

 *Abstracts y Casos 2026*

26

© 2026 Sociedad Madrileña de Nefrología

No está permitida la reproducción total o parcial del presente libro, ni su tratamiento informático, ni su transmisión de ninguna forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, por fotocopia, por registro y otros métodos sin el permiso previo y por escrito de los titulares del Copyright.

ISBN: 978-84-09-87363-0



Junta Directiva SOMANE

Comité Organizador. Editores

José Luis Merino Rivas
Presidente

Antonio Cirugeda García
Vicepresidente

Almudena Vega Martínez
Secretaria

Patricia Martínez Miguel
Tesorera

Alberto Ortiz Arduán
**Vocal. Coordinador
de Investigación**

Pilar Martínez Rubio
**Vocal. Centros
de hemodiálisis**

Claudia Yuste Lozano
**Vocal. Organización
de eventos y
Sociedades Científicas**

Isabel Pérez Flores
**Vocal. Coordinación
de formación
y docencia**



Comité Evaluador

Diálisis

Gloria del Peso Gilsanz
Emilio González Parra
Enrique Gruss Vergara
José Luis Merino Rivas
Jose M. Portolés Pérez
Fernando Tornero Molina
Almudena Vega Martínez
Claudia Yuste Lozano

Nefrología Clínica

Diego Barbieri Merlo
Teresa Caveró Escribano
Jose C. de la Flor Merino
Ana María García Prieto
Ana Huerta Arroyo
Patrocinio Rodríguez Benítez
Carmen Sánchez González
Angel Sevillano Prieto
Amir Shabaka Fernández

Trasplante | Investigación

Milagros Fernández Lucas
Esther González Monte
María Ovidia López Oliva
Enrique Morales Ruiz
Isabel M Pérez Flores



Carta de saludo

Queridos amigos:

Os damos la bienvenida a esta vigésimo primera reunión de SOMANE con la misma ilusión que caracteriza desde hace años a nuestra comunidad nefrológica: la de compartir ciencia, reencontrarnos y seguir creciendo juntos como sociedad.

Esta edición tiene además un significado especial para nosotros, ya que supone la primera reunión organizada por la nueva Junta Directiva. Afrontamos esta etapa con enorme responsabilidad, conscientes del excelente trabajo realizado por las juntas previas, cuyo esfuerzo y dedicación han permitido consolidar SOMANE como una referencia científica y humana dentro y fuera de nuestra Comunidad. Recogemos ese testigo con el deseo y el compromiso de intentar estar a la altura.

Hemos trabajado para elaborar un programa científico actualizado, dinámico e interesante, capaz de integrar distintas perspectivas y responder a los retos actuales de nuestra especialidad. Nos ilusiona especialmente que esta reunión siga siendo un punto de encuentro tanto para los compañeros con más experiencia como para las nuevas generaciones de nefrólogos, cuyo entusiasmo y participación resultan imprescindibles para el futuro de nuestra sociedad.

Una vez más, el elevado número y la calidad de los abstracts recibidos reflejan la vitalidad científica de SOMANE y el compromiso de todos vosotros con la investigación y la mejora continua de la atención a las personas con enfermedad renal. Queremos agradecer sinceramente a todos los autores el envío de sus trabajos, así como a los revisores, moderadores y ponentes, cuyo esfuerzo y dedicación hacen posible el alto nivel científico de esta reunión.

Desde la Junta Directiva queremos expresar también nuestro agradecimiento a la Industria relacionada con la Nefrología por su apoyo continuado a las actividades de la Sociedad, colaboración fundamental para el desarrollo de muchos de nuestros proyectos formativos y científicos.

Y, por supuesto, gracias una vez más a AFORO y especialmente a Sandra, por su profesionalidad, disponibilidad e implicación constante. Su trabajo sigue siendo imprescindible para que todo salga adelante.

Esperamos que disfrutéis de esta 21ª Reunión de SOMANE, que vuelva a ser un espacio para aprender, debatir, compartir experiencias y fortalecer los lazos que hacen de esta sociedad algo tan especial.

Bienvenidos.



Programa

VIERNES, 19 DE JUNIO 2026

SALA 1 Auditorio (Planta -1)

09:00 - 09:15

Inauguración

09:15 - 09:30

Presentación REMADYT

José Luis Merino Rivas (Presidente SOMANE)

09:30 - 10:00

Conferencia Inaugural

Moderación

Pilar Martínez Rubio (Centro de Diálisis - El Pilar, Madrid)

Rafael Jesús Sánchez Villanueva (Hospital Universitario La Paz, Madrid)

Hemodiálisis extendida, ¿queda alguna duda?: Estudio MOTHER

Patricia de Sequera Ortiz (Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid)

10:00 - 11:00

Comunicaciones Orales DIÁLISIS

Moderación

Claudia Yuste Lozano (Hospital 12 de Octubre, Madrid)

María Rosario Llópez Carratalá

(Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda)

10:00 1 (O)

HDF incremental con dos sesiones semanales vs HDF convencional en pacientes incidentes en diálisis: ensayo clínico aleatorizado.

Milagros Fernández Lucas¹, Alfonso Muriel², Nuria Rodríguez Mendiola¹, José Luis Merino³, Martha E. Díaz Domínguez¹, Gloria Ruiz Roso¹, Rafael Sánchez⁴, Hanane Bouarich⁵, Virginia López de la Manzanara⁶, Javier Zamora²

1) Nefrología, H. Universitario Ramón y Cajal, 2) Bioestadística, H. Universitario Ramón y Cajal, 3) Nefrología, H. Universitario del Henares, 4) Nefrología, H. Universitario La Paz, 5) H. Universitario Príncipe de Asturias, 6) Nefrología, Hospital Clínico San Carlos.



10:09 2 (O)

Implementación y características de hemodiálisis domiciliaria asistida en España: resultados de una encuesta nacional

Estefanya García-Menéndez¹, José Portolés Pérez¹, María Auxiliadora Bajo Rubio², Alejandro Pérez Alba³, Jesús Calviño Varela⁴, María José Espigares Huete⁵, Pablo Molina Vila⁶, María Quero Ramos⁷, María Fernanda Slon Roblero⁸

1) Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, 2) Nefrología, Hospital Universitario La Princesa (Madrid), 3) Hospital General Universitario de Castellón, 4) Hospital Universitario Lucus Augusti (Lugo), 5) Hospital Universitario Virgen de Las Nieves (Granada), 6) Hospital Universitari i Politècnic La Fe (Valencia), 7) Hospital Universitario Bellvitge (Hospitalet de Llobregat), 8) Complejo Hospitalario de Navarra (Pamplona).

10:18 3 (O)

Evaluación del Gasto energético en reposo mediante calorimetría indirecta en pacientes sometidos a hemodiálisis hospitalaria, diálisis peritoneal y hemodiálisis domiciliaria

Ana Cristina Mendoza Cedeño¹, Almudena Pérez Torres¹, Irene Vázquez Raso², Lina León Machado², Rafael Sánchez Villanueva², Laura Álvarez García², Gloria del Peso Gilsanz², Marta Ossorio González², Yanieli Hernández Perdomo², Gema Fernández Juárez²

1) IdiPAZ. Hospital Universitario La Paz, 2) Hospital Universitario La Paz.

10:27 4 (O)

Diálisis peritoneal incremental, una estrategia válida: experiencia de 10 años en un centro

Lina León-Machado¹, Yanieli Hernandez-Perdomo¹, Afroditi Konstantouli¹, Marta Ossorio-Gonzalez¹, Gloria Del Peso-Gilsanz¹

1) Hospital La Paz.

