMONIDES DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA DE CÓRDOBA (IMIBIC) (CÓRDOBA), ³SERVICIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS. HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA DE CÓRDOBA (CÓRDOBA), ⁴SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA. HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA DE CÓRDOBA (CÓRDOBA), ⁵DEPARTAMENTO DE BIOLOGÍA CELULAR, FISIOLÓGICA E INMUNOLÓGICA. UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA (CÓRDOBA)

Introducción: Una de las principales complicaciones de la rabdomiolisis es la insuficiencia renal aguda (IRA). A pesar de la relevancia de esta patología, los tratamientos actuales son limitados, por lo que resulta necesario buscar nuevas dianas terapéuticas. La enzima citocromo b5 reducatasa 3 (CYB5R3) desempeña un papel importante en la protección frente al estrés oxidativo, aunque su papel en el daño renal asociado a IRA no ha sido estudiado.

Materiales y métodos: Se indujo fracaso renal agudo por rabdomiolisis mediante la inyección intramuscular de glicerol al 50% (10mg/kg) a ratones macho y hembras de 12 semanas de edad, tanto de genotipo wild type (WT) como en ratones que sobreexpresaban CYB5R3 (CYB5R3-Tg). Los animales se sacrificaron a 1 y 30 días post-inyección de glicerol. Recogimos muestras de sangre, orina y riñón para realizar estudios de Real Time-PCR, western blot e inmunohistoquímica. Además, realizamos estudios en biopsias de pacientes con IRA-asociada a rabdomiolisis y células tubulares murinas (MCTs) in vitro.

Resultados: Nuestros resultados indican que la rabdomiolisis aumenta la expresión renal de CYB5R3, tanto en modelos murinos de rabdomiolisis como en pacientes con esta patología. Además, en experimentos en células renales in cultivo pudimos comprobar que dicho aumento podría estar relacionado con la captura de mioglobina en el epitelio tubular. La inducción de rabdomiolisis en el modelo murino provocó la pérdida de la función renal, dando a nivel histológico, muerte celular y aumento de la expresión de citoquinas inflamatorias (TNF- α , CCL2, IL-6, FN1), marcadores de daño tubular (NGAL, KIM-1) y de estrés oxidativo (HO-1, Nrf2). Sin embargo, la sobreexpresión de la enzima CYB5R3 no redujo el daño renal agudo en ninguno de los sexos. Por otro lado, nuestros datos indicaron la existencia de efectos crónicos adversos tras la inducción de rabdomiolisis, tales como incremento de citoquinas inflamatorias (IL-6, CCL2, TNF) y proteínas fibróticas (COL1, FN1, FGF2), así como infiltrado de macrófagos y depósitos de colágeno, efectos que fueron menores en ratones macho que sobreexpresaban CYB5R3, pero no en las hembras.

Conclusión: Nuestros resultados sugieren que la enzima CYB5R3 se induce en respuesta a la acumulación de mioglobina en tejido renal y que la sobreexpresión de dicha enzima en ratones transgénicos disminuye los efectos adversos a largo plazo de la rabdomiolisis en el riñón, efectos protectores que son dependientes del sexo.

486 CARACTERÍSTICAS DE LA INSUFICIENCIA RENAL AGUDA EN UNA SERIE HISTÓRICA. EFECTO DEL COVID. CAMBIOS EN EL PERFIL CLÍNICO. INFLUENCIA DEL ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN

JL. LAVILLA ROYO¹, G. BUADES LUCAS¹, M. BAZTAN ILUNDAIN¹, AM. HURTADO PAMIES¹, JM. MORA GUTIERREZ², L. FERNÁNDEZ LORENTEZ², L. CASTAÑEDA³, PL. MARTÍN MORENO⁴, CB. ULLOA CLAVIJO⁵, N. GARCÍA FERNÁNDEZ⁶

¹NEFROLOGÍA. CLÍNICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA (PAMPLONA/ESPAÑA), ²NEFROLOGÍA. CLÍNICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA (PAMPLONA)

Objetivo: El COVID supuso un cambio brusco en la atención hospitalaria. Tras producirse la recuperación. Hemos analizado si realmente ha supuesto un cambio en el perfil clínico del paciente atendido por IRA.

Materiales y métodos: Estudio prospectivo investigación 1994 – 2025 Criterios de inclusión: Creatinina mayor del 20% Criterios de exclusión: Pacientes embarazadas o trasplantados renales. Pacientes incluidos 3261pacientes. En este estudio hemos estudiado la IRA antes (PRECOVID) y después (POSTCOVID). Se ha analizado perfil clínico de la IRA pronostico (ISI Liño, IFMO), estado general y morbilidad (Karnofsky, ECOG, Charlson) Grado de aporte nutricional (1 a 4, normal a ausencia) También la influencia de grupos de edad (A < 55 años, B 55 a 64 años, C 65 a 74 años, D 75 a 84 años, E 85 años y mayor). Se valoraron datos analíticos.

