



40

CONGRESO ANUAL

de la SOCIEDAD VALENCIANA de NEFROLOGÍA

10 - 11 MARZO 2023

Colegio de Médicos, Valencia

ORGANIZADO POR:



Estimados socios,

Desde el pasado mes de marzo de 2018, la nueva Junta Directiva de la Sociedad Valenciana de Nefrología ha intentando continuar la importante labor realizada por las Juntas Directivas previas. Tras haber transcurrido un periodo de 5 años, y próximos a unas nuevas elecciones para el año 2024, ha sido para la Junta Directiva un honor haber tomado el timón de nuestra Sociedad. Este viaje no ha estado exento de dificultades empezando con la pandemia, la necesidad de retos y la situación complicada en la sanidad pública que dificulta la implicación de los profesionales en actividades diferentes de la enorme presión asistencial habitual.

Cambiamos el formato de reuniones, de presencial a virtual y nos reinventamos para fomentar la formación médica continuada en Nefrología. Tras un enorme esfuerzo de esta Junta Directiva y de los socios que ha colaborado en los proyectos de formación, especialmente en el canal YouTube, nos hemos posicionado como uno de los proyectos mas relevantes en el mundo en la formación médica de Nefrología en castellano.

Aprovecho esta carta para dar las gracias a todos los que habéis colaborado en los proyectos de formación de la SVN, especialmente en nuestro Canal YouTube que ha llegado a los 7890 suscriptores y es un modelo de canal digital de formación, así como el apoto a nuestro twitter.

Agradecemos igualmente a la industria farmacéutica que como siempre nos ha apoyado en nuestros proyectos.

Ya os hemos informado que con la intención de poder cerrar un periodo de dedicación y tras seis años en nuestros cargos, debemos dejar paso a otros compañeros en una nueva Junta Directiva que aporten nuevos proyectos para que la SVN presentándose a las elecciones del año próximo.

Estamos deseando volver a vernos en este 40 aniversario de la SVN los días 10 y 11 de marzo en Valencia. Hemos preparado con el máximo esmero un programa científico independiente que esperamos que sea de vuestro agrado. Además veremos los proyectos que se están desarrollando en los equipos de Nefrología de la Comunidad Valenciana.

Os invitamos pues a participar en la XL Reunión de la Sociedad Valenciana de Nefrología en el Ilustre Colegio de Médicos de Valencia.

Recibid un cordial saludo

Valencia, 3 de marzo de 2023



José Luis Gorriz
Presidente de la SVN
En nombre de la Junta Directiva de la SVN

PROGRAMA

VIERNES, 10 DE MARZO 2023

09:30-17:00 Recogida de documentación y acreditación.

PRECONGRESO: Píldoras de hemodiálisis.

10:15-10:20 Presentación de la reunión.

José Enrique Fernández Nájera, Iris Viejo Boyano y José Luis Górriz Teruel.

10:20-11:00 Módulo 1: Acceso vascular.

10:20-10:35 Monitorización de FAV en HD. *Gustavo A. Useche Bonilla.*

10:35-10:50 Complicaciones del acceso vascular. *Ángel Palacios Castillo.*

10:50-11:00 Ruegos y preguntas.

11:00-11:30 Módulo 2: Prescripción en hemodiálisis.

11:00 - 11:15 ¿Qué preocupa a los pacientes en HD? Prescripción individualizada a problemas clínicos: ganancia peso, hipoTA, prurito... *Pablo Molina Vila*

11:15 - 11:30 Trastornos hidroelectrolíticos en HD, ajustando el baño de diálisis. *Iris Viejo Boyano*

11:40-12:00 Pausa Café.

12:00-13:10 Módulo 3: Beyond the classics.

12:00-12:15 Hemodiálisis incremental. *Carmen María Pérez Baylach.*

12:15-12:30 Hemodiálisis domiciliaria, papel del médico. *Alejandro Pérez Alba.*

12:30-12:45 Papel de enfermería en hemodiálisis: *Begoña Romayor Hernández.*

12:45-13:00 Terapia renal sustitutiva continua. *María Jesús Broch Porcar.*

13:00-13:10 Dudas.

13:10-13:20 Conferencia final/cierre de jornada.

13:30-15:10 Almuerzo.

15:10-15:40 COMUNICACIONES ORALES I.

Moderadores: *M^a. Asún Sancho Calabuig y Francisco José Javier Valero Mena.*

15:10 *Iris Viejo Boyano*

Glomerulonefritis fibrilar: entidad infradiagnosticada. La contribución de los avances inmunohistoquímicos.

Tema: *Nefrología Clínica*

15:14 *Juan Pablo Moret Chiappe*

Volumen convectivo ajustado a superficie corporal: experiencia de un centro

Tema: *Técnicas dialíticas (HD, DP, HDD)*

15:18 *María Peris Fernández*

Insiste, persiste y resiste: los efectos del covid que perduran pese al descenso de su incidencia

Tema: *Técnicas dialíticas (HD, DP, HDD)*

15:22 *Eva Cotilla de la Rosa*

¿La calcificación arterial es un factor predictor del fallo de la fístula arteriovenosa

Tema: *Técnicas dialíticas (HD, DP, HDD)*

15:26 *Aina Quilis Pellicer*

Asimetría renal e hipertensión arterial: más allá de la estenosis de la arteria renal

Tema: *Nefrología Clínica*

15:45-16:10 CONTROVERSIA: ERCA: SGLT2, IECAs/ARA2, finerenona: ¿caben todos?

Moderador: *David Rodríguez Santarelli.*

Ponentes: *Marco Montomoli y José Luis Górriz Teruel.*

16:15-16:45 CONFERENCIA: La importancia del sodio en diálisis peritoneal.

Moderador: *Josep Crespo Albiach*

Ponente: *Miguel Ángel González Rico*



VIERNES, 10 DE MARZO 2023

16:45-17:15

COMUNICACIONES ORALES II.

Moderadores: *Eduardo Muñoz de Bustillo Llorente, Francesc Moncho Frances*

16:45 *Iris Viejo Boyano*

Enfermedad renal crónica en el trasplante de órgano sólido no renal. Análisis de la incidencia, factores de riesgo, pronóstico global y rol de nefrología en su manejo.

Tema: Nefrología Clínica

16:52 *Francisco Javier Marqués Ortega*

Evaluación de la efectividad de la terapia a largo plazo con belimumab para la nefritis lúpica: un estudio observacional.

Tema: Nefrología Clínica

16:59 *Francisco Marqués Ortega*

Análisis de la prevalencia y manejo de la litiasis renal de novo en pacientes trasplantados renales

Tema: Trasplante

17:06 *M.ª Jesús Puchades Montesa*

Efecto de hierro carboximaltosa intravenosa sobre el rendimiento físico, la fatiga y la calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica no en diálisis, anemia leve y deficiencia de hierro

Tema: Nefrología Clínica

17:15-17:45

Café.

17:50-18:25

Guías SEN 2022 Nefritis Lúpica.

Moderadora: *M.ª Esther Tamarit Antequera*

Ponente: *Ana Isabel Ávila Bernabéu*

18:30-18:55

CONFERENCIA I: Estrategias para definir la intensidad de la inmunosupresión e integración con nuevos biomarcadores

Moderador: *Jordi Espí Reig*

Ponente: *David Cucchiari*

19:00-19:25

COMUNICACIONES ORALES III.

Moderadores: *Amparo Bernat García y Claudia Díez López*

19:00 *Elisa Perez-Bernat*

La consulta electrónica reduce la lista de espera de pacientes con consulta externa y optimiza la atención nefrológica. La experiencia en el departamento valencia clínico-la malvarrosa años 2017-2022.

Tema: Nefrología Clínica

19:07 *Aina Quilis Pellicer*

Utilidad clínica del estudio genético en una consulta de trasplante rena

Tema: Trasplante

19:14 *Hugo Vergara Pérez*

Eficacia y seguridad del rituximab en el tratamiento de las vasculitis anca positivo: experiencia en nuestro centro.

Tema: Nefrología Clínica

19:30-20:00

ASAMBLEA ORDINARIA SOCIOS

21:30

CENA Y ENTREGA DE PREMIOS



SÁBADO, 11 DE MARZO 2023

- 10:00-10:25** CONFERENCIA II: Estrategia de donación renal en el año 2022.
Moderador: Miguel Perdigüero Gil
Ponente: Edoardo Melilli
- 10:30-11:00** COMUNICACIONES ORALES IV.
Moderadores: José Luis Górriz Teruel y Hugo Vergara Castellón
- 10:30** **Gustavo Useche Bonilla**
Características y complicaciones de las fístulas arteriovenosas realizadas a los pacientes con enfermedad renal crónica avanzada en el departamento de salud de Gandía
Tema: Técnicas dialíticas (HD, DP, HDD)
- 10:34** **Celia Ahedo Martín**
Medición de la presión intraperitoneal (pip) en la unidad de diálisis peritoneal de nuestro hospital: variables relacionadas y complicaciones.
Tema: Técnicas dialíticas (HD, DP, HDD)
- 10:38** **Manuel Parra Collado**
Experiencia inicial de una consulta cardiorrenal
Tema: Nefrología Clínica
- 10:42** **Camila Solano RIVERA**
Valoración de las características basales y progresión en función del grupo de riesgo en pacientes con nefropatía iga.
Tema: Nefrología Clínica
- 10:46** **Aina Quilis Pellicer**
La nutrición parenteral intradiálisis aumenta la masa muscular de los pacientes desnutridos en programa de hemodiálisis
Tema: Técnicas dialíticas (HD, DP, HDD)
- 10:50** **Alejandro Valero Antón**
Hemodiafiltración con regeneración de ultrafiltrado con membrana de alta permeabilidad (supra-h) nueva alternativa a la hemodiafiltración online: análisis de sesión aislada.
Tema: Técnicas dialíticas (HD, DP, HDD)
- 10:54** **Francesc Moncho Francés**
Valoración de la nefrotoxicidad de la terapia car-t. Alteraciones electrolíticas y fracaso renal agudo.
Tema: Nefrología Clínica
- 11:05-11:30** CONFERENCIA III: Dieta basada en vegetales en pacientes con ERC: destruyendo el mito de las proteínas de alto valor biológico.
Moderadora: Belén Vizcaino Castillo
Ponente: Emma Huarte Loza
- 11: 35-12:05** Pausa café
- 12:10-12:35** CONFERENCIA IV: Avances en el Síndrome nefrótico primario.
Moderadora: Francisco José Aguilar Bacallado
Ponente: Xavier Martin Benlloch
- 12:40-13:25** COMUNICACIONES ORALES V.
Moderadores: José Enrique Fernández Nájera y Alejandro Valero Antón
- 12:40** **Emma Calatayud Aristoy**
El trasplante renal, una opción real en receptores mayores de 65 años.
Tema: Trasplante



SÁBADO, 11 DE MARZO 2023

12:40-13:25

COMUNICACIONES ORALES V.

Moderadores: José Enrique Fernández Nájera y Alejandro Valero Antón

12:47 David Rodríguez Santarelli

Cuando la diálisis no es la mejor opción

Tema: Técnicas dialíticas (HD, DP, HDD)

12:54 Eva Cotilla de la Rosa

Nutrición digital para pérdida de peso en pacientes de diálisis y candidatos a trasplante renal

Tema: Técnicas dialíticas (HD, DP, HDD)

13:01 José Luis Górriz

Aplicabilidad del consenso nacional en enfermedad renal crónica: diferencias y similitudes entre la comunidad valenciana y el resto de España

Tema: Nefrología Clínica

13:08 Alba Santos

¿Qué nos preocupa en hemodiálisis?

Técnicas dialíticas (HD, DP, HDD)

13:15 Paula Gandía Ureña

Trasplante con donante vivo, una opción segura y exitosa.

Trasplante

13:22 Leónidas Cruzado Vega

Efecto antiproteinúrico de los isglt2 en trasplante renal: experiencia de un centro.

Trasplante

13:30-13:55

CONFERENCIA V. Realización de la FAV nativa.

Moderadora: M^a Teresa Pin Godos

Ponentes: Raúl Daitz-Usetxi Laplaza e Inmaculada Martínez Perelló

14:00-14:20

REGISTROS DE ENFERMOS RENALES.

Moderador: Juan Carlos Alonso

Ponente: Oscar Zurriaga LLorens

14:25-14:40

Conclusiones, resumen de la reunión.

14:45

ALMUERZO Y ENTREGA DE PREMIOS DE LAS COMUNICACIONES ORALES

COMUNICACIONES



NEFROLOGÍA CLÍNICA

1. Glomerulonefritis fibrilar: entidad infradiagnosticada. La contribución de los avances inmunohistoquímicos.

Autor principal: Iris Viejo Boyano. Hospital Universitari i Politècnic La Fe

Coautores: Iris Viejo Boyano¹, Gema Moreno Abenza², Andrea Sofía Álvarez Muñoz¹, Judith Pérez Rojas², Vicent Martínez i Cózar², Ana Peris Domingo¹, María Carmen Ramos Tomás¹, Enrique Garrigós Almerich¹.

1.Servicio de Nefrología. Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia, España. 2.Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia, España.

