

560 DISOCIACIÓN CLÍNICO-HISTOLÓGICA EN LOS ESTADIOS DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

J. SANDINO PÉREZ¹, R. RODRIGUEZ-RODRIGUEZ², M. HORNUM³, A.E. RODRIGUEZ-RODRIGUEZ⁴, S. BEVC⁵, F. TREVISANI⁶, G. FERNÁNDEZ⁷, M. NAVARRO DIAZ⁸, E. MORALES RUIZ⁹, E. PORRINI¹⁰
¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL (MADRID/ESPAÑA), ²ANATOMÍA PATOLÓGICA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS (TENERIFE/ESPAÑA), ³NEFROLOGÍA. RIGSHOSPITALET (COPENHAGEN/DINAMARCA), ⁴UNIDAD DE INVESTIGACIÓN. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS (TENERIFE/ESPAÑA), ⁵NEFROLOGÍA. UNIVERSITY MEDICAL CENTRE MARIBOR (MARIBOR/ESLOVENIA), ⁶IRCCS OSPEDALE SAN RAFFAELE. IRCCS OSPEDALE SAN RAFFAELE, URI-INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN UROLOGICA (MILAN/ITALIA), ⁷NEFROLOGÍA. HOSPITAL LA PAZ (MADRID/ESPAÑA), ⁸NEFROLOGÍA. HOSPITAL MOISÉS BROGGI (BARCELONA/ESPAÑA), ⁹NEFROLOGÍA. HOSPITAL 12 DE OCUBRE (MADRID/ESPAÑA), ¹⁰FACULTAD DE MEDICINA, ITB: INSTITUTO DE TECNOLOGÍAS BIOMÉDICAS, UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA. INSTITUTO DE TECNOLOGÍAS BIOMÉDICAS, FACULTAD DE MEDICINA, ITB: INSTITUTO DE TECNOLOGÍAS BIOMÉDICAS, UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA (TENERIFE/ESPAÑA)

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

dentro del proyecto European Nephrectomy Biobank (ENBiBA), en nombre del Grupo de trabajo DIABESITY de la ERA.

Introducción: La clasificación de la KDIGO de la enfermedad renal crónica (ERC) es una herramienta ampliamente extendida para facilitar la estratificación de los pacientes en función de su riesgo de progresión hacia la ERC terminal. Sin embargo, dicha clasificación no está respaldada en hallazgos histológicos que corroboren que existe una correcta correlación entre el grado de cronicidad real y los estadios de la enfermedad. Así pues, el objetivo de este estudio fue evaluar si la clasificación actual de la ERC se corresponde con los hallazgos histológicos de cronicidad.

Material y métodos: Estudio multicéntrico retrospectivo de una cohorte de pacientes que fueron sometidos a una nefrectomía (parcial o radical) por carcinoma renal entre enero de 2015 y diciembre de 2022, en los que se analizó el parénquima renal sano y se valoró si existía correlación entre el daño crónico observado y el grado de ERC. Para esto, los pacientes fueron divididos en dos grupos (en función del filtrado glomerular estimado [FGe] antes de la cirugía: <60 ml/min/1.73m² y >60 ml/min/1.73m²) y se estimó el porcentaje de glomerulos esclerosados, fibrosis y atrofia tubular y el daño vascular. El coeficiente de correlación se estimó utilizando la Tau-b de Kendall. Se llevó a cabo un análisis de regresión multivariable ajustando para edad, hipertensión arterial, diabetes, grado de proteinuria, dislipemia y obesidad.

Resultados: Un total de 357 pacientes disponían de muestra histológica analizada. La mediana de edad fue de 65 años (RIC: 55-74). El 68% eran varones. Un total de 229 pacientes (64%) eran hipertensos, mientras que 102 (28%) eran diabéticos. Ciento diecisiete (32%) eran obesos y 152 (42%) tenían dislipemia. Ciento un paciente (28,3%) tenían FGe <60 ml/min/1.73m² mientras que 249 (69,7%) presentaron FGe >60 ml/min/1.73m². Dentro del grupo con FGe <60, un 24% tenían menos de 10% de glomerulos esclerosados, mientras que un 19% y 20% presentaban fibrosis y atrofia tubular <5% respectivamente. Por otro lado, dos tercios de los pacientes con FGe >60, tenían hialinosis arteriolar moderada. El grado de correlación entre el FGe y los signos de daño histológico fue débil (r = -0.21, p: <0,001). Tras llevar a cabo el análisis multivariable, solamente la edad, grado de proteinuria y de fibrosis influyeron sobre el FGe.

Conclusiones: El daño histológico observable no parece guardar una correlación fidedigna con los estadios de la enfermedad renal crónica extendidos actualmente.

561 DESARROLLO DE UN PROGRAMA DE CRIBADO DE ALBUMINURIA PARA DETECCIÓN PRECOZ DE ERC

LC. LUCÍA CORDERO GARCÍA-GALÁN¹, LG. LAURA GARCÍA-PUENTE SUÁREZ², RS. ROSA SÁNCHEZ HERNÁNDEZ³, AG. ALICIA GARCÍA PÉREZ⁴, BJ. BEATRIZ JIMÉNEZ MORENO⁵, MB. MIGUEL ÁNGEL BONILLO GÓMEZ⁶, CP. CARMEN PLAZA NOHALES⁷, AM. ALBINA MELO ALMIÑANA⁸, JF. JESÚS FERNÁNDEZ TABERA⁹, AO. ALBERTO ORTIZ ARDUAN¹⁰

¹SERVICIO DE NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ (MADRID/ESPAÑA), ²SERVICIO DE NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO REY JUAN CARLOS (MÓSTOLES/ESPAÑA), ³SERVICIO DE NEFROLOGÍA. HOSPITAL GENERAL DE VILLALBA (VILLALBA/ESPAÑA), ⁴SERVICIO DE NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA ELENA (VALDEMORO/ESPAÑA), ⁵SERVICIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS. HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ (MADRID/ESPAÑA), ⁶SISTEMAS DE INFORMACIÓN. HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA ELENA (VALDEMORO/ESPAÑA), ⁷DIRECCIÓN DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL. HOSPITAL UNIVERSITARIO REY JUAN CARLOS (MÓSTOLES/ESPAÑA), ⁸DIRECCIÓN DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL. HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA ELENA (VALDEMORO/ESPAÑA), ⁹DIRECCIÓN DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL. HOSPITAL GENERAL DE VILLALBA (VILLALBA/ESPAÑA)

Introducción: La enfermedad renal crónica (ERC) será la 3ª causa de muerte en España en 2050. Está infradiagnosticada por ser silente hasta fases avanzadas, cuando la eficacia del tratamiento es menor. El cociente albúmina/creatinina en orina (CACo) es un marcador temprano de ERC, principal factor de riesgo de progresión y tratable, pero no se mide a toda la población en riesgo a pesar de las recomendaciones de guías clínicas.

Material y métodos: Desarrollamos en 4 hospitales un programa de cribado de CACo en muestra simple de orina, ligado al cribado de cáncer colorrectal, dirigido a población de 50 a 69 años usuaria del hospital, sin ERC conocida. Analizamos CACo de forma semicuantitativa y en caso positivo se confirmaba con análisis cuantitativo. Si la muestra estaba contaminada o el valor de albuminuria era 30-300mg/g (A2) se repetía para confirmar. Aquellos pacientes con CACo >300mg/g (A3) o A2 confirmado serían valorados por nefrología presencial o telemáticamente.

Resultados: Tras 6 meses, 54.807 cumplieron criterios de inclusión en el programa, 8.698 aceptaron participar y 3.257 entregaron la orina, con una mediana de edad de 57 años. De ellas, 97% tuvieron resultado negativo o CACo <30mg/g (A1) y 13 fueron positivos, 7 A2 (confirmados) y 6 A3. En 99 casos hubo que repetir la muestra, 69 por contaminación y 31 para confirmar A2. El coste por muestra del análisis semicuantitativo fue de 0.20€, y el cuantitativo de 0.36€, estimamos un coste total de 682.24€ y por paciente identificado de 52.48€.

Conclusión: El cribado de CACo es una técnica sencilla, barata, no invasiva que permite detectar ERC precozmente. No supone un aumento significativo de consultas porque la mayoría son resultados negativos, pero en casos positivos podría cambiar el pronóstico. Necesitamos implementar campañas de concienciación para aumentar la participación y revisar los resultados a más largo plazo.

[Ver figura](#)

562 EN PACIENTES CON ERC ESTADIO3, LA CARGA AGUDA DE FÓSFORO ES DETECTADA CON EL RATIO FÓSFORO/UREA EN ORINA, SIN ALTERACIÓN DE LAS HORMONAS FOSFATÚRICAS

C. NOVILLO¹, G. PINAGLIA-TOBARUELA², R. GARCÍA-SÁEZ³, C. RODELO-HAAD³, JR. MUÑOZ-CASTAÑEDA³, MV. PENDÓN-RUIZDEMIR³

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA (CÓRDOBA/ESPAÑA), ²NEFROLOGÍA. INSTITUTO MAIMÓNIDES DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA DE CÓRDOBA (IMIBIC)/ HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA/UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA. (CÓRDOBA/ESPAÑA), ³NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA/ INSTITUTO MAIMÓNIDES DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA DE CÓRDOBA (IMIBIC)/ UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA. (CÓRDOBA/ESPAÑA)

Introducción: En pacientes con enfermedad renal crónica (ERC), el incremento en la ingesta de fósforo inorgánico (Pi) se ha relacionado con mayor progresión de la enfermedad renal crónica y con morbilidad cardiovascular. La detección de la carga aguda de Pi mediante biomarcadores urinarios y hormonales puede ser útil para prevenir progresión de ERC. El objetivo de este estudio fue determinar si el aumento agudo de Pi, se traduce en cambios en la excreción renal de fósforo y en los niveles de hormonas fosfatúricas en pacientes con ERC.

Métodos: Se realizó un estudio prospectivo experimental en 18 pacientes con ERC estadio3. Se hicieron dos visitas (basal y postintervención). En cada visita, los tres primeros días se completó una encuesta dietética, el tercer día se recolectó orina de 24 horas y el cuarto día se efectuaron extracción sanguínea y mediciones antropométricas. La ingesta de fósforo, calcio y proteínas se estimó mediante un calibrador de dietas. Los pacientes se asignaron a tres grupos: uno sin modificaciones en la dieta (control), otro que recibió Pi a través de bebida gaseosa sin azúcar (Refresco Cero) y un tercero que recibió Pi y orgánico mediante queso fresco (Queso Procesado). Se evaluaron variables que reflejan la absorción y excreción renal de fósforo, junto con parámetros hormonales (incluyendo FGF23 y Klotho). Se utilizó ANOVA y modelos lineales mixtos para comparar las diferencias entre los grupos.

Resultados: El análisis ANOVA evidenció una tendencia a aumentar la fracción excretora de fósforo (FeP, p=0.06); y, aunque la relación Fósforo/Urea no mostró diferencias globales (p=0.7), en un subanálisis del grupo Refresco Cero se detectó un incremento significativo (p=0.047). Asimismo, la relación Fósforo/Creatinina no presentó variaciones significativas (p=0.9), y los niveles de FGF23 y Klotho se mantuvieron sin cambios (p=0.9 y p=0.7, respectivamente). Los modelos lineales mixtos corroboraron un aumento significativo en la FeP (p=0.01) y en el ratio Fósforo/Urea (p=0.018) en el grupo de Refresco Cero, sin evidenciar modificaciones en los demás parámetros.

Conclusión: El ratio P/U en orina es el biomarcador que detecta la carga aguda de Pi en pacientes con ERC estadio 3, mientras que las hormonas fosfatúricas no se modifican.

563 MODIFICACIÓN DE LA EXCRECIÓN URINARIA DE POTASIO TRAS TRATAMIENTO CON LA FINERENONA

V. RUBIO MENÉNDEZ¹, R. ALCÁZAR ARROYO², D. GAITÁN TOCORA³, L. MEDINA ZAHONERO⁴, J. MARTÍN NAVARRO⁵, P. MUÑOZ RAMOS⁶, F. PROCACCINI⁷, E. VALLE ÁLVAREZ⁸, M. POLO CAÑOVAS⁹, P. DE SEQUERA ORTIZ¹⁰

¹NEFROLOGÍA. H. UNIVERSITARIO INFANTA LEONOR (MADRID/ESPAÑA)

Introducción: Finerenona es un nuevo antagonista no esteroideo y selectivo de los receptores de mineralocorticoides. Su acción se ejerce bloqueando los efectos de la aldosterona en el túbulo colector renal. No se conoce de forma específica cómo la Finerenona modifica el perfil de excreción de iones en orina.

Material, métodos y Resultados: Estudio observacional con 54 pacientes con DM tipo2 que inician tratamiento con finerenona. Los valores de K sérico y cociente Ku/Cru fueron: Basalmente: 4,4 (+/- 0,4) mmol/L y 47,1 (+/- 30)% n=54. A los 3,5 meses de iniciar el fármaco (n=40) 4,6 (+/- 0,4) mmol/L y 42,7 (+/- 23)%. A los 8,5 meses (n=17): 4,8 (+/- 0,4) mmol/L y 44 (+/- 74)% respectivamente. Como se muestra en la Figura 1, la capacidad renal de excretar potasio estimada por el Ku/Cru disminuye para un mismo grado de kalemia tras iniciar tratamiento con finerenona.

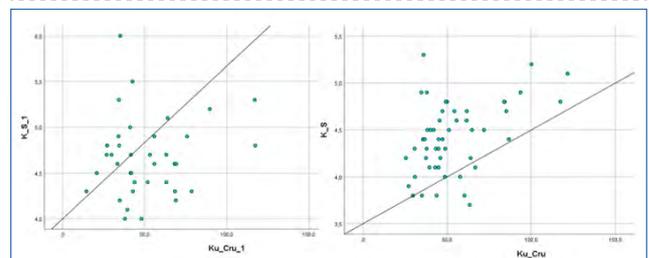
El bicarbonato plasmático medio inicial fue de 24,9 (+/-4) mmol/L y descendió 0,85 mmol/L en la primera revisión (ns). Hubo tres episodios de hiperpotasemia K>=5,5 mmol/L, siendo sus Ku/Cru de 42, 44 y 35% respectivamente.

El bicarbonato medio inicial fue de 24,9 mmol/L. Disminuyó en 0,85 mmol/L (p=0.06) en la 1ª revisión.

En un análisis de curva ROC, el Ku/Cru de mayor sensibilidad/especificidad para desarrollo de hiperkalemia fue el < 42,1, si bien con un área bajo la curva baja (0,581).

Conclusión: La finerenona altera la capacidad renal de excretar potasio estimada por el Ku/Cru. Un cociente Ku/Cru < 42 podría ayudarnos a identificar los pacientes con más riesgo de hiperpotasemia en esta muestra.

Figura 1. Comparación entre el Ku/Cru y los valores de K séricos, antes (izquierda) y después (derecha) del tratamiento con finerenona. La línea diagonal representa la identidad (x = y).



Resúmenes

Enfermedad renal crónica - Epidemiología y clínica

564 INFLAMACIÓN SISTÉMICA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR ATEROSCLERÓTICA Y ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN ESPAÑA: UN ESTUDIO POBLACIONAL UTILIZANDO REGISTROS MÉDICOS ELECTRÓNICOS DE UNA BASE DE DATOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

A. CASES¹, G. PESCE², A. KHACHATRYAN³, B. LOPEZ LEDESMA⁴, G. GUSTO⁵, S. VESTERGAARD ROSEN LUND⁶, N.J. SCHEFFER APECECHEA⁷

¹NEFROLOGIA. HOSPITAL CLÍNIC (BARCELONA), ²REAL-WORLD EVIDENCE & MODELING SOLUTIONS. CERTARA (ITALIA), ³REAL-WORLD EVIDENCE & MODELING SOLUTIONS. CERTARA (REINO UNIDO), ⁴CARDIOVASCULAR DISEASE DEPARTMENT. NOVO NORDISK PHARMA S.A (MADRID), ⁵REAL-WORLD EVIDENCE & MODELING SOLUTIONS. CERTARA (FRANCIA), ⁶NOVO NORDISK PHARMA A/S (DINAMARCA), ⁷CV & EMERGING THERAPY AREAS. NOVO NORDISK PHARMA A/S (DINAMARCA)

Introducción: La inflamación sistémica (IS) es común en pacientes con enfermedad cardiovascular aterosclerótica (ECVA), especialmente en aquellos con enfermedad renal crónica (ERC) asociada. Los niveles elevados de proteína C reactiva (PCR), como marcador de IS, se han asociado en pacientes con ECVA y ERC, con un mayor riesgo de eventos cardiovasculares (ECV), mortalidad y progresión de la ERC. El objetivo del estudio fue estimar la prevalencia de IS en pacientes con ECVA y ERC en España, y describir sus características clínicas.