Resultados: PRECOVID y POSTCOVID. Tamaño población 2872 vs 389. Edad 63.1 EE 0.29 vs65.7 EE 0.806 ($p < 0,002$). Varones 71% vs 72.7% (ns). Edad < 55 años 24.7%, > 85 años 4.4% vs Edad < 55 años 19.5% Edad > 85 años 7.7% ($p=0,001$) Exitus 12.7% vs 7.8 % ($p < 0,001$). Según grupos de edad: A 19.6%, B 19.5 %, C 14.9%, D 14.3%, E 11.9% vs A 11.8%, B 14.9 %, C 9.4%, D 5.4 %, E 2.8%. Necesidad tto sustitutivo 26.3 % vs 16.5 % ($p < 0,001$). Según grupos de edad: A 29.8%, B 28.3 %, C 26.7%, D 22.3%, E 11.9% vs A 25%, B 16 %, C 18.8%, D 9.7%, E 10%.

Tipo de FRA. Factores funcionales 75.9% vs 75.3 % (ns). Patología inflamatoria: 41.1 % vs 36.2% ($p=0,03$). ICC 4.1% vs 6.9% ($p=0,011$). ONCO 29.9% vs 19.3 % ($p < 0,001$) Pronóstico ISI 0.3046 (EE0.004) vs 0.267 (EE0.008) ($p=0,003$). IFMO 3.38 (EE0.05) vs 2.80 (EE0.123) ($p < 0,001$).

Estado físico y morbilidad Karnofsky 68.87 (EE0.300) vs 70.91 (EE 1.627) ($p=0,021$). ECOG 1.94 (EE0.02) vs 1.06 (EE0.05) ($p < 0,001$). Charlson 4.03 EE0.102 vs 6.54 EE0.256 ($p < 0,001$). Grado de aporte nutricional 2,1 (EE 0.02) vs 1.75 (EE 0.047) ($p < 0,001$).

Patrones de riesgo: Mortalidad: ictericia OR 4.258, Oliguria OR 5.846 vs Ictericia OR 8.393 Respiración asistida OR 6.961. Necesidad tto sustitutivo: Oliguria OR 11.848 Respiración asistida 10.162 vs Oliguria OR 40,080 Respiración asistida 6.97.

Datos analíticos No encontramos diferencias con niveles de creatinina basal, inicial, pico o final. PCR o BNP.

Conclusiones: La COVID supuso un cambio en la asistencia en las primeras olas. En nuestra serie histórica se advierte una IRA en población de mayor edad, con mejor estado general y menor post-ración, menor presencia de patología oncológica y mayor cardiovascular, con mejor pronóstico, menor mortalidad y necesidad de tratamiento sustitutivo, con una mayor presencia del fallo respiratorio en el patrón de riesgo de fallecimiento. Esos cambios pueden deberse al envejecimiento poblacional, pero sin que eso suponga un deterioro del tipo de paciente asistido.

Resúmenes

Insuficiencia renal aguda y nefropatías tubulointersticiales

487 ENDOCARDITIS INFECCIOSA. UNA COMPLICACIÓN MÁS QUE MORTAL

LK. EXILUS¹, R. SÁNCHEZ MARIN¹, A. SAURINA SOLÉ¹, AM. GARCÍA BUENO¹, M. POU POTAU¹, D. OLEAS VEGA¹, M. RAMÍREZ DE ARELLANO SERNA¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE TERRASSA (ESPAÑA)

Introducción: La endocarditis infecciosa (EI) es una enfermedad grave con elevada mortalidad. En casos severos, especialmente cuando no pueden ser operados, la mortalidad a corto plazo puede ser muy elevada (> 60%). Frecuentemente pueden presentar complicaciones locales (abcesos, insuficiencia cardíaca) y sistémicas (émbolos sépticos). La lesión renal aguda (LRA) es una complicación frecuente en pacientes con EI y se ha identificado como un predictor independiente de mortalidad.

Objetivo: Evaluar los resultados, evolución y pronóstico de los pacientes que han presentado Endocarditis Infecciosa durante los últimos 10 años en nuestro centro.

Material y métodos: Realizamos un estudio retrospectivo, descriptivo y observacional de los pacientes que han presentado Endocarditis Infecciosa en nuestro hospital. Se describen edad, sexo, diabetes, presencia de inmunosupresión, válvula afectada, origen de infección, método diagnóstico y función renal basal. Se describe indicación quirúrgica, complicaciones, evolución renal, presencia de LRA (Clasificación AKIN- KDIGO 2012) y mortalidad.