INTRODUCCIÓN

La glomerulonefritis fibrilar (GNF) es una entidad poco frecuente, con una incidencia menor al 1% en las biopsias renales nativas. La edad media de debut es la sexta década de la vida y es más frecuente en mujeres. Su espectro clínico es amplio, siendo lo más común el fracaso renal agudo asociado a proteinuria en rango nefrótico y microhematuria. Un 40% presentan un síndrome nefrótico completo. Está asociada hasta en un 30-50% con virus de la hepatitis C (VHC), disproteinemias, enfermedades autoinmunes, diabetes mellitus (DM) y malignidad.

El diagnóstico es anatomopatológico, definido por el hallazgo en la microscopía electrónica (ME) de fibrillas ordenadas al azar, no ramificadas, con un diámetro entre 15-25 nm, lo que permite diferenciarla de otras entidades como la amiloidosis o la glomerulopatía inmunotactoide. En la microscopía óptica (MO) se pueden encontrar cinco patrones histológicos asociados a diferente evolución clínica: mesangial, membranoproliferativo, proliferativo difuso, esclerosante difuso y membranoso, con una frecuencia del 71%, 15%, 12%, 1% y 1% respectivamente. En la inmunofluorescencia (IF) hay depósitos glomerulares mal definidos para IgG, C3, kappa y lambda. Sin embargo, la mayor contribución al diagnóstico ha sido el descubrimiento del DNAJB9 como marcador inmunohistoquímico. Además, el uso de otros marcadores inmunohistoquímicos como el C4d pueden contribuir al diagnóstico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos un estudio unicéntrico de 5 casos de glomerulonefritis fibrilar tras revisión de 135 biopsias renales nativas entre enero de 2019 y diciembre de 2021, con relevancia tanto en su patrón histológico en la MO (un caso con patrón esclerosante difuso) como inmunohistoquímico (uso de DNAJB9 y C4d, claves para el diagnóstico diferencial).

RESULTADOS

Se analizaron 135 biopsias renales nativas entre enero de 2019 y diciembre de 2021, hallándose 5 casos de glomerulonefritis fibrilar (3.7%). Todas las pacientes fueron mujeres con una edad media de 56.2 años. 3 debutaron con función renal alterada. Todas presentaron proteinuria, siendo en 4 de ellas en rango nefrótico y 2 con síndrome nefrótico completo (40%). 3 presentaron microhematuria. 2 pacientes presentaban antecedentes tumorales y 2 componente autoinmune.

En el estudio de MO se observaron 2 con patrón mesangial aislado, con excelente evolución, sin deterioro de la función renal, 2 con combinación de patrón mesangial y membranoso, progresando 1 de ellas a tratamiento renal sustitutivo (TRS) y 1 con patrón esclerosante difuso con progresión a TRS.

El DNAJB9 fue positivo en 4 de los pacientes y evitó la necesidad de ME en una paciente. El uso de C4d fue clave para el diagnóstico diferencial de uno de los casos.

Todas las pacientes se trataron con tratamiento antiproteinúrico, una paciente recibió rituximab, con mala respuesta.

CONCLUSIONES

La glomerulonefritis fibrilar es una entidad infrecuente, pero posiblemente esté infradiagnosticada. Las nuevas herramientas diagnósticas como el DNAJB9 y algunas clásicamente utilizadas en otras glomerulopatías como el C4d, pueden hacer que en los próximos años el número de diagnósticos incrementen. El pronóstico actualmente se relaciona con el patrón histológico y las herramientas terapéuticas son limitadas en el momento actual, por lo que se necesitan nuevos estudios.

NEFROLOGÍA CLÍNICA

2. Asimetría renal e hipertensión arterial: más allá de la estenosis de la arteria renal

Autor principal: Aina Quilis Pellicer. Hospital Dr. Peset (Valencia)

Coautores: Quilis Pellicer, Aina¹; Cavada Bustamante, Adriana María³; Díez Arias, Pablo A⁴, Sanz García, Clara²; Burguera Vion, Victor²; Sosa Barrios, R Haridian², Fernández Lucas², M y Rivera Gorrín, Maite².

1 Hospital Dr. Peset. 2 Hospital Universitario Ramón y Cajal. 3 H. Universitario Central de Asturias. 4 Hospital de La Princesa

OBJETIVOS

Conocer la incidencia de asimetría renal, definida como la diferencia longitudinal mayor de 1.5 cm entre ambos riñones en la cohorte de las ecografías renales realizadas por el Servicio de Nefrología del H. Ramón y Cajal (Madrid).

- Evaluar la relación entre la asimetría renal y HTA
- Determinar la correlación entre HTA y asimetría renal en ausencia EAR

MÉTODOS:

Estudio retrospectivo (enero de 2020 y mayo de 2022) de la base de datos de ecografías del Servicio de Nefrología del H. Ramón y Cajal. Se utilizaron las siguientes palabras clave de búsqueda: asimetría, atrofia renal, disimetría, EAR, stent, malrotación y monorreno. El grupo control se eligió aleatoriamente entre el registro de ecografías bidimensionales catalogadas como normales en el periodo de estudio.

Datos recogidos: sexo, edad, antropométricos, HTA, número de fármacos antihipertensivos, diabetes, dislipemia, tabaquismo, enfermedades sistémicas, arteriopatía, aneurismas o malformaciones urológicas. La función renal se calculó con la fórmula CKD-EPI. Recogimos el motivo de petición de la ecografía junto con los hallazgos de relevancia observados y se revisaron las pruebas de imagen complementarias. Asimismo, analizamos el número de fármacos antihipertensivos utilizados por cada grupo.

RESULTADOS:

Encontramos 51 asimetrías entre 2.454 ecografías realizadas (2'07%). De ellas, el 21'5% fueron secundarias a EAR. Únicamente en el 37% de los casos se amplió el estudio mediante gammagrafía o AngioTAC, identificándose asimetría renal como único hallazgo en un 13'7%.

La incidencia de HTA en el grupo de asimetría renal fue significativamente mayor que en el grupo control (40 vs. 22, p<0,05). El grupo con asimetría renal precisaba más fármacos antihipertensivos para el control de la presión arterial (t -2,09 p<0,05). En los pacientes con asimetría renal sin EAR, la gravedad de HTA fue mayor (32 vs. 22 p<0,05).

CONCLUSIONES:

En nuestra experiencia, la asimetría renal es un hallazgo infrecuente en los estudios ecográficos, y solo una quinta parte de ellas corresponden a EAR. La asimetría renal se relacionó significativamente con una mayor prevalencia de HTA y un mayor número de fármacos para su manejo respecto al grupo control.

3. Enfermedad renal crónica en el trasplante de órgano sólido no renal. Análisis de la incidencia, factores de riesgo, pronóstico global y rol de nefrología en su manejo.

Autor principal: Iris Viejo Boyano. Hospital Universitari i Politècnic La Fe

Coautores: Iris Viejo Boyano¹, Luis Carlos López Romero², Luis D' Marco³, María Peris Fernández¹, Enrique Garrigós Almerich¹, María Carmen Ramos Tomás¹, Ana Peris Domingo¹, Julio Hernández-Jaras¹.

1. Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia. 2. Consorcio Hospital General Universitario de València, Valencia. 3. Universidad Cardenal Herrera-CEU, Valencia.

NEFROLOGÍA CLÍNICA

INTRODUCCIÓN:

La enfermedad renal crónica (ERC) es una complicación frecuente de los trasplantes de órgano sólido y está relacionada con un aumento de la morbimortalidad. La identificación de los factores predisponentes es crucial para realizar un abordaje precoz y una derivación correcta a Nefrología, especialidad con un importante rol en el manejo de estos pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio unicéntrico, observacional y retrospectivo de una cohorte de pacientes trasplantados de órgano sólido en el Hospital Universitari i Politècnic La Fe entre enero de 2010 y diciembre de 2020, con desarrollo de ERC en seguimiento por Nefrología. Se analizaron 212 pacientes: 101 fueron excluidos por presentar un trasplante previo al 2010, 28 por no presentar seguimiento en nuestro hospital y 9 por presentar un trasplante combinado. La muestra final fue de 74 pacientes.

Se realizó análisis estadístico entre los factores de riesgo en el pretrasplante, peritrasplante y postrasplante y las cuatro variables dependientes: enfermedad renal crónica avanzada (ERCA), aumento de creatinina sérica $\geq 50\%$, tratamiento renal sustitutivo (TRS) y fallecimiento.

RESULTADOS

Se analizaron 74 pacientes (7 trasplantados cardíacos, 34 trasplantados hepáticos y 33 trasplantados pulmonares).

45 pacientes presentaron un aumento de Creatinina $\geq 50\%$. Recibir un trasplante pulmonar confiere más riesgo versus un trasplante hepático (HR 0.048 [95% CI] 0.012 a 0.192) o cardíaco (HR 0.075 [95% CI] 0.01 a 0.5). Se asoció significativamente con obesidad pre-trasplante (p 0.003), ventilación mecánica peritrasplante (p < 0.001), sobredosis de anticalcineurínicos peritrasplante (p 0.009) y postrasplante (p. 0.005), nefrotóxicos peritrasplante (p. 0.046) y postrasplante (0.03) y el número de ingresos hospitalarios (p. 0.002). No llevar seguimiento por Nefrología en el pretrasplante (p 0.027), peritrasplante (p. 0.045) y el mayor tiempo hasta consultas externas (HR 1.032 [95% CI] 1.011 a 1.054) confirió más riesgo.

24 pacientes desarrollaron ERCA. Recibir un trasplante pulmonar confiere más riesgo versus un trasplante hepático (HR 0.14 [95% CI] 0.045 to 0.463) o cardíaco (HR 0.13 [95% CI] 0.015 to 1.28). La ventilación mecánica peritrasplante (p. 0.03), sobredosis de anticalcineurínicos peritrasplante (p. 0.024) y postrasplante (p. 0.038), antimicrobianos nefrotóxicos peritrasplante (p. 0.045) y postrasplante (p. 0.04) y el número de ingresos hospitalarios (p. 0.015) se asociaron significativamente. El tiempo a consultas de Nefrología en el postrasplante (p 0.035) confirió más riesgo.

8 pacientes requirieron TRS. Se asoció significativamente con el hábito tabáquico activo en el pretrasplante (p 0.02) y la sobredosis de anticalcineurínicos en el peritrasplante (p. 0.045).

21 pacientes fallecieron. Se asoció significativamente con el hábito tabáquico activo en el pretrasplante (p. 0.03) y el número de ingresos hospitalarios en el postrasplante (p 0.006).

CONCLUSIONES:

El seguimiento temprano por Nefrología se asocia con una disminución en el deterioro de la función renal y el desarrollo de enfermedad renal crónica avanzada, al poder actuar sobre los factores de riesgo para cada trasplantado como la sobredosis de anticalcineurínicos y la nefrotoxicidad y permitir la identificación de pacientes con más riesgo, como aquellos con necesidad de ventilación mecánica en el peritrasplante, los pacientes que presentan mayor número de ingresos hospitalarios y los pacientes trasplantados pulmonares.

NEFROLOGÍA CLÍNICA

4. Evaluación de la efectividad de la terapia a largo plazo con belimumab para la nefritis lúpica: un estudio observacional.

Autor principal: Francisco Javier Marqués Ortega. *Hospital Universitario y Politécnico La Fe*

Coautores: Francisco J. Marques Ortega (1), Anna Ferri Cortés (1), Manel Gavilà Chornet (1), Enrique Garrigós Almerich (1), Ana Peris Domingo (1), Ester Cholbi Vives (1), Francisco José Valero Mena (1), Julio Hernández Jaras (1).

1: *Hospital Universitario y Politécnico La Fe.*

INTRODUCCIÓN

La nefritis lúpica (NL) es una causa importante de morbilidad y mortalidad en el lupus eritematoso sistémico (LES). El belimumab, un anticuerpo monoclonal que inhibe el factor activador de células B, ha demostrado eficacia en la disminución de la proteinuria, la prevención de brotes y la obtención de respuesta renal primaria a los dos años. Sin embargo, los datos sobre su eficacia a largo plazo son limitados. El objetivo de este estudio observacional es evaluar la eficacia del belimumab en pacientes con NL con biopsia probada a largo y medio plazo.

MÉTODOS

En este estudio observacional retrospectivo en nuestro centro, se seleccionaron pacientes con NL diagnosticada mediante biopsia y que recibieron belimumab. Se recogieron datos sobre función renal, proteinuria (24 horas) y hematuria. Se evaluó la actividad inmunológica (Anti-ADN doble cadena, C3 y C4). Se recogieron los datos en tres momentos: inicio de belimumab, 12 meses después del inicio de la terapia y a la interrupción del tratamiento. Cuando el paciente seguía en tratamiento activo en el momento de la recogida de datos se obtuvieron datos de las últimas analíticas disponibles. Se identificaron las exacerbaciones renales. El período observacional se ajustó para ser consistente entre los tratamientos pre y posbelimumab. Finalmente, se reportó la iniciación de cualquier tratamiento antiproteinúrico adicional.

El análisis de datos se realizó utilizando IBM SPSS Statistics 21[®]. También se realizó un análisis de resultados para pacientes que recibieron belimumab por más de 24 meses.

RESULTADOS

Diecisiete pacientes diagnosticados de NL entre 1991 y 2021 comenzaron belimumab de 2014 a 2022, de los cuales diez recibieron belimumab por más de 24 meses. La duración media del tratamiento fue de 41,8 meses. Las características de los pacientes se presentan en la Tabla 1, mientras que los resultados analíticos se resumen en la Tabla 2. Destaca una disminución estadísticamente significativa en la proteinuria 12 meses después de iniciar el tratamiento con belimumab y una disminución en los anticuerpos anti-dsDNA, ambas duraderas en el tiempo. En cuanto al subgrupo con seguimiento más prolongado, los resultados no difirieron en las pruebas de contraste de hipótesis.