Material y método: Se utilizaron registros médicos electrónicos de pacientes ambulatorios de la base de datos THIN® para identificar los pacientes con ECVA y una medición de PCR ≥ 1 (enero 2014 - julio 2023) en España. La IS se definió como una PCR ≥ 2 mg/dl. Se definió ERC como un estadio 3 o superior, un FGe <60 mL/min/1,73m², o cociente albúmina/creatinina urinaria ≥30 mg/g.

Resultados: Entre 76.423 pacientes con diagnóstico de ECVA, 15.798 (20,7%) con niveles de PCR fueron incluidos en el estudio, de los cuales 5.111 (34%) tenían ERC. La proporción de pacientes con IS fue del 58% (65% entre aquellos con ERC). Entre los pacientes con ERC, ECVA e IS había un mayor porcentaje de fumadores y de comorbilidades (insuficiencia cardíaca, fibrilación auricular, enfermedad vascular periférica), tenían mayor IMC, así como un FGe, hemoglobina o HDL-c menores y niveles mayores de LDL-c y triglicéridos que aquellos sin IS. Además, recibían más diuréticos, anticoagulantes y antagonistas del receptor mineralocorticoideo, pero menos antiagregantes o estatinas.

Conclusiones: La prevalencia de IS es alta entre los pacientes con ECVA en España, especialmente entre aquellos con ERC. La presencia de IS se asocia con mayor comorbilidad, peor control lipídico y de otros factores de riesgo, y un infratratamiento, por lo que existe margen de mejora en la optimización del tratamiento. Las estrategias para reducir la IS pueden ser beneficiosas en la prevención de ECV y mortalidad en estos pacientes.

565 IMPACTO DEL NIVEL SOCIOECONÓMICO EN LA ELECCIÓN DE LA TERAPIA RENAL SUSTITUTIVA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA AVANZADA

MT. FERNÁNDEZ QUIRÓS¹, E. DELGADO SÁNCHEZ DE MURGA¹, A. PÉREZ MÁRFLI¹, MJ. ESPIGARES HUETE¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES (GRANADA)
Introducción: La elección de la técnica renal sustitutiva (TRS) en pacientes con enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) es un proceso influenciado por factores clínicos, culturales y socioeconómicos. Este estudio tiene como objetivo investigar cómo el nivel económico, el tiempo de permanencia en consulta de ERCA, la comorbilidad y otros factores sociales pueden influir en la elección de la TRS, con el fin de identificar las desigualdades sociales y evitar la inequidad.

Material y método: Estudio retrospectivo que incluyó a los pacientes que iniciaron TRS entre enero de 2020 y diciembre de 2024. Se analizaron variables demográficas, clínicas (antecedentes médicos, índice de Charlson, índice de Barthel) y socioeconómicas (renta por hogar, nacionalidad, barrera idiomática), elección de TRS, candidato a trasplante.

Resultados: Durante el periodo de estudio, 154 pacientes iniciaron TRS en nuestra unidad. Se excluyeron 6 pacientes con un seguimiento inferior a un mes en la consulta de ERCA. La mediana de edad fue de 67 años, con predominio de hombres (57,4%) y nacionalidad española (93,9%). La nefroangiosclerosis asociada a HTA fue la causa más frecuente de ERCA (24,3%), seguida de etiología no filiada (20,9%).

El 79,7% inició tratamiento mediante hemodiálisis en centro (HdC), el 18,2% mediante diálisis peritoneal (DP) y el 2,1% recibió un trasplante renal anticipado (Tra). Veinticinco pacientes (16,95%) tenían contraindicación para DP por antecedentes de cirugía abdominal o cicatrices. Entre los pacientes elegibles para DP, el 20,3% inició TRS mediante dicha técnica.

La mediana del tiempo de seguimiento en ERCA fue de 17 meses, siendo de 13,5 meses en DP y de 17 meses en HdC, sin diferencias estadísticamente significativas.

La renta bruta media por hogar fue significativamente mayor en DP (31.089 €) frente a HdC (27.796 €) (p=0,043).

La edad avanzada (p=0,0085) y la mayor comorbilidad, medida por el índice de Charlson (p=0,0096), se asociaron a la elección de HdC. Los pacientes de nacionalidad extranjera y con barreras idiomáticas iniciaron TRS mediante HdC en mayor proporción, aunque sin alcanzar significación estadística, probablemente por la escasa representación de este grupo.

Finalmente, los pacientes polimedicados presentaron niveles de renta más bajos (p=0,041) y mayor comorbilidad (p=0,001).

Conclusiones: A pesar de que el proceso de toma de decisiones está reglado y documentado, en nuestro centro la HdC fue más común en pacientes con menos recursos, edad avanzada y mayor carga de enfermedad. Estos hallazgos subrayan la necesidad de estrategias integrales en los planes de salud que aborden tanto los factores clínicos como sociales para asegurar la equidad en el acceso a las diferentes modalidades de TRS.

566 MORTALIDAD POR ERC EN ESPAÑA Y SU EVOLUCIÓN EN LOS ÚLTIMOS AÑOS

J. DIAGO¹, A. VILLAROEI¹, A. JIMENEZ², S. JERICÓ³, N. FERNANDEZ⁴, C. ALVARO⁵, A. RONCERO⁶, A. GARCIA⁷, A. DE LAS HERAS⁸

¹BIOPHARMACEUTICALS MEDICAL. AZSTRANENCA (MADRID, SPAIN), ²MEDICLIN. IQVIA (MADRID, SPAIN)
Introducción: La enfermedad renal crónica (ERC) representa una importante preocupación para la salud pública debido a su impacto en la calidad de vida y a las tasas de mortalidad asociadas. El objetivo es describir la mortalidad por ERC en España y sus Comunidades Autónomas en 2024, así como la evolución nacional en los últimos años.

Material y métodos: Se utilizaron datos públicos disponibles en el Ministerio de Sanidad (Fuente: Ministerio de Sanidad. Subdirección General de Información Sanitaria. Mortalidad por causa de muerte.) e Instituto Nacional de Estadística, obtenidos en abril de 2025.

Se presenta el número de defunciones en 2023 y la tasa de mortalidad ajustada por edad por ERC en los años 2016-2023 (CIE-10: N18) en España y sus Comunidades Autónomas.

Resultados: En el año 2023, se registraron un total de 5.130 defunciones causadas por ERC en España (53,18% mujeres, 99,21% ≥65 años). La tasa de mortalidad ajustada por edad por ERC en España fue 8,75/100.000 habitantes. Se presenta una variabilidad entre las Comunidades Autónomas, con una tasa de mortalidad ajustada por edad mayor a la nacional en Baleares, Cataluña, Ceuta, Comunidad Valenciana, Melilla, Murcia y Navarra (Tabla 1). A lo largo del tiempo, la mortalidad ajustada por edad por ERC por 100.000 habitantes en España ha mostrado una evolución ascendente siendo de 6,68 en 2016, 6,91 en 2017, 7,42 en 2018, 7,35 en 2019, 7,58 en 2020, 7,66 en 2021, 8,25 en 2022 y 8,75 en 2023.

Conclusiones: Los resultados muestran un aumento de la mortalidad por ERC en España en los recientes años. La progresión de la mortalidad por ERC se podría ralentizar con intervenciones y estrategias que mejoren los resultados clínicos de los pacientes y disminuyan la carga de la enfermedad para el Sistema de Salud español, con la necesidad de ser aplicadas en cada región.

■ **Tabla 1.** Número de defunciones y tasa ajustada por edad por ERC en 2023.

Lugar geográfico	Número de defunciones	Tasa de mortalidad ajustada por edad por ERC por 100.000 habitantes
España	5.130	8,7504
Andalucía	730	8,5309
Aragón	168	8,4391
Asturias	133	7,4504
Baleares	101	9,3296
Canarias	167	8,2051
Cantabria	60	7,0527
Castilla y León	247	5,2265
Castilla La Mancha	201	7,8043
Cataluña	1.439	15,2834
Ceuta	6	12,1039
Comunidad Valenciana	571	9,8828
Extremadura	119	7,8746
Galicia	253	5,3786
Madrid	431	5,5786
Melilla	8	17,4053
Murcia	146	10,0632
Navarra	86	9,5031
País Vasco	234	7,2432
La Rioja	30	6,2473

*Fuente: Ministerio de Sanidad. Subdirección General de Información Sanitaria. Mortalidad por causa de muerte.

567 ASISTENCIA EN ACTO ÚNICO POR TELECONSULTA EN MAYORES DE 80 AÑOS. VALORACIÓN DE EFICACIA EN LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

MM. MACHADO ALVAREZ¹, BA. AVILÉS BUENO¹, PH. HIDALGO GUZMÁN¹, MG. GONZÁLEZ DEL RIO¹, DR. REYES ENCALADAA¹, PR. RUIZ ESTEBÁN¹, RT. TOLEDO ROJAS¹, LP. PEREA¹, VL. LÓPEZ JIMÉNEZ¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL REGIONAL DE MÁLAGA (MÁLAGA)
Introducción: La enfermedad renal crónica (ERC) es un problema de salud pública con prevalencia en aumento. En mayores de 80 años se recomienda, si precisa, valoración conjunta con Atención Primaria (AP) mediante teleconsulta en función de fragilidad, comorbilidad, evolución y pronóstico.

Nuestro objetivo es evaluar la eficacia de la teleconsulta en acto único en pacientes mayores de 80 años con ERC y comparar las poblaciones que se derivan a seguimiento de forma presencial y las que se resuelven en teleconsulta.

Material y método: Análisis retrospectivo de las teleconsultas desde AP a Nefrología realizadas por pacientes mayores de 80 años durante 12 meses en nuestra Área Sanitaria de 625.390 habitantes. Analizamos tiempo de respuesta, porcentaje de actos únicos y de derivaciones a consulta presencial, fragilidad, función renal, mortalidad a un año y necesidad de EPO. La comparación de datos se ha hecho mediante chi-cuadrado y t-student. Se han considerado diferencias significativas p < 0,05 entre ambos grupos en cuanto al género, motivo de consulta, filtrado glomerular, proteinuria, CPC, hematuria y test de fragilidad de Barthel.

Resultados: En nuestra área, 263 (30%) de las 878 teleconsultas realizadas en 2024 fueron mayores de 80 años. De ellos, 64% mujeres, edad media 86,2±4,0 años, tiempo de respuesta 3,8±3,2 días. El 92% resueltas en acto único. Los motivos principales de solicitud fueron deterioro de función renal (34,2%) y ERC (23,6%). El test de fragilidad de Barthel de los pacientes era de 67,2±28,8 (moderada). El FGe (CKD- EPI): 34,1±14,8 mL/min/1,73m² y de 35,6±13,9 mL/min/1,73m² a los 6 meses. Un 35% tenían determinación de albuminuria basal que era de 35,5±78,1 mg/g. Un 10% necesitó EPO. Mortalidad estimada a un año 6,8%. Se derivaron para seguimiento presencial un 19,8% que tenían significativamente un FGe menor, mayor proteinuria, microhematuria y menor fragilidad respecto al resto (ver tabla).

Conclusiones: Mediante teleconsulta, en el plazo de una semana, se resolvieron el 92% de casos con una sola valoración. Un 19,8% de pacientes con FGe peor, mayor proteinuria, hematuria y menor fragilidad se derivaron a consulta presencial. Es una herramienta rápida, eficaz de soporte bidireccional en Atención Primaria.

■ **Tabla 1.**

	Presencial n=52 (19,8%)	Virtual n=211 (80,2%)	P value
Género mujer n (%)	26 (50)	142 (67,3)	0,020
Edad media±SD	85,7±10,9	86,3±11,9	0,350
FGe basal media±SD	28,5±12,8	35,5±14,9	0,002
FGe 6 meses media±SD	31,5±12,9	36,7±13,9	0,025
CPCu basal n (%)	24 (49,0)	25 (17,9)	<0,001
CPCu 6 meses n (%)	18 (49)	18 (16,7)	<0,001
Log ₁₀ CPCu basal (mg/g) media±SD	2,2±1,5	0,9±1,8	0,001
Log ₁₀ CPCu 6 mes (mg/g) media±SD	2,1±1,5	1,0±1,9	0,008
Hematuria basal n (%)	13 (25)	24 (12,4)	0,025
Test de Fragilidad Barthel	79,2±23,9	64,6±29,1	0,002
EPO n (%)	8 (15,4)	18 (8,7)	0,148
Exito n (%)	3 (5,8)	15 (7,1)	0,732

*FGe: Filtrado Glomerular Estimado por CKD EPI (mL/min/1,73m²). **CPCu: cociente creatinina en orina/proteinuria.
 †Log₁₀CPCu: Logaritmo cociente creatinina en orina/proteinuria

568 COMPOSICION CORPORAL EN OCTOGENARIOS CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA. PAPEL DEL GENERO

S. CIGARRAN¹, A. SANJURJO², R. VAZQUEZ³, A. SANTIDRIAN⁴, J. RIOS⁵, I. GONZALEZ⁶, E. GONZALEZ⁷, G. BARRIL⁸

¹NEFROLOGIA. HOSPITAL RIBERA POLUSA (LUGO/ESPAÑA), ²NEFROLOGIA. HOSPITAL PUBLICO DA MARIÑA (BURELA/LUGO), ³FARMACOLOGIA Y ESTADÍSTICA MÉDICA. HOSPITAL CLINIC (BARCELONA/ESPAÑA), ⁴GERIATRÍA. HOSPITAL DE GUADALAJARA (GUADALAJARA/ESPAÑA), ⁵NEFROLOGIA. FUNDACIÓN JIMENEZ DÍAZ (MADRID /ESPAÑA), ⁶NEFROLOGIA. FUNDACIÓN INVESTIGACIONES BIOMÉDICAS (MADRID)

La población mundial está envejeciendo y la prevalencia de la enfermedad renal crónica (ERC) está aumentando. En varios estudios epidemiológicos, aproximadamente entre un tercio y la mitad de las personas mayores de 70 años tienen ERC y por tanto están en riesgo de riesgo de enfermedad cardiovascular. Se estima que en 2040, en USA más de 27 millones personas presentarán ERC cuando los "baby boomers" lleguen a la vejez.

El objetivo de este estudio es evaluar las diferencias en la composición corporal (CC) en octogenarios seguidos en una unidad de Nefrología en un estudio observacional, prospectivo y longitudinal, durante 14 años, según el género.

Se incluyeron 724 pacientes (335 mujeres (46.4 %), edad 84.7 ± 3.5 años, 42.1% diabéticos, GFR-EPI 36.6 ± 14.7 ml/min/1.73m², UACR 238.2 ± 617.7 mg/gr crea) a los que se les realizó, Bioimpedancia vectorial tetrapolar en brazo dominante (Akern, Modena, Italia) a una frecuencia de 50Hz, 0.8 Amp de intensidad) analizando Na-K ex, Masa Celular % (MC), Masa muscular % (MM), Masa Grasa % (MG), Agua Total % (AT), Agua intracelular % (AIT), Agua extracelular % (AET), Angulo de Fase (AF^o). La fuerza muscular se evaluó con el dinamómetro (Handgrip Baseline Hydraulic Hand Dynamometer, NexGen Ergonomics Inc, Quebec, Canada) con resultados en Kg. Además, se evaluaron factores de riesgo de inicio de TRS (Fórmula KFRE), riesgo de fracturas a 10 años (cadera y osteoporótica) mediante FRAX, riesgo cardiovascular y comorbilidad de Charlson ajustado por edad. Los datos fueron procesados con el programa estadístico SPSS 28 (Universidad de la Coruña) para Windows.

Epidemiológicamente mujeres evidenciaron menor comorbilidad (7.7 ± 2.1 vs 8.14 ± 2.1; p<0.001), menor % de riesgo de inicio de TRS (10.7±15.0 vs 13.3 ±18.9; p<0.001); Mayor riesgo de fractura osteoporótica (18.5± 9.7 vs 7.2 ± 3.7; p<0.001); y de cadera (9.5± 8.3 vs 4.0 ± 2.7; p<0.001). Tabla 1.