10:36 5 (O)

Experiencia de una Unidad Cardiorrenal multidisciplinar en un hospital terciario: ¿Qué hemos aprendido?

Afroditi Konstantouli¹, Ana Torremocha¹, Marta Ossorio¹, Inés Ponz¹, Yanieli Hernández¹, Alberto Alonso¹, Lina LeónMachado¹, Gloria del Peso¹

1) Hospital Universitario La Paz.

10:45 6 (O)

Del hospital al domicilio: evolución de la elección del tratamiento renal sustitutivo en ERCA en la última década

Marta Ossorio¹, Yanieli Hernández¹, Lina León-Machado¹, Irene Vázquez¹, Afroditi Kounstantouli¹, Gloria Del Peso¹

1) Hospital Universitario La Paz.

11:00 - 11:30

Descanso-Café | Visita Posters

11:30 - 13:00

Comunicaciones orales cortas DIÁLISIS

Moderación

Almudena Vega Martínez

(Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid)

Fabiola Dapena Vielba (Fundación Renal Española, Madrid)



11:30 7 (Oc)

Concordancia de los criterios GLIM con PEW y estado funcional en pacientes en diálisis peritoneal

M. I Galán Fernández¹, Estefanya García Menéndez¹, Darío Janeiro Marín¹, Jeanette Nora Fernández Cusicanqui¹, M. Rosario Llopes Carratalá¹, Mercedes Pérez García¹, Irene García García¹, Paola Carolina Villegas¹, Camila Samanta Wong Flores¹, José Portolés Pérez¹

1) Hospital Universitario Puerta de Hierro.

11:35 8 (Oc)

Adecuación dialítica: papel del tiempo efectivo de diálisis y determinantes organizativos

David Hernan¹, Julia Audije-Gil¹, Mari Luz Sanchez¹, Fabiola Dapena¹, Paula Manso¹, María Dolores Arenas¹

1) Fundación Renal Española.

11:40 9 (Oc)

Variabilidad longitudinal de la bioimpedancia y del estado nutricional en hemodiálisis: estudio BIO-NUTRI-HD

Antonio Marín Franco¹, Paz Bersano Reyes², Rosa Camacho Juárez², Michelle Aguirre Polo², Yoel Ramírez Montoya², Diana Sánchez Montehermoso², Shaira Martínez Vaquera³

1) Diaverum (Santiago Compostela), 2)Diaverum (Madrid), 3)Diaverum

11:45 10 (Oc)

Ángulo de fase y fósforo sérico en pacientes en hemodiálisis: relación con integridad celular y fragilidad

Paz Bersano Reyes¹, Michelle Aguirre Polo¹, Rosa Camacho Juárez¹, Diana Sánchez Montehermoso¹, Yoel Ramírez Montoya¹, Alexandra Alba Bernal¹, Shaira Martínez Vaquera²

1) Diaverum (Madrid), 2) Diaverum (España)

11:50 11 (Oc)

Determinantes de la sintomatología depresiva en hemodiálisis: papel del estado nutricional y análisis por edad

Paz Bersano Reyes¹, Antonio Marín Franco², Sara Ben El Hadi-Moreno¹, Rosa Camacho Juárez¹, Shaira Martínez Vaquera³

1) Diaverum (Madrid), 2) Diaverum (Santiago Compostela), 3) Diaverum

11:55 12 (Oc)

Eficacia y seguridad de elisio 21Hx en HDx con elisio 21h en HDf online

Almudena Vega Martínez¹, María Dolores Sánchez Niño², Jorge Torres¹, Gema Sánchez¹, Eduardo Verde¹, Luis Sánchez¹, Antonia Mijaylova¹, Marian Goicoechea¹

1) Hospital General Universitario Gregorio Marañón, 2) Fundación Jiménez Díaz.

12:00 13 (Oc)

Fístula arteriovenosa nativa en ancianos, ¿una opción viable en la práctica clínica actual?

Gema Sánchez Sánchez¹, Javier Carbayo López de Pablo¹, Jorge Armando Torres Ortiz¹, Azucena Ayala¹, Andrea Hernández García¹, Rodrigo García Marina¹, Beatriz Pérez Peláez¹, Diego Parra Marañón¹, Mateo Blázquez Ruiz de Loizaga¹, Marian Goicoechea Diezhandino¹

1) Hospital General Universitario Gregorio Marañón.



12:05 14 (Oc)

¿Existen cambios en la presión arterial y la ultrafiltración según la estación del año en los pacientes en hemodiálisis?

Jorge Torres¹, Gema Sánchez¹, Beatriz Pérez Peláez¹, Juan Diego Parra¹, Antonia Mijaylova¹, Luis Sánchez¹, Almudena Vega¹, Eduardo Verde¹, Marian Goicoechea¹

1) Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

12:10 15 (Oc)

El cuándo importa: impacto del momento del mapeo en la maduración de la fístula arteriovenosa

Ángela Rey Cárdenas¹, Ángel Méndez Abreu¹, Sofía López San Román¹, Miguel Gutiérrez Baz¹, Sandra Vicente Jiménez¹, Stefanie Noelia Quicaña¹, Carolina Sesmero Ramos¹, Eduardo Gallego Valcarce¹, Beatriz Sánchez Álamo¹, Enrique Gruss Vergara¹

1) Hospital Universitario Fundación de Alcorcón.

12:15 16 (Oc)

Hemodiálisis domiciliaria corta frecuente y acceso vascular: perfil de complicaciones infecciosas y no infecciosas en una década (2015-2025)

Carolina Lentisco Ramirez¹, Yeilin Alicia Sotolongo Lorenzo¹, Sara El Fellah¹, Anabel Ugarte Quispe¹, Diego Jesús Sardi García¹, Santiago Andrés Cedeño Mora¹, Mariano Acuña Ramos¹, Pablo Rodríguez Doyagüez¹, Milagros Ortiz Librero¹, Carmen Mon Mon¹, Juan Carlos Herrero Berrón¹

1) Hospital Universitario Severo Ochoa.

12:20 17 (Oc)

Impacto de la proteinuria basal en la pérdida de función renal residual en pacientes incidentes en hemodiafiltración on line

Irene Mínguez¹, Beatriz Sánchez Álamo¹, Nuria Rodríguez Mendiola¹, Martha E Díaz Domínguez¹, Milagros Fernández Lucas¹

1) Nefrología, Hospital Universitario Ramón y Cajal.

12:25 18 (Oc)

Tuberculosis latente en hemodiálisis: un cribado necesario

Mar Planells Merchán¹, María López Picaso¹, Marisol Poma Tapia¹, Jacqueline Edith Apaza Chavez¹, Laura García-Puente Suárez¹, Aida Frías González¹

1) Hospital Universitario Rey Juan Carlos I.

12:30 19 (Oc)

Efecto de los Inhibidores de SGLT2 en la Preservación de la Función Renal Residual en Pacientes en Hemodiálisis Incremental: Un Estudio Comparativo

De La Flor José C.¹, Avinash Chandu Nanwani², Elena Jiménez Mayor³, Celia Rodríguez Tudero⁴, Esperanza Moral Berrio⁵, Juan Daniel Díaz García⁶, Arturo Villalobos Navarro⁷, Adela Méndez Cahua⁸, Javier Deira Lorenzo⁹, Jesús Hernández Vaquero¹

1) Departamento de Nefrología, Hospital Gómez Ulla (Madrid), 2) Departamento de Nefrología, Hospital General de Fuerteventura (Fuerteventura), 3) Departamento de Nefrología, Hospital Santa Bárbara (Soria), 4) Departamento de Nefrología, Hospital Universitario de Salamanca (Salamanca), 5) Departamento de Nefrología, Hospital de Ciudad Real (Ciudad Real), 6) Departamento de Nefrología, Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga" (Ciudad de México), 7) Departamento de Nefrología, Hospital Barros Luco Trudeau (Santiago de Chile), 8) Universidad Peruana Cayetano Heredia (Lima), 9) Hospital San Pedro de Alcántara de Cáceres (España).