Se identificaron 17 brotes renales antes de la iniciación de belimumab, mientras que se identificaron 9 brotes después de su iniciación ($P = 0,092$). Se diagnosticó a un paciente con meningitis bacteriana aguda, aunque la relación con el medicamento es incierta ya que recibía otros medicamentos inmunosupresores. Este evento no condujo a la retirada del medicamento.

Solo un paciente comenzó un antiproteinúrico durante el periodo de estudio, inmediatamente tras el inicio de belimumab.

CONCLUSIONES

Actualmente, no se conoce la duración óptima del tratamiento con belimumab en LN. A pesar de observar una disminución en la TFG media, los resultados de esta cohorte de pacientes sugieren una tendencia a controlar la proteinuria, la hematuria y la actividad inmunológica a largo plazo. Se observó una disminución notable pero no significativa en los brotes renales. Finalmente, no se realizaron cambios relevantes en la medicación inmunosupresora o antiproteinúrica, lo que permite evitar sesgos por este motivo.

NEFROLOGÍA CLÍNICA

5. Efecto de hierro carboximaltosa intravenosa sobre el rendimiento físico, la fatiga y la calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica no en diálisis, anemia leve y deficiencia de hierro

Autor principal: M.^º Jesús Puchades Montesa

Coautores: Puchades MJ^{1,2,3}, Casas J⁴, Cases A^{2,5}, Giménez-Civera E³, Gonzales B¹, González Rico M¹, Moncho F¹, Perez-Bernat E¹, Solano C¹, Gandía-Salmerón L³, Núñez J^{3,6}, Górriz JL^{1,2,3}

1.Servicio de Nefrología. Hospital Clínico Universitario de Valencia 2.Grupo de Anemia de la SEN. España
3.Instituto de Investigación Sanitaria INCLIVA 4.Servicio de Nefrología. Hospital Francesc de Borja. Gandia.
5.Departament de Medicina, Universitat de Barcelona, Barcelona. Instituto de Investigaciones Biomédicas August Pi i Sunyer (IDIBAPS) 6.Servicio de Cardiología. Hospital Clínico Universitario de Valencia"

ANTECEDENTES Y OBJETIVOS:

El déficit de hierro (DH) en la enfermedad renal crónica (ERC) contribuye a peor calidad de vida. El tratamiento con hierro intravenoso (IV) se limita a pacientes con ERC con DH y anemia para evitar/retrasar el uso de agentes estimulantes de la eritropoyesis (AEE) o reducir las dosis de AEE. Teniendo en cuenta la corrección del DH en otros entornos, planteamos la hipótesis de que el tratamiento con hierro iv en pacientes con DH y anemia límite puede mejorar el rendimiento físico y su calidad de vida, independientemente de los efectos sobre la hemoglobina.

MÉTODOLOGÍA

Estudio prospectivo, unicéntrico, de un brazo en pacientes con ERC con DH, anemia leve, sin insuficiencia cardiaca. Criterios de inclusión: edad \geq 18 años, ERC estadios 3-5 no diálisis, DH (ferritina $<$ 100 ng/ml o ferritina $<$ 200 ng/ml si TSAT $<$ 20 %), anemia leve (Hb 10,5-11,5 g/dL).

En la visita basal, se administró hierro carboximaltosa iv en dosis única, según el grado de DH calculado por la fórmula de Ganzoni.

- Objetivo coprimario fue el cambio en el rendimiento físico, evaluado a través de la prueba de la marcha de 6 minutos (6MWT) a la semana y a las cuatro semanas.
- Objetivos secundarios fueron evaluación global del paciente (PGA) y calidad de vida (EQ-5D), prueba de fatiga de Piper, fósforo sérico a las cuatro semanas. Los datos de laboratorio, PGA, EQ-5D y los cuestionarios de prueba de Piper se evaluaron al inicio y en las semanas 1 y 4 después de recibir carboximaltosa férrica IV.
- Resultados:

41 pacientes completaron el estudio. Objetivo primario: el 6MWT aumentó significativamente de 296 ± 101 m a 314 ± 106 m en la semana 1 ($p < 0,01$) y a 325 ± 111 metros en la semana 4 ($p < 0,01$).

Se detectó una mejora significativa en los valores de la prueba PGA cuando se compararon los valores iniciales con los de la semana 4 (valor de p ajustado = 0,031). No se encontraron diferencias entre el inicio y la semana 1 (valor de p ajustado = 0,083) y las visitas de la semana 1 y la semana 4 (valor de p ajustado = 0,086). No se encontraron diferencias entre las visitas inicial, de 1 semana y de 4 semanas en el cuestionario de calidad de vida EQ-5D ni en la prueba de fatiga de Piper.

Los niveles de fósforo disminuyeron en la semana 1 desde el inicio ($3,16 \pm 0,7$ frente a $3,72 \pm 0,6$) (p ajustado $<$ 0,001), con una recuperación parcial de los niveles séricos en la semana 4 ($3,57 \pm 0,7$ mg/dl).

No hubo aumentos significativos en la concentración de hemoglobina entre los diferentes períodos de tiempo.

CONCLUSIÓN:

La administración de carboximaltosa férrica IV mejoró significativamente la capacidad funcional de los pacientes con ERC y DH a corto plazo. Calidad de vida evaluada por PGA también mejoró de forma leve pero significativamente. Estos efectos que fueron independientes de los cambios en la hemoglobina, sugiriendo el papel del DH en el menor rendimiento físico en pacientes con ERC sin insuficiencia cardiaca.

NEFROLOGÍA CLÍNICA

6. La consulta electrónica reduce la lista de espera de pacientes con consulta externa y optimiza la atención nefrológica. La experiencia en el departamento valencia clínico-la malvarrosa años 2017-2022.

Autor principal: Elisa Pérez - Bernat. *Hospital Clínico Universitario de Valencia*

Coautores: Pérez - Bernat E, Alvarado F, R, Solano C, Rodríguez - Velázquez C, Moncho F, Giménez Civera E, Torregrosa I, Gonzales B, Puchades MJ, I Juan, Górriz JL.

Servicio de Nefrología del Hospital Clínico Universitario de Valencia.

La consulta electrónica es una estrategia para optimizar la remisión de pacientes y adecuarlos los protocolos existentes. Aquellos pacientes con patología renal leve o que no cumplan criterios de remisión se devolvieron mediante respuesta razonada no precisando visita presencial.

OBJETIVO:

Se analizan las características de los pacientes devueltos a Atención Primaria (AP) mediante consulta electrónica en el Servicio de Nefrología del Hospital Clínico Universitario de Valencia.

METODO:

El Departamento Valencia Clínico-La Malvarrosa cubre a 341,972 personas atendidas en 16 centros de AP. Las interconsultas se reciben en un buzón de Orion. Un nefrólogo revisa si la consulta electrónica requiere una visita presencial o si puede ser respondida de forma no presencial. Criterios de remisión (protocolo SEN 2014): cociente albúmina/creatinina en orina (CACo) > 300 mg/g, FGe < 30 ml/min/1.73 (< 45 en < 70 años), FRA, HTA resistente en ERC, alteraciones electrolíticas y anemia renal. Las consultas que no cumplieran los criterios de referencia se atendieron por vía telemática indicando recomendaciones terapéuticas. Describimos los resultados de las consultas electrónicas remitidas desde AP del 1-9-2017 al 31-12-2022.

RESULTADOS

Se han analizado 1.177 consultas (48 en 2017, 84 en 2018, 154 en 2019, 237 en 2020, 404 en 2021 y 250 en 2022) devueltas a AP. Estas consultas supusieron el 18%, 25 % y 24 % de las consultas presenciales del servicio en los años 2019, 2020 y 2021 respectivamente.

Características de los pacientes de las 1177 consultas electrónicas devueltas a Atención Primaria: edad media: 70 ± 18 años, 58,5% mujeres, 39,6% diabéticos. Motivos de remisión: disminución leve del FGe (39,9%), albuminuria leve (20,9%), preguntas administrativas relacionadas con tratamientos (8,7%), HTA leve (2%), trastornos electrolíticos leves (2,5%), fracaso renal subagudo resuelto (2%), causas no nefrológicas (principalmente urológicas) (4%), patología no renal (quistes renales simples, otros) (10%) y otras causas (10%). La tasa de reconsulta fue del 3% durante el primer año.

Características de los pacientes remitidos por disminución del FGe: edad media 76 ± 12 años, FGe: 40 ± 12, creatinina sérica 1.4 ± 0.2 mg/dL, CACo: 49 ± 95 mg/g. El 45% tenían 80 años. Pacientes remitidos por albuminuria leve: edad 63 ± 21 años, diabéticos: 39,6%, FGe: 67 ± 20, creatinina sérica 0.9 ± 0.2 mg/dL y CACo: 162 ± 126 mg/g.

Durante 2016, previo al inicio de la consulta electrónica, la lista de espera era de 17 días. Durante 2017 de 14 días, 4 días en 2018, 15 días en 2019, 17 días en 2020, 4 días en 2021 y 4 días en 2022. En la actualidad la citación se realiza en 2,7 días, y los pacientes no urgentes son atendidos en consultas externas en menos de 12 días (Datos proporcionados por el Servicio de Admisión del hospital).

CONCLUSIÓN:

Nuestra experiencia muestra que la consulta electrónica no presencial promueve un manejo efectivo de los pacientes con patología renal leve que no cumplen los criterios establecidos por los protocolos, no siendo subsidiarios de remitir a Nefrología. Además, reduce la lista de espera y optimiza los recursos del sistema sanitario de salud.

NEFROLOGÍA CLÍNICA

7. Eficacia y seguridad del rituximab en el tratamiento de las vasculitis anca positivo: experiencia en nuestro centro.

Autor principal: Hugo Vergara Pérez. Hospital General Universitario de Castellón

Coautores: Consuelo Calvo Gordo, M. Angeles Fenolosa Segarra, Alejandro Pérez Alba, Asunción Rius Peris, M. Milagros Vazquez Gomez.

Hospital General Universitario de Castellón.

Las vasculitis asociadas a anticuerpos frente al citoplasma de los neutrófilos (ANCA) son un grupo raro de enfermedades autoinmunes caracterizado por la inflamación de vasos de pequeño y mediano tamaño, así como la presencia de ANCA circulantes.

Las vasculitis ANCA se han clasificado habitualmente según la clasificación de Chapen Hill. No obstante, recientemente se ha sugerido que las VAA deberían ser clasificadas en base a la especificidad de los ANCA (antiproteinasa 3 [PR3] y antimieloperoxidasa [MPO]).

El rituximab (RTX) se ha posicionado como uno de los tratamientos de primera línea, demostrando ser igual de eficaz y seguro que otros tratamientos anteriormente utilizados tales como la ciclofosfamida. Se ha realizado un estudio retrospectivo de cohortes en nuestro centro para evaluar la eficacia y la seguridad del RTX como tratamiento en las vasculitis ANCA.

Se han recogido datos de 56 pacientes diagnosticados de vasculitis ANCA entre enero de 2015 y diciembre de 2022 con una mediana de seguimiento de 31 meses. La edad media de nuestros pacientes fue de 66,84 +/- 13,74.

Al diagnóstico los síntomas más frecuentes fueron la presencia de microhematuria en un 83% y la afectación pulmonar en el 39,3%. La creatinina media al diagnóstico fue de 3,63 +/- 2,78, necesitando 14 de ellos hemodiálisis al momento del diagnóstico.

El 100% de los pacientes presentó anticuerpo ANCA en suero siendo 10 de ellos PR3 y los 46 restantes MPO. Se realizó biopsia en el 80% de los pacientes obteniendo los siguientes resultados según la clasificación de berden euvas: 24,4% fueron de clase focal, 17,8 de clase crescéntica, 31,1 de clase esclerótica y 26,7 de clase mixta.

En relación con el tratamiento en la inducción, 52 pacientes recibieron tratamiento con esteroides (ES) y RTX. Los 4 pacientes restantes recibieron el mismo tratamiento en combinación con ciclofosfamida. La media de dosis administradas de RTX en la inducción fue de 3,48 por paciente, siendo la pauta más frecuente (68%) la administración de 4 dosis semanales según el protocolo RAVE (375 mg/m²). Durante la infusión sólo se encontraron tres eventos adversos, dos pacientes con enfermedad del suero y un paciente con plaquetopenia severa.

A los 6 meses encontramos una reducción estadísticamente significativa en la microhematuria, desapareciendo en el 100% de los pacientes, así como en las cifras de creatinina siendo la media de 1,91 +/- 0,83.

La supervivencia renal a los 6 meses, 1,2,3 y 5 años fue de 89,9%, 87,3%, 84,9% y 72,4% respectivamente. En relación con la supervivencia de los pacientes fue de 100%, 100%, 90,2%, 87,3% y 87,3% a los 6 meses, 1,2,3 y 5 años.

Como complicaciones durante el seguimiento hubo dos pacientes con neoplasias y una neumonía por aspergillus como complicaciones infecciosas.