En cuanto a la CC la mujer evidencia mayor %Grasa (42.1±6.9 vs 31.8 ±6.9; p<0.001), AE% (52.6 ± 6.02 vs 50.8 ±5.5; p< 0.001). Menor: % Muculo (33.0 ± 6.9 vs 39.4 ±7.12 ; p<0.001). Na-K ex (1.08 ± 0.2 vs 1.16 ± 0.2 .p<0.001), AT % (45.9 ± 5.36 vs 54.1 ± 5.29. p<0.001), AI (47.1±6.2; p<0.001). Funcionalmente la mujer presentó menor Fuerza muscular (16.5±4.9 vs 26.1 ±7.4; P<0.001). Dinapenia fué más frecuente en varones 197 (27%) y 149 Mujeres (20.4%). 41 (5.7%) pacientes evidenciaron Sarcopenia.

Concluimos que el género influye en la CC de octogenarios con ERC, por lo que las terapias nutricionales y de ejercicio deben adaptarse a cada paciente para ralentizar su progresión, mejorar su calidad de vida y pronóstico.

[Ver tabla](#)

569 ¿AFECTA LA FUNCIÓN RENAL EN LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR EN PACIENTES PREDIÁLISIS?

B. ESCAMILLA-CABRERA¹, C. RAMOS-DEASCANIO¹, MJ. RODRÍGUEZ-GAMBOA¹, MJ. LUIS-LIMA¹, C. CRUZ-PERERA², L. DIAZ-MARTIN³, A. VELEZ DE MENDIZABAL-BERRIO⁴, D. PÉREZ-ESPIÑEIRA⁵, D. HERNÁNDEZ-MARRERO⁶, E. PORRINI⁶

¹NEFROLOGIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS (LA LAGUNA), ²LABORATORIO. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS (LA LAGUNA), ³LABORATORIO DE FUNCIÓN RENAL. FACULTAD DE MEDICINA. UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA (LA LAGUNA), ⁴LABORATORIO DE FUNCIÓN RENAL. INSTITUTO DE TECNOLOGÍAS BIOMÉDICAS (ITB). FACULTAD DE MEDICINA. UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA (LA LAGUNA)

Introducción: La enfermedad cardiovascular (ECV) es muy prevalente en la enfermedad renal crónica (ERC). El riesgo aumenta conforme progresa la ERC. Sin embargo, la asociación entre función renal y ECV en pacientes con ERC avanzada (pre-diálisis) se desconoce.

Material y métodos: Evaluamos la asociación entre ECV y función renal (GFR) en una cohorte de pacientes pre-diálisis (GFR < 30 ml/min). La función renal fue evaluada mediante GFR medio (mGFR) por aclaramiento plasmático de iohexol y estimada (eGFR) por 4 fórmulas (CKD-EPI creatinina, MDRD, CKD-EPI-cistatina y CKD-EPI-Creatinina-cistatina). La asociación entre GFR y ECV fue analizada por regresión logística. El modelo incluía factores de riesgo clásicos y específicos de ECV como edad, tabaquismo, hipertensión, diabetes, dislipemia, ECV previa, sobrepeso/obesidad, anemia y metabolismo óseo mineral, proteinuria, eGFR, mGFR y tratamientos: betabloqueantes, inhibidores del eje renina-angiotensina, diuréticos, estatinas, antiagregantes, anticoagulantes y tratamiento para la anemia y metabolismo óseo.

Resultados: Incluímos 315 pacientes, seguimiento 19 meses [IQR 9-45]. 118 pacientes (30%) presentaron un evento CV, 18 fatales. La edad media fue de 65±12.5 años, 255 (65%) pacientes eran varones, 172 (70%) tenían IMC>25 kg/m², 226 (58%) eran diabéticos, 206 (53%) fumadores o exfumadores y 117 (30%) tenían ECV previa. 195 (50%) pacientes recibían antiagregantes y 56 (14%) estaban anticoagulados. 193 (50%) pacientes recibían tratamiento con inhibidores del eje renina-angiotensina, 265 (68%) con estatinas, 275 (70%) de recibían tratamiento para CKD-MBD, 56% con vitamina D o sus análogos. Los principales factores asociados con la aparición de nuevos eventos CV fueron edad (HR 1,06, p=0.0001), diabetes (HR 2,12, p=0.006), tabaquismo (HR 1,67, p=0.05), ECV previa (HR 2,35, p=0.002) e IMC (HR 1,04, p=0.05). Ni el mGFR, ni el eGFR, la proteinuria ni otros FRCV tradicionales como hipertensión o dislipemia se asociaron significativamente con la aparición de nuevos eventos cardiovasculares.

Conclusión: En pacientes con ERC avanzada el grado de disfunción renal no aumenta la aparición de eventos cardiovasculares. La optimización de tratamientos dentro de los objetivos terapéuticos (metabolismo óseo mineral, anemia, HTA, dislipemia) cambia la historia natural de la enfermedad quedando como principales predictores de riesgo cardiovascular la diabetes, la ECV previa, tabaquismo y el sobrepeso/obesidad. Incidir en estos últimos puede reducir la ECV en esta población de alto riesgo.

570 ¿CREATININA O CISTATINA, QUE LE VIENE MEJOR AL FILTRADO GLOMERULAR? DG. GAITÁN TOCORA¹, R. ALCAZAR ARROYO², V. RUBIO MENÉNDEZ³, L. MEDINA ZAHONERO⁴, JA. MARTIN NAVARRO⁵, F. LUCA PROCACCINI⁶, P. MUÑOZ RAMOS⁷, R. LUCENA VALVERDE⁸, M. PUERTA CARRETERO⁹, P. DE SEQUERA ORTIZ¹⁰

¹NEFROLOGIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA LEONOR (MADRID/ESPAÑA)

Introducción: Las fórmulas empleadas para estimar el filtrado glomerular (FG), en enfermedad renal crónica (ERC) son las basadas en la creatinina sérica (FGcr) y cistatina C (FGcys). Ambas tienen limitaciones. La creatinina un producto del metabolismo muscular, sobrestima el FG en estados de malnutrición, mientras la cistatina C, producida por todas las células nucleadas, lo hace en estados inflamatorios. La inflamación y malnutrición, son frecuentes y suelen coexistir en los pacientes con ERC, no hay consenso claro sobre que fórmula es más fiable. Analizamos ambos biomarcadores en ERC.

Material y método: Estudio observacional prospectivo en pacientes incidentes con ERC en consulta de nefrología de un hospital de 2º nivel.

Se evaluó el FGcr vs FGcys, frente al aclaramiento de creatinina (Clcr) de muestras bien recogidas por criterios de Imbembo y Walser. Además, se analizaron parámetros nutricionales: Índice de masa corporal (IMC), albúmina sérica, Proteína C reactiva (PCR) e ingesta proteica (fórmula de Maroni).

Resultados: Se analizaron 48 muestras para el FGcr y 39 FGcys. El FGcr, mostró una ligera sobreestimación con valores bajos del Clcr, mientras que FGcys, presentó menor sesgo con límites de concordancia más estrechos, indicando mayor precisión relativa, aunque con mayor dispersión en valores extremos (Figura).

FGcr mostró una correlación positiva significativa con la PCR (p = 0,383) e ingesta proteica (p = 0,296), y una correlación débil con IMC y negativa con albúmina. FGcys se correlacionó positivamente con la albúmina (p = 0,263) e ingesta proteica, pero mostró una correlación negativa con el IMC (p = -0,21).

Conclusiones: El FGcr, puede estar influenciado por el estado inflamatorio y nutricional, mientras que FGcys, puede estar más relacionada con el estado proteico y menos afectada por la masa muscular. Estos hallazgos respaldan el uso combinado de ambas estimaciones para una evaluación más integral del paciente renal.

[Ver figura](#)

571 ESTIMACIÓN DE LA FUNCIÓN RENAL EN LA PRÁCTICA CLÍNICA: UN JUEGO DE AZAR S. LUIS-LIMA¹, A. GUTIÉRREZ DALMAU², F. MORESO MATEOS³, C. BURBALLA TÁRREGA⁴, A. MANONNELLE⁵, E. GONZÁLEZ-MONTE⁶, P. DELGADO-MALLÉN⁷, R. MIQUEL-RODRÍGUEZ⁸, A. GONZÁLEZ-RINNE⁹, E. PORRINI⁹

¹LABORATORIO CENTRAL. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE CANARIAS (LA LAGUNA/ESPAÑA), ²NEFROLOGIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET (ZARAGOZA/ESPAÑA), ³NEFROLOGIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA VALL D'HEBRON (BARCELONA/ESPAÑA), ⁴NEFROLOGIA. HOSPITAL DEL MAR (BARCELONA/ESPAÑA), ⁵NEFROLOGIA. HOSPITAL DE BELLVITGE (BARCELONA/ESPAÑA), ⁶NEFROLOGIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO (MADRID/ESPAÑA), ⁷NEFROLOGIA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE CANARIAS (LA LAGUNA/ESPAÑA), ⁸LABORATORIO DE FUNCIÓN RENAL. UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA (LA LAGUNA/ESPAÑA)

Introducción: La función renal se evalúa en la práctica clínica mediante fórmulas basadas en creatinina y/o cistatina-C. Se han publicado más de 70 fórmulas en los últimos 70 años. Sin embargo, la fiabilidad y el error real de las fórmulas siguen siendo objeto de debate. Nuestro objetivo fue evaluar el error de todas las fórmulas publicadas hasta la fecha en una cohorte de 2903 pacientes con y sin enfermedad renal.

Material y método: La TFG se midió por el método iohexol-dbs entre julio de 2013 y junio de 2024. Además, se estimó la TFG utilizando 54 fórmulas basadas en creatinina y/o cistatina-C. El grado de acuerdo entre la TFG medida y estimada se evaluó mediante los estadísticos: TDI, CCC y CP. Además, analizamos el "accuracy" P10 y P30.

Resultados: El TDI promedio fue 69%, 67% y 51% para las fórmulas basadas en creatinina, cistatina-C y la combinación de ambas, respectivamente. Esto significa que el 90% de las estimaciones mostraron un error entre -69% y +69%, -67% y +67%, y -51% y +51% en comparación con la TFG medida. El CCC promedio fue 0,876, 0,877 y 0,915 para las fórmulas basadas en creatinina, cistatina-C y la combinación de ambos marcadores, mostrando una concordancia baja y moderada, respectivamente. El CP promedio fue 23, 24 y 29 para las fórmulas basadas en creatinina, cistatina-C y la combinación de ambas, lo que indica que el 77%, 76% y 71% de las estimaciones de TFG presentaron un error superior al ±10% con respecto a la TFGm. Asimismo, las fórmulas basadas en creatinina mostraron un P10 medio del 26%, siendo del 27% para las basadas en cistatina-C y del 32% para las ecuaciones que utilizan ambos marcadores, indicando que solo una cuarta parte o un tercio de las estimaciones presentaron un error inferior al 10% para los diferentes tipos de ecuaciones. Asimismo, los P30 fueron del 66%, 68% y 75% para las fórmulas de creatinina, cistatina-C y la combinación de ambos marcadores, lo que significa que aproximadamente una tercera parte o una cuarta parte de las estimaciones presentaron un error superior al 30% con respecto a la TFG medida para todos los tipos de ecuaciones.

Conclusiones: Ninguna fórmula de estimación mostró una concordancia aceptable con respecto a la TFG medida y por tanto no son fiables para evaluar la función renal en pacientes con y sin ERC. La función renal medida debe utilizarse en situaciones clínicas donde una medición fiable de la TFG es crucial, como en donantes vivos de riñón, trasplante renal, pacientes prediálisis, PQRAD, ajuste de fármacos potencialmente nefrotóxicos o dosificación de fármacos ajustados por la TFG.

Tabla 1.

	10 based formulas				14 based formulas				19 based formulas			
	AKI	END-EPI	MDRD	SWG	AKI	END-EPI	MDRD	SWG	AKI	END-EPI	MDRD	SWG
P10	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43
P30	58	62	64	66	68	70	72	74	76	78	80	82
P50	78	79	81	81	83	84	85	86	87	88	89	90
ACC	52	50	47	46	53	52	50	49	48	47	46	45
CCC	0.819	0.830	0.833	0.828	0.827	0.827	0.828	0.828	0.828	0.828	0.828	0.828
CP	28.9	30.3	31.4	31.2	29.8	29.3	28	28.3	28.3	28.3	28.3	28.3

Resúmenes

Enfermedad renal crónica - Epidemiología y clínica

572 PROYECTO DE CRIBADO CENTINELA DE ERC EN PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO. RESULTADOS A LOS 6 MESES DE SEGUIMIENTO E IMPACTO EN LAS MODIFICACIONES DE TRATAMIENTOS NEFROPROTECTORES

C. RODRÍGUEZ-VELÁSQUEZ¹, E. GIMÉNEZ-CIVERA¹, F. MONCHO-FRANCÉS¹, C. SOLANO¹, R. MURRIÁ-ESTAL², B. AGUILAR¹, M. PUCHADES¹, J. NAVARRO-GONZÁLEZ², E. RODRÍGUEZ-BORJA², J.L. GÓRRIZ²

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALENCIA (VALENCIA/ESPAÑA), ²LABORATORIO DE BIOQUÍMICA CLÍNICA Y PATOLOGÍA MOLECULAR. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALENCIA (VALENCIA/ESPAÑA), ³NEFROLOGÍA. HOSPITAL NUESTRA SRA DE LA CANDELARIA (SANTA CRUZ DE TENERIFE/ESPAÑA)

Introducción: La detección precoz de la enfermedad renal crónica (ERC) en poblaciones de riesgo puede mejorar significativamente la implementación de tratamientos nefroprotectores. Presentamos los resultados del seguimiento a seis meses de un programa de cribado centinela de ERC en nuestra área sanitaria (>340.000 ciudadanos).

Métodos: Entre noviembre-2023 y noviembre-2024, se realizó un cribado en pacientes con factores de riesgo para ERC (HTA, diabetes, obesidad, edad >65 y < 90) o enfermedad cardiovascular. El programa utilizó un sistema de apoyo a la decisión clínica (CDS) que integró diferentes fuentes de datos médicos y analítica, vinculándolos con guías clínicas para la remisión a Nefrología. Se muestran los resultados de dicho periodo y los cambios en los tratamientos en los pacientes con criterios de derivación a Nefrología.

Resultados: Se realizaron 32.618 cribados, de los cuales el 79,1 % no presentaron ERC, el 18,3 % (n=5.975) fueron diagnosticados con ERC sin necesidad de remisión (ERC, estadios G1-3 o A1-2) y el 2,5 % cumplían criterios para ser derivados (FGe < 30, albuminuria > 300 mg/g o progresión renal). De los 837 pacientes (2,5 %) con criterios de remisión a Nefrología, 402 (48%) fueron gestionados on line con instrucciones para atención primaria (por su estabilidad y mejor función renal), y 435 (52%) % fueron atendidos presencialmente.

Los porcentajes de tratamientos nefroprotectores implementados a los 3 y 6 meses de seguimiento en consulta de Nefrología y pacientes resueltos on-line se muestran en la tabla 1. Se realiza comparación de proporciones a los 3 y 6 meses respecto a la basal.

Conclusiones: El cribado centinela apoyado en CDS permitió una mejor detección de ERC y facilitó recomendaciones personalizadas. La implementación de tratamientos fue más efectiva en Nefrología, evidenciando la necesidad de fortalecer estrategias con atención primaria para mejorar la aplicación de las guías terapéuticas.

Tabla 1. Aplicación de tratamiento nefroprotector en los pacientes cribados remitidos a consulta presencial y resueltos de forma on line (análisis de 837 pacientes).

	Pacientes remitidos a Nefrología (n=438)				Pacientes resueltos on line (n=402)					
	Basal	3 meses	6 meses	P (Basal-3m)	Basal	3 meses	6 meses	P (Basal-3m)		
ISRAA, %	72,9	78,5	78,8	0,003	0,213	73,8	71,1	88,8	0,8	0,41
ISRAA dosis máxima, %	20,8	26,1	25,7	0,007	0,007	14,6	15,4	15,0	0,31	0,66
iSGLT2, %	32,0	52,8	55,6	<0,001	<0,001	33,6	43,1	42,3	<0,001	0,002
Estadista, %	64,1	73,2	71,6	<0,001	0,004	67,6	68,4	68,8	0,41	0,31

574 ¿DE VERDAD AUMENTA LA EDAD DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN CONSULTA? E. MATA LLANA¹, L. MARTÍN JIMÉNEZ¹, T. GIRALDO¹, B. GÓMEZ GALLEGOS¹, A. ALVAREZ LOPEZ¹, J.A. RODRÍGUEZ SABILLÓN¹, E. MORENO¹, NR. ROBLES¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BADAJOZ (BADAJOZ)

Introducción: Una de las afirmaciones más habituales en la Nefrología es que la mayor necesidad de atención médica se debe al envejecimiento de la población atendida. Para comprobarlo y disponer de una referencia fiable hemos valorado la edad media de los pacientes atendidos en nuestra consulta externa entre 1991 y 2024.