12:35 20 (Oc)

Calculadora interactiva de huella de carbono en diálisis: una herramienta de apoyo a la nefrología verde

Patricia de Sequera Ortiz¹, Marta Puerta Carretero¹, Rafael Lucena Valverde¹, Patricia Muñoz Ramos¹, Mayra Ortega Díaz¹, Miryam Polo Canovas¹, Carlos Gómez Carpintero¹, Andrea Álvarez Chávez¹, Verónica Rubio Menendez¹, Elena Corchete Prats¹

1) Hospital Universitario Infanta Leonor.

12:40 21 (Oc)

¿Son válidos los puntos de corte de las escalas sarc-f, frail y mis en pacientes en hemodiálisis? El muscle quality index (mqi-asmm) como herramienta complementaria

Miryam Polo Cánovas¹, Lorena Verguizas Gallego¹, Fabio Luca Procaccini¹, Patricia de Sequera Ortiz¹, Rafael Lucena Valverde¹, Patricia Muñoz Ramos¹, Marta Puerta Carretero¹, Mayra Ortega Díaz¹, Carlos Gómez- Carpintero¹, Andrea Álvarez-Chávez¹

1) Hospital Universitario Infanta Leonor.

12:45 22 (Oc)

Evaluación de la capacidad depurativa de distintas técnicas de hemodiálisis para eliminar toxinas urémicas unidas a proteínas con efecto neurotóxico.

Cristina Analia Castillo Luraschi¹, Beatriz Linillos Pradillo², Cristina Rodríguez Poza¹, Mohammad Manouchehri¹, Alejandra Fernández Gómez¹, Marta Madrid Sanz³, Diego Rodríguez Puyol¹, Coral Barbas², Patricia Martínez Miguel¹

1) Hospital Universitario Príncipe de Asturias, 2) Centro de Metabolómica y Bioanálisis CEMBIO. Universidad CEU San Pablo, Madrid, 3) Fundación para la Investigación Biomédica del Hospital Universitario Príncipe de Asturias.

12:50 23 (Oc)

Eficacia comparable e incluso superior de la hemodiálisis extendida en la eliminación de toxinas urémicas unidas a proteínas potencialmente neurotóxicas respecto a la hemodiafiltración en línea con volumen de reposición inferior a 23 litros

Cristina Analia Castillo Luraschi¹, Beatriz Linillos Pradillo², Cristina Rodríguez Poza¹, Mohammad Manouchehri¹, Alejandra Fernández Gómez¹, Marta Madrid Sanz³, Diego Rodríguez Puyol¹, Coral Barbas², Patricia Martínez Miguel¹

1) Hospital Universitario Príncipe de Asturias, 2) Centro de Metabolómica y Bioanálisis CEMBIO. Universidad CEU San Pablo, Madrid, 3) Fundación para la Investigación Biomédica del Hospital Universitario Príncipe de Asturias.

SALA 1 Auditorio (Planta -1)

13:00 - 14:00

FORO TÉCNICO Patología Glomerular

Moderación

Eduardo Gutiérrez Martínez (Hospital 12 de Octubre, Madrid)

Lucía Cordero García-Galán (Fundación Jiménez Díaz, Madrid)

13:00 - 13:20

Novartis: Terapias anti-complemento en glomerulopatías (C3)

Teresa Cavero Escribano (Hospital 12 de Octubre, Madrid)



13:20 - 13:40 **CSL: Nuevas perspectivas terapéuticas en nefropatía IgA**
Javier Carbayo López de Pablo (Hospital Gral Univ Gregorio Marañón, Madrid)

13:40 - 14:00 **SOBI: Una diana común para dos entidades: inhibición de C3 con Pegcetacoplán en C3G e IC-MPGN primaria**
María Ángeles Goicoechea Diezhandino
(Hospital Gral Univ Gregorio Marañón, Madrid)

SALA 2 Fuente del Príncipe (Planta 0)

13:00 - 14:00 **FORO TÉCNICO** Riesgo cardio vascular

Moderación

Ana María García Prieto (Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid)
Raquel Barba Teba (Hospital Universitario de Getafe, Getafe)

13:00 - 13:20 **HTA en ERC: más allá del IECA en 2026**
Clara García Carro (Hospital Clínico San Carlos, Madrid)

13:20 - 13:40 **NovoNordisk: Obesidad, diabetes tipo 2 y riñón: una relación compleja**
María Marques Vidas (Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda)

13:40 - 14:00 **GSK: Objetivo, foco y reto clínico en nefropatía lúpica**
Dalifer Freites Núñez (Hospital Clínico San Carlos, Madrid)

14:00 - 15:30 Almuerzo

SALA 1 Auditorio (Planta -1)

15:30 - 16:30 **Comunicaciones Orales NEFROLOGÍA CLÍNICA**

Moderación

Rocío Gimena Muñoz (Hospital de Torrejón, Torrejón de Ardoz)
Antonio Cirugeda García (Hospital Univ. Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes)

15:30 43 (O)

Efecto inmunomodulador renal de los inhibidores de SGLT2 en la ERC-DM

María Muñoz Rincón¹, Irene Gómez Delgado², Andrea Raposo², Marina López-Martínez³, María José Soler³, Elena Urcelay², Ana Sánchez-Fructuoso¹, Clara García Carro¹

1Hospital Clínico San Carlos, 2Fundación para la Investigación Biomédica del Hospital Clínico San Carlos (IDISCC), 3Hospital Universitario Vall d'Hebron.

15:39 44 (O)

Impacto de la preeclampsia grave en la salud cardiovascular de la mujer: seguimiento a largo plazo en un hospital de tercer nivel

Beatriz Pérez Peláez¹, Marta Robledo¹, Ana Miguel¹, Marco Antonio Vaca¹, Ana María García Prieto¹, Marta Radillo¹, María Patrocinio Rodríguez Benítez¹

1) Hospital General Universitario Gregorio Marañón.



15:48 45 (O)

Nefrología Intervencionista en procedimientos endovasculares: resultados en 3 años

Raquel Barba Teba¹, Hugo Diniz¹, Miguel Carvalho¹, Carolina Verde¹, Luis Coentrão¹

1) *Unidade Local de Saúde São João (Oporto/Portugal)*

15:57 46 (O)

Daño renal asociado a inmunoterapia oncológica con inhibidores del checkpoint

Marta Martos Santos¹, Adriana Puente García¹, Jara Ampuero Mencía¹, Ramón Jesús Miranda Hernández¹, Katia Matilde Pérez del Valle¹, Javier Letellez Fernández¹, Roberto Hernández López¹, Laura Alegre Zahonero¹

1) *Hospital Universitario de Fuenlabrada.*

16:06 47 (O)

Sparsentan en nefropatía IgA: respuesta a 3 meses en una cohorte española multicéntrica

Romina Poveda¹, Antolina Rodríguez Moreno¹, Alejandro Morales¹, Lucía Cordero², Helena Marco Rusiñol³, Enrique Pasache⁴, Rocío Zamora⁵, Álvaro Álvarez⁶, Diego Parra⁷, Clara García Carro¹

1) *Hospital Clínico San Carlos*, 2) *Fundación Jiménez Díaz*, 3) *Fundació Puigvert*, 4) *Hospital Marqués Valdecilla*, 5) *Hospital General Villalba*, 6) *Hospital Don Benito Villanueva*, 7) *Hospital Gregorio Marañón*.