El rituximab ha demostrado ser un tratamiento eficaz y seguro en el tratamiento de las vasculitis ANCA consiguiendo una alta tasa de remisiones tras la inducción con escasos efectos secundarios.

NEFROLOGÍA CLÍNICA

8. Experiencia inicial de una consulta cardiorenal

Autor principal: Sandra Beltrán Catalán. Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia.

Coautores: Sandra Beltrán Catalán, Amparo Valls Serral*, Manuel Parra Collado, Belén Vizcaino Castillo, Paula Gandía Ureña, Pablo Molina Vila, Veronica Escudero Quesada, Asunción. Sancho Calabuig.

Servicio de Nefrología Hospital Dr. Peset *Servicio de Cardiología Hospital Dr. Peset.

OBJETIVO:

Las consultas cardiorenales (CCR) pretenden proporcionar una mejor asistencia al paciente con síndrome cardiorenal (SCR), consensuando tratamientos y evitando reingresos. Presentamos los resultados iniciales tras la puesta en marcha de una consulta cardio renal en nuestro hospital.

METODOS:

Estudio descriptivo observacional de los pacientes valorados en una consulta de cardiorenal desde Noviembre de 2020 hasta Enero de 2023.

RESULTADOS:

Se han valorado 27 pacientes, el seguimiento medio ha sido de 9,01 meses (mediana 4,96 meses). La edad media fue $74,7 \pm 8,4$ años y el 66% fueron varones. El 60% fueron remitidos desde consultas de cardiología, el 30% desde Nefrología y un 10% desde otros servicios. Un 40,7% de pacientes presentan FEVI reducida y el FG medio al inicio del seguimiento fue de $20,9 \pm 8$ ml/min. Hubo una correlación significativa entre el valor de sobrehidratación medido por bioimpedancia al inicio del seguimiento con el valor del CA 125 de los pacientes ($R2 = 0,75$, $p < 0,001$). A los 6 meses se había conseguido optimizar el tratamiento en los pacientes con FEVI reducida, aumentando el número de fármacos cardio y nefroprotectores. No evidenciamos ningún episodio de hiperpotasemia. Mejoró el porcentaje de índice de saturación de transferrina, la ferritina y la hemoglobina ($17,8 \pm 4,8$ vs $23,3 \pm 6,2$, $p = 0,096$, 170 ± 110 vs 287 ± 194 , $p = 0,04$, Hb $12,4 \pm 1,8$ vs $13,4 \pm 2,3$, $p = 0,06$). No hubo diferencias en la evolución de la función renal ni en la dosis de diuréticos de asa. Hubo un descenso en los valores de CA125, de NTPRo- BNP y una mejoría en la clase funcional de NYHA respecto al basal ($229,98\% \pm 317,7$ vs $68,7 \pm 61$; $p = 0,55$, 12.001 ± 11.398 vs 5315 ± 3900 ; $p = 0,07$, NYHA III pasó 36% al 15% $p < 0,05$). Los pacientes que iniciaron diálisis peritoneal fueron más jóvenes vs $68,7 \pm 8,9$ vs $76,7 \pm 7,8$, $p = 0,05$ y en mayor porcentaje varones (83% vs 17%). Durante el seguimiento se produjeron 7 exitus (25%). La tasa de ingresos hospitalarios se redujo significativamente tras la puesta en marcha de la consulta cardio renal pasando de 1 ingreso cada 6,7 meses a 1 ingreso cada 27 meses por paciente/año en riesgo ($p < 0,05$).

CONCLUSIONES:

Pese al escaso número de pacientes y al corto seguimiento podemos concluir que la consulta de CR permite optimizar el tratamiento de los pacientes, mejorar la clase funcional de los mismos y evitar ingresos hospitalarios. La comunicación fluida entre nefrólogos y cardiólogos para orientar el flujo de pacientes y consensuar tratamientos es fundamental para el buen funcionamiento de este tipo de consultas.

9. Valoración de las características basales y progresión en función del grupo de riesgo en pacientes con nefropatía iga.

Autor principal: Camila Solano Rivera. Hospital Clínico Universitario Valencia.

Coautores: F. Moncho, C. Solano, I. Juan-García, E. Pérez-Bernat, MF Alvarado, C. Rodríguez - Velázquez, JL Górriz, I. Torregrosa, MA Solís. Servicio Nefrología Hospital Clínico Universitario València.

INTRODUCCIÓN:

La nefropatía por inmunoglobulina A (IgAN) representa la glomerulonefritis primaria más frecuente en nuestro medio. Los pacientes afectados presentan un importante riesgo de progresión a enfermedad renal crónica (ERC) con necesidad de tratamiento sustitutivo renal (TSR). Para tratar de establecer los pacientes con mayor riesgo de progresión, se han diseñado herramientas de predicción de evolución entre las que destaca la International IgAN prediction tool.

NEFROLOGÍA CLÍNICA

OBJETIVO:

Analizar las características de los pacientes con diagnóstico de IgAN en nuestro hospital, diferenciando dos grupos de riesgo y valorando los parámetros que condicionan un mayor riesgo de progresión en nuestra población.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio observacional y retrospectivo en el que se incluyeron los pacientes con diagnóstico de IgAN en las biopsias renales entre los años 2012 hasta 2022 realizadas en nuestro centro. Se realizó una división de los pacientes en dos grupos de riesgo, definiendo a los pacientes como alto riesgo si presentaban un riesgo de progresión a 5 años mayor al 10 % según la International IgAN prediction tool. La progresión se definió como descenso del 50 % del FG o inicio de TRS.

RESULTADOS:

Se incluyeron 29 pacientes todos caucásicos, 82 % eran hombres con una mediana de edad 45 años (27-61). El 65 % presentaba HTA en el momento de la biopsia. El FG era de 47,5 ml/min (30-87), un 79 % presentaba sedimento activo y la mediana de proteinuria 1,35 g/g. Las características basales entre los grupos de riesgo se presentan en la tabla 1. Hubo diferencias significativas entre los grupos en la edad, el FG, la TA sistólica, la proteinuria basal y en el componente M y E del MEST score, parámetros todos ellos incluidos dentro de la ecuación del cálculo del riesgo. 4 pacientes cumplieron criterios de progresión durante el seguimiento, todos ellos en el grupo de alto riesgo sin diferencias significativas.

Analizando la evolución de los pacientes en ambos grupos, no hubo diferencias significativas en la proteinuria, en la microhematuria o en el FG a los 6 meses y 1 y 2 años. El uso de inmunosupresión fue comparable entre grupos sin diferencias significativas.

CONCLUSIONES:

La International IgAN prediction tool puede ser una herramienta útil para predecir el riesgo de progresión en los pacientes con IgAN, no obstante, la baja incidencia de progresión hace difícil su valoración en nuestra cohorte y la valoración de otros parámetros que puedan condicionar un peor pronóstico."

10. Valoración de la nefrotoxicidad de la terapia car-t. Alteraciones electrolíticas y fracaso renal agudo.

Autor principal: Francesc Moncho Francés. Hospital Clínico Universitario Valencia.

Coautores: F Moncho, R Hernani*, I Juan, A. Benazquen*, MA Solis, JC Hernández-Boluda*, JL Piñana*, A Pérez-Martínez*, JL Górriz. I Torregrosa.

Nefrología, Hospital Clínico Universitario València, INCLIVA Hematología, Hospital Clínico Universitario València, INCLIVA.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO:

La terapia de células T con receptor de antígeno quimérico (CAR-T) ha mejorado el pronóstico de los pacientes con neoplasias hematológicas refractarias. Las toxicidades más importantes son el síndrome de liberación de citocinas (SLC), en el que la interleucina 6 (IL-6) desempeña un papel importante, y el síndrome de neurotoxicidad asociado a células efectoras inmunitarias (ICANS). Se ha descrito una baja incidencia de fracaso renal agudo (FRA) con una alta incidencia de alteraciones electrolíticas con la terapia CAR-T. El objetivo de nuestro estudio es describir la nefrotoxicidad de la terapia CAR-T centrándonos tanto en el FRA como en las alteraciones electrolíticas.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio de serie de casos prospectivo unicéntrico que incluyó a todos los pacientes tratados con terapia CAR-T entre 2020 y 2022. Los datos clínicos incluyeron antecedentes médicos, tratamientos quimioterápicos previos, tratamientos concomitantes a la terapia CAR-T y evolución clínica. Se obtuvo un control diario de la función renal, los electrolitos y la IL-6 después de la infusión de CAR-T. Se obtuvo

NEFROLOGÍA CLÍNICA

muestra de orina los días 0, +7 y +14 con hormona paratiroidea (PTH) y 25-OH vitamina D. Se clasificó FRA según criterios KDIGO.

RESULTADOS:

40 pacientes fueron incluidos. La mediana de edad de 62 años. Se incluyó el mismo número de hombres que de mujeres. Las comorbilidades más frecuentes fueron la hipertensión arterial (27,5%), seguida de la diabetes (12,5%) y la enfermedad renal crónica (12,5%). 12 pacientes presentaron FRA. La creatinina basal (Cr) en pacientes con FRA fue de 0,9 mg/dl (0,68-1,04) con un pico de Cr de 1,27 mg/dl (1,1-1,7). El tiempo desde la infusión de la terapia CAR-T hasta el pico de Cr fue de 6,5 días (4-10). De estos 12 pacientes, 8 presentaron IRA estadio 1, 3 estadio 2 y 1 estadio 3. No hubo diferencias entre el grupo AKI y no AKI en las características basales, marcadores inflamatorios, SLC, ICANS o duración de la estancia hospitalaria. La hipofosfatemia fue la alteración electrolítica más frecuente, ocurriendo en 36 pacientes (90 %), 22 (61 %) pacientes experimentaron hipofosfatemia moderada (fósforo < 2 mg/dL) mientras que 14 (39 %) pacientes experimentaron hipofosfatemia leve. 29 pacientes (72 %) presentaron hipopotasemia y 25 pacientes (62,5 %) hiponatremia.

Los pacientes con hipofosfatemia moderada tenían una elevación significativamente mayor de IL-6 sin diferencias significativas en los niveles PTH o vitamina D (tabla 1). Aunque no hubo diferencias en la excreción fraccional de fosfato en orina (EFPO₄), los pacientes con hipofosfatemia moderada tienden a tener valores más altos de EFPO₄.

CONCLUSIÓN:

Las alteraciones electrolíticas son frecuentes en la terapia CART, destacando la hipofosfatemia tanto por su frecuencia como por su gravedad, que parece producirse por pérdidas renales en relación con la inflamación sistémica. El deterioro de función renal es poco frecuente en estos pacientes y de características leves.

11. Aplicabilidad del consenso nacional en enfermedad renal crónica: diferencias y similitudes entre la comunidad valenciana y el resto de España

Autor principal: José Luis Górriz. Hospital Clínico Universitario de Valencia.

Coautores: José Luis Górriz (1), Silvia Rodrigo (2), Cristina Pardo (2), Natalia Zubeldía (2), Aitziber Izarra (2)
1.-Servicio Nefrología. Hospital Clínico Universitario de Valencia. 2.- Departamento Médico de AstraZeneca.

INTRODUCCIÓN

Recientemente se ha publicado una actualización del documento de consenso –Documento de información y consenso para la detección y manejo de la enfermedad renal crónica– a nivel nacional sobre el manejo del paciente con ERC, elaborado por diez sociedades científicas.

El objetivo del estudio es analizar la aplicabilidad de las recomendaciones del consenso sobre la detección y manejo de la ERC publicado por la S.E.N.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se han analizado las valoraciones obtenidas en reuniones con 176 nefrólogos 11 CCAA sobre el análisis de la aplicabilidad de consenso nacional sobre ERC.

Las valoraciones se codificaron numéricamente y los resultados de la Comunidad Valenciana se compararon con la media nacional, obtenida a partir de las medias de cada CCAA. Resultados de la comunidad obtenidos en 2 reuniones de 30 nefrólogos.

RESULTADOS:

Diagnóstico: el 96% de los nefrólogos participantes considera que la ERC está infradiagnosticada en la Comunidad Valenciana siendo superior al 86% observado a nivel nacional. Tanto a nivel de la Comunidad (76%) como a nivel nacional (72%) se percibe que hay una escasa detección rutinaria de albuminuria en los



NEFROLOGÍA CLÍNICA

pacientes con ERC en Atención Primaria, destacando que el 78% considera que se analiza en menos del 50% de pacientes, porcentaje similar al nacional (82%).

Criterios de derivación: El 41% de los nefrólogos de la Comunidad Valenciana consideró que se deriva acorde a los criterios del consenso, siendo algo inferior al porcentaje de la media nacional (48%). Además, se estima oportuno realizar consultas virtuales con nefrología para evitar derivaciones innecesarias. En la Comunidad Valenciana el 81% de los nefrólogos piensa que esta consulta virtual AP-Nefrología se utiliza con frecuencia, siendo mayor a la práctica a nivel nacional (64%).

En el consenso a nivel nacional se refleja que hasta ahora el bloqueo del SRAA había sido la única evidencia en el tratamiento y prevención de la ERC. Además, Dapagliflozina cuenta con indicación para el manejo de la ERC con DM-2 y sin DM-2. Esta estrategia terapéutica (ISRAA + Dapagliflozina) sería utilizada por el 67% de los nefrólogos de la manera muy frecuente desde el inicio del diagnóstico.

CONCLUSIÓN:

En general se observa que la práctica clínica no concuerda con lo establecido en el consenso en lo que respecta al cribaje de pacientes con ERC, la detección de albuminuria y la derivación a nefrología, destacando además similitudes y diferencias entre la Comunidad Valenciana y el resto de España. Esta información podría servir para ayudar a focalizar los aspectos a mejorar, y podría valer de guía a futuras intervenciones que tengan el objetivo de mejorar el diagnóstico y manejo de pacientes con ERC.

TÉCNICAS DIALÍTICAS (HD, DP, HDD)

1. Volumen convectivo ajustado a superficie corporal: experiencia de un centro

Autor principal: Juan Pablo Moret Chiappe. Hospital General Universitario de Elche

Coautores: Leónidas Cruzado Vega Hospital General Universitario de Elche, Silvia Ros Ruiz Hospital General Universitario de Elche, Paula de la Fuente Hospital General Universitario de Elche

INTRODUCCIÓN:

La Hemodiafiltración On-Line (HDF-OL) postdilución con alto transporte convectivo (> 23L/sesión) mejora la supervivencia de los pacientes. No obstante, el ajuste del volumen convectivo a superficie corporal (VCSC) sería una medida más adecuada que permite optimizar los resultados.

MÉTODOS:

Realizamos un estudio prospectivo, que incluyó a todos los pacientes de la unidad del HGU Elche en HDF-OL postdilucional. Se calculó la media del volumen convectivo alcanzado en 6 sesiones consecutivas y se ajustó a superficie corporal según la fórmula de Gehan y George - $VCSC = (\text{Superficie corporal (Gehan y George)} \text{ m}^2 \times 23L) / 1.73\text{m}^2$.

En aquellos pacientes que no alcanzaban 23L/m², se optimizaron diferentes parámetros. Se analizaron parámetros analíticos de manera basal y tras 6 sesiones de los cambios y se evaluaron diferencias con el test de correlación rho de spearman.

RESULTADOS:

Se evaluaron 36 pacientes en HDF-OL. 18 pacientes no lograban alcanzar VCSC >23L. De éstos, 13 (72.2%) son hombres, con edad de 74 (55-82,5) años. 15 (83%) eran hipertensos y 4 (22.2%) eran diabéticos. 10 (55.5%) tenían fístula arteriovenosa como acceso vascular.

Se realizaron ajustes para optimizar la diálisis a 13 pacientes. En 5 pacientes se aumentó el tiempo, en 8 se

TÉCNICAS DIALÍTICAS (HD, DP, HDD)

cambió la superficie del dializador, en 3 se ajustó la anticoagulación, en 2 se precisaron varios cambios. El VCSC y diversos parámetros analíticos de inflamación, nutrición y moléculas medias basal y tras la optimización se recogen en la tabla 1.

CONCLUSIONES:

La individualización del VCSC permite identificar pacientes susceptibles de optimización de la técnica. Los cambios aplicados han permitido aumentar el transporte convectivo, con la mejora de parámetros inflamatorios y de fósforo.

2. Insiste, persiste y resiste: los efectos del covid que perduran pese al descenso de su incidencia

Autor principal: María Peris Fernández. Instituto de investigación sanitaria La Fe

Coautores: Ramon Devesa Such (HUIP La Fe), Iris Viejo Boyano (HUIP La Fe), Pilar Sánchez Pérez (HUIP La Fe), Amparo Soldevila Orient (HUIP La Fe), Julio Hernández Jaras (HUIP La Fe)

ANTECEDENTES Y OBJETIVO

Los pacientes en terapia renal sustitutiva (TRS) con infección SARS-CoV-2 han presentado una elevada morbimortalidad durante la pandemia. Sin embargo, incluso los pacientes renales que no han padecido la infección han sufrido sus efectos nocivos, puesto que la falta de consultas presenciales y el miedo a consultar en urgencias han derivado en peores cuidados a nivel nefrológico

MÉTODOS

Presentamos un estudio observacional retrospectivo unicéntrico en el que se recoge una cohorte de 423 pacientes que fueron dados de alta de la consulta de enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) para iniciar TRS entre el año 2018 y finales de 2022. Registramos si el inicio de la terapia ha sido óptimo o no, definiendo como no óptimo los pacientes que habían:

- Iniciado TRS debido a una descompensación que requirió hospitalización
- Iniciado HD por catéter venoso central (CVC) en lugar de fístula arteriovenosa (FAV) porque el acceso no estaba maduro
- Tenido que cambiar su elección de TRS inicial por una descompensación aguda.
- Elegido terapia conservadora, pero no se habían beneficiado de cuidados domiciliarios antes de fallecer.

Además, recogimos su edad, factores de riesgo cardiovascular (FRCV) (hipertensión, diabetes, dislipemia, obesidad y tabaquismo), TRS preferida inicialmente, TRS real, razón de inicio no óptimo y presencia de infección por COVID en el momento del inicio.

RESULTADOS

Analizamos 423 pacientes que habían escogido TRS en consulta y firmado el consentimiento asociado. De estos: 16,8% escogieron terapia conservadora, 34% iniciaron HD a través de FAV, 27,4% a través de CVC permanente, 5,2% a través de CVC temporal, 13,5% a través de diálisis peritoneal, 1,7% fallecieron antes de iniciar la técnica y 1,4% se benefició de un trasplante precoz.

Los pacientes que habían iniciado diálisis antes de la pandemia tenían un riesgo significativamente menor ($p < 0,001$) de iniciar TRS de forma no óptima (HR 0,514 [95% CI] 0,341-0,775). Con respecto a los FRCV, sólo la diabetes se relacionó con la TRS no óptima ($p < 0,005$). Los pacientes sin diabetes tenían un riesgo significativamente menor de empezar TRS de forma subóptima (HR 0,561 [95% CI] 0,373-0,845). Los pacientes con PCR positiva para COVID en el momento del inicio también presentaron un riesgo incrementado ($p < 0,013$).

La causa más frecuente de inicio no óptimo fue la descompensación aguda que requirió hospitalización

TÉCNICAS DIALÍTICAS (HD, DP, HDD)

(62%), al 9,6% se le tuvo que insertar un CVC pese a ser portadores de FAV, un 9% tuvo que cambiar técnicas y el resto presentó dos o más razones de inicio subóptimo o falleció sin recibir cuidados paliativos habiendo elegido terapia conservadora.

CONCLUSIONES

La incidencia de la infección por SARS-Cov-2 ha decrecido de forma importante desde el inicio de la pandemia. Pese a ello, los pacientes renales, especialmente vulnerables, siguen sufriendo sus efectos nocivos tal y como muestra nuestro estudio. Debemos prestar especial atención a los pacientes diabéticos o que sufren infección por COVID ya que éstos tienen un riesgo incrementado de iniciar TRS de forma subóptima.

3. ¿La calcificación arterial es un factor predictor del fallo de la fístula arteriovenosa

Autor principal: Eva Cotilla de la Rosa. Hospital del Vinalopo

Coautores: David Rodríguez Santarelli, Inmaculada Martínez Santamaría, Veaceslav Andronic Andronic, Antonio Cabezas Martín-Caro, María Pilar Rodríguez Corredor, Alba Santos García, Hospital del Vinalopo

INTRODUCCIÓN:

A mayor calcificación mayor riesgo de fallo primario y mayor riesgo de síndrome de robo.

OBJETIVO:

Investigar el efecto de la calcificación preexistente en la arteria nutricia en el mapeo prequirúrgico sobre la maduración y el flujo intracceso de una fístula arteriovenosa (FAV).

MÉTODOS:

Estudio observacional retrospectivo de los pacientes cÁPita y no cÁPita sometidos a creación de FAV para hemodiálisis entre junio 2020 y junio 2022. En el mapeo por eco-doppler preoperatoria se evaluó la calcificación en la capa media arterial dentro de los 5 cm del área de anastomosis planificada. Se definió como calcificación y no calcificación. Dentro de los pacientes con depósito de calcio se graduó en leve, moderada y severa.

La maduración clínica se definió como el uso exitoso de la fístula en $\geq 75\%$ de las sesiones de diálisis durante un mes dentro de los 6 meses posteriores a la cirugía. La maduración radiológica se definió como un diámetro venoso de $\geq 0,4$ cm y un volumen de flujo de ≥ 500 ml/min.

RESULTADOS:

Se realizaron 135 cirugías de FAV con 56 mapeos con calcificación y 79 pacientes sin calcificación. Analizamos la calcificación presente en los fallos inmediatos y llama la atención que estaba ausente en 64% y era solo severa en 1 caso y que no predomina la etiología diabética. Analizando los diámetros arteriales, sí que son AR < 2 mm en $> 50\%$ de FAV distales y AH < 4 mm en FAV proximales de los casos, que podría justificar el fallo, por arterias nutricias límite.

Analizando las 15 FAV con fallo de maduración o fallo 1º, encontramos predominio de calcio ausente 60%, presencia de calcio leve 7%, moderado 20% y severa 13%. Detectamos 1 solo síndrome de robo con calcio ausente.

Si relacionamos la presencia de calcio moderado y severo con los fallos totales, encontramos significación en cuanto al depósito severo que se asocia con fallo de todas las FAV, pero en cuanto al depósito moderado no encontramos relación directa significativa. De 22 cirugías con depósito de calcio moderado, solo 23% fallaron.

TÉCNICAS DIALÍTICAS (HD, DP, HDD)

A destacar que atendemos más población no cápita, de 67% no podemos aportar el dato global de vigilancia del flujo intraacceso para saber si es menor en los pacientes con calcificación arterial.

En el caso de nuestro departamento y el centro de diálisis adscrito calculamos el promedio del flujo intraacceso de los pacientes con depósito de calcio leve y moderado, que fue de >500, 972, de predominio FAV proximales.

CONCLUSIONES:

La calcificación arterial preexistente no afectó negativamente a la maduración de la FAV. Sin embargo, la calcificación arterial severa si se correlacionó con un fallo previsible. En cuanto al flujo intraacceso, es recomendable informar al resto de centros de hemodiálisis y hospitales con los que trabajamos para que lo monitoricen.

4. Características y complicaciones de las fístulas arteriovenosas realizadas a los pacientes con enfermedad renal crónica avanzada en el departamento de salud de Gandía

Autor principal y centro de trabajo: Juan Casas. Hospital Francesc de Borja.

Coautores: Celia Climent (Hospital Francesc de Borja), Gustavo Useche (Centro de diálisis Diaverum), Cristina Gilabert (Hospital Francesc de Borja), Josepa Sebastià (Hospital Francesc de Borja), Andrés Antolín (Hospital Francesc de Borja), Victoria Mascarós (Hospital Francesc de Borja).

INTRODUCCIÓN

La creación de un acceso vascular en los pacientes afectados de enfermedad renal crónica (ERC) que escogen la hemodiálisis (HD) como terapia de sustitución renal (TSR) es uno de los objetivos del nefrólogo en la consulta de enfermedad renal crónica avanzada (ERCA), siendo la fístula arteriovenosa (FAV) el acceso vascular de elección. Sin embargo, a menudo se presentan complicaciones que pueden comprometer el desarrollo y funcionamiento adecuado de la FAV y que pueden requerir tratamiento, tanto en la etapa prediálisis como una vez iniciada la TSR.

OBJETIVO

Analizar las características de las FAV creadas en pacientes con ERC que han llevado seguimiento en la Unidad ERCA desde 2019 a 2022, así como las complicaciones que han presentado durante el seguimiento en consulta y en el primer año en HD; y el tratamiento que recibieron dichas complicaciones.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo, multicéntrico, de brazo único. Los dos centros que participan en el estudio son el Hospital Francesc de Borja y el centro de diálisis Diaverum Gandía. Análisis descriptivo: %, media, mediana +/- (mín/max).

RESULTADOS

Se incluyeron 32 pacientes elegibles para realizarse una FAV, 16 mujeres y 16 varones. Mediana edad 68,3 +/- 11,3 años. Índice Charlson: 7,44 +/- 2,5. Se realizaron 39 FAV en la consulta ERCA: 38 autólogas y una protésica. Según su localización: radiocefálicas 69,2%, humerocefálicas 28,2% y humerobasilicas 2,5%. Al inicio de la TSR, el 87,5% portaban una FAV madura.

Durante la etapa ERCA, el 43,75% de los pacientes presentaron al menos una complicación, siendo las más frecuentes: desarrollo insuficiente (20,5% de las FAV que se crearon), trombosis aguda (7,7%), estenosis (5,1%) y celulitis (5,1%).

Durante el primer año en HD, el 46,9% de los pacientes tuvieron al menos una complicación, las más frecuentes: desarrollo insuficiente (12,5% de las FAV que se usaron), complicaciones relacionadas con la punción (hematoma, extravasación... 12,5%), trombosis aguda (9,4%) y estenosis yuxtaanastomótica (9,4%). En aquellos casos que se trataron, las opciones terapéuticas más escogidas fueron la angioplastia (4 casos), la cirugía (3 casos) y la trombectomía (3 casos, ninguna de las cuales fue efectiva).

NEFROLOGÍA CLÍNICA

CONCLUSIONES

El seguimiento en la consulta ERCA es fundamental para garantizar que el paciente disponga de un acceso vascular adecuado al inicio de la TSR, llevando a cabo el diagnóstico y tratamiento de las eventuales complicaciones. Dichas complicaciones son relativamente frecuentes tanto en la etapa ERCA como en el primer año en HD, y la mayoría son tratables.

5. Medición de la presión intraperitoneal (pip) en la unidad de diálisis peritoneal de nuestro hospital: variables relacionadas y complicaciones.

Autor principal: Celia Ahedo Martín. Hospital General de Valencia.

Coautores: C. Ahedo Martín ¹, L. López Romero ¹, H. Rojas Mancilla ¹, D. Vinuesa Espinosa ¹, C. Martínez Villanueva ¹, S. Bea Granell ¹, A. Galán Serrano ¹.

1: Nefrología. Chguv(España)1 – Consorcio Hospital General Universitario De València – Av. Tres Creus 2. 46014. València.

INTRODUCCIÓN:

Aunque la monitorización de la PIP no se realiza de forma sistematizada en las unidades de diálisis peritoneal de adultos, su medición puede resultar muy útil debido a la sencillez de la técnica y la valiosa información que aporta a la hora de adaptar la prescripción de diálisis de forma individualizada. Se considera que una PIP es patológica por encima de 18 cmH₂O y esto se ha relacionado con disconfort, aparición de hernias, fugas y problemas en la ultrafiltración.

El objetivo de este trabajo fue describir las variables potencialmente relacionadas con la medida de la PIP, así como las complicaciones derivadas de su aumento y las conductas tomadas para minimizarlas.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio observacional retrospectivo en el que se recogió el valor más elevado de la PIP en el periodo de 2018 a 2021 mediante el método de Durand, así como los factores potencialmente asociados con su aumento, las complicaciones relacionadas y las medidas tomadas para evitarlo, en los pacientes de la Unidad de Diálisis Peritoneal (DP) del CHGUV. Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS.

RESULTADOS:

De los 53 pacientes estudiados 7 presentaron PIP elevada, siendo la media de 13,54 cmH₂O. El volumen medio de líquido de diálisis infundido fue de 1702 ml y el 18,9% presentó fallo de ultrafiltración. La mayoría padecían sobrepeso y pocos de ellos presentaron complicaciones asociadas como hernias, fugas o disconfort abdominal. Para mitigar las posibles complicaciones derivadas de una PIP elevada, en la mayoría de casos no fue necesario realizar ningún cambio de tratamiento, pero un 31,8% precisó cambio a DPA o reducción del volumen infundido en los recambios, y otros pacientes paso a hemodiálisis, cambio de agente osmótico o suspensión de la terapia diurna.

En el análisis multivariante únicamente resultó significativa la relación entre PIP elevada e IMC. De los 7 pacientes que presentaron una PIP elevada, la mayoría eran hombres y sufrían estreñimiento e HTA. También se evidenció que los pacientes hipertensos tenían valores de PIP más elevados (p 0,02), ultrafiltraciones menores (p 0,04) y mayor sobrecarga hídrica en bioimpedancia (p 0,03).

En ningún caso una PIP elevada se relacionó con la presencia de organomegalias o fugas. Además, se observó que los pacientes con mayor volumen de líquido peritoneal desarrollaron fallo de UF con más frecuencia (p 0,02) y que los pacientes con hernias tenían una mayor sobrecarga de volumen en la bioimpedancia (p 0,05). No hubo diferencias significativas entre el IMC y el fallo de UF, volumen peritoneal con aparición de hernias o fugas, ni con disconfort abdominal.

CONCLUSIONES:

A pesar de que no existe la suficiente evidencia científica para incluir la medición rutinaria y estandarizada de la PIP en las unidades de DP en las guías, se trata de un método sencillo e inócuo de gran utilidad a la hora de adecuar la prescripción médica a cada paciente para obtener el máximo confort y rendimiento, detectar de forma precoz alteraciones y, de este modo, evitar posibles complicaciones que conlleven el abandono de la técnica.

TÉCNICAS DIALÍTICAS (HD, DP, HDD)

6. La nutrición parenteral intradiálisis aumenta la masa muscular de los pacientes desnutridos en programa de hemodiálisis

Autor principal: Aina Quilis Pellicer. *Hospital Doctor Peset.*

Coautores: Quilis Pellicer A, Gandía Ureña P, Porcar Saura L, Vizcaino Castillo B, González Moya M, Rodrigo Valero M, Pérez Boix G, Climente Martí M, Llopis Salvia P, Valero Antón A, Parra Collado M, Gandía Ureña P, Galván Barrilero, Sancho Calabuig A, Molina P. *Hospital Dr. Peset (Valencia).*

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

La nutrición parenteral intradiálisis (NPID) es una medida de soporte nutricional suplementaria utilizada para el tratamiento de pacientes con desnutrición que reciben hemodiálisis (HD) y en los que la alimentación oral no es suficiente para cubrir las necesidades calóricas básicas. Aunque esta técnica podría mejorar los marcadores bioquímicos nutricionales, falta información sobre su efecto en los depósitos corporales. Nuestro objetivo es evaluar el efecto de la NPID sobre los parámetros de composición corporal y el estado nutricional en pacientes prevalentes en HD.

MÉTODOS:

Estudio observacional retrospectivo que incluyó a todos los pacientes prevalentes en hemodiálisis que recibieron NPID durante más de 3 meses en nuestro Centro, desde enero de 2018 hasta diciembre de 2022. Todos los pacientes recibieron una fórmula de nutrición parenteral concentrada 3-en-1 compuesta por solución de glucosa, una emulsión lipídica y una solución de aminoácidos sin electrolitos (OLIMEL N9®, Baxter). La NPID se infundió a una velocidad constante que no superaba los 300 ml/hora a través de la cámara venosa del monitor de HD utilizando una bomba de infusión. Los cambios en la masa de tejido magro (LTM), el agua intracelular (ICW) y la masa celular corporal (BCM) fueron evaluados mediante espectroscopia de bioimpedancia multifrecuencia (BIA) al inicio del estudio y a los 3, 6, 9 y 12 meses (objetivos primarios). Se utilizaron otros parámetros bioquímicos y antropométricos (objetivos secundarios) para evaluar el efecto de la NPID.

RESULTADOS:

Se incluyeron 17 pacientes (mujeres: 9,53%; edad media: 68±15 años). Después del inicio de NPID, se observó una mejora gradual en LTM, ICW y BCM, alcanzando significación estadística en los meses 3, 6, 9 y 12. Los cambios en la grasa se reflejaron inversamente a los de LTM (Tabla). Los niveles de albúmina y las proteínas totales aumentaron, con una reducción significativa de la proteína C reactiva y la proporción de agua corporal tanto extracelular como intracelular en los meses 9 y 12.

CONCLUSIÓN:

El uso de NPID durante un año se asoció a un aumento de la masa muscular, lo que respalda la hipótesis de que ésta medida de nutrición suplementaria puede mejorar el estado nutricional y revertir el desgaste proteico-energético en pacientes en programa de HD.

7. Hemodiafiltración con regeneración de ultrafiltrado con membrana de alta permeabilidad (supra-h) nueva alternativa a la hemodiafiltración online: análisis de sesión aislada.

Autor principal: Alejandro Valero Antón. *Hospital Doctor Peset de Valencia.*

Coautores: Aina Quilis Pellicer, Paula Gandía Ureña, Manuel Parra Collado, Julio Peiró García, Laura Pérez Sánchez, M^a Amparo Martínez Gómez, Belén Vizcaino Castillo, Mercedes González Moya, Asunción Sancho Calabuig, Pablo Molina. *Hospital Doctor Peset.*

INTRODUCCIÓN:

Hemodiafiltración con regeneración de ultrafiltrado (HFR) es una técnica de diálisis que combina convección, difusión y adsorción. Recientemente se ha diseñado un nuevo modelo de HFR (SUPRA-H) que sustituye el segundo dializador por uno de alta permeabilidad para optimizar la eliminación de toxinas. El



NEFROLOGÍA CLÍNICA

objetivo de nuestro estudio es comparar la eliminación de toxina con el nuevo SUPRA-H comparándolo con un sistema estándar de hemodiafiltración online (HDF-OL)

MÉTODOS:

Estudio unicéntrico, abierto y cruzado con 16 pacientes en hemodiálisis crónica que se sometieron a una sesión con SUPRA-H o HDF-OL. Todas las sesiones se realizaron con monitores de diálisis Flexya (Medtronic) en la segunda sesión de la semana y con una duración de 4 horas. La tasa de reducción (TR) de urea, creatinina, fosfato, β 2-microglobulina, cadenas ligeras libres kappa (CLL κ) y lambda (CLL λ), interleuquina 6 (IL-6), p-cresol sulfato, indoxil sulfato y albúmina fueron comparadas entre ambas técnicas mediante modelos lineales mixtos.

RESULTADOS:

Mientras que la TR de urea fue significativamente inferior, SUPRA-H presentó de forma significativa una TR de CLL κ superior (mediana: 58.63%, [49.91-70.24]) respecto a HDF-OL (mediana: 51.97% [37.12-62.71]) OL-HDF $p=0.03$). No hubo diferencias significativas en la TR de creatinina, fosfato, IL-6, p-cresol sulfato, indoxil sulfato y albúmina.

CONCLUSIÓN:

El nuevo sistema SUPRA-H parece optimizar la eliminación de gran tamaño y podría contribuir a una mejor adecuación de diálisis en nuestros pacientes.

8. Cuando la diálisis no es la mejor opción

Autor principal: Eva Cotilla de la Rosa. Hospital del Vinalopó.

Coautores: David Rodríguez Santarelli, Inmaculada Martínez Santamaría, Veaceslav Andronic Andronic, Antonio Cabezas Martín-Caro,, María Pilar Rodríguez Corredor, Alba Santos García, Guillermo Losa Rodríguez. Hospital del Vinalopó.

INTRODUCCIÓN:

La población de pacientes con Enfermedad Renal Crónica Avanzada (ERCA) es un grupo caracterizado por tener una edad avanzada, mayor carga de síntomas y comorbilidad y mortalidad más elevada respecto a la población general. Además, los pacientes con ERCA bajo tratamiento conservador plantean más dificultades asistenciales por su fragilidad, grado de dependencia y frecuentes descompensaciones.

OBJETIVO:

Evaluar los beneficios del manejo multidisciplinar por parte de la UHD con Nefrología mediante elaboración de protocolos de actuación de cuidados en pacientes con ERCA candidatos a entrar en programa de seguimiento de pacientes paliativos (PSPP).

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio descriptivo de pacientes con ERCA incluidos en el PSPP desde mayo/2021 a Diciembre/2022. Analizamos altas en el PSPP, su período de seguimiento, herramientas para control de síntomas y las causas de baja del programa así como la preferencia de los pacientes y/o familiares en fallecer en domicilio o hospital.

RESULTADOS:

Durante el período de estudio, siguiendo los criterios de la escala NECPAL, se incluyeron 19 pacientes en el PSPP (58% en 2021 y 42% en 2022). La edad media fue de 85 años con índice de Charlson promedio de 7,9. Se realizó manejo y seguimiento conjunto con herramienta TUCUVI (Tu asistente virtual) con llamadas telefónicas mediante inteligencia artificial, activación de sistemas de alerta de síntomas para la detección de progresión de enfermedad o complicaciones. Se realizaron encuestas de satisfacción de TUCUVI obteniendo un 4,5/5 en beneficio de la herramienta.

TÉCNICAS DIALÍTICAS (HD, DP, HDD)

El periodo de estancia promedio en el PSPP fue de 159,94 días. El 55% de los pacientes fallecieron en el 2021 (33,3% en domicilio y 67,7% en el hospital) y en el año 2022 un 73% de pacientes activos fallecieron (25% en domicilio y 75% en el hospital). Las causas de muerte fueron principalmente insuficiencia cardíaca, progresión de ERC, sepsis, COVID-19, demencia.

Debido al porcentaje de pacientes fallecidos en medio hospitalario, analizamos la mortalidad global de nuestra población con ERCA con manejo conservador, analizando las estancias medias, pruebas realizadas e inclusión o no al PSPP. Detectamos un 68% de pacientes fallecidos en el hospital y un 32% en domicilio. De los fallecidos en hospital, los ingresados a cargo de otras especialidades (diferentes a la unidad de cuidados paliativos u hospitalización domiciliaria) presentaron una estancia media más prolongada (6,2 vs 3,8 días) y mayor número de pruebas pese a ser pacientes incluidos en el PSPP en la mitad de los casos.

CONCLUSIONES:

La posibilidad de manejo con programas de Cuidados Paliativos en ERCA debe de estar disponible para tratar a pacientes desde el momento de su diagnóstico hasta su fallecimiento. En nuestra experiencia, el hecho de contar con el PSPP ha ayudado a que nuestros pacientes reciban la información de forma más adecuada y detallada sobre su pronóstico, sus opciones terapéuticas y su posibilidad de decidir donde fallecer (en domicilio o en hospital). El poder ofrecer estos programas tiene un impacto positivo en la calidad de los cuidados de los pacientes al final de su vida al igual que en el acompañamiento de sus familias.

9. Nutrición digital para pérdida de peso en pacientes de diálisis y candidatos a trasplante renal

Autor principal: Eva Cotilla de la Rosa. *Hospital del Vinalopó.*

Coautores: David Rodríguez Santarelli, Inmaculada Martínez Santamaría, Veaceslav Andronic Andronic, Antonio Cabezas Martín-Caro, María Pilar Rodríguez Corredor, Alba Santos García, *Hospital del Vinalopó.*

INTRODUCCIÓN

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

OBJETIVO

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

METODOLOGÍA

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

Se estableció un sistema de alertas para que el profesional recibiera información sobre el posible agravamiento de la enfermedad y adoptar medidas. Se calcularon valores antropométricos: peso, talla, IMC, circunferencia de cintura, de brazo y pierna.

Se midió composición corporal: índice de masa magra y grasa, sobrehidratación, utilizando un dispositivo de bioimpedancia bioeléctrica. Se analizó el incremento de la incidencia de pacientes incluidos en LE Trasplante renal. Se utilizaron indicadores de control metabólico glucémico. Se analizaron mediciones, antropométricas y de laboratorio al inicio y final del estudio. Para la prueba del esfuerzo, se utilizó el HANDGRIP.

TÉCNICAS DIALÍTICAS (HD, DP, HDD)

RESULTADOS

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

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

Se objetivó un aumento en su masa magra, con promedio de incremento del LTI (lean tissue index) 1,7 kg/m².

Se alcanzó una entrada en LET en un 38% de pacientes.

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

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

Se observaron más de 59.797 interacciones con app. 1.867 interacciones con el chat del nutricionista. 13.841 interacciones con las recetas. La satisfacción del paciente y del profesional fue 4,4/5 y 4,7/5 respectivamente.

CONCLUSIONES

1. Los pacientes participantes redujeron de manera significativa su peso corporal y su índice de cintura, disminuyendo así las complicaciones asociadas con la obesidad.
2. Los pacientes adheridos pudieron acceder a la lista de espera de trasplante renal.
3. La mejora de los hábitos nutricionales está relacionada con una relación coste-efectividad muy positiva, pudiendo ofrecer beneficios económicos y de salud.
4. El grado de satisfacción, tanto de los pacientes como de los profesionales fue muy elevado.

10. ¿Qué nos preocupa en hemodiálisis?

Autor principal: Alba Santos. Hospital universitario del Vinalopó. HOSPITAL DR PESET.

Coautores: Grupo de Trabajo de Hemodiálisis de la Comunidad Valenciana. Alba Santos García, Servicio de Nefrología, Hospital Universitario del Vinalopó. Leonidas Luis Cruzado Vega, Servicio de Nefrología, Hospital Universitario de Elche. Andrés Antolin Cariñena, Servicio de Nefrología, Hospital Francisc de Borja. Gustavo Andrés Useche Bonilla, Diaverum servicios renales S.L.R., Valencia Ana Beatriz Muñoz Díaz, Diaverum Xirivella, Torrent y Valencia. Carmen María Pérez Baylach, B.Braun Avitum Valnefron Massamagrell y B.Braun Avitum Nefrovall Villarreal Dioné González Ferri, Servicio de Nefrología, Hospital Universitario Dr. Balmis Jaime Sanz García, Servicio de Nefrología, Hospital Clínica Benidorm. Javier Reque Santiviáñez, Servicio de Nefrología, Hospital Universitario de Castellón.

Colaboradores: Juan Pablo Moret Chiape, Servicio de Nefrología, Hospital Universitario de Elche. Juan Casas Todolí, Servicio de Nefrología, Hospital Francisc de Borja. Celia Climent Codina, Servicio de Nefrología, Hospital Francisc de Borja. Eva Cotilla de la Rosa, Servicio de Nefrología, Hospital Universitario del Vinalopó. Boris Gonzales, Servicio de nefrología, Hospital Clínico de Valencia.

INTRODUCCIÓN:

Los pacientes en hemodiálisis (HD) se enfrentan a un tratamiento muy demandante con alto impacto en su calidad de vida. Conocer las preocupaciones que tienen respecto a su propio tratamiento y compararlas con las del personal sanitario podría estrechar la relación sanitario- paciente, disminuir la ansiedad y mejorar la adherencia a la diálisis.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio transversal y multicéntrico liderado por el Grupo de Trabajo de Hemodiálisis de la Comunidad



TÉCNICAS DIALÍTICAS (HD, DP, HDD)

Valenciana. Elaboramos una encuesta propia que recoge diferentes aspectos relacionados con la logística, aspectos de la técnica de HD, de calidad, esfera psico-social y otros, así como datos demográficos. Todos se puntuaron de 1 a 10 (siendo 1 la menor preocupación).

RESULTADOS:

Se han realizado un total de 163 encuestas, de las que 106 (65%) fueron a pacientes y el resto personal sanitario (13 nefrólogos, 31 enfermeros, 10 TCAE, 3 otras categorías).

Los pacientes encuestados tenían 67.7 ± 15 años y 58.1% eran varones. Llevaban en diálisis 46 (15.7-96) meses y el 75.5% se dializaban en Hospital.

Los pacientes otorgaron la puntuación más elevada a los siguientes ítems:

- Aparición de complicaciones 7.2 ± 3.3
- Sentir dolor, debilidad o cansancio 6.8 ± 3.3
- Llegar a objetivos analíticos 6.8 ± 3.1
- Llegar bien a trasplante renal 6.2 ± 3.8

Los ítems con puntuación más baja fueron:

- Tener la posibilidad de hacer cambios de turno 3.9 ± 3.3
- Poder hacer ejercicio 4.9 ± 3.5
- La televisión de la sala 4.8 ± 3.6
- El transporte convectivo alcanzado 4.8 ± 3.3

Los sanitarios tenían 37.2 ± 10.9 años y 80.7% eran mujeres. Llevaban trabajado 25 (9-72) meses en unidades de hemodiálisis. El 47.4% trabajaban en hospital público, 24.6% en hospital de gestión privada y 28.1% en centro concertado.

Para los sanitarios, todos los aspectos evaluados tuvieron una puntuación media > 7 (a excepción de la televisión de la sala, la comida que se da en la sesión y la posibilidad de cambio de turno).

Para ellos, los ítems que más preocupaban fueron:

- La aparición de complicaciones 9.3 ± 1.9
- Que el paciente llegue bien a trasplante renal 9.1 ± 1.2
- Buen pesaje del paciente 9.1 ± 1.9

Los ítems con menor puntuación:

- La televisión de la sala 4.5 ± 2.5
- La comida o bocadillo que se da en HD 5.3 ± 2.7
- La posibilidad de cambio de turno 5.9 ± 2.6

Al comparar la puntuación otorgada a cada ítem entre personal sanitario y pacientes, se vio que los sanitarios reflejan preocupación significativamente superior en todos los aspectos ($p < 0.05$), a excepción de la televisión de la sala, comida que se da en hemodiálisis y posibilidad de cambiar de turno.

CONCLUSIONES:

La mayor preocupación en las unidades de diálisis es la aparición de complicaciones, si bien el personal sanitario presenta mayor preocupación al respecto

Los aspectos que menos preocupación generan son la televisión de la sala y la posibilidad de cambiar de turno, sin diferencias entre sanitarios y pacientes.

El personal sanitario refleja significativamente mayor preocupación por los ítems explorados.

TRANSPLANTE

1. Análisis de la prevalencia y manejo de la litiasis renal de Novo en pacientes trasplantados renales.

Autor principal: María Ramos Cebrián. *Hospital Universitario y Politécnico La Fe*

Coautores: Ramos Cebrián M, Ortiz J, Cholvi E, Marqués F, Rodríguez Ortega D, González-Calero P, Espi J, Ventura A, Beneyto I, Broseta E, Budia A.

INTRODUCCIÓN

La nefritis lúpica (NL) es una causa importante de morbilidad y mortalidad en el lupus eritematoso sistémico (LES). El belimumab, un anticuerpo monoclonal que inhibe el factor activador de células B, ha demostrado eficacia en la disminución de la proteinuria, la prevención de brotes y la obtención de respuesta renal primaria a los dos años. Sin embargo, los datos sobre su eficacia a largo plazo son limitados. El objetivo de este estudio observacional es evaluar la eficacia del belimumab en pacientes con NL con biopsia probada a largo y medio plazo.

MÉTODOS

En este estudio observacional retrospectivo en nuestro centro, se seleccionaron pacientes con NL diagnosticada mediante biopsia y que recibieron belimumab. Se recogieron datos sobre función renal, proteinuria (24 horas) y hematuria. Se evaluó la actividad inmunológica (Anti-ADN doble cadena, C3 y C4). Se recogieron los datos en tres momentos: inicio de belimumab, 12 meses después del inicio de la terapia y a la interrupción del tratamiento. Cuando el paciente seguía en tratamiento activo en el momento de la recogida de datos se obtuvieron datos de las últimas analíticas disponibles. Se identificaron las exacerbaciones renales. El período observacional se ajustó para ser consistente entre los tratamientos pre y posbelimumab. Finalmente, se reportó la iniciación de cualquier tratamiento antiproteinúrico adicional.

El análisis de datos se realizó utilizando IBM SPSS Statistics 21[®]. También se realizó un análisis de resultados para pacientes que recibieron belimumab por más de 24 meses.

RESULTADOS

Diecisiete pacientes diagnosticados de NL entre 1991 y 2021 comenzaron belimumab de 2014 a 2022, de los cuales diez recibieron belimumab por más de 24 meses. La duración media del tratamiento fue de 41,8 meses. Las características de los pacientes se presentan en la Tabla 1, mientras que los resultados analíticos se resumen en la Tabla 2. Destaca una disminución estadísticamente significativa en la proteinuria 12 meses después de iniciar el tratamiento con belimumab y una disminución en los anticuerpos anti-dsDNA, ambas duraderas en el tiempo. En cuanto al subgrupo con seguimiento más prolongado, los resultados no difirieron en las pruebas de contraste de hipótesis.

Se identificaron 17 brotes renales antes de la iniciación de belimumab, mientras que se identificaron 9 brotes después de su iniciación ($P = 0,092$). Se diagnosticó a un paciente con meningitis bacteriana aguda, aunque la relación con el medicamento es incierta ya que recibía otros medicamentos inmunosupresores. Este evento no condujo a la retirada del medicamento.

Solo un paciente comenzó un antiproteinúrico durante el periodo de estudio, inmediatamente tras el inicio de belimumab.

CONCLUSIONES

Actualmente, no se conoce la duración óptima del tratamiento con belimumab en LN. A pesar de observar una disminución en la TFG media, los resultados de esta cohorte de pacientes sugieren una tendencia a controlar la proteinuria, la hematuria y la actividad inmunológica a largo plazo. Se observó una disminución notable pero no significativa en los brotes renales. Finalmente, no se realizaron cambios relevantes en la medicación inmunosupresora o antiproteinúrica, lo que permite evitar sesgos por este motivo.



TRANSPLANTE

2. Utilidad clínica del estudio genético en una consulta de trasplante rena

Autor principal: Aina Quilis Pellicer. *Hospital Doctor Peset Valencia.*

Coautores: Quilis Pellicer A, Castro-Alonso C, Porcar Saura L, Gavela Martínez E, Kánter Berga J, Calatayud Aristoy E, Rodríguez Muñoz A, Hernando Espinilla A, Valero Antón A, Parra Collado M, Gandía Ureña P, Galván Barrilero E, Pantoja Pérez J, Sancho Calabuig A. *Hospital Dr. Peset, Valencia.*

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

La enfermedad renal hereditaria (ERH) se postula como una de las principales causas de enfermedad renal crónica (ERC). El diagnóstico genético puede tener importancia para el manejo de los pacientes trasplantados renales o en lista de espera, pues permite identificar la etiología, ayudar en la selección de donantes vivos, realizar consejo genético y conocer el pronóstico y riesgo de recurrencia de la enfermedad primaria.

El objetivo del siguiente estudio es analizar la prevalencia de ERH en nuestra población trasplantada renal y en lista de espera, las características fenotípicas, los hallazgos genéticos y la reclasificación diagnóstica realizada tras el estudio genético (EG).

MÉTODOS:

Estudio observacional retrospectivo que incluyó los EG realizados entre 2018 y 2023 en trasplantados renales o en lista de espera en el Hospital Dr. Peset, con un acercamiento diagnóstico multidisciplinar. Los pacientes fueron considerados para evaluación genética si cumplían alguno de los criterios de inclusión: ERC de etiología desconocida, antecedentes familiares de ERC, biopsia renal no concluyente o sin causa reconocida, sospecha de SHUa, ERC asociada a signos sindrómicos extrarrenales, malformaciones renales (CAKUT) o nefrocalcinosis.

Se analizaron datos demográficos, carga y segregación familiar, fenotipo de ERC, alteraciones en el sedimento urinario, HTA, DM, perfil de EG solicitado y resultados.

RESULTADOS:

Se solicitó EG en 76 pacientes (43,4% mujeres; 88% caucásicos). La edad media diagnóstico de ERC fue de 37 años [17-77]. El 62% tenía antecedentes familiares de ERC y el 29% manifestaciones extra-renales. La mayoría de los pacientes tenían un diagnóstico clínico de enfermedad glomerular 52,6%, seguido de ciliopatía (13%), SHUa (10,5%) y ERC de causa desconocida (6,6%).

En 46 pacientes el resultado del EG fue positivo para una variante patogénica o probablemente patogénica que explicaba la enfermedad renal del paciente, siendo la mayoría variantes relacionadas con el gen COL4 (26,3%), seguidas de la poliquistosis renal autosómica dominante (10,5%).

Tras el EG se reclasificó el diagnóstico clínico en un 33% de los casos (sobre todo relacionados con colagenopatías tipo IV) y se confirmó la sospecha clínica en el 28% (mayormente PQRAD). El resultado negativo fue más frecuente en ERC no filiada, CAKUT o SHUa.

Tras el estudio se identificó una mutación genética en un total de 16 familias que comprendían a 19 pacientes. El resultado genético fue positivo en el 78% de los casos con biopsia renal no concluyente y en el 50% en los que se administró inmunosupresión, siendo más frecuente su positividad en pacientes con antecedentes familiares (47,4% vs 14,5%, $P < 0,001$). No encontramos asociación con otras variables estudiadas.

CONCLUSIÓN:

Nuestro estudio demuestra la utilidad clínica del EG en pacientes trasplantados renales con ERC de etiología desconocida o con antecedentes familiares, obteniendo un diagnóstico genético hasta en un 60%, con reclasificación del diagnóstico clínico en un tercio de los pacientes. El diagnóstico genético temprano evitaría el uso de medidas invasivas para el diagnóstico y tratamiento de la ERC en estos pacientes, así como ayudaría en la detección de casos familiares y el consejo genético.

TRANSPLANTE

3. El retrasplante renal, una opción real en receptores mayores de 65 años.

Autor principal: Emma Calatayud Aristoy. *Hospital Universitario Doctor Peset.*

Coautores: Eva Gavela Martínez, Julia Kanter Berga, Cristina Castro Alonso, Alejandro Valero Anton, Aina Quilis Pellicer, Asunción Sancho Calabuig.

INTRODUCCIÓN

El número de pacientes reincluidos en lista de espera tras el fracaso del primer injerto se ha incrementado los últimos años, sin embargo, los datos de supervivencia del injerto y del paciente tras el retrasplante (rTR) son dispares. La edad del receptor y el tiempo en diálisis muestran impacto negativo en los resultados del segundo TR. La oferta del retrasplante a pacientes añosos supone un reto para las unidades de TR por su mayor complejidad.

OBJETIVO

Analizar en nuestra serie la evolución de los pacientes mayores de 65 años que recibieron un retrasplante tras pérdida tardía del injerto renal.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo comparativo que incluyó los receptores ≥ 65 años retrasplantados en nuestro centro entre noviembre/1996 y noviembre/2022. Por cada receptor de un re-trasplante (rTR) se seleccionó un paciente control ≥ 65 años. Fueron excluidos los pacientes retrasplantados por fracaso del injerto previo por trombosis.

RESULTADOS

Se realizaron 21 re-trasplantes (rTR) en pacientes ≥ 65 años en el período de estudio, los cuales se compararon con 21 pacientes ≥ 65 años que recibieron su primer TR. La mediana de tiempo de seguimiento fue de 42 (RIQ 12,6-85,8) meses. La causa más frecuente de pérdida del primer injerto fue rechazo crónico (66,7%, n=14). La supervivencia mediana del primer injerto fue 115,6 (RIQ 30,9-185,5) meses.

En el análisis comparativo, la proporción de pacientes que se trasplantaron de forma anticipada fue similar en ambos grupos (rTR 28,6% (4) vs 23,8% (5), p=0,5). El tiempo total en diálisis fue más prolongado en los pacientes rTR (32 [RIQ 18,5-66,5] vs 13 [11,5-34] meses). No observamos diferencias en la edad del receptor (rTR 68,5 [RIQ 66-72,5] vs 68 [RIQ 67-72], p=0,06), con un mayor porcentaje de mujeres en rTR (rTR 50% vs 10%, p=0,007) y de pacientes sensibilizados (35,3% vs 0%, p=0,007). El número de compatibilidades HLA fue similar en ambos grupos (rTR 2,3 \pm 1 vs 2,1 \pm 1, p=0,63). La comorbilidad pre-trasplante fue similar: HTA (rTR 84,2% vs 87,5%, p=0,58), DM (31,6% vs 37,5%, p=0,49) y arteriopatía periférica (0% vs 14,3%, p=0,12).

No observamos diferencias en la edad del donante (rTR 67,5 [RIQ 61-72,7] vs 70,5 [67-73,7] años, p=0,52), antecedentes de HTA (rTR 63,2% vs 55,6%, p=0,63), ni creatinina en la donación (p=0,73). Tampoco se observaron diferencias en el tipo de donación (p=0,22), siendo la más frecuente la muerte encefálica (rTR 70% vs 85%). La función retrasada de injerto (rTR 26,3% vs 23,5%, p=0,57) y el rechazo agudo precoz (rTR 0% vs 11,8%, p=0,25) fueron similares. La función renal medida por Crp fue mejor en el grupo rTR al primer mes (1,6 vs 2,3 mg/dl, p=0,03), al tercer mes (1,7 vs 2,1 mg/dl, p=0,02), y al año (1,6 vs 2 mg/dl, p=0,04). No hubo diferencias en la necesidad de reingresos de causa infecciosa (rTR 52,9% vs 75%, p=0,17).

La supervivencia al año y tres años del injerto (rTR 95% vs 89% al año, rTR 87% vs 67% a los 3 años, p=0,14) y paciente (rTR 100% vs 100% al año, rTR 100% vs 75%, p=0,49) fue similar en ambos grupos.

CONCLUSIONES

El retrasplante de pacientes mayores de 65 años tras una pérdida tardía del injerto renal presentó resultados comparables a los primeros trasplantes de un grupo de receptores de características similares, con excelente supervivencia de injerto y paciente a corto y medio plazo en nuestra serie. Consideramos que el retrasplante debe ofertarse a receptores mayores seleccionados como una alternativa real al resto de terapias sustitutivas renales.

TRANSPLANTE

4. Trasplante con donante vivo, una opción segura y exitosa.

Autor principal: Paula Gandía Ureña. *Hospital General Universitario de Elche.*

Coautores: Julia Kanter Berga, Eva Gavela Martínez, Emma Calatayud Aristoy, Cristina Castro Alonso, Ana Ávila, Sandra Beltrán, Asunción Sancho. *Hospital Dr Peset.*

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

El trasplante renal con donante vivo (TRDV) es una opción segura y con mejores resultados en la literatura con respecto al trasplante con donante cadáver. A pesar de ello es aún una modalidad infrutilizada en nuestro medio. Nuestro objetivo fue analizar las características y evolución de los trasplantes con donante vivo realizados en nuestro centro y compararlos con receptores de donante cadáver estándar.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se trata de un estudio retrospectivo, unicéntrico, que incluyó a todos los pacientes receptores de un riñón de donante vivo desde el comienzo del programa en el hospital Dr. Peset en julio/2014 hasta diciembre/2022. Además, se realizó un análisis comparativo con todos los pacientes trasplantados con donante cadáver estándar en muerte encefálica (TRDCE) en el mismo periodo de tiempo.

RESULTADOS:

Se realizaron 21 re-trasplantes (rTR) en pacientes ≥ 65 años en el periodo de estudio, los cuales se compararon con 21 pacientes ≥ 65 años que recibieron su primer TR. La mediana de tiempo de seguimiento fue de 42 (RIQ 12,6-85,8) meses. La causa más frecuente de pérdida del primer injerto fue rechazo crónico (66,7%, n=14). La supervivencia mediana del primer injerto fue 115,6 (RIQ 30,9-185,5) meses.

En el análisis comparativo, la proporción de pacientes que se trasplantaron de forma anticipada fue similar en ambos grupos (rTR 28,6% (4) vs 23,8% (5), p=0,5). El tiempo total en diálisis fue más prolongado en los pacientes rTR (32 [RIQ 18,5-66,5] vs 13 [11,5-34] meses). No observamos diferencias en la edad del receptor (rTR 68,5 [RIQ 66-72,5] vs 68 [RIQ 67-72], p=0,06), con un mayor porcentaje de mujeres en rTR (50% vs 10%, p=0,007) y de pacientes sensibilizados (35,3% vs 0%, p=0,007). El número de compatibilidades HLA fue similar en ambos grupos (rTR 2,3 \pm 1 vs 2,1 \pm 1, p=0,63). La comorbilidad pre-trasplante fue similar: HTA (rTR 84,2% vs 87,5%, p=0,58), DM (31,6% vs 37,5%, p=0,49) y arteriopatía periférica (0% vs 14,3%, p=0,12).

No observamos diferencias en la edad del donante (rTR 67,5 [RIQ 61-72,7] vs 70,5 [67-73,7] años, p=0,52), antecedentes de HTA (rTR 63,2% vs 55,6%, p=0,63), ni creatinina en la donación (p=0,73). Tampoco se observaron diferencias en el tipo de donación (p=0,22), siendo la más frecuente la muerte encefálica (rTR 70% vs 85%). La función retrasada de injerto (rTR 26,3% vs 23,5%, p=0,57) y el rechazo agudo precoz (rTR 0% vs 11,8%, p=0,25) fueron similares. La función renal medida por Crp fue mejor en el grupo rTR al primer mes (1,6 vs 2,3 mg/dl, p=0,03), al tercer mes (1,7 vs 2,1 mg/dl, p=0,02), y al año (1,6 vs 2 mg/dl, p=0,04). No hubo diferencias en la necesidad de reingresos de causa infecciosa (rTR 52,9% vs 75%, p=0,17).

La supervivencia al año y tres años del injerto (rTR 95 % vs 89% al año, rTR 87 % vs 67% a los 3 años, p=0,14) y paciente (rTR 100 % vs 100% al año, rTR 100 % vs 75%, p=0,49) fue similar en ambos grupos.

CONCLUSIONES:

El TRDV es una excelente opción de TRS, que presenta supervivencias comparables al donante cadáver estándar, a pesar de una edad mayor del donante. Además es una modalidad que permite obviar las complicaciones asociadas a la diálisis, tras una valoración exquisita del donante.

TRANSPLANTE

5. Efecto antiproteinúrico de los isglt2 en trasplante renal: experiencia de un centro.

Autor principal: Leónidas Cruzado Vega. Hospital General Universitario de Elche.

Coautores: Juan Pablo Moret Chiappe (Hospital General De Elche), Paula Alejandra De La Fuente (Hospital General De Elche), Luis Antonio Jiménez Del Cerro (Hospital General De Elche).

INTRODUCCIÓN:

Es conocido el efecto de los inhibidores de SGLT2 en la nefroprotección. Sin embargo, la población trasplantada, que tiene necesidad de fármacos nefrotóxicos, es especialmente vulnerable. El objetivo fue evaluar el efecto antiproteinúrico de los iSGLT2 en nuestra cohorte de pacientes trasplantados.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Realizamos un estudio prospectivo, que incluyó a todos los pacientes portadores de injerto renal de más de 6 meses, con diagnóstico de diabetes mellitus (DM) pre o post trasplante, que inician tratamiento con iSGLT2, durante un periodo de seguimiento de 1 año. Se analiza el filtrado glomerular (FG), la hemoglobina glicosilada (HbA1c) y el cociente albúmina creatinina (CAC) basal y a los 12 meses del inicio del tratamiento con iSGLT2.

RESULTADOS:

Se incluyeron 40 pacientes. La tabla 1 recoge las características basales de la muestra. En la tabla 2 se recogen los datos basales y a los 12 meses del inicio de iSGLT2 en el total de pacientes incluidos y en la cohorte de DM post.

En global, al año, el descenso de HbA1c fue significativo 6.8 (6.4-7.1) vs 6.3 (5.9-6.8), mmol/L, $p < 0.001$ así como la disminución de CAC 37 (11-153) vs 19.5 (10-63)mg/g, $p < 0.001$. El FG se mantuvo estable.

En 25 pacientes el diagnóstico de DM fue post-trasplante. En ellos, la proteinuria basal fue de 37 (9.5-139.5) mg/g. En ellos el descenso de CAC, a pesar de partir de valores más bajos, también es significativo CAC post 18 (2-53), $p < 0.001$, sin descenso de filtrado glomerular.

CONCLUSIONES:

El uso de iSGLT2 en pacientes trasplantados es eficaz en la disminución de la HbA1c.

El uso de iSGLT2 consigue reducir la proteinuria en población trasplantada, manteniendo el FG estable en 12 meses de seguimiento, a pesar de la medicación potencialmente nefrotóxica que precisa el trasplante.

Los iSGLT2 logran su objetivo independientemente de que la DM acontezca antes o después del trasplante renal.

Se precisan más estudios que evalúen la capacidad nefro-cardio-protectora en DM postrasplante a largo plazo.



40
CONGRESO ANUAL
de la SOCIEDAD VALENCIANA de NEFROLOGÍA
10 - 11 MARZO 2023
Colegio de Médicos, Valencia



PATROCINADORES

PLATINUM EXTRA



PLATINUM



ORO



PLATA



BRONCE



OTROS



40

CONGRESO ANUAL

de la SOCIEDAD VALENCIANA de NEFROLOGÍA

Actividad de Interés Sanitario para la Comunidad
Valenciana EXPEDIENTE N° IS 12 /2023

SEDE

COLEGIO DE MÉDICOS DE VALENCIA

Dirección: Avinguda de la Plata, 34, 46013 València, Valencia

SECRETARÍA TÉCNICA

VIAJES *El Corte Inglés*

CONGRESOS CIENTÍFICO-MÉDICOS

Viajes El Corte Inglés

MICE Madrid • Congresos Científico Médicos
C.San Severo, 10. planta baja • 28042 Madrid
Tel. +34 91 330 07 55 • E-mail: svnefrologia@viajeseci.es