Diseño y métodos: Se han incluido 10.609 pacientes atendidos en la consulta de nuestro hospital en el periodo 1991-2024, de ellos el 54% eran varones. La edad media, según su fecha de nacimiento en el momento de la primera asistencia a la consulta, era 57,1±17,3 años. Pacientes atendidos por primera vez: 1991-1999, 2573; 2000-2009, 3045; 2010-2019, 3264; 2020-2024, 1647).

Resultados: Podemos decir que la edad media de los pacientes atendidos en consulta ha aumentado desde casi 50 años en la última década del siglo XX hasta 64 años en la tercera década del siglo XXI (1991-1999, 49,9±18,8; 2000-2009, 54,6±18,5; 2010-2019, 61,2±18,7; 2020-2024, 64,8±17,7 años). Los varones siempre han sido mayoría en la consulta salvo en la década 1990-1999 (48,4%), sin diferencias de edad significativas por sexo. Se detecta también un aumento progresivo del número de primeras consultas realizadas.

Conclusiones: Efectivamente, la población vista en primera consulta envejece de media 5 años por década, siendo ya por media anciana en su mayoría en el momento actual. Se detecta también un aumento progresivo del número de primeras consultas realizadas, aunque este sea inferior a la realidad, puesto que en este tiempo se han abierto consultas en otras tres áreas de salud de Badajoz.

573 RESULTADOS DEL PROYECTO DE CRIBADO DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA OCULTA (PROYECTO CERCO) EN EXTREMADURA

E. MATA LLANA¹, J. VILLA¹, P.J. LABRADOR², J.C. AGUILAR³, A. ALVAREZ LOPEZ², NR. ROBLES¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BADAJOZ (BADAJOZ), ²NEFROLOGÍA. HOSPITAL S PEDRO DE ALCANTARA (CACERES), ³NEFROLOGÍA. HOSPITAL DE CORIA (CACERES), ⁴NEFROLOGÍA. HOSPITAL DE DON BENITO-VVA DE LA SERENA (BADAJOZ)

Introducción: El despistaje de la enfermedad renal crónica (ERC) no diagnosticada es uno de los principales problemas a los que nos enfrentamos. Como complemento a la implantación del PAI hemos activado el proyecto CERCO de búsqueda activa de pacientes con enfermedad renal crónica no diagnosticada.

Diseño: Detección precoz de pacientes que presenten enfermedad renal crónica en estadio 3b (FG<45 ml/min) o excreción urinaria de albumina >30 mg/g o mg/día que acudan al Servicio de Urgencias por cualquier patología y se evidencie que no reciben seguimiento en consulta externa por las Unidades de Nefrología del SES, así como pacientes que ingresen con estos resultados analíticos y no reciban seguimiento con interconsulta con Nefrología del Servicio en el que ingresa. Evaluación del paciente siguiendo los mecanismos establecidos en el PAI de ERC de la Comunidad de Extremadura: Confirmación de ERC: evaluación diagnóstica, ajuste de tratamiento y programación de seguimiento.

Resultados: En total se han analizado un total de 1.091 pacientes (23.7% diabéticos, 50.8% varones; edad media 77.1±11.5 años). Se detectaron 348 enfermos con problemas renales (31,9%). De los pacientes evaluados, 218 (19,9%) presentaban filtrado glomerular inferior a 60 ml/min y 238 (21,8%) presentaban albuminuria superior a 30 mg/g. En total 108 pacientes (9,9%) presentaban simultáneamente ambos problemas. De los pacientes con ERC detectada se han generado 157 primeras citas en consulta (14,4% de la muestra global, 45,0% de los sujetos con ERC).

Conclusiones: La búsqueda proactiva de ERC en los pacientes que ingresan en el hospital y/o acuden a Urgencias logró un número significativo de detecciones de pacientes con afectación renal que no eran seguidos en nuestras consultas. Es recomendable la implantación de este tipo de programas en todas las áreas de salud.

575 SITUACIÓN ACTUAL DE LA ALBUMINURIA A3 EN ATENCIÓN PRIMARIA EN UN DISTRITO CENTRAL DE MADRID

C. GARCÍA CARRO¹, C. RIAZA ORTIZ¹, M. PUJOL PUJOL¹, B. IZQUIERDO ALARCÓN¹, R. RAMOS CORRAL¹, M. MARTÍNEZ NOVILLO¹, A. SÁNCHEZ FRUCTOSO¹

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

Antecedentes y objetivos: La albuminuria es el principal marcador de progresión de la ERC, asociándose a mayor riesgo cardiovascular, de cáncer y mortalidad por cualquier causa. Diagnosticarla e iniciar tratamiento precoz es fundamental para reducir estos riesgos. Objetivo: determinar la incidencia de albuminuria A3 (>300 mg/g creatinina) en una cohorte de pacientes de un distrito central de Madrid, describir sus características clínicas, identificar las causas de albuminuria, evaluar la derivación a Nefrología y analizar los tratamientos antiproteínicos.

Métodos: Estudio retrospectivo, unicéntrico, incluyendo a todos los pacientes del área de un hospital de Madrid centro, con población de referencia 357.000 habitantes, que se sometieron a análisis de orina en AP entre 1/2024-10/2024.

Resultados: Durante el periodo del estudio, 34.902 pacientes se sometieron a análisis de orina en AP. 450 (1,29%) presentaron albuminuria A3. Edad media: 73 años; 58% varones; 58% presentaban diabetes; 81,5%, hipertensión, y 6,9% obesidad; 2% eran monorrenos. La albuminuria media fue de 643 mg/g, la creatinina sérica media 1,15 mg/dL. Solo el 32% seguían controles en Nefrología. Los pacientes seguidos en Nefrología eran más jóvenes (69,6±16,5 vs 75,1±14,6 años, p = 0,0004), presentaban menor FG estimado (63,2% vs 42,8% con FG <60 ml/min, p <0,0001) y más albuminuria (43,7% vs 23,2% con albuminuria ≥1000 mg/g, p <0,0001) en comparación con los no seguidos por Nefrología.

La ausencia de seguimiento por Nefrología se asoció con menor tasa de prescripción de fármacos antiproteínicos. Entre los pacientes no seguidos por Nefrología, el 18,6% no recibía tratamiento antiproteínico (vs 8% de los seguidos en Nefrología, p = 0,0047). Además, solo el 38,9% de los pacientes no seguidos por Nefrología recibían iSGLT2 (vs 54,1% entre los seguidos por Nefrología, p = 0,0023), y solo el 6% recibían anti aldosterónicos (vs 12%, p = 0,0234).

Conclusiones: La albuminuria es un factor de riesgo cardiovascular crítico infrarrecogido e infratratado. En un periodo de 10 meses, identificamos 450 pacientes con albuminuria A3 objetivada en AP. La mayoría seguían controles por Nefrología (68%). La ausencia de seguimiento por Nefrología se asoció a menor prescripción de tratamiento antiproteínico, con el consecuente impacto en progresión renal y riesgo de mortalidad. Se requieren mayores esfuerzos para garantizar la derivación adecuada de los pacientes con albuminuria A3 a Nefrología y para enfatizar el uso precoz de tratamiento antiproteínico de manera precoz.

576 IMPACTO DE SEMAGLUTIDA EN LA EVOLUCIÓN METABÓLICA Y RENAL DEL PACIENTE OBESO: EXPERIENCIA REALE. JIMÉNEZ MAYOR¹, C. JIMÉNEZ MAYOR², MM. ACOSTA ROJAS¹, MJ. RIVERA CASTILLO¹, PJ. LABRADOR GÓMEZ¹¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL SAN PEDRO ALCÁNTARA (CÁCERES), ²MEDICINA INTERNA. COMPLEJO ASISTENCIAL SORIA (SORIA)

Introducción: La obesidad es un factor de riesgo determinante en el desarrollo y progresión de la enfermedad renal crónica (ERC), por mecanismos tanto directos como indirectos. Su asociación con diabetes tipo 2, hipertensión y dislipemia es bien conocida, pero también puede inducir daño renal de forma independiente a través de la hiperfiltración glomerular. La reducción de peso ha demostrado ser una estrategia efectiva para revertir estos procesos y mejorar el pronóstico renal. En este contexto, la semaglutida, un agonista del receptor GLP-1, ha emergido como tratamiento eficaz para la pérdida de peso y el control glucémico. El presente estudio analiza su impacto a medio y largo plazo en una cohorte real de pacientes obesos, prestando especial atención a la evolución metabólica y renal.

Material y método: Estudio observacional retrospectivo en 173 pacientes con tratamiento prolongado con semaglutida. Se excluyeron un caso por error en la edad. Se recogieron datos demográficos, clínicos y bioquímicos desde el inicio del tratamiento hasta los 36 meses. Las variables analizadas incluyeron peso, IMC, HbA1c, presión arterial y perfil lipídico. Se clasificaron los pacientes en cinco grupos según porcentaje de pérdida de peso al año. Se aplicaron pruebas t de Student y ANOVA para comparar medias, considerando p<0,05 como estadísticamente significativo.

Resultados: La media de edad fue de 72,1 años (DE: 9,6), con un 56% de hombres. La duración media del tratamiento fue de 27,4 meses. A los 12 meses, la pérdida de peso media fue de 5,9 kg (±5,6), equivalente al 6,4% del peso corporal. Se hallaron diferencias significativas entre grupos en IMC (p=0,011) y HbA1c (p=0,0001) a los 12 meses. La ausencia de diferencias basales en estas variables refuerza el efecto del tratamiento. La disminución del tamaño muestral en el seguimiento prolongado puede explicar el aparente repunte del peso a los 36 meses.

Conclusiones: El tratamiento con semaglutida en pacientes obesos se asocia con una reducción significativa de peso y una mejora sustancial del control glucémico, especialmente de la HbA1c. Estos beneficios podrían tener un impacto directo en la ralentización de la progresión de la ERC, al reducir la hiperfiltración glomerular. La evidencia obtenida en práctica clínica real respalda el uso de semaglutida como herramienta clave en el abordaje integral del paciente obeso con riesgo renal, y refuerza su valor más allá del control de la diabetes.

577 EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN Y ÁREAS DE MEJORA EN CONSULTA ERCA A TRAVÉS DE UN GRUPO FOCALTJ. TAMARA JIMENEZ SALCEDO¹, AR. ANA REBOLLO RUBIO¹, MP. MARINA PADIAL¹, VL. VERONICA LÓPEZ JIMÉNEZ¹¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL REGIONAL DE MÁLAGA (MÁLAGA)

Introducción: La técnica de grupos focales es un espacio de opinión para captar el sentir, pensar y vivir de los individuos, para obtener datos cualitativos. Una forma de entrevista grupal que utiliza la comunicación entre investigador y participantes, con el propósito de obtener información.

Objetivos: Realizamos un grupo focal de pacientes consulta ERCA para analizar sus perspectivas a través de sus experiencias en consulta y proporcionar información a los profesionales que los atienden, con el fin de optimizar la calidad asistencial y mejorar la calidad de vida de éstos.

Metodología: Se establece un estudio cualitativo a través de grupo focal con entrevista semiestructurada flexible y abierta. Para el análisis de los datos se utilizó la teoría fundamentada desarrollada por Glaser y Strauss. Participan 6 pacientes con seguimiento crónico en consulta. Se realiza una sesión de hora y media con una observadora y una moderadora (enfermera de la consulta ERCA).

Se estable un guión:

¿Qué opina acerca de la información recibida en la consulta ERCA relacionada con la enfermedad y sus cuidados?

¿Qué aspectos mejoraría de la atención recibida en la consulta ERCA?

¿Qué frecuencia de visitas de seguimiento consideraría adecuada en nuestra consulta?

¿Cómo afecta la enfermedad renal a su calidad de vida?

Resultados: Todos los pacientes informan que la llegada a la consulta ERCA y la información recibida les supone una importante disminución de la calidad de vida y un estado de estrés ante los cambios de vida planteados en consulta y el miedo a empeorar. Todos los pacientes del grupo evaluado manifiestan la necesidad de atención psicológica en esta etapa como parte de su tratamiento.

Todos informan que ante la situación de estrés que les genera la entrada en consulta ERCA, en la primera consulta de información por parte de enfermería sobre la ERC y aspectos nutricionales no llegan a asimilar toda la información. Se reclama una segunda consulta telefónica para aclarar dudas.

Reclaman seguimiento mantenido por el mismo nefrólogo para establecer una relación de confianza.

Conclusiones: Con la técnica de grupo focal hemos obtenido datos importantes sobre la situación y necesidad de mejoras de los pacientes de nuestra consulta ERCA. Con ello hemos establecidos tres medidas: la creación de un grupo de apoyo al afrontamiento de la ERC con psicóloga, asegurar un seguimiento continuo por el mismo nefrólogo y la realización de una llamada telefónica tras una semana de la visita inicial con enfermería para aclarar dudas.

578 EL PRURITO RENAL EN LA ACTUALIDAD: FOTOGRAFÍA DE UN SÍNTOMA OLVIDADOM. CINTRA CABRERA¹, MJ. GÓMEZ RODRIGUEZ¹, A. LARA RUIZ¹, M. ALMENARA TEJEDERAS¹, M. CUARESMA GIRALDEZ¹, M. SALGUEIRA LAZO¹¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL VIRGEN MACARENA (SEVILLA), ²UNIDAD INNOVACIÓN. HOSPITAL VIRGEN MACARENA (SEVILLA)

Introducción: El prurito en la enfermedad renal crónica (ERC) es común en estadios avanzados, con una prevalencia del 24% en estadios prediálisis. En pacientes en hemodiálisis (HD), entre un 25% y un 50% experimentan prurito de intensidad moderada o grave, según el estudio fase 5 del DOPPS.

Objetivo: Describir las características del prurito en pacientes con ERC en Nefrología y su tratamiento.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo realizado entre enero de 2023 y febrero de 2024 en el Hospital Virgen Macarena. Se evaluó la severidad del prurito mediante la escala WINRS (0-10), recogiendo también parámetros clínicos, analíticos y el tratamiento aplicado.

Resultados: Se incluyeron 162 pacientes con ERC. Un 35% (58 pacientes) reportaron prurito, y el 64% (37 pacientes) presentó prurito de intensidad moderada o grave (≥ 4 puntos). La media de edad fue 73,4 años (23-96), con 88 hombres (54,3%). La causa más frecuente de ERC fue vascular (29%), seguida de la diabetes (19%) y enfermedad renal intersticial (15%). Solo 5 pacientes recibieron tratamiento renal sustitutivo (TRS). El filtrado glomerular medio fue de 29 ± 20 ml/min/1,73 m², con niveles de urea de 97 ± 47 mg/dl, calcio 9,2 ± 0,6 mg/dl y fósforo 3,6 ± 0,8 mg/dl. El producto CaxP elevado (>50) se observó en el 3,1% de los pacientes. La media de PTH fue 133 ± 104 pg/mL, ferritina 218 ± 267 ng/mL y hemoglobina 12,2 ± 1,8 g/dL. El 90,7% tenía bajo riesgo de desnutrición (Índice CONUT). Los antihistamínicos fueron el tratamiento más usado, con un 29,7% de prevalencia, y 10 pacientes no recibieron tratamiento dirigido (ver Tabla 1).

Conclusiones: Este estudio nos muestra cómo el prurito sigue siendo un síntoma infraestimado, con numerosos pacientes sin tratamiento adecuado o sin tratamiento basal. El uso de escalas sencillas puede mejorar el diagnóstico, la clasificación y la optimización del tratamiento. A pesar del control adecuado de factores clásicos, como el fósforo, persisten factores no medibles que influyen en la aparición del prurito.

Tabla 1.