Resultados: Se recogen datos de 63 pacientes. La muestra está compuesta por hombres en un 71% y con una edad media de 67.9± 13.8 años. El 40% son diabéticos y el 17% presentan algún grado de inmunosupresión. La mayoría de las Endocarditis infecciosas sucedieron sobre válvula nativa (70%), siendo la distribución más frecuente en válvula Aórtica. Aún la identificación microbiológica (en el 91%), en la mitad de los casos se desconoce el origen de la infección. El diagnóstico se realiza mediante ecografía en el 92% de los casos. Al 47.6% de los pacientes se les indica cirugía y esta decisión es independiente de las complicaciones presentes al diagnóstico. Al presentar complicaciones sistémicas, las más frecuentes fueron las espondilodiscitis y los émbolos cerebrales (47% ambas). El 33% de los pacientes presentaban enfermedad renal crónica (ERC), 10% con enfermedad renal en diálisis. El 38% de los pacientes sin ERC terminal presentaron LRA moderada-severa (AKIN 2-3). Falleció el 23.8% de la muestra. De los pacientes que fallecieron el 60% presentaban lesión renal aguda. El 90% de los pacientes a los que se les indicó cirugía sobrevivieron y el 36% de los pacientes a los que se desestimó la cirugía fallecieron.

Conclusiones: El pronóstico de la endocarditis infecciosa está marcado principalmente por la necesidad de valoración quirúrgica, especialmente si presentan complicaciones locales y sistémicas. La mortalidad global fue comparable a la descrita en la literatura. En nuestra muestra, los intervenidos presentaron una menor mortalidad y los pacientes con LRA presentaron mayor mortalidad.

488 FRACASO RENAL AGUDO CON NECESIDAD DE DIÁLISIS DURANTE INGRESO HOSPITALARIO: ¿HAY RECUPERACIÓN?

E. MORENO MARTÍ¹, M. COLOMER CAMARASA¹, I. CARAVACA¹, SL. CASTRO MOLANO¹, G. ROS SOTO¹, J. RODRIGUEZ MANSILLA¹, C. DIEZ LOPEZ¹, N. ROCAMORA ROMERO¹, A. SANTOS GARCIA¹, FJ. PEREZ CONTRERAS¹

¹NEFROLOGÍA. HGU DR. BALMIS (ALICANTE)

Introducción: El fracaso renal agudo (FRA) complica más del 5% de los ingresos hospitalarios. Entre el 10-20% de fracaso renal grave continúa precisando depuración extra-renal al alta y, algunos de los que recuperan, con el tiempo progresan a insuficiencia renal terminal. Nuestro objetivo fue valorar la evolución, el pronóstico renal y global de los pacientes con fracaso renal que precisan diálisis (FRA-HD) durante un ingreso hospitalario en los últimos 5 años en nuestro centro.

Material y métodos: Estudio unicéntrico, retrospectivo. Se seleccionaron todos los pacientes con FRA-HD durante un ingreso hospitalario en los últimos 5 años. Se excluyeron los pacientes con ERC G4 o superior y aquellos pacientes sin seguimiento al alta.

Se recogieron variables clínicas, demográficas y evolución de la función renal en el seguimiento.

Resultados: Se estudiaron un total de 106 pacientes, 67% varones de edad 62.7 ± 16.5 años. El 31% eran diabéticos, 59.4% hipertensos y 48.1% dispépticos. El 24.6% había tenido un evento cardiovascular previo. El 69.5% no tenía enfermedad renal previa al ingreso (con FGe basal de 79ml/min/1.73m²).

El motivo de ingreso fue en la mayor parte el propio fracaso renal agudo (31.1%), seguido de intoxicaciones medicamentosas (14.1%) o evento cardiovascular (14.2%). El 41.5% de los pacientes precisó ingreso en UCI.

En el 38% de los casos el FRA se atribuyó a factores pre-renales, el 9.4% por intoxicación medicamentosa, el 22% de etiología multifactorial.

La principal indicación de inicio de hemodiálisis (46.2%) fue oliguria o mal manejo de volumen, seguido de acidosis metabólica 9.4%, 7.5% hiperpotasemia y en 23.6% una combinación de las anteriores.

Del total de pacientes, 29% falleció durante el ingreso. De ellos, 72% estaba ingresado en unidad de críticos.

La recuperación de la función renal para retirar HD en los pacientes que sobrevivieron al ingreso hospitalario fue muy elevada (en 97.4%), con un FGe al alta de 49 ± 29 y un FGe de 55 ± 26 mL/min/1.73m² tras una mediana de seguimiento de 7 meses, si bien era más bajo que previo al fracaso renal.

Solo dos pacientes precisaron inicio de HD tras el alta hospitalaria, ambos en el primer mes.

La mortalidad global tras el ingreso fue del 19% y aconteció en una media de 17.8 meses tras el alta hospitalaria.

Conclusiones: • El FRA-HD es una complicación grave, con elevada mortalidad intrahospitalaria;

• La mayoría de los pacientes con FRA-HD tenían función renal previa normal, lo que demuestra la necesidad de medidas de prevención a nivel poblacional; • En aquellos pacientes que sobrevivieron al ingreso, la prevalencia de ERC aumenta, aunque la supervivencia libre de tratamiento sustitutivo renal es alta a corto plazo.