16:15 49 (O)

Sparsentan en nefropatía IgA en práctica clínica real: reducción sostenida de proteinuria a 12 meses en una cohorte española multicéntrica

Alejandro Morales¹, Antolina Rodríguez Moreno¹, Romina Poveda¹, Juan Villa², Elena Guillén³, Verónica Coll Brito⁴, Juliana Bordignon⁵, Olga Gracia⁶, Patricia Delgado⁷, Clara García Carro⁸

1) *Hospital Clínico San Carlos*, 2) *Hospital Badajoz*, 3) *Hospital Clínic*, 4) *Hospital Germans Trias i Pujol*, 5) *Hospital Bellvitge*, 6) *Hospital Miguel Servet*, 7) *Hospital Canarias*, 8) *Hospital Clínico San Carlos*.

16:30 - 17:00

CONTROVERSIA:

Suplementos y riñón: ¿evidencia o marketing?

Moderación

Patricia Martínez Miguel (Hospital Univ. Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares)

María Cristina Galeano Álvarez (Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid)

16:30 - 16:40

En Contra

Alberto de Lorenzo Álvarez (Hospital Universitario de Getafe, Getafe)

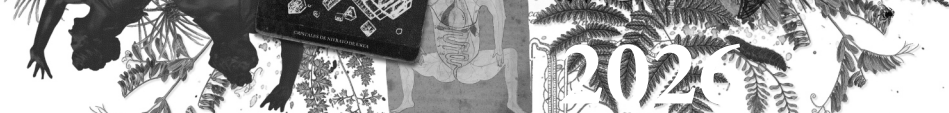
16:40 - 16:50

A favor

Didier Sánchez Ospina (Complejo Asistencial Universitario de Burgos, Burgos)

17:00 - 17:30

Descanso-Café | Visita Posters



17:30 - 18:00

CONFERENCIA

Moderación

Enrique Gruss Vergara (Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Alcorcón)

Sandra Nayibe Elias Triviño (Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid)

Planificación estratégica ante catástrofes: protección y continuidad asistencial del enfermo renal

Jesús Ángel Hernández Vaquero

(Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla, Madrid)

18:00 - 19:00

Foro Debate: Lo que hacemos mal en Nefrología (y cómo dejar de hacerlo)

Moderación

Alfonso Cubas Alcaraz (Hospital Universitario de Getafe, Getafe)

Jara Ampuero Mencía (Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada)

18:00 - 18:10

Inercia terapéutica en proteinuria

Raúl Fernández Prado (Fundación Jiménez Díaz, Madrid)

18:10 - 18:20

Infrauso de iSGLT2 en FG bajos

José C. de la Flor Merino (Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla, Madrid)

18:20 - 18:30

Miedo excesivo a hiperkalemia

Roberto Alcázar Arroyo (Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid)

18:30 - 18:40

Retraso envío ERCA de TR

Isabel M. Pérez Flores (Hospital Clínico San Carlos, Madrid)

18:40 - 19:00

Debate

19:00 - 19:15

Socios de Honor

Roberto Alcázar Arroyo (Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid)

19:15

Asamblea socios SOMANE



SÁBADO, 20 DE JUNIO 2026

SALA 1 Auditorio (Planta -1)

09:00 - 10:30

**Comunicaciones orales cortas VARIOS Nefrología Clínica,
Trasplante e Investigación**

Moderación

Carolina Lentisco Ramírez (Hospital Universitario Severo Ochoa, Leganés)

José María Bautista Cañas (Hospital del Sureste, Arganda del Rey)

09:00 53 (Oc)

iSGLT2 y potasio: ¿mito o realidad?

Carmen Moral Vidal¹, Patricia Florat Fayad¹, Patricia Purón Chasco¹, Shehab Sayed¹, Enrique Morales Ruiz¹

1) Hospital Universitario 12 de Octubre.

09:05 54 (Oc)

Más allá del perfil lipídico clásico: el papel de la lipoproteína(a) en el riesgo cardiovascular renal

Rodrigo García Marina¹, David Arroyo¹, Andrea J. Hernández¹, Gema Sánchez Sánchez¹, Úrsula Verdalles¹, Esther Rubio¹, Beatriz Pérez Peláez¹, Diego Parra¹, Jorge A. Torres Ortiz¹

1) Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

09:10 55 (Oc)

Fracaso renal agudo tras trasplante alogénico de progenitores hematopoyéticos: factores de riesgo e impacto en la función renal y la supervivencia

Irene Vázquez Raso¹, María Asunción Hernández Arriaza¹, Alba López Martínez¹, Daniel Aarón Fernández Guzmán¹, Gema Fernández Juárez¹, Karem Humala¹, Amir Shabaka¹

1) Hospital Universitario La Paz.

09:15 56 (Oc)

Impacto de la implantación del perfil de cribado de la Enfermedad Renal Crónica en Atención Primaria

Miriam Menacho¹, Susana Paloma Garrote², Reiny Verastegui², Grace Villacreces², Irene Ortega², Alba Arroyo¹, Ignacio Arribas¹, Milagros Fernández Lucas²

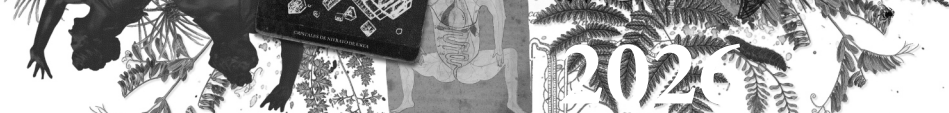
1) Bioquímica, H. Universitario Ramón y Cajal, 2) Nefrología, H. Universitario Ramón y Cajal.

09:20 57 (Oc)

Reestadificación de pacientes con enfermedad renal mediante el uso de ecuaciones para estimación del filtrado glomerular basadas en cistatina

Mateo Blázquez Ruiz de Loizaga¹, Almudena Vega Martínez¹, Gema Sánchez Sánchez¹, Jorge A. Torres Ortiz¹, Marta Radillo Guzmán¹, Diego Parra¹, Beatriz Pérez Peláez¹, Andrea J. Hernández García¹, Rodrigo García Marina¹, David Arroyo¹

1) Hospital General Universitario Gregorio Marañón.



09:25 58 (Oc)

Utilidad clínica del gradiente translesional en la estenosis de la arteria renal: abordaje conjunto Nefrología–Radiología Intervencionista

Carmen Bollaín Carbonell¹, Paula Aporta Franco¹, Andrés Enrique Madrid Vallenilla¹, Yesika María Amezcua Orjuela¹, Yolanda Hernández Hernández¹, Silvia Caldés Ruisánchez¹, Raquel Díaz Mancebo¹, Gabriel Ledesma Sánchez¹, Gilda Alessandra Carreño Cornejo¹, Antonio Cirugeda García¹

1) Hospital Universitario Infanta Sofía.

09:30 59 (Oc)

Hallazgos histológicos en biopsias renales de pacientes oncológicos con tumores sólidos y hematológicos: experiencia de una consulta de onconeurología

María Begoña Santos Sánchez-Rey¹, Daniel Villa Hurtado¹, Ana María Hurtado Pamies², María del Loreto Fernández Lorente², Nuria García Fernández², Laura Juliana Castañeda Infante²

1) Clínica Universidad de Navarra (Madrid), 2) Clínica Universidad de Navarra (Pamplona)

09:35 60 (Oc)

Disfunción renal precoz y mortalidad en la necrólisis epidérmica tóxica

Jessy Korina Peña Esparragoza¹, Jaime Navarrete Torres², Alfonso Estrella³, Lucila Ramos², Laura Espinel Costoso¹, Carlos Cabezas Reina¹, Alberto De Lorenzo Álvarez¹, Alfonso Cubas Alcaraz¹, Lorente José Ángel¹, Judith Martins Muñoz¹

1) Hospital Universitario de Getafe, 2) Universidad Europea de Madrid, 3) Hospital Universitario de Guadalajara (España).

09:40 105 (Oc)

Las toxinas urémicas derivadas de la microbiota intestinal impulsan fenotipos clínicos divergentes en receptores de trasplante renal

Isabel Pérez Flores¹, Marina Pujol Pujol², Isabel Ortega Madueño³, Laura Gómez Martínez³, Arianne Aiffil Meneses², Natividad Calvo Romero², Belén Peix Jiménez², Beatriz Rodríguez Cubillo², M Ángeles Moreno de la Higuera², Ana Sánchez Fructuoso²

1) Servicio de nefrología. Hospital Clínico San Carlos. IDISSC, 2) Servicio de nefrología. Hospital Clínico San Carlos, 3) Servicio análisis clínicos. Hospital Clínico San Carlos.

09:45 106 (Oc)

Necesidades psicosociales no visibles en receptores de trasplante renal: análisis cualitativo de narrativas clínicas en una consulta multidisciplinar

Beatriz Rodríguez Cubillo¹, María Ángeles Moreno de la Higuera¹, Cristina Ríaza Ortiz¹, Paula Gutiérrez Sanjuan¹, Rocío Fernández Díaz¹, Daniel Parra Corral¹, Arianne Aiffil¹, Francisco Oliveira de la Casa¹, Natividad Calvo Romero¹, Ana Isabel Sánchez Fructuoso¹

1) Hospital Clínico San Carlos.

09:50 107 (Oc)

Nutrición postrasplante renal: barreras percibidas y necesidades asistenciales en pacientes y profesionales

Raquel Jiménez Ortega¹, Patricia Mathieu¹, Beatriz Rodríguez Cubillo¹, María Ángeles Moreno de la Higuera¹, Francisco Oliveira de la Casa¹, José Portela², Jaime Pizarroso², Irene Benítez², Natividad Calvo Romero¹, Isabel Pérez Flores¹, Ana Isabel Sánchez Fructuoso¹

1) Hospital Clínico San Carlos, 2) Ingeniería IIT, Universidad Comillas (Madrid).



09:55 108 (Oc)

Impacto del HIF-ESTABILIZADOR en la anemia del postrasplante renal inmediato

Darío Janeiro Marín¹, M.I Galán Fernández¹, Estefanya García Menéndez¹, Mercedes Pérez García¹, M. Rosario Llópez Carratalá¹, Irene García García¹, Jeanette Nora Fernández Cusicanqui¹, Andrea Isabel Alonso Mantellini¹, Helena Trías Reyes¹, José Portolés Pérez¹

1) Hospital Universitario Puerta de Hierro.

10:00 109 (Oc)

Evolución de los pacientes trasplantados renales en el Hospital Universitario La Paz: influencia en los resultados clínicos en función del centro de seguimiento (trasplantador vs referencia)

Patricia Domínguez Apiñániz¹, Gabriel Ledesma Sánchez², Antonio de Santos Wilhelmi³, Ana Mendoza Cedeño⁴, María Maldonado Martín⁵, Elena Bravo García⁴, Javier Azores Moreno⁴, Elena González García⁴, María López Oliva⁴, Carlos Jiménez Martín⁴

1) Hospital Universitario del Henares, 2Hospital Universitario Infanta Sofía, 3Hospital Universitario La Princesa, 4Hospital Universitario La Paz. IdiPAZ, 5Hospital Universitario Príncipe de Asturias.

10:05 124 (Oc)

JQ1 reduce el daño glomerular en un modelo de glomeruloesclerosis focal y segmentaria

Cristina García-Caballero¹, Antonio Battaglia¹, Nerea Méndez-Barbero², Elena Flores Salguero³, Beatriz Suarez Álvarez⁴, Anna Sola⁵, Auxiliadora Bajo⁶, Alberto Ortiz⁷, Marta Ruiz-Ortega¹, Sandra Rayego-Mateos⁸

1) Biología Molecular y Celular en Patología Renal y Vascular, IIS-FJD, UAM. Ricors2040, Instituto de Salud Carlos III (Madrid), 2) Laboratorio de Investigación Vascular, IIS-FJD (Madrid) CIBERCV, ISCIII (Madrid), 3) Biología Molecular y Celular en Patología Renal y Vascular, IIS-FJD, UAM. Grupo de medicina glomerular y terapéutica (GLOMED) (Madrid), 4) Inmunología Traslacional, Instituto de Investigación Sanitaria del Principado de Asturias (ISPA). Ricors2040, Instituto de Salud Carlos III (Oviedo), 5) Departamento de Nefrología y Trasplante, Institut d'Investigació Biomèdica de Bellvitge (IDIBELL), Hospitalet de Llobregat (Barcelona), 6) Inflamación e Inmunopatología de Órganos y Sistemas. Hospital Universitario La Princesa. Ricors2040, Instituto de Salud Carlos III (Madrid), 7) Laboratorio de Nefrología e Hipertensión, IIS-FJD–UAM. Ricors2040, Instituto de Salud Carlos III (Madrid), 8) Biología Molecular y Celular en Patología Renal y Vascular, IIS-FJD, UAM. Grupo de medicina glomerular y terapéutica (GLOMED). (Madrid)

10:10 125 (Oc)

Alteraciones del glicocáliz endotelial y de las moléculas de adhesión en la enfermedad renal crónica: implicaciones en el riesgo cardiovascular

Gemma Valera Arévalo¹, María del Mar Rodríguez San Pedro¹, María Gabriela Ortiz Díaz², Natalia Guerra Pérez¹, Jara Caro Espada³, Claudia Yuste Lozano³, Rafael Ramírez Chamond⁴, Matilde Alique Aguilar⁴, Enrique Morales Ruiz³, Julia Carracedo Añón¹

1) Departamento de Genética, Fisiología and Microbiología, Facultad de Ciencias biológicas, Universidad Complutense de Madrid/Imas12/IRYCIS, 2) Departamento de Genética, Fisiología and Microbiología, Facultad de Ciencias biológicas, Universidad Complutense de Madrid, 3) Departamento de nefrología, Hospital Universitario 12 de Octubre/Imas12/IRYCIS, 4) Departamento de Biología de sistemas, Universidad de Alcalá.



10:15 126 (Oc)

Impacto de variantes genéticas relacionadas con la obesidad en el perfil inflamatorio de pacientes con ERC

María del Mar Rodríguez San Pedro¹, María Gabriela Ortiz Díaz², Gemma Valera Arévalo², Ana María Alaminos Torres³, María Dolores Marrodán Serrano³, Jara Caro Espada⁴, Enrique Morales Ruiz⁴, Natalia Guerra Pérez⁵, Julia Carracedo Añón⁵

1) Departamento de Genética, Fisiología y Microbiología, Facultad de Ciencias Biológicas, UCM. imas 12 (Madrid), 2) Departamento de Genética, Fisiología y Microbiología, Facultad de Ciencias Biológicas, UCM. imas12 (Madrid), 3) Grupo EPINUT, UCM. Departamento de Biodiversidad, Ecología y Evolución. Unidad de Antropología Física. Facultad de Ciencias Biológicas, UCM (Madrid), 4) Departamento de Nefrología del Hospital Universitario 12 de Octubre. imas12. RICORS2040-Renal Networking, ISCIII, (Madrid), 5) Departamento de Genética, Fisiología y Microbiología, Facultad de Ciencias Biológicas, UCM. imas12. RICORS2040-Renal Networking, ISCIII (Madrid).

10:30 - 11:00

CONFERENCIA

Moderación

Patricia Domínguez Apiñaniz (Hospital Universitario del Henares, Coslada)
Ana Isabel Sánchez Fructuoso (Hospital Clínico San Carlos, Madrid)

Acciones extrarrenales de los inhibidores del co-transportador sodio-glucosa tipo 2

Vicente Paraiso Cuevas (Hospital Universitario del Henares, Coslada)

11:00-11:30

Descanso-Café | Visita Posters

11:30 - 12:00

CONFERENCIA

Moderación

María José Fernández-Reyes Luis (Complejo Asistencial de Segovia, Segovia)
Beatriz Gil-Casares Casanova (Hospital del Sureste, Arganda del Rey)

¿Estamos tratando demasiado tarde la enfermedad glomerular?

Alberto Ortiz Arduán (Fundación Jiménez Díaz, Madrid)

12:00 - 12:15

Socios de Honor

Julio Pascual Santos (Hospital 12 de Octubre, Madrid)

12:15 - 13:45

Comunicaciones Orales VARIOS Nefrología Clínica, Trasplante e Investigación

Moderación

Diego Barbieri Merlo (Hospital Clínico San Carlos, Madrid)
Rocío Zamora González-Mariño (Hospital General de Villalba, Collado Villalba)



12:15 48 (O)

Características clínicas y evolución de una cohorte multicéntrica de pacientes con Nefropatía IgA atípica

Shehab Sayed¹, Amir Shabaka², Ana Huerta³, Celia González García¹, Ruth Martínez Galindo², Clara Cases Corona⁴, Ángela Rey Cárdenas⁴, Eduardo Gutiérrez Martínez¹, Juan Antonio Moreno⁵, Ángel Manuel Sevillano Prieto¹

1) Hospital Universitario 12 de Octubre, 2) Hospital Universitario La Paz, 3) Hospital Universitario Puerta de Hierro, 4) Hospital Universitario Fundación Alcorcón, 5) Grupo GE-06 Fisiopatología del daño renal y vascular del Instituto Maimónides de Investigaciones Biomédicas de Córdoba (España)

12:24 50 (O)

Amilorida mejora el control electrolítico y reduce la carga terapéutica y económica en tubulopatías hereditarias con pérdida renal de magnesio

Irene Vázquez Raso¹, Ruth Martínez Galindo¹, Afroditi Konstantouli¹, Gema Fernández Juárez¹, Amir Shabaka¹

1) Hospital Universitario La Paz.

12:33 51 (O)

Enfermedad arterial periférica en enfermedad renal Crónica 1-5nd. Prevalencia, riesgo de inicio de terapia renal sustitutiva y mortalidad

Secundino Cigarrán¹, Amaia Santidrian¹, Claudia Bravo¹, Ana Sanjurjo²

1) Hospital Ribera Polusa (Lugo), 2) Hospital Público da Mariña (Burela).

12:42 52 (O)

Fracaso renal agudo en postrasplante hepático inmediato y riesgo de progresión a enfermedad renal crónica

Beatriz Pérez Peláez¹, Jorge A. Torres Ortiz¹, Laura Arjona Silván¹, Pablo Ramón Fueyo Peláez¹, Andrés Conthe Alonso¹, Diego Parra Marañón¹, Gema Sánchez Sánchez¹, Mateo Blázquez Ruiz de Loizaga¹, Marta Radillo Guzmán¹, María Magdalena Salcedo Plaza¹, Patrocinio Rodríguez Benítez¹

1) Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

12:51 102 (O)

Impacto multidimensional de una consulta interdisciplinar, centrada en calidad de vida, para pacientes trasplantados renales complejos: análisis de una cohorte prospectiva con control concurrente

Beatriz Rodríguez Cubillo¹, María Ángeles Moreno de la Higuera¹, Arianne Aiffil¹, Paula Gutiérrez Sanjuan¹, Daniel Parra Corral¹, Rocío Fernández Díaz¹, Francisco Oliveira de la Casa¹, Gemma Hernández¹, Natividad Calvo Romero¹, Isabel Pérez Flores¹, Ana Isabel Sánchez Fructuoso¹

1) Hospital Clínico San Carlos.

13:00 103 (O)

¿Es hora de replantearse la duración de la antibioterapia en el trasplantado renal? Pautas prolongadas podrían no aportar beneficios y aumentar complicaciones. Análisis retrospectivo

Raquel Jiménez Ortego¹, Beatriz Rodríguez Cubillo¹, Laura López González², Alison Vera², María Ángeles Moreno de la Higuera¹, Alejandro Morales Rosas¹, Romina Poveda Verdezoto¹, Natividad Calvo Romero¹, Isabel Pérez Flores¹, Alberto Delgado-Iribarren García-Campero², Ana Isabel Sánchez Fructuoso¹

1) Hospital Clínico San Carlos, 2) Hospital Clínico San Carlos (Microbiología).



13:09 104 (O)

Bacteriuria asintomática y progresión a infección del tracto urinario en el postrasplante renal, ¿estamos tratando como deberíamos? Análisis retrospectivo

Raquel Jiménez Ortego¹, Beatriz Rodríguez Cubillo¹, Laura López González², Alison Vera², María Ángeles Moreno de la Higuera¹, Marina Pujol Pujol¹, Arlette Martínez Herrero¹, Natividad Calvo Romero¹, Isabel Pérez Flores¹, Alberto Delgado-Iribarren García-Campero², Ana Isabel Sánchez Fructuoso¹

1) Hospital Clínico San Carlos, 2) Hospital Clínico San Carlos (Microbiología).

13:18 121 (O)

Vicadrostal con y sin empagliflozina reduce la albuminuria en todas las clases de riesgo KDIGO en la enfermedad renal crónica

María Marín¹, Katherine R Tuttle², Sibylle Hauske³, Lisa Cronin⁴, Juliane Meyerhoff³, Bo Ji⁴, Dick de Zeeuw⁵, Peter Rossing⁶

1) Medical Affairs, Boehringer Ingelheim (Sant Cugat del Valles/España), 2) Providence Inland Northwest Health (Spokane/USA), 3) Boehringer Ingelheim International (Ingelheim/Germany), 4)Boehringer Ingelheim Pharmaceuticals, Ridgefield (Ridgefield/USA), 5) University Medical Centre Groningen (Groningen/Netherlands), 6) Steno Diabetes Center Copenhagen (Copenhagen/Denmark)

13:27 122 (O)

La inflamación subclínica del donante condiciona la funcionalidad del injerto a los seis meses del trasplante. Estudio multicéntrico prospectivo en biopsia líquida

Rocío Ruiz-Jimenez¹, Ariadna Martín-Blazquez¹, Emilio Rodrigo Calabia², María José Ortega Fernández-Reyes², María Luisa Fernández-Gutierrez³, Ana Ramos³, Marina Pérez Redondo⁴, Rosana Gelpi⁵, Angela Casas⁵, Armando Coca⁶, Elena Bustamante⁶, Marta Martín-Lorenzo¹, Gloria Álvarez-Llamas¹

1) Instituto de Investigación Sanitaria Fundación Jiménez Díaz (IIS-FJD, UAM), 2) Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, 3) Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, 4) Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, 5) Hospital Universitario Germans Trías i Pujol, 6) Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

13:36 123 (O)

Inhibición de la senescencia celular en un modelo preclínico de glomeruloesclerosis focal y segmentaria

Antonio Battaglia-Vieni¹, Cristina García-Caballero¹, Auxiliadora Bajo², Sandra Rayego-Mateos³, Marta Ruiz-Ortega¹

1) Laboratorio de Biología Celular en Enfermedades Renales. FJD, UAM. RICOR 2040 (Madrid), 2) Inflamación e Inmunopatología de Órganos y sistemas. Hospital Universitario la Princesa (Madrid), 3) Laboratorio de Biología Celular en Enfermedades Renales. FJD, UAM. GLOMED (Madrid)

13:45 - 14:00

Entrega de Premios y Clausura



POSTERS

DIÁLISIS

24 (P)

¿Son intercambiables los biosensores integrados en monitores de hemodiálisis para la medición del Qa ? Comparación con transonic®

Arlette Martínez Herrera¹, Elena Ruiz Ferreras¹, Génesis Romina Poveda Verdezoto¹, Raquel Jiménez Ortego¹, Alejandro Morales Rosas¹, Marina Pujol Pujol¹, Ana Isabel Sánchez Fructuoso¹, Virginia López de la Manzanara Pérez¹

1) Hospital Clínico San Carlos.

25 (P)

Impacto económico de la ecografía Doppler frente a la fistulografía en el manejo del acceso vascular en hemodiálisis

Ángel Méndez Abreu¹, Sofía López San Román¹, Ángela Rey Cárdenas¹, Miguel Gutiérrez Baz¹, Deborah Soledad Roldán Ponce¹, Eduardo Gallego Valcarce¹, Alfredo Cordon Rodríguez¹, Carolina Sesmero Ramos¹, María Dolores Bernal Molano¹, Enrique Gruss Vergara¹

1) Hospital Universitario Fundación Alcorcón.

26 (P)

Valor predictivo de los diámetros vasculares Prequirúrgicos en el fallo primario de la fístula arteriovenosa

Leihu Hong, May Ej-jennane, María Victoria Pinedo, Marta Herrero, Martín Giorgi, María Auxiliadora Bajo, Borja Quiroga

Hospital Univ. de La Princesa

27 (P)

¿Intolerancia a polisulfona o problema de biocompatibilidad? Seguridad del dializador FX CorAL en pacientes con reacciones a membranas sintéticas

Cristina Otero¹, Julia Audiye-Gil¹, Fabiola Dapena¹, Alicia González¹, Alfredo Cordón¹, María Dolores Arenas¹

1) Fundación Renal Española.

28 (P)

Evaluación multimodal del estado nutricional en una cohorte de pacientes en hemodiálisis: escalas de riesgo, antropometría, bioimpedancia y ecografía muscular

Miryam Polo Cánovas¹, Lorena Verguizas Gallego¹, Fabio Luca Procaccini¹, Patricia de Sequera¹, Rafael Lucena Valverde¹, Patricia Muñoz Ramos¹, Maarta Puerta Carretero¹, Mayra Ortega Diaz¹, Carlos Gomez-Carpintero¹, Andrea Álvarez-Chávez¹

1) Hospital Universitario Infanta Leonor.

29 (P)

Hemodiálisis incremental: experiencia en un centro

Aida Frías González¹, Álvaro De la Fuente Alcocer¹, María López Picasso¹, Marisol Poma Tapia¹, Jacqueline Apaza Chávez¹, Simona Alexandru¹, Saúl Pampa Saico¹, Eduardo Bosch Fernández¹, Mar Planells Merchán¹, Laura García Puente Suárez¹

1) Hospital Universitario Rey Juan Carlos.



30 (P)

¿Se pierde mucha albúmina en HDF-OL?

Jorge Torres¹, Gema Sánchez¹, Almudena Vega Martínez¹, Eduardo Verde¹, Luis Sánchez¹, Antonia Mijaylova¹, Marian Goicoechea¹

1) Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

31 (P)

Navegando sobre la incertidumbre: experiencia en vida real con apixabán en hemodiálisis

Alejandro Morales Rosas¹, Elena Ruiz Farreras¹, Marina Pujol Pujol¹, Raquel Jiménez Ortego¹, Arlette Martínez Herrera¹, Génesis Romina Poveda Verdezoto¹, José Ramón Berlanga Alvarado², Pablo Mateos Hernández³, Arianne Sofía Aiffil Meneses¹, Ana Isabel Sánchez Fructuoso¹, Virginia de la Manzanara López¹

1) Hospital Clínico San Carlos, 2) Fresenius Medical Care (Madrid), 3) Centro de diálisis Bbraun (Madrid).

32 (P)

Utilizar herramientas simples y reproducibles como Mini Nutritional Assessment (MNA) permite identificar precozmente el fenotipo vulnerable en hemodiálisis

Soraya Escribano¹, Julia Audije-Gil¹, Cristina Cubas¹, Pablo Díez¹, Fabiola Dapena¹, María Delgado¹, María Dolores Arenas¹

1) Fundación Renal Española.

33 (P)

¿La hemodiálisis incremental realmente ayuda a preservar la diuresis residual?

Aida Frías González¹, Álvaro De la Fuente Alcocer¹, María López Picasso¹, Marisol Poma Tapia¹, Jacqueline Apaza Chávez¹, Simona Alexandru¹, Saúl Pampa Saico¹, Eduardo Bosch Fernández¹, Mar Planells Merchán¹, Laura GarcíaPuente Suárez¹

1) Hospital Universitario Rey Juan Carlos.

34 (P)

¿Es posible la vigilancia del acceso vascular mediante métodos dilucionales en pacientes en hemodiálisis domiciliaria? Comparación frente a ecografía Doppler

Rafael Lucena Valverde¹, Laura Meneses¹, Esther Rodríguez¹, Fabio Luca Procaccini¹, Laura Medina¹, Patricia Muñoz¹, Esther Valle¹, Miryam Polo¹, Marta Puerta¹, Patricia de Sequera¹

1) Hospital Universitario Infanta Leonor.

35 (P)

Optimización de la cobertura vacunal en pacientes en hemodiálisis tras la implementación de una estrategia estructurada de inmunización

Cristina Fernanda Morocho Pindo¹, María Ciordia Lizarraga¹, Dannah Michelle López Campos¹, Daria Abasheva¹, Mónica Pereira García², Helena Moza Morínigo¹, José Domingo Martín García¹, Pablo Sáez Adam¹, Emilio José González Parra¹

1) Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, 2) Fundación Renal Española - Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz.



36 (P)

Insuficiencia cardíaca de alto gasto en pacientes con fístula arteriovenosa para hemodiálisis

Beatriz Pérez Peláez¹, Ana García-Prieto¹, Javier Carbayo¹, Patrocinio Rodríguez-Benítez¹, Marco A Vaca Gallardo¹, Zorba Blázquez¹, Marian Goicoechea¹, Diego Parra Maraño¹, Andrea J Hernández García¹, Rodrigo García Marina¹

1) Hospital General Universitario Gregorio Maraño.

37 (P)

Utilidad del biocontrol de sodio en la prevención del síndrome de desequilibrio de diálisis

Carlos Cabezas Reina¹, Judith Martins Muñoz¹, Esther Ortega Junco¹, Laura Espinel Costoso¹, Korina Peña Esparragoza¹, Alberto De Lorenzo Álvarez¹, Verónica Rubio Menéndez¹, Alfonso Cubas Alcaraz¹

1) Hospital Universitario de Getafe.

38 (P)

Recuperación de la función renal en Mieloma Múltiple IgD kappa mediante hemodiálisis expandida (HDx)

Carmen Bollaín Carbonell¹, Rocío Echarri Carrillo¹, Ángel Gallegos Villalobos¹, Verónica Ruth Mercado Valdivia¹, Gilda Alessandra Carreño Cornejo¹, Sara Aldana Barceló¹, Silvia Caldeés Ruisánchez¹, Yesika María Amezquita Orjuela¹, Paula Aporta Franco¹, Antonio Cirugeda García¹

1) Hospital Universitario Infanta Sofía.

39 (P)

Importancia de la integración precoz de los cuidados paliativos en el manejo de la calcifilaxis: a propósito de un caso

Gabriel Ledesma Sánchez¹, Araceli Sánchez Sánchez², Ernesto Pascual Olmos², Gilda Carreño Cornejo¹, Verónica Mercado Valdivia¹, Sara Aldana Barceló¹, Carmen Bollaín Carbonell¹, Paula Aporta Franco¹, Rocío Echarri Carrillo¹, Antonio Cirugeda García¹

1) Servicio de Nefrología. Hospital Universitario Infanta Sofía, 2) Equipo de Soporte Hospitalario de Cuidados Paliativos. Hospital Universitario Infanta Sofía.

40 (P)

Inyecciones subcutáneas de antibioterapia pericatóter para el tratamiento de la infección refractaria del orificio de salida

Irene García García¹, Estefanya García-Menéndez¹, Darío Janeiro Marín¹, Oscar Castedo Martínez¹, Ana María Martínez Peral¹, Jeanette Fernández Cusicanqui¹, Paula Sánchez Briaes¹, Mercedes Pérez García¹, María Isabel Galán Fernández¹, José María Portolés Pérez¹

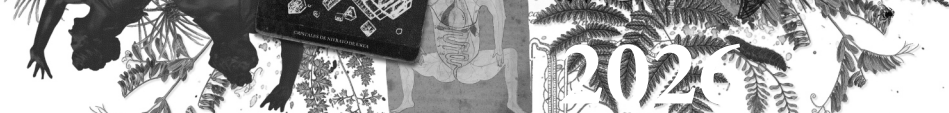
1) Hospital Universitario Puerta de Hierro.

41 (P)

Viabilidad y resultados clínicos de la diálisis peritoneal prolongada: seguimiento 4 años

R. Haridian Sosa Barrios¹, Susana P. Garrote Fernández¹, Cristina Campillo Trapero¹, Milagros Fernández Lucas¹, Maite E. Rivera Gorrín¹

1) Hospital Universitario Ramón y Cajal.



42 (P)

EcoNutri-PEW: ecografía nutricional para la detección de protein-energy wasting en diálisis peritoneal

Estefanya García Menéndez¹, María Mercedes Pérez García¹, Helena Trias Reyes¹, Ana Lucía Valencia Peláez², Andrea Alonso Mantellini¹, M Victoria Oviedo³, M Rosario Llópez Carratalá¹, Jorge Campos Sanchez¹, Jeanette Fernández Cusicanqui¹, José Portolés Pérez¹

1) Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda, 2) Hospital Clínico Universitario de Valladolid, 3) Hospital Río Carrión (Palencia).

NEFROLOGÍA CLÍNICA

61 (P)

Glomerulonefritis fibrilar en práctica clínica real: descripción clínico-histológica y evolución renal en una cohorte multicéntrica

Cristina Fernanda Morocho Pindo¹, Dannah Michelle López Campos¹, Daria Abasheva¹, María Ciordia Lizarraga¹, Raúl Fernández Prado¹, Lucía Cordero Galán¹, Andrea Blanco Fernández¹, Pablo Javier Cannata Ortiz¹, Alberto Ortiz¹

1) Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz.

62 (P)

Los inhibidores de SGLT2 disminuyen el ácido úrico en pacientes con hiperuricemia y enfermedad renal diabética

Paula Sánchez Brialess¹, María Marques Vidas¹, Paula López Sánchez¹, Irene García García¹, Rosa Greciano Marín¹, María Victoria López Illescas¹, Estefanya García Menéndez¹, Alba Maroto Aramendi¹, Leyre Martín Rodríguez¹, José Portolés Pérez¹

1) Hospital Universitario Puerta de Hierro.

63 (P)

Manejo de la hiperpotasemia en la práctica clínica real: ¿Hemos cambiado algo?

Patricia Florat Fayad¹, Carmen Moral Vidal¹, Patricia Purón Chasco¹, Shehab Sayed¹, Enrique Morales Ruiz¹

1) Hospital Universitario 12 de Octubre.

64 (P)

Uso de daratumumab como terapia de rescate en podocitopatías primarias enfermedad por cambios mínimos y glomerulonefritis focal y segmentaria

Grace Stefanía Villacreces Jurado¹, Reiny Sarai Verastegui Albites¹, Raquel Moreno García¹, Miriam Domínguez Tejedor¹, María García Vallejo¹, Nuria Rodríguez Mendiola¹, Xavier Villacorta Pérez¹, Milagros Fernández Lucas¹

1) Hospital Universitario Ramón y Cajal



65 (P)

Hematuria no filiada en jóvenes africanos: experiencia de cribado en un centro de acogida

Alba Maroto Aramendi¹, Francisco Javier Barroso¹, Ana Huerta², Andrea Alonso², Ana Torres¹, Inmaculada mora¹, Luis gonzález¹, Enrique Laguna¹, Cristina Moya¹, Miguel Moreno¹

1) Hospital Nuestra Señora de los Reyes (Santa Cruz de Tenerife), 2) Hospital Universitario Puerta de Hierro (Madrid).

66 (P)

Importancia del Na/k intercambiable en la valoración del Desgaste Proteico Energético (DPE) en personas con Enfermedad Renal Crónica (ERC)

Guillermina Barril¹, Paloma Ruiz², Almudena Núñez², Martin Giorgi², Ana Sánchez², Carmen Sánchez², Ángel Nogueira³

1) Fundación Investigaciones Biomédicas, IIS Princesa (Nefrología), 2) Nefrología, Hospital de la Princesa, 3) Avericum (Las Palmas de Gran Canaria)

67 (P)

Litiasis urinaria en el medio hospitalario: análisis conjunto Urología-Nefrología de una cohorte retrospectiva

María Begoña Santos Sánchez Rey¹, Fernando Ramón de Fata Chillón¹, Claudia Ortiz Chillemi², Daniel Villa Hurtado¹, Nuria García Fernández²

1) Clínica Universidad de Navarra (Madrid), 2) Clínica Universidad de Navarra (Pamplona)

68 (P)

Recurrencia de hiperpotasemia en la práctica clínica real: ¿Qué podemos mejorar?

Patricia Purón Chasco¹, Shehab Sayed¹, Carmen Moral Vidal¹, Patricia Florat Fayad¹, Enrique Morales Ruiz¹

1) Hospital Universitario Doce de Octubre.

69 (P)

Valor pronóstico del porcentaje de glomérulos con esclerosis global en pacientes con nefropatía IgA

Sandra Castro Varela¹, Rosario Serrano¹, María Victoria Pinedo Gámez¹, Borja Quiroga Gili¹, María Auxiliadora Bajo¹

1) Hospital Universitario La Princesa.

70 (P)

Impacto del seguimiento en Consulta de Nefrología sobre la adecuación terapéutica a las guías clínicas

Juan Diego Parra Maraño¹, David Arroyo¹, Beatriz