Fármaco	N	% del total de pacientes (N=162)
Antihistamínico 1ª generación	Hidrocizina	7 4,3
	Deslorfeniramina	10 6,2
Antihistamínico 2ª generación	Cetirizina	10 6,2
	Loratadina	11 6,8
	Desloratadina	1 0,6
	Ebastina	4 2,5
Gabaérgicos	Bilastina	4 2,5
	Rupatadina	1 0,6
	Galapentínoides	Galapentina
	Pragabalina	9 5,6
Inhibidores selectivos de recaptación de la serotonina	Sertralina	1 0,6
Antagonistas de los receptores de leucotrieno selectivo	Montelukast	1 0,6
Tópico	Emoliente	15 9,2

579 DECISIONES VULNERABLES: LA FRAGILIDAD COMO FACTOR OCULTO EN LA ELECCIÓN DEL TRATAMIENTO RENALL. RODAS¹, S. ARAGÓ¹, A. CASES¹, J. BROSETA¹, N. FONTSERE¹, E. CUADRADO¹, V. ESCUDERO¹¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL CLINIC (BARCELONA)

Introducción: La fragilidad, concebida como un síndrome caracterizado por la disminución de la reserva fisiológica y la capacidad de respuesta al estrés, presenta una alta prevalencia en pacientes con enfermedad renal crónica avanzada (ERCA). Diversos estudios han demostrado su asociación con peores desenlaces clínicos, particularmente en aquellos que reciben diálisis. Sin embargo, su impacto específico en el proceso de toma de decisiones respecto al inicio de tratamiento renal sustitutivo (TRS) continúa siendo poco definido y escasamente incorporado en la práctica clínica.

Objetivo: Evaluar la asociación entre el estado de fragilidad y la carga sintomática con la elección de TRS.

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo en 164 pacientes de la consulta ERCA que terminaron proceso de toma de decisiones entre 2023-2024. Las opciones de TRS se agruparon en hemodiálisis en centro (HDC), diálisis domiciliaria (DP-HDD), trasplante preventivo (TRp-TRDV-TRDC). En la población se valoró la fragilidad mediante escala frail, la dependencia con Barthel, riesgo social con escala Gijón, la carga de síntomas cuantificada con IPOS-Renal.

Resultados: La población a estudio fue 65% hombres, mediana edad 73±11,67 años, fragilidad: 20% frágiles-44% prefágiles, resto no frágiles; en cuanto a otras variables se encontró Barthel medio 83, Charlson 6, Gijón 7. La carga sintomática evidenció 1 síntoma en >1, >1 síntoma 32%, y el resto sin síntomas. Se observó una distribución diferencial en la elección del TRS según el estado de fragilidad: entre los pacientes frágiles, el 72,7 % optó por HDC, mientras que un 27,3 % eligió DP. En los pacientes con pre-fragilidad, la HD fue también la opción predominante (79,5 %), seguida de la DP (16,4 %). No se registraron pacientes frágiles derivados a TRp. Además, se analizó la relación entre la carga de síntomas IPOS-Renal y el tipo de TRS elegido, los pacientes con carga sintomática elevada (>1 síntoma): 68,6 % optó por HDC, el 15,7 % por diálisis peritoneal (DP) y el resto se distribuyó entre TRp (TRDC, 5,9 %-TRDV 4,9 %); los pacientes con un único síntoma se inclinaron mayoritariamente por HD (62,5 %), seguido de DP (21,9 %), HDD (6,2 %) y TRp (6,2 %).

Conclusión: En esta cohorte de edad avanzada y alta carga comórbida, la fragilidad y la carga sintomática se asociaron con la elección del tratamiento renal sustitutivo. La hemodiálisis fue la opción predominante en pacientes frágiles y sintomáticos. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de integrar valoraciones geriátricas y sintomáticas en la toma de decisiones sobre TRS.

Resúmenes

Enfermedad renal crónica - Epidemiología y clínica

580 MAGNITUD DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA NO CODIFICADA EN ESPAÑA: HALLAZGOS DE UN ANÁLISIS A NIVEL NACIONAL

R. SANTAMARÍA¹, B. PIMENTEL², P. APARICIO³, R. ALCÁZAR³

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA (CÓRDOBA), ²MÉDICO. ASTRAZENECA (MADRID), ³NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA LEONOR (MADRID)

Introducción: La identificación temprana de la enfermedad renal crónica (ERC) es esencial para prevenir la evolución de la enfermedad y sus complicaciones. 1 Estudios previos han revelado una alta tasa de ERC no codificada en pacientes con biomarcadores diagnósticos de ERC. 2,3 Un informe reciente estima en un 30% la magnitud de la ERC en los registros médicos (RM) en España. 4 Conocer el grado de codificación diagnóstica de la ERC en los RM en vida real es esencial para planificar estrategias que aborden y mejoren el infra diagnóstico de ERC.

Materiales y métodos: Estudio observacional, con análisis transversal de datos secundarios capturados en registros electrónicos de salud extraídos de la base de datos BIG-PAC (2 M). La población del estudio incluye personas ≥ 18 años que disponen de medidas de laboratorio de ambos biomarcadores, tasa de filtrado glomerular estimada (TFGe) y cociente albúmina-creatinina en orina (CACo) en el plazo de ± 6 meses alrededor de la fecha índice (01 de enero de 2018), lo que permite su clasificación según la definición KDIGO en cualquier estadio de ERC. Se presentan resultados de la magnitud de la ERC identificada con el código diagnóstico de la ERC.

Resultados: Se incluyeron un total de 70.973 pacientes según criterios de inclusión y exclusión del protocolo. De ellos, 21.715 pacientes (30,6%) fueron identificados con ERC por sus valores patológicos de biomarcadores (CACo y TFGe) de acuerdo con la clasificación KDIGO. De estos, 14.716 pacientes (67,8 %) no presentaron un código de diagnóstico de ERC. La mayoría de la ERC no registrada pertenece a las categorías KDIGO A2 (71%) y G3 (32,6%).

Conclusión: Una gran proporción de pacientes con biomarcadores diagnósticos de ERC carecen de un código de diagnóstico de ERC, lo que subraya la necesidad de abordar la identificación adecuada de la ERC en los RM.

581 DETECTAR LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA, ¿UN DEBER DEL NEFRÓLOGO?

J. NARANJO MUÑOZ¹, JM. CAZORLA LOPEZ², B. SERRANO MUÑOZ³, N. RICO RIOS⁴, C. ORELLANA CHAVEZ⁵, F. VILLANEGO FERNANDEZ⁶, MA. MAZUECOS BLANCA⁷

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR (CÁDIZ (ESPAÑA)), ²ANÁLISIS CLÍNICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR (CÁDIZ (ESPAÑA)), ³ANÁLISIS CLÍNICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR (CÁDIZ (ESPAÑA)), ⁴ANÁLISIS CLÍNICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR (CÁDIZ (ESPAÑA)), ⁵ANÁLISIS CLÍNICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR (CÁDIZ (ESPAÑA)), ⁶ANÁLISIS CLÍNICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR (CÁDIZ (ESPAÑA)), ⁷ANÁLISIS CLÍNICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR (CÁDIZ (ESPAÑA))

La ERC cada vez es más prevalente en la población y se estima que en el año 2040 sea la quinta causa de muerte a nivel global. Se trata de una enfermedad silenciosa, encontrándose infradiagnóstica y frecuentemente los pacientes son derivados tarde a la consulta de nefrología.

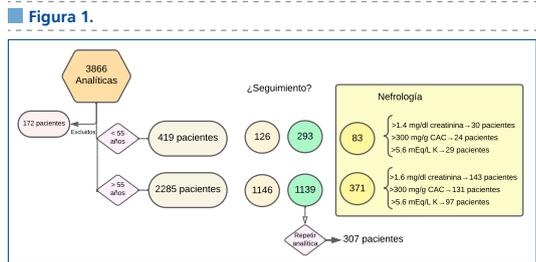
Materiales y métodos: Se revisaron las analíticas realizadas de forma ambulatoria en nuestra área sanitaria entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2024. Se establecieron distintos filtros: presentar un K $>$ 5.6 mEq/L, un CAC $>$ 300 mg/g y una creatinina $>$ 1.4 mg/dl (pacientes menores de 55 años) y creatinina $>$ 1.6 mg/dl (pacientes mayores de 55 años). Se valoró cada paciente que cumplía alguno de dichos criterios por si precisaba de alguna actuación o seguimiento por parte de nefrología.

Resultados: Se detectaron 3866 analíticas que cumplían dichos criterios. Del total de analíticas, 608 analíticas que correspondían a 419 pacientes cumplían el criterio en los menores de 55 años, de los cuales 293 no se encontraban en seguimiento por parte de nefrología. Las 258 analíticas restantes correspondían a 2285 pacientes de los cuales 1139 no se encontraban en seguimiento por nefrología. Se excluyeron 172 pacientes por por exitus o por pertenecer a otro área sanitaria. Se le solicitó un nuevo control analítico a un total de 307 pacientes para cotejar resultados. De los pacientes que se revisaron, cumplieron criterios para derivación a consulta de nefrología:

Del grupo 1.4 mg/dl, 24 el criterio de derivación por CAC $>$ 300 mg/g y 29 el criterio de K $>$ 5.6 mEq/L.

Del grupo 55 años, 143 cumplían el criterio de derivación por creatinina $>$ 1.4 mg/dl, 131 el criterio de derivación por CAC $>$ 300 mg/g y 97 el criterio de K $>$ 5.6 mEq/L.

Conclusión: Es imprescindible el trabajo conjunto con atención primaria para el manejo de la ERC. Utilizar herramientas de detección de datos de alarma de insuficiencia renal puede ser una herramienta útil para identificar a pacientes con ERC no diagnosticada.



582 FINERENONA FUERA DEL ENSAYO: ¿QUÉ NOS DICE LA PRÁCTICA CLÍNICA?

V. RUBIO MENÉNDEZ¹, R. ALCÁZAR ARROYO², D. GAITÁN TOCORA³, J. MARTÍN NAVARRO⁴, L. MEDINA ZAHONERO⁵, P. MUÑOZ RAMOS⁶, E. VALLÉ ALVAREZ⁷, M. POLO CÁNOVAS⁸, C. GÓMEZ-CARPINTERO JIMÉNEZ⁹, P. DE SEQUERA ORTIZ¹⁰

¹NEFROLOGÍA. H. UNIVERSITARIO INFANTA LEONOR (MADRID/ESPAÑA)

Introducción: La Finerenona es un antagonista no esteroideo del receptor mineralocorticoide comercializado en España desde mayo de 2024. Aspectos como la evolución de la albuminuria, el potasio sérico o la tensión arterial, deben evaluarse más allá de los estudios pivotales.

Materiales, métodos y resultados: Estudio observacional con 54 pacientes con DM tipo 2. De ellos, 40 completaron una revisión con un seguimiento de 3.5 meses. Además, 18 pacientes llegaron a realizar al menos dos revisiones, con una media de 8.5 meses, media de duración del tratamiento de 7 meses. 72,2% eran varones, de edad media 69 años (± 9). Los FRCV más prevalentes fueron HTA (92,6%) y DL (77,8%). En cuanto al tratamiento, el 98,3% tenían IECV/ARAI, el 98,1% iSGLT2 y el 44,4% agonistas GLP-1.

Previo a iniciar Finerenona, el 66,7% presentaban albuminuria (CAC) A3. La dosis inicial fue de 10 mg en el 83,3% de los casos, que progresaron a 20mg en el 24%. 6 pacientes (11,1%) lo suspendieron: Intolerancia (1), alergia (1), progresión de ERC (2) y causas desconocidas (2). Se observó una mediana de descenso del CAC del -48.1% entre la consulta basal y la primera revisión (n = 30), (p < 0.05). Entre los que llegaron a la segunda revisión (n = 15), la mediana de descenso fue similar (-48%) (ns).

El potasio sérico inicial fue de 4.4 mmol/L. En la primera revisión el ascenso medio fue de 0,2 mm (± 0.4) p=0.01, y en la segunda revisión 0,3 mmol/L (± 0.5), p: 0,39. Hubo 3 episodios de hiperpotasemia en tres pacientes (5,6%). El uso de captadores de potasio se documentó en el 14,8%.

No hubo cambios en la presión arterial durante el periodo de seguimiento.

Conclusión: En vida real la Finerenona se tolera bien, permite reducir la albuminuria sin episodios de hiperkalemia clínicamente relevante.

Figura 1. Incremento de potasio y descenso porcentual de albuminuria durante el seguimiento.



583 EVALUACIÓN INTEGRAL DE PACIENTES EN HEMODIÁLISIS: INTERACCIÓN ENTRE ESTADO NUTRICIONAL, INFLAMACIÓN Y SALUD BUCAL

BERNANO-REYES P¹, ORTEGA-JUNCO E¹, CAMACHO-JUAREZ R¹, ROMERO-CAMPOS C¹, GORDILLO-CUEVA S¹, SÁNCHEZ-MONTEHERMOSO D¹, RAMÍREZ-MONTOYA Y¹, MARTÍNEZ-VAQUERA S¹

¹DIÁLISIS. DIAVERUM (ESPAÑA)

Introducción: Los pacientes con Enfermedad Renal Crónica estadio 5D en hemodiálisis (HD) enfrentan complicaciones relacionadas con inflamación crónica, malnutrición y alteraciones en la microbiota intestinal y oral, factores que impactan su pronóstico. Este estudio evaluó la asociación entre parámetros antropométricos, marcadores inflamatorios, salud bucal y función intestinal en esta población.

Materiales y métodos: Estudio observacional retrospectivo realizado a 82 pacientes en HD de una Clínica de diálisis de Madrid. Se analizaron variables antropométricas, analíticas, comorbilidades, función intestinal mediante escala Bristol e higiene oral.

Resultados: Se incluyeron 82 pacientes, 53% hombres, con una edad media de 64 años. El IMC medio fue de 26.2 kg/m2 con un diámetro (D) medio de pantorrilla de 33 cm y un D medio de cintura de 98 cm. El 58% eran hipertensos (HTA), con una TAS media de 141 mmHg y una TAD media de 71 mmHg. La ganancia interdialítica (GID) media fue de 1.5 L.

En cuanto al tránsito intestinal el 37% presentó estreñimiento y el 8.5% diarrea. El 37% tenían mala higiene oral, siendo más frecuente en varones (73% vs 27% con p=0.005).

No encontramos asociación significativa entre GID con marcadores de inflamación, ni entre la función intestinal o higiene oral con marcadores de nutrición o inflamación. Encontramos correlación positiva entre D de pantorrilla y transferrina (p=0.001) y correlación negativa entre D de cintura y albúmina (p=0.02).

Los pacientes con mayor D de cintura tenían peor higiene oral, independientemente de la edad y del IMC, de modo que la probabilidad de tener mala higiene oral aumentaba un 6% por cada cm de perímetro de cintura (OR=1.06), y era 2.5 veces mayor en varones (OR=2.5). Así, el sexo masculino y el aumento de cintura resultaron buenos predictores de la falta de higiene oral (E 80% , S 55.6%, AUC=0.75).

El 63% de los HTA tenían mala higiene oral frente a un 37% de los no HTA, no siendo significativa esta asociación.

Conclusiones: Se identificaron asociaciones significativas entre parámetros antropométricos, marcadores inflamatorios, estado nutricional y salud bucal en pacientes en HD. Estos hallazgos destacan la relevancia de integrar estas valoraciones en el manejo multidisciplinario, lo que contribuiría a mejorar el pronóstico y calidad de vida del paciente renal.

588 Detección precoz de la Ansiedad-Depresión en los Pacientes ERCA

R. MUÑOZ GONZÁLEZ¹, M. LLORENTE AGUINAGALDE¹, M. HERNÁNDEZ BLÁZQUEZ¹, L. GUTIERREZ LEIVA², A. BUJAN LOPEZ², N. GARCÍA ALONSO², L. ORTEGA MONTOYA¹, N. MARTINEZ SAEZ¹, I. ACOSTA HERNÁNDEZ², JI. MINGUELA PESQUERA¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO BASURTO (BILBAO), ²PSICOLOGÍA CLÍNICA. HOSPITAL UNIVERSITARIO BASURTO (BILBAO), ³NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO BASURTO (BILBAO)

Introducción: La ansiedad y la depresión son problemas infradiagnosticados en pacientes con Enfermedad Renal Crónica Avanzada (ERCA) a pesar de ser frecuentes y determinantes del pronóstico y la calidad de vida. Para su diagnóstico se utilizan cuestionarios con múltiples de preguntas.

Nuestros psicólogos utilizan un test, Preguntas sobre Ansiedad y Depresión (PAD) con solo 2 cuestiones. Este estudio analiza la prevalencia de ansiedad-depresión en los pacientes con ERCA mediante las escalas PAD y la escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión HAD, más utilizada, de 14 preguntas.

Pacientes y método: Estudio trasversal observacional de pacientes de la consulta ERCA. Todos cumplimentaron los cuestionarios HAD, PAD y el de calidad de vida KDQOL-SF36. Se analizó su relación con edad, sexo, Filtrado Glomerular CKD-EPI (FG).

Utilizamos estadísticos descriptivos y los coeficientes de correlación de Pearson o Spearman. Estudio aprobado por nuestro CEIC.

Resultados: N pacientes 102; 67(65,7%) hombres. Edad media 72,85(ds 10,9). FG-ml/min media 17,28(ds 4,82).

