

# Impacto del seguimiento multidisciplinar en nefritis lúpica: preservación de la función renal y estrategias de ahorro de esteroides.

Vanessa Lopes Martín (1), Maria Jesús García Villanueva (2), Marta Ferreira Bermejo (1), Raquel Moreno García (1), Milagros Fernández-Lucas (1). Servicio de Nefrología (1) Servicio de Reumatología (2). Hospital Universitario Ramón y

## INTRODUCCIÓN

El seguimiento multidisciplinar de los pacientes con nefritis lúpica (NL) puede optimizar su abordaje. Este estudio describe las características clínicas y evolución renal de los pacientes con NL atendidos en una consulta atendida simultáneamente por Nefrólogos y Reumatólogos.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo de 82 pacientes con NL en seguimiento entre 2015 y 2024. 20 casos (24.4%) debutaron durante el seguimiento multidisciplinar. 8 pacientes fueron dados de baja: 4 por exitus, 3 por paso a terapia renal sustitutiva y 1 por traslado. Se analizaron variables clínicas y demográficas. En los pacientes restantes (74) se evaluaron tratamientos actuales y situación renal.

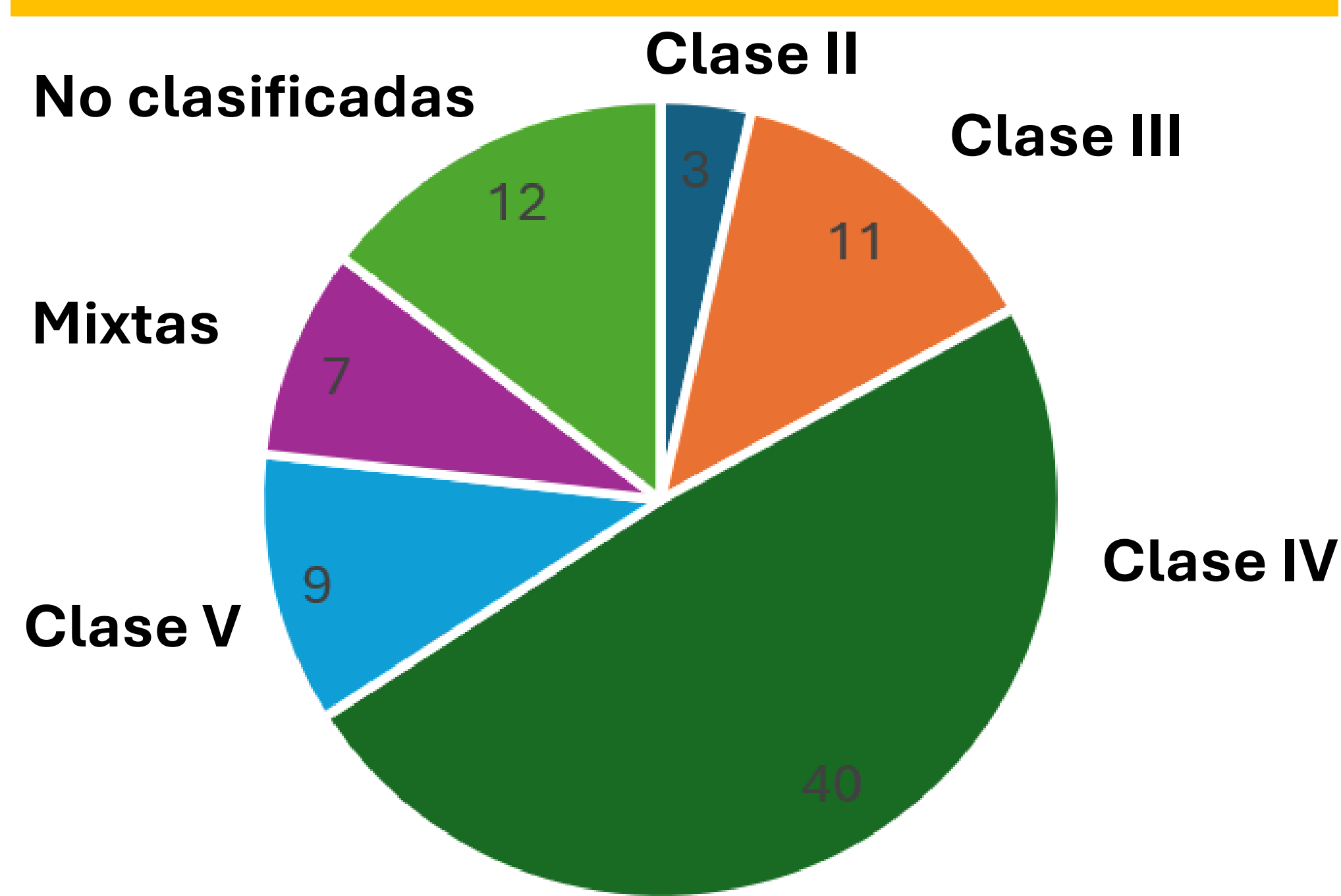
## RESULTADOS

**Raza:** latinoamericana (47.6%), caucásica (46.3%), asiática (3,6%), marroquí (2,4%)

**Edad de debut del LES:** Infantil (12,2%), Entre 18-40 años (62,2%), Más de 40 años (25,6%)

**Tiempo hasta el debut de la NL:** Menos de 12 meses (70,7%), Entre 1 y 5 años (20,7%), Más de 5 años (8,5%)

### CLASES HISTOLÓGICAS



### PRESENTACIÓN CLÍNICA y RECAÍDAS RENALES

19 pacientes debutaron con fracaso renal agudo y 51 con síndrome nefrótico/nefrítico, siendo esto lo más habitual en clases IV.

Recaídas	N (%)
Episodio único	46 (56,1%)
1 recaída	15 (18,29%)
2 recaídas	13 (15,85%)
3 o más recaídas	7 (8,53%)

Clase ISN/RPS	FRA	Nefrít/Nefrót.
II	0	2
III	2	4
IV	11	25
V	1	9
III+V	0	2
IV+V	2	4
No clasif.	3	5

### ¿CÓMO SE TRATÓ EL PRIMER BROTE?

**INDUCCIÓN\*** en primer brote de NL (históricos y actuales). N=82

Ciclofosfamida (CFM)	34 (41.5%)
Micofenolato (MMF)	20 (24.4%)
Azatioprina (AZA) en históricos	11 (13.4%)
Corticoides en monoterapia	7 (8.5%)
Rituximab +/- MMF	4 (4.8%)
MMF + Belimumab (2023-2024)	4 (4.8%)
MMF + Anticalcineurínicos (CNI)	0

**MANTENIMIENTO** en el primer brote de NL (históricos y actuales). N=82

CFM trimestral en históricos	2 (2.4%)
MMF	34 (41.5%)
AZA (históricos o intolerantes a MMF)	22 (26.8%)
Corticoides en monoterapia	5 (6.1%)
RTX +/- MMF	1 (1.2%)
MMF + Belimumab	6 (7.3%)
MMF + CNI	2 (2.4%)

\*Tratamientos de inducción en el 1er brote renal desde 1982 hasta 2024

### ¿QUÉ TERAPIAS ESTAMOS UTILIZANDO ACTUALMENTE?

CFM y AZA son los fármacos más empleados en casos históricos. MMF es el fármaco más utilizado en el mantenimiento.

En los últimos años hemos aumentado nuestro uso de biológicos (25% de prevalentes) y hemos comenzado a indicar triples terapias de inicio (4 casos entre 2023-2024)

#### Estrategia de ahorro de esteroides:

- Bolus 250 mg 6MP IV en todos los casos
- 0,5 mg/Kg/día prednisona V.O.
- Optimización de IS y biológicos

**Tratamientos prevalentes a diciembre 2024 (n=74)**

Sin corticoides	40 (54%)
Corticoides 5 mg o menos	30 (40%)
Corticoides > 5 mg (por brote reciente)	4 (5.4%)
Hidroxicloroquina	56 (75.6%)
Micofenolato	28 (37.8%)
Belimumab	19 (25.6%)
Anticalcineurínico (TAC/VOC)	6 (8.1%)
Azatioprina	10 (12.5%)
Sin inmunosupresión	24 (32.4%)
<b>Terapia nefroprotectora</b>	
Bloqueo SRAA	47 (63,5%)
ISGLT2 (sólo si albuminuria persistente)	20 (27%)

## EVOLUCIÓN

Más del 70% de pacientes mantiene función renal normal y el 60% no tiene albuminuria ni actividad en el sedimento.

Sólo un 3.6% de nuestra cohorte histórica ha precisado terapia renal sustitutiva.

Más del 90% de pacientes están con dosis de corticoides de 5 mg o menos y la mayoría de los pacientes se encuentran en situación de LLDAS (lupus low disease activity state).

### Evolución renal en prevalentes (n=74)

<b>Función renal normal</b>	<b>57 (77%)</b>
<b>ERC estadio 3a</b>	9 (12.2%)
<b>ERC estadio 3b</b>	6 (8.1%)
<b>ERC estadio 4</b>	6 (8.1%)
<b>Sin actividad urinaria (Mau/Creat &lt;30 mg/g, sedimento no activo)</b>	<b>45 (60.8%)</b>
<b>Proteinuria persistente (&gt;12 meses)</b>	21 (28.3%)
<b>Proteinuria por brote reciente</b>	8 (10.8%)

## CONCLUSIONES

La consulta multidisciplinar permite realizar una monitorización estrecha y optimizar el tratamiento de la NL para minimizar toxicidad, preservar función renal y evitar recaídas. En los últimos años ha aumentado el uso de terapias multitarget, fármacos biológicos y terapia nefroprotectora, gracias a lo cual la mayoría de los pacientes mantiene función renal conservada y sin proteinuria, con baja exposición a esteroides.