HAD. Subescala Ansiedad: mediana 5,00(rango 0-17); con ansiedad 14(13,7%) pacientes, dudosos 15(14,7%), sin síntomas 73(71,6%), Subescala Depresión mediana 5,00(rango 0-17); con depresión 12(11,8%) pacientes, dudosos 20(19,6%), sin síntomas 70(68%).

HAD total mediana 10,0(rango 0-33), malestar emocional crítico 11(10,8%) pacientes, moderado 17(16,7%), sin malestar emocional 74(72,5%).

PAD. grado ansiedad mucha 1(1%), bastante 7(6,9%), poco 29(28,4%), nada 64 pacientes(62,7%). Grado depresión mucha 1(1%), bastante 4(3,9%), poco 33(32,4%), nada 63(61,8%).

KDQOL-SF36. Componente genérico de salud física (CSF) media 38,71(ds 11,35) mediana 37,03(rango 18,96-56,51). Componente genérico de salud mental (CSM) media 47,65(ds 11,53) mediana 49,18(rango 19,78-70,37). Síntomas y problemas (SP) media 77,53(ds 16,87) mediana 81,81(rango 29,55-100). Efectos de la enfermedad renal (EER): media 68,42(ds 22,24) mediana 71,87(rango 12,5-100). Carga de la enfermedad renal (CER): media 55,55(ds 29,92) mediana 56,25(rango 0-100).

Se detallan las correlaciones estadísticamente significativas encontradas. HAD-PAD. Ansiedad $r=0,434$ ($p<0,001$), Depresión $r=0,536$ ($p<0,001$); Total HAD y PAD $r=0,624$ ($p<0,001$).

HAD-KDQOL-SF36. CSF $r=-0,489$ ($p<0,001$), CSM $r=-0,8$ ($p<0,001$), SP $r=-0,453$ ($p<0,001$); EER $r=-0,657$ ($p<0,001$) y CER $r=-0,650$ ($p<0,001$).

PAD-KDQOL-SF36. CSF $r=-0,276$ ($p<0,013$), CSM $r=-0,641$ ($p<0,001$), SP $r=-0,276$ ($p<0,007$); EER $r=-0,502$ ($p<0,001$) y CER $r=-0,392$ ($p<0,001$).

HAD-FG. $r=-0,256$ ($p=0,01$).

Conclusiones: La escala PAD permite diagnosticar la ansiedad/depresión con resultados equiparables al de otras escalas (HAD) más complejas.

La prevalencia de ansiedad y depresión entre nuestros pacientes es frecuente y semejante a otros estudios; y está significativamente relacionada con la calidad de vida y FG.

La utilización sistemática de escalas sencillas y rápidas como la PAD (2 preguntas) facilita detectar tempranamente la ansiedad, depresión y malestar emocional en los pacientes con ERCA, y prestarles la atención psicológica cuando sea necesario.

589 ¿CUÁNTA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA NO VEMOS?

R. ESCAÑO MARIN¹, E. RUDAS BERMÚDEZ¹, J.C. PRADO DE LA SIERRA¹, M.J. ALFÉREZ ALFÉREZ¹, M. JIMÉNEZ VILLODRES¹, P. GARCÍA FRIAS¹, M. MARTÍN VELÁZQUEZ¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL VIRGEN DE LA VICTORIA (MÁLAGA)

Introducción: La enfermedad renal crónica (ERC) es un problema de salud pública mundial. Su prevalencia en España se estimó en torno al 15% según un análisis del estudio ENRICA (2018)1 y posterior estudio IBERICAN (2021). Ambos mostraron mayor frecuencia en hombres, un aumento exponencial con la edad y con la agregación de otros FRCV.

Material y método: Dentro del protocolo de Enfermedad renal oculta en colaboración con el servicio de Análisis clínicos del hospital realizamos un estudio descriptivo transversal en base a pacientes mayores de edad que se realizaron análisis de sangre y orina en nuestra área sanitaria en un periodo de 6 meses comprendido entre julio y diciembre de 2024. Los criterios de inclusión fueron Filtrado glomerular CKD-EPI (FG) inferior a 45 ml/min/1.73 m² y Albúmina / Creatinina (RAC) superior a 200 mg/g. Como único criterio de exclusión los análisis no podían haber sido solicitados por nefrología.

Resultados: Analizamos 401 pacientes, 235 varones (58.6%) y 166 mujeres (41.4%) con una edad media de 76,1 años (74,92 años en varones y 77,29 años en mujeres). El 19,95% tenían más de 85 años. El 42,39% tenían un FG y un RAC >300 mg/g.

El 51,9% de los análisis habían sido solicitados por atención primaria (AP), el 20% por Medicina Interna, el 14,2% por Cardiología, el 11,7% por Endocrinología y el 2,2% por otras especialidades.

El 25,44% de los pacientes tenían criterios de seguimiento por nefrología y fueron citados en nuestras consultas: el 67% procedían de AP, el 14% de Cardiología, el 10% de Medicina Interna y el 9% de Endocrinología.

El 6,73% ya habían sido derivados pendientes de cita. El 37,41% ya estaban en seguimiento y el 22,69% no precisaron seguimiento de acuerdo con los criterios establecidos.

Conclusiones: Gracias a nuestro programa de Enfermedad renal oculta evidenciamos un alto porcentaje de ERC infradiagnosticada en posible relación con el envejecimiento de la población y la falta de conciencia sobre la ERC (y la albuminuria) como FRCV tan importantes como la hipertensión o la diabetes

La Teleconsulta intrahospitalaria nos facilita la comunicación entre servicios previa derivación a nuestras consultas desde atención especializada. Este sistema podría optimizarse para cubrir ese 33% de pacientes con criterios de seguimiento por Nefrología que procedían de otras especialidades, especialmente aquellas con las que trabajamos codo con codo en el manejo del riesgo cardiovascular.

Proponemos la incorporación del servicio de TELECONSULTA también desde AP como estrategia de detección precoz de enfermedad renal oculta con criterios unificados para todos los especialistas.

Nuestro objetivo futuro es la realización de un análisis comparativo posterior tras la instauración de estas medidas en nuestro servicio.

 Ver figura

590 ALBUMINURIA MODERADA COMO PRINCIPAL VÍA DE DETECCIÓN DE ERC INCIDENTE: EVIDENCIA DE UN NUEVO PARADIGMA DESDE EL ESTUDIO OPTIMISE_CKD

R. SANTAMARÍA¹, B. PIMENTEL², P. APARICIO², R. ALCÁZAR³

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA (CÓRDOBA), ²MÉDICO. ASTRAZENECA (MADRID), ³NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA LEONOR (MADRID)

Introducción: La enfermedad renal crónica (ERC) es un desafío de salud pública. En España, su magnitud estimada varía entre estudios poblacionales1 (14,4%) y registros clínicos2 (30%). Sin embargo, existe escasa información sobre cómo debutan clínicamente los pacientes con ERC en vida real. El estudio OPTIMISE_CKD describirá el panorama clínico actual de la ERC incidente, con enfoque específico antes y después de la indicación de dapagliflozina para ERC. Se presentan las características basales de los pacientes incluidos y se analiza cómo debutan con criterios diagnósticos de ERC.

Materiales y métodos: Estudio observacional de cohortes basado en registros clínicos anonimizados. Se seleccionaron pacientes con diagnóstico o medidas renales entre agosto de 2020 y noviembre de 2024. La ERC incidente fue definida como aquella con nuevo código diagnóstico de ERC o al menos un valor de CACo ≥ 30 mg/ml o dos valores de TFGe2 ó CACo

Resultados: Se incluyeron 383.845 pacientes de los cuales 202.372 (52,72%) tenían valores de TFGe y CACo. De éstos, se identificaron 142.280 (70,3%) con ERC incidente. Se presentan las características basales y el perfil renal de las cohortes iniciales y el estadije KDIGO de los pacientes con ERC incidente (Tabla 1). El 72% debutaron con albuminuria moderada (A2), principalmente con TFGe conservado G1A2 (27,8%) y G2A2 (34,5%). El 33,3% se encontraban en estadio G3a a G5.

Conclusión: los datos sugieren que la ERC incidente debuta principalmente con albuminuria moderada y TFGe conservado, reforzando la necesidad de implementar las recomendaciones de las guías de práctica clínica y cribar por CACo.

591 ESTAMOS VALORANDO ADECUADAMENTE LOS VALORES NORMALES DE DINAMOMETRÍA?

G. BARRIL¹, B. BELTRAN DE MIGUEL², A. NOGUEIRA³

¹FUNDACIÓN INVESTIGACIONES BIOMÉDICAS. INSTITUTO INVESTIGACIÓN HOSPITAL DE LA PRINCESA FUNDACIÓN INVESTIGACIONES BIOMÉDICAS, H. DE LA PRINCESA (MADRID, ESPAÑA), ²NUTRICIÓN. UNIVERSIDAD COMPLUTENSE (MADRID, ESPAÑA), ³HEMODIALISIS. AVERICUM (LAS PALMAS, ESPAÑA)

Objetivo: Valorar dinamometría dcha e izda en población sin ERC y comparar los resultados con personas con ERC analizando valores normales actuales.

Se valoran 511 personas sin ERC con edad 49,06 \pm 16,20 años (18-89), mediana 49 años y percentiles 36,49 y 62 años. 243 (47,6%) hombres de dos consultas diferentes, excluyendo patologías afectación muscular. Se valoró peso, talla, IMC y dinamometrías derecha e izda con dinamómetro analógico baseline. Se clasifican según género y calculando en cada uno los percentiles de edad.

Los resultados en hombres y mujeres se muestran en tabla.

La xparámetros fueron significativamente-diferente según género. La media y mediana de dinamometrías en percentiles eran superiores a puntos de corte (26 hombres y 17 mujeres) validos actualmente.

Analizamos influencia de actividad física/ejercicio dividiendo en 3 grupos sedentario o que realice ejercicio leve o intenso Globalmente encontramos diferencias entre IMC (0,01) y ambas dinamometrías (0,001) si hacían ejercicio vs vida sedentaria.

Realizando ANOVA según 3 grupos de actividad encontramos diferencias-significativas : IMC(0,001), dinamometría-dcha (0,001) y dinamometría-izda(0,001) siendo mayor cuanto más ejercicio realizara. Estratificando por genero en ANOVA según ejercicio existía diferencia-significativa en hombre: peso(0,030), IMC (0,048) y ambas dinamometrías(0,001). En mujeres diferencia significativa en: edad, peso e IMC, no en dinamometría.

Comparando los valores de personas sin ERC con pacientes con ERC observamos como la diferencia es significativa para edad, peso, talla, IMC y ambas dinamometrías .

Seleccionando personas >71 años tanto con ERC como sin ella encontramos diferencias significativas en dinamometrías.

Conclusiones:

1. En las personas sin ERC evaluadas existen valores de dinamometría mayores de los puntos de corte actualmente adoptados en hombres y mujeres disminuyendo valores con percentiles de edad.
2. Existe diferencia significativa en relación con habito-sedentario, ejercicio-leve o ejercicio-intenso.
3. Comparando con pacientes con ERC, mayor fuerza muscular en personas sin ERC, hombres ó mujeres.
4. Los valores de normalidad actuales pudieran estar infraestimados.

 Ver tabla

592 AJUSTE DE LA TASA DE FILTRADO GLOMERULAR POR SUPERFICIE CORPORAL: UN ERROR AÑADIDO EN LA ESTIMACIÓN DE LA FUNCIÓN RENALS. LUIS LIMA¹, A. GUTIÉRREZ DALMAU², F. MORESO MATEOS³, C. BURBALLA TÁRREGA⁴, A. MANONELLES⁵, E. GONZÁLEZ-MONTE⁶, P. DELGADO-MALLÉN⁷, R. MIQUEL-RODRÍGUEZ⁸, A. GONZÁLEZ-RINNE⁹, E. PORRINI¹⁰¹LABORATORIO CENTRAL. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE CANARIAS (LA LAGUNA/ESPAÑA), ²NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET (LA LAGUNA/ESPAÑA), ³NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA VALL D'HEBRON (BARCELONA/ESPAÑA), ⁴NEFROLOGÍA. HOSPITAL DEL MAR (LA LAGUNA/ESPAÑA), ⁵NEFROLOGÍA. HOSPITAL DE BELLVITGE (BARCELONA/ESPAÑA), ⁶NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO (MADRID/ESPAÑA), ⁷NEFROLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE CANARIAS (LA LAGUNA/ESPAÑA), ⁸LABORATORIO DE FUNCIÓN RENAL. UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA (LA LAGUNA/ESPAÑA)**Introducción:** La función renal suele ajustarse por BSA mediante la fórmula de Dubois-Dubois, en base a la hipótesis de su proporcionalidad con la tasa metabólica, lo que carece de base científica. Posteriormente, la TFG comenzó a reportarse ajustada a una superficie corporal estándar de 1,73m². El ajuste de la función renal por BSA tiene un impacto mínimo en la TFG en individuos con BSA similar a 1,73 m², pero un gran impacto al añadir o restar artificialmente función renal en sujetos con BSA muy superiores o inferiores a 1,73 m². Además, el ajuste por BSA no tiene en cuenta el género, ignorando así las diferencias de BSA entre hombres y mujeres. El presente estudio tuvo como objetivo evaluar el impacto del ajuste de la TFG por BSA y por género en nuestra cohorte de pacientes.**Material y método:** Se evaluó la función renal mediante iohexol-DBS en 3516 pacientes con ERC de diversas etiologías durante el periodo de julio de 2013 y febrero de 2025. En el Hospital Universitario de Canarias se reporta la TFG como no ajustada en ml/min. Se ajustaron los resultados mediante la fórmula (TFG no ajustada = TFG ajustada × BSA/1,73). El BSA se calculó mediante la fórmula de DuBois-DuBois (BSA = 0,007184 × Peso^{0,425} × Altura^{0,725}). Se analizó, por género, el número de casos con una diferencia porcentual entre TFG medida ajustada y desajustada del ±15%. Además, analizamos subgrupos de hombres/mujeres con áreas de superficie corporal (ASC) muy alejadas del estándar de 1,73 m²: >2,00 y <1,50, para evaluar cómo el ajuste de la TFG por BSA afecta a esta subpoblación.**Resultados:** De un total de 3516 pacientes, 2189 (62%) fueron hombres y 1327 (38%) mujeres. En los hombres, la TFG media sin ajustar fue de 62±34 ml/min y ajustada de 54±29 ml/min/1,73m². Sin embargo, en mujeres, fue similar: 61±32 ml/min y 61±31 ml/min/1,73m². En aproximadamente la mitad de los hombres (n=1029, 47%), mientras que solo en el 10% de las mujeres (130 de 1327), el ajuste condujo a una reducción de la TFG>15%.**Conclusión:**El ajuste de la TFG por BSA penaliza a varones, especialmente a aquellos con mayor altura y/o peso, con una falsa reducción media del 24% de la TFG en casi la mitad de los casos. Sin embargo, esto no ocurre en las mujeres, ya que su superficie corporal se acerca más al estándar de 1,73m². El ajuste por función renal debe dejar de usarse, ya que carece de base científica y podría sobreestimar el grado de disfunción renal en casi la mitad de los pacientes varones.**593 ¿QUÉ HACER CUANDO NI SIQUERA LAS FÓRMULAS DE ESTIMACIÓN DE LA FUNCIÓN RENAL COINCIDEN? ROL DE LA FUNCIÓN RENAL MEDIDA POR IOHEXOL-DBS**S. LUIS LIMA¹, S. ESTUPIÑAN TORRES², E. TERÁN GARCÍA³, A. GUTIÉRREZ DALMAU⁴, F. MORESO MATEOS⁵, C. BURBALLA TÁRREGA⁶, A. MANONELLES⁷, E. GONZÁLEZ-MONTE⁸, L. DÍAZ-MARTÍN⁹, E. PORRINI¹⁰¹LABORATORIO CENTRAL. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE CANARIAS (LA LAGUNA/ESPAÑA), ²NEFROLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE CANARIAS (LA LAGUNA/ESPAÑA), ³NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET (ZARAGOZA/ESPAÑA), ⁴NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA VALL D'HEBRON (BARCELONA/ESPAÑA), ⁵NEFROLOGÍA. HOSPITAL DEL MAR (BARCELONA/ESPAÑA), ⁶NEFROLOGÍA. HOSPITAL DE BELLVITGE (BARCELONA/ESPAÑA), ⁷NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO (MADRID/ESPAÑA), ⁸LABORATORIO DE FUNCIÓN RENAL. UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA (LA LAGUNA/ESPAÑA)**Introducción:** La función renal se evalúa en la práctica clínica mediante fórmulas basadas en creatinina, siendo las más utilizadas las ecuaciones aMDRD y CKD-EPI. El Laboratorio Central del Hospital Universitario de Canarias reporta la función renal estimada por ambas fórmulas. En el Laboratorio de Función Renal de la Universidad de La Laguna (Tenerife) evaluamos la función renal mediante el método de referencia del aclaramiento plasmático de iohexol (iohexol-dbs) desde el año 2013 en distintas situaciones clínicas especiales, entre las que se encuentra una discordancia mayor del 15% entre la TFG estimada por las fórmulas aMDRD y CKD-EPI, lo que genera una situación de incertidumbre clínica en el nefrólogo. El objetivo del Estudio fue evaluar el porcentaje de casos en los que se dio esta discordancia en una cohorte de 2550 pacientes con o sin ERC.**Material y método:** Se analizó la función renal mediante el método iohexol-dbs en 2550 pacientes de nuestro Centro, a los que se les realizó el procedimiento entre julio de 2013 y enero de 2025. Se calculó el porcentaje de casos en los que se encontró una diferencia mayor del 15% entre las estimaciones de la TFG por ambas fórmulas aMDRD y CKD-EPI y el error porcentual absoluto medio con respecto a la TFG medida por iohexol-DBS.**Resultados:** Esta discordancia >15% entre ambas ecuaciones aMDRD y CKD-EPI se observó en 235 pacientes (9.2%), con una diferencia porcentual absoluta media del 7% entre las estimaciones de ambas ecuaciones. Ambas fórmulas presentaron un error porcentual absoluto medio del 22% con respecto a la TFG medida en la cohorte total, y un 29% y 21% para las fórmulas aMDRD y CKD-EPI respectivamente, en el subgrupo con discordancias mayores de 15%.**Conclusiones:** La TFG estimada por las fórmulas aMDRD y CKD-EPI mostró una discordancia relevante en aproximadamente 1 de cada 10 pacientes, mostrando ambas un error medio del 22% con respecto a la TFG medida por iohexol-dbs. En situaciones clínicas en las que ambas fórmulas de estimación presenten unas diferencias elevadas (>15%) y en las que una medición fiable de la función renal es crucial, como en donantes vivos de riñón, trasplante renal, pacientes prediálisis, PQRAD, ajuste de fármacos potencialmente nefrotóxicos o dosificación de fármacos ajustados por la TFG, se recomienda usar la TFG medida por un método referencia, como el iohexol-dbs.**594 MANEJANDO EL TSUNAMI DE DERIVACIONES A CONSULTAS DE NEFROLOGÍA SIN MORIR EN EL INTENTO**JM. CALDERÁN GUI¹, I. GALCERÁN HERRERA², J. DE LA TORRE NCKINNEY¹, A. BALIU MATAS³, S. PEÑA CADIERNO⁴, I. COMERMA COMA⁵, N. GARRA MONCAU⁶, I. NAVAL MARCOS⁷, A. PÉREZ RUIZ⁸, X. CERDA-COMPANY⁹¹NEFROLOGÍA. FUNDACIÓN ALTHAIA (MANRESA/ESPAÑA), ²NEFROLOGÍA. HOSPITAL DEL MAR (BARCELONA/ESPAÑA), ³COMPUTER VISION CENTER. UNIVERSIDAD AUTÓNOMA BARCELONA (CERDANYOLA DEL VALLES/ESPAÑA)

El incremento de la prevalencia de enfermedad renal crónica (ERC) unido a una formación nefrológica heterogénea en profesionales de Atención Primaria ha conllevado en los últimos años un incremento progresivo de las derivaciones a consultas externas de Nefrología. En la gran mayoría de casos, las plantillas de la especialidad no se han incrementado o incluso se han reducido, y tampoco se ha aumentado la capacidad de primeras visitas. Esta conjunción de factores ha ocasionado importantes incrementos en el tiempo de espera para una primera visita presencial, con potenciales graves consecuencias en la atención a casos de mayor gravedad.

Material y métodos: Para minimizar estos inconvenientes, implementamos una doble acción consistente en a) un sistema de evaluación rápida de las derivaciones (filtrado) que incluye la revisión de la historia clínica informatizada y el retorno de las inadecuadas con una recomendación de manejo y b) una plataforma de consulta electrónica de Atención Primaria a Nefrología. Tratamiento estadístico con consultas de Access (SQL) y gráficos dinámicos Microsoft Excel.**Resultados:** Durante los primeros 10 años desde el inicio progresivo de las medidas en 2010, se registraron 5.124 derivaciones válidas, de las cuales 4.628 fueron filtradas. La mayoría procedentes de Atención Primaria (63,33%), seguida de otros Servicios Hospitalarios (29,16%). Las tasas de adecuación de las derivaciones fueron del 60-65%. La ERC estadio 3a y la ERC estadio 3b en personas mayores fueron la causa más común de derivación inadecuada. El sistema de filtrado comportó una rápida reducción del 50% del tiempo de espera para una primera cita presencial, que se ha mantenido en menos de 15 días desde entonces. Sin embargo, el número de derivaciones no se redujo significativamente hasta la implementación de la plataforma de consulta electrónica. Al final del periodo analizado las consultas electrónicas y las derivaciones tradicionales representaron el 37 % y el 63 % de todas las consultas ambulatorias, respectivamente. El tiempo medio de respuesta para una consulta electrónica fue de 25,5 horas y la mayoría (92,5 %) se resolvieron sin necesidad de una nueva visita presencial. De las 1.569 derivaciones descartadas con recomendaciones de manejo, en 297 casos (18,93%) se dieron recomendaciones específicas. En estos pacientes, el tiempo medio hasta la implementación de las recomendaciones fue de 12,96 días. Las visitas evitadas comportaron un ahorro medio anual de 13.770 € para el hospital, así como un ahorro en desplazamiento y absentismo relacionado para pacientes y cuidadores.**Conclusión:** Una doble acción coordinada puede reducir las listas de espera de consultas, reducir costes y asegurar una rápida implementación de las recomendaciones.**595 DETECCIÓN PRECOZ DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA: MEJORA DEL PROCESO ASISTENCIAL**E. OLIVA-DAMASO¹, N. OLIVA-DAMASO², J. PAYAN³, F. RODRIGUEZ-ESPARRAGON⁴, P. FERNANDEZ⁵, S. MARRERO⁶, J.C. QUEVEDO⁷, N. SABLON⁸, J.C. RODRIGUEZ-PEREZ⁹, P. PEREZ-BORGES¹⁰¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GRAN CANARIA DR. NEGRÍN (LAS PALMAS DE GC/ESPAÑA), ²NEFROLOGÍA. HOSPITAL COSTA DEL SOL (MARBELLA, ESPAÑA), ³UNIDAD DE INVESTIGACIÓN. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GRAN CANARIA DR. NEGRÍN (LAS PALMAS DE GC/ESPAÑA)**Introducción:** La enfermedad renal crónica (ERC) es un importante problema de salud pública a nivel mundial que afecta a más del 10% de la población española, siendo su detección precoz una prioridad sanitaria para establecer estrategias de prevención de la progresión de la enfermedad y de sus complicaciones. La Atención Primaria (AP) es un pilar fundamental no solo en la detección precoz de la ERC, sino también en el manejo de los factores de progresión y de sus complicaciones. En nuestro hospital se creó la figura del Nefrólogo consultor en el año 2006 y nos permite una detección precoz de la ERC y trabajar conjuntamente con AP. Sin embargo, hemos detectado que un porcentaje no desdeñable de pacientes no son detectados por el sistema.**Material y métodos:** Analizamos todas las analíticas solicitadas desde AP y realizadas en nuestra Área de Salud entre el 22/11/2024 y el 19/02/2025.**Resultados:** De las 45141 analíticas realizadas, observamos que 316 (0.7%) pacientes presentaban un cociente albúmina/creatinina > 300 mg/g y que 139 (0.31%) presentaban además un FG < 60 ml/min. En este último grupo de 139 pacientes, el 66% eran varones, con una media de edad de 70.53 años. El 71.2% de los pacientes eran diabéticos y el 93.5% presentaban HTA. El 25.2% presentaban una ERC estadio G4-5A3, 34.5% una ERC estadio 3bA3 y un 40.3% una ERC estadio G3aA3. 5 pacientes (12.2%) con FG < 30 ml/min y edades comprendidas entre los 67 y los 85 años, no eran conocidos por el servicio de Nefrología ni habían sido remitidos desde AP. De los pacientes con ERC estadio G3bA3, el 29.3% no estaban en seguimiento por nefrología ni habían sido remitidos recientemente, y esta situación se daba en 58.5% de los pacientes con ERC estadio G3aA3 de la población analizada. Sin embargo, a pesar de no haber sido remitidos al servicio de Nefrología, el 59.5% de los pacientes de la muestra estaban en tratamiento con iSGLT2 y el 61.9% con IECA/ARA2.**Conclusiones:** A pesar de disponer de un sistema que detecta de manera precoz los pacientes con ERC, existe un porcentaje no desdeñable de pacientes que por diversos motivos no han sido detectados. La creación de unos sistemas de alarma a nivel de laboratorio, que permita identificar a estos pacientes y remitirlos a Nefrología, puede ser una herramienta sencilla, económica y útil, que permita detectar de forma precoz y entelecer la progresión de la ERC, reduciendo todo ello en una mejora en resultados en salud.

Resúmenes

Enfermedad renal crónica - Epidemiología y clínica

596 ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA AVANZADA: REGISTRO SISTEMATIZADO Y CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN

M. ALMENARA TEJEDERAS¹, A. LOPEZ DE LA TORRE MOLINA¹, C. DUJAT DES ALLIMES PUYOL¹, E. PÉREZ ORNEDO², M. SALGUEIRA LAZO¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL VIRGEN MACARENA (SEVILLA), ²INNOVACIÓN. HOSPITAL VIRGEN MACARENA (SEVILLA)

La enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) representa un problema de salud pública. Conocer las características clínico-demográficas de los pacientes atendidos en Unidades ERCA (UERCA) es clave para optimizar su funcionamiento y planificar los recursos. El desarrollo de herramientas tecnológicas orientadas a sistematizar la información clínica resulta esencial, permitiendo anticipar las necesidades en terapias renales sustitutivas (TRS). El objetivo fue caracterizar la población con ERCA mediante una aplicación tecnológica desarrollada en nuestro centro e integrada en la práctica clínica habitual.

Material y método: Estudio observacional retrospectivo que incluyó a todos los pacientes valorados en la UERCA del centro entre junio- diciembre de 2024. Se registraron variables clínico-demográficas y socioeconómicas obtenidas a través de la aplicación. El seguimiento clínico se realizó desde la primera consulta en UERCA hasta exitus o 31/diciembre/24.

Resultados: Se incluyeron 917 pacientes: edad media 73 ± 12 años, 487(53.1%) varones; 423(46.1%) diabéticos, 211(23%) insuficiencia cardíaca, 171(18.9%) cardiopatía isquémica, 173 (18.9%) neoplasia, Charlson de 10±0.10. De 315 con datos socioeconómicos, 176(55.3%) no tiene estudios; solo 10(3.1%) estudios universitarios; 248 (78%) vive acompañado y 303(95%) tenían apoyo familiar. El subanálisis de los 545 (59.4%) que eligieron TRS se resume en la tabla. La mayoría de candidatos a trasplante anticipado son hombres, de menor edad y comorbilidad.

Conclusiones: La caracterización de la población mediante una herramienta tecnológica integrada en la práctica clínica ha permitido obtener una visión detallada y completa de los pacientes atendidos en la UERCA. La mayoría son varones, con elevada comorbilidad cardiovascular; más de la mitad carecen de estudios. Hasta un tercio optó por manejo conservador de la enfermedad, siendo más frecuente esta opción en mujeres. Se observaron variables clínicas que condicionan significativamente la elección de TRS. La caracterización de la población ERCA permite identificar patrones que contribuyen a planificar recursos, implementar estrategias individualizadas e identificar áreas de mejora.

597 COMPARACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES QUE ABANDONAN LA CONSULTA ERCA EN DOS COHORTES. COHORTE HISTÓRICA (2009-2019) Y COHORTE MODERNA (2020-2024)

K. PALMERO KLEIN¹, N. MORELL ALBA¹, L. CUETO BRAVO¹, D. REGIDOR RODRÍGUEZ¹, NL. ÁVILA MOLINA¹, MM. BALTASAR LÓPEZ¹, A. MIRANDA DEL CERRO¹, AA. ASTROÑA ROJAS¹, D. BUSTOS JIMÉNEZ¹, FJ. AHIJADO HORMIGOS¹

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

Introducción: Comparamos las características clínicas de los pacientes que salen de la consulta de Enfermedad Renal Crónica Avanzada (ERCA) en dos cohortes históricas con el objetivo de analizar posibles cambios temporales en los perfiles clínicos y epidemiológicos útiles para prever necesidades asistenciales o ajustar protocolos operativos de trabajo.

Pacientes y método: Estudio descriptivo retrospectivo con dos cohortes de pacientes atendidos en nuestra consulta ERCA: cohorte histórica 2009-2019 (n=714) y cohorte moderna 2020-2024 (n=307). Variables: edad, género, tiempo de seguimiento, presencia de diabetes mellitus, hipertensión arterial (HTA), cardiopatía isquémica, tasa de filtrado glomerular estimada (eFG) al inicio y al final de la ERCA, albúmina, Proteína C reactiva, hemoglobina, modo de inicio del tratamiento renal sustitutivo (TRS), tipo (hemodiálisis (HD), diálisis peritoneal (DP), trasplante renal(TX)) y exitus.

Resultados: Registramos 1021 pacientes en la cohorte global: Hombres 631 (61,80%), Mujeres 364 (35,65%) edad 62,82 años ± 14,5, Tiempos de seguimiento 631 días, Diabetes 326 (31,9%), Hipertensión arterial 645 (63,2%), Cardiopatía isquémica 154 (15,1%). eFG inicial 16,4 ± 5,2 y final 10,77 ± 7,1 ml/min/1,73m². Inician TRS 825 (80,80%) con una relación entre Pro/Arg = 2,07 e incidencia en DP 125 (12,31%). Comparamos las variables en ambas cohortes (ver tabla 1).

Conclusiones: Una mayor incidencia en DP en la cohorte moderna refleja un cambio en la estrategia de elección de TRS a lo largo del tiempo con mayor tendencia a las técnicas domiciliarias en años reciente. Salvo por mayor edad, prevalencia de HTA, de cardiopatía isquémica y Exitus en la cohorte moderna la población en ERCA analizada resulta notablemente homogénea en los últimos 15 años en las variables estudiadas.

Tabla 1. Comparativa de Cohortes en la Consulta ERCA.

	Cohorte Histórica (2009-2019) n (%)	Cohorte Moderna (2020-2024) n (%)	p
n	714	307	
Edad	63,47 ± 15,30	67,70 ± 14,82	p < 0,001
Género H/M	441 (61,76%)	180 (58,63%)	p < 0,063
HTA N° (%)	259 (36,27%)	105 (34,20%)	
Cardiopatía isquémica N° (%)	86 (12,04%)	68 (22,16%)	p < 0,001
eFG inicio	16,30 ± 5,28	17,21 ± 5,18	p < 0,33
eFG final	11,26 ± 5,33	10,28 ± 5,86	p < 0,16
Albúmina	3,67 ± 0,62	3,81 ± 0,49	p < 0,09
Proteína C reactiva	46,41 ± 63,43	57,41 ± 67,37	p < 0,071
Hemoglobina	10,90 ± 1,64	11,43 ± 1,47	p < 0,09
Forma de inicio en TRS (P/R/TX) N° (%)	332 (46,3%)	148 (47,2%)	p < 0,15
Enclaves TRS (Otras: HD+TX) N° (%)	516 (69,4%)	164 (59,9%)	p < 0,0017
Exitus N° (%)	68 (9,52%)	57 (18,56%)	p < 0,00062

*p: Programado, LC: Urgente consultado, LU: Urgente no consultado
** HD: Hemodiálisis, TX: Trasplante renal, DP: Diálisis peritoneal

598 EL IMPACTO DE LA ANSIEDAD Y LA DEPRESIÓN EN PACIENTES CON ERCA

ME. LLORENTE AGUINALGALDE¹, RI. MUÑOZ GONZALEZ¹, M. HERNÁNDEZ BLÁZQUEZ¹, A. BUJAN LOPEZ¹, L. GUTIERREZ LEIVA¹, L. ORTEGA MONTOYA¹, I. ACOSTA HERNÁNDEZ¹, N. GARCÍA ALONSO¹, M. SAÉNZ ORTIZ¹, I. MINGUELA PESQUERA¹

¹NEFROLOGÍA. H. U. BASURTO (BILBAO/ESPAÑA), ²PSICOLOGÍA. H. U. BASURTO (BILBAO/ESPAÑA)

Introducción: La ansiedad y la depresión son comorbilidades frecuentes e infradiagnosticadas en pacientes con enfermedad renal crónica avanzada (ERCA), con potencial impacto sobre la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). Existen pocos estudios que analicen esta relación en consultas ERCA en nuestro entorno.

El objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con ERCA y su asociación con la CVRS y variables clínicas, demográficas y analíticas.

Materiales y método: Estudio observacional, transversal, realizado durante 4 meses en una consulta hospitalaria de ERCA. Se aplicaron los cuestionarios HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale), PAD (Preguntas sobre Ansiedad y Depresión, realizado por psicólogos de nuestro hospital) y KDQoL-SF36 (CVRS). Se recogieron variables clínicas (etiología, diabetes mellitus, tiempo en la consulta, tratamiento renal sustitutivo elegido, índice de Charlson) y analíticas (FG, Hb, albúmina, PCR), sociodemográficas. Se realizó análisis descriptivo y correlacional (Pearson/Spearman).

Resultados: Se incluyeron 102 pacientes (edad media 72,8±10,9 años; 65,7% hombres). Las etiologías principales fueron diabetes mellitus y nefroangioesclerosis 28 pacientes (27,5% cada una). Tratamientos elegidos: diálisis peritoneal 49(48%), hemodiálisis hospitalaria 29(28,4%), tratamiento conservador 14(13,7%).

FG medio: 17,3 ml/min (DE 4,8), Hb: 12,5 g/dl(DE 1,5), albúmina: 4,27 g/dl(DE 0,34), PCR: 5,4 mg/L(DE 7,0), índice de Charlson: 7,1(DE 2,1).

HADS Ansiedad (mediana 5, rango 0-17): sin síntomas 73(71,6%), dudosos 15(14,7%), con síntomas 14(13,7%). HADS Depresión (mediana 5): sin síntomas 70(68%), dudosos 20(19,6%), con síntomas 12(11,8%). HADS total (mediana 10): sin malestar 74(72,5%), moderado 17(16,7%), crítico 11(10,8%). Escala PAD: ansiedad nada/poco 93(91,1%), bastante/mucha 8(7,9%). Depresión nada/poco 96(94,2%), bastante/mucha 5(4,9%).

Se observó correlación significativa entre HADS y PAD (r total=0,624; p<0,001). Puntuaciones medias del KDQoL-SF36: componente genérico de salud física (CSF) 38,7(DE 11,4), componente genérico de salud mental (CSM) 47,6(DE 11,5), síntomas y problemas 77,5(DE 16,87), efectos de la ERC 68,4(DE 22,84), carga 55,5(DE 29,92).

La puntuación total de HADS se correlacionó negativamente con todos los dominios del KDQoL-SF36, CSF (r=-0,489; p<0,001), CSM (r=-0,800-p<0,001), síntomas y problemas (r=-0,453-p<0,001), efectos de la ERC (r=-0,657- p<0,001), carga de enfermedad renal (r=-0,650) (p<0,001); también con FG (r= -0,256; p=0,01), y positivamente con hemoglobina (r=0,219; p=0,019).

No se hallaron asociaciones con edad, sexo, etiología, DM, Charlson, albúmina ni PCR.

Conclusiones: Los pacientes con ERCA presentan un deterioro significativo de la calidad de vida asociado a ansiedad y depresión. La evaluación sistemática del estado emocional en la consulta ERCA es esencial para un abordaje integral y precoz.

599 ¿PUEDEN KFRE Y KD PREDICT ANTICIPAR EL RIESGO DE HOSPITALIZACIÓN EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA AVANZADA? ANÁLISIS RETROSPECTIVO EN UN CENTRO ESPAÑOL

LP. GÓMEZ ACOSTA¹, MG. BRAVO MALDONADO¹, B. DE LEÓN GÓMEZ¹, A. SASTRE LÓPEZ¹, C. LUCAS ALVAREZ¹, X. MARTELLI GUERRERO¹, E. MONFÁ GUIX¹, C. MARTINEZ ROSERO¹, G. ESTEFAN KASABJI¹, M. PRIETO VELASCO¹

¹NEFROLOGÍA. COMPLEJOASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN (LEÓN/ESPAÑA)

Introducción: La enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) se asocia con una alta carga de comorbilidades y un elevado riesgo de hospitalización. Herramientas predictivas como el Kidney Failure Risk Equation (KFRE) y KD Predict han sido validadas para anticipar eventos como la progresión a terapia renal sustitutiva (TRS) y la mortalidad, pero su utilidad para predecir ingresos hospitalarios aún no ha sido suficientemente explorada.

Objetivo: Evaluar si las herramientas KFRE y KD Predict pueden predecir el riesgo de hospitalización en pacientes con ERCA en seguimiento nefrológico especializado.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo y retrospectivo que incluyó a 231 pacientes ≥18 años con ERCA (FG estimado <25 ml/min/1.73m² por CKD-EPI) entre 2021 y 2024. Se recopilaron variables demográficas, funcionales y clínicas desde la primera consulta. El análisis estadístico se realizó con SPSS, utilizando la prueba t de Student para variables independientes.

Resultados: La media de edad fue de 81.1 años (DE 12.25), siendo mujeres el 60.8%. La etiología de enfermedad renal principal fue vascular (43.5%). El seguimiento medio fue de 19.2 meses. El índice de Barthel medio fue de 72. Durante el seguimiento, 172 pacientes (74.5%) requirieron hospitalización, con una media de 2.3 ingresos por paciente. Las principales causas fueron cardiológicas (28.1%) y respiratorias (15.8%).

KFRE en su variante a 2 años predijo ingresos hospitalarios en 130 pacientes (75.5%) con significación estadística (p = 0.02), mientras que su variante a 5 años no fue significativa. Por otro lado, KD Predict predijo ingresos en 141 pacientes (81.9%) con significación estadística tanto en sus variantes a 2 como a 5 años (p < 0.01).

Conclusión: KFRE y, especialmente KD Predict podrían ser herramientas útiles para estimar el riesgo de hospitalización en pacientes con ERCA, ampliando su valor clínico más allá de la progresión a TRS y la mortalidad.

600 PANORAMA ACTUAL DE LOS PACIENTES EN SEGUIMIENTO EN NEFROLOGÍA CLÍNICA: ESTUDIO TRASVERSAL DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS EN LA CONSULTA EXTERNA

MR. MARTA RIVERO MARTÍNEZ¹, AR. ANTONINA RODRIGUEZ MORENO¹, MA. MARTA ALVAREZ NADAL¹, MP. MARINA PUJOL PUJOL¹, AS. ANA I SANCHEZ FRUCTUOSO¹, CG. CLARA GARCIA CARRO¹

¹NEFROLOGIA. HCSC (MADRID/ESPAÑA)

Introducción: La consulta ambulatoria de Nefrología atiende a una población heterogénea con enfermedades renales crónicas (ERC) de diversa etiología y grado de progresión. Conocer el perfil clínico y demográfico de estos pacientes es fundamental para optimizar el seguimiento, conocer prevalencia y evolución de las distintas patologías renales.

Materiales y métodos: Corte transversal de pacientes vistos en consultas externas de Nefrología clínica desde el 15 noviembre 2023 hasta el 10 abril 2025. Se analizaron características demográficas, diagnóstico, función renal y albuminuria.

Resultados: 700 pacientes incluidos. Edad media 66,5 años. Hombres (H) 59,6%. El 30,4% DM2 (H 33%, mujeres (M) 25,8%). FG medio 52,3 ml/min no diferencias entre H y M. Albumina/Creatinina (a/c) media 215 mg/g (no diferencias entre H y M). Un 3,1% de pacientes fallecieron durante el seguimiento. El diagnóstico se realizó por biopsia renal en el 16,7%. El principal diagnóstico fue ERC de etiología no filiada (30,7% de los pacientes), FG 47,3 ml/min, a/c 155 mg/g, con edad significativamente mayor (70,2 años). El segundo diagnóstico más frecuente fue pacientes monorenos (13,1%). El tercer diagnóstico más frecuente fue ERD (12,2%) con FG 46 ml/min y a/c 415 mg/g. Seguidamente de patología glomerular (GN) en el 12,14% pacientes, con FG m 67,7 ml/min, presentando una albuminuria significativamente mayor (a/c 610 mg/g): más frecuente IGA N=25, nefropatía membranosa N=17 (ANTIPLA2R positiva N=7), vasculitis ANCA N=14, nefropatía lupica N=11 (clase IV más frecuente, N=6), glomeruloesclerosis focal y segmentaria N=4, cambios mínimos N=4, glomerulonefritis (g) postinfecciosa N=2, g mesangial IGM N=2, membrana basal glomerular N=2, amiloidosis N=1 g C3 N=1, g fibrilar N=1. Vasculitis ANCA y g C3 presentaron un FG m significativamente peor respecto al resto de GN (FG m 37,8 ml/min y FG m 35 ml/min respectivamente). El 3,9% enfermedades genéticas (ADPKD N=11, Alport N=12, UMOD/MUC1 N=3, Fabry N=1). El 3,6% litiasis. 2,7% cardiorenal. 3% toxicidad fármacos (más frecuente 67% litio). 3,8% microhematuria sin ERC ni a/c no biopsiadas. Otras patologías fueron menos frecuentes: MAT N=6, NTIC N=8, IGG4 N=5, NAE N=8, mieloma N=3, ERC obesidad N=5).

Conclusión: En un corte transversal de seguimiento de Nefrología clínica en consultas externas la etiología más frecuente de ERC fue la causa no filiada seguida de pacientes monorenos, diabetes y patología glomerular. Los pacientes con ERC no filiada son más mayores, la ERD presentan la peor función renal mientras que la patología glomerular presenta mayor albuminuria. Estos datos subrayan la complejidad de la población con ERC y la importancia de un abordaje diagnóstico que incluya el uso racional de la biopsia y pruebas genéticas, para un mejor diagnóstico etiológico y manejo de nuestros pacientes.

601 VITAMINA D EN PACIENTES CON ERCA: ¿MODIFICA EL RIESGO DE HOSPITALIZACIÓN O MUERTE?

LP. GOMEZ ACOSTA¹, MG. BRAVO MALDONADO¹, EJ. ROMERO ZALDUMBIDE¹, G. ESTEFAN KASABJI¹, C. LUCAS ALVAREZ¹, X. MARTELLI GUERRERO¹, E. MONFÁ GUIX¹, C. MARTINEZ ROSERO¹, A. SASTRE LÓPEZ¹, M. PRIETO VELASCO¹

¹NEFROLOGIA. COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN (LEÓN/ESPAÑA)

Introducción: La enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) representa una condición de alta complejidad clínica, asociada a múltiples comorbilidades, riesgo de hospitalización y mortalidad. La suplementación con vitamina D ha sido ampliamente utilizada en esta población, aunque su impacto en eventos clínicos como mortalidad o ingreso hospitalario no está completamente definido.

Objetivo: Analizar si existe una asociación entre la suplementación con vitamina D y los niveles séricos de 25(OH) vitamina D con la mortalidad o el número de ingresos hospitalarios en pacientes con ERCA.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo y retrospectivo que incluyó a 236 pacientes \geq 18 años con ERCA (FG estimado datos independientes).

Resultados: La media de edad fue de 81,1 años (DE 12,25), con predominio femenino (60,8%). La etiología renal principal fue vascular (43,5%). El seguimiento medio fue de 19,2 meses. El índice de Barthel medio fue de 72. Se registraron 172 hospitalizaciones (74,5%) con una media de 2,3 ingresos por paciente. Un 47,2% recibía suplementos de vitamina D; la media de 25(OH) vitamina D fue de 22,5 ng/mL (DE 13,9). Fallecieron 65 pacientes (27,7%), principalmente por causas cardiovasculares (26,6%); 32 de ellos (49,2%) recibían suplementos de vitamina D. No se encontró asociación estadísticamente significativa entre los niveles de vitamina D y la suplementación de la misma y la mortalidad o ingresos hospitalarios ($p > 0,05$ en todas las pruebas). El valor de chi-cuadrado de Pearson (0,174) y la prueba exacta de Fisher ($p = 0,771$) confirmaron esta falta de asociación.

Conclusión: En esta cohorte de pacientes con ERCA, la suplementación con vitamina D y los niveles séricos de 25(OH) vitamina D no se asociaron significativamente con la mortalidad ni con el riesgo de hospitalización. Se requieren estudios prospectivos para confirmar estos hallazgos.

602 INFLUENCIA DEL SEXO EN LA PROGRESIÓN DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA: UN ANÁLISIS TRASVERSAL EN ATENCIÓN PRIMARIA

MJ. IZQUIERDO ORTIZ¹, DS. SÁNCHEZ OSPINA², MP. MARTIN PALENCIA², CG. GOMEZ SANCHEZ², CN. NAVARRO PARRA³, BH. HIJAZI PRIETO⁴, SM. MAS FONTAÑO⁵, VC. CAMARENO TEJANO⁶, IS. SAEZ CALERO⁶, EG. GONZÁLEZ PARRA⁶

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BURGOS (BURGOS/ESPAÑA); ²ANÁLISIS CLÍNICOS. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BURGOS (BURGOS/ESPAÑA); ³ATENCIÓN PRIMARIA. GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA (BURGOS/ESPAÑA); ⁴NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BURGOS (BURGOS/ESPAÑA); ⁵INVESTIGACIÓN. HOSPITAL FUNDACIÓN JIMENEZ DIAZ (MADRID/ESPAÑA); ⁶NEFROLOGÍA. HOSPITAL FUNDACIÓN JIMENEZ DIAZ (MADRID/ESPAÑA)

Introducción: La Enfermedad Renal Crónica (ERC) presenta un comportamiento diferenciado según el sexo, con implicaciones relevantes para su diagnóstico, seguimiento y manejo. Las mujeres muestran una mayor prevalencia de ERC en estadios iniciales, mientras que los hombres tienen una progresión más acelerada hacia la enfermedad renal terminal. Estas diferencias podrían deberse a factores fisiológicos, como la masa muscular, así como a variables cardiovasculares, metabólicas y socioculturales. No obstante, el papel específico de la albuminuria en esta disparidad permanece insuficientemente caracterizado.

Materiales y método: Se realizó un estudio transversal en una cohorte de 12.134 pacientes de Atención Primaria de la provincia de Burgos (7.064 mujeres y 5.070 hombres). Se estimó la función renal mediante la fórmula CKD-EPI y se determinó el cociente albúmina/creatinina (uACR) en muestras de orina. La clasificación de la ERC se realizó según las guías KDIGO 2024. Se analizaron diferencias en distribución de estadios, niveles de uACR y prevalencia de comorbilidades entre sexos. La asociación entre sexo y progresión de la ERC se evaluó mediante regresión logística multivariante ajustada por albuminuria y comorbilidades cardiovasculares y metabólicas.

Resultados: Las mujeres presentaron niveles de uACR significativamente más bajos y menor prevalencia de diabetes, hipertensión y enfermedad cardiovascular en comparación con los hombres. A pesar de ello, se observó una pendiente de descenso del filtrado glomerular estimado (TFGe) similar entre ambos sexos: $-0,8425$ ml/min/1,73 m²/año. A partir de los 75 años, se evidenció una aceleración del deterioro de la función renal y un aumento de la albuminuria, lo que podría reflejar un componente de esclerosis glomerular asociada al envejecimiento. El sexo masculino se asoció de forma independiente con una mayor probabilidad de progresión a estadios avanzados de ERC, incluso tras ajustar por uACR y comorbilidades.

Conclusiones: La progresión de la ERC difiere significativamente entre sexos, identificándose el sexo masculino como un factor de riesgo independiente, incluso tras ajustar por comorbilidades y albuminuria. A pesar de presentar menos factores de riesgo cardiovascular, las mujeres mostraron una pendiente de descenso del filtrado glomerular similar a la de los varones ($-0,8425$ ml/min/1,73 m²/año). A partir de los 75 años, ambos sexos evidencian una caída acelerada de la función renal y aumento de albuminuria, posiblemente por esclerosis glomerular asociada a la edad. Estos hallazgos subrayan la necesidad de estrategias de cribado e intervención adaptadas al sexo biológico para mejorar el pronóstico renal y evitar la progresión silente de la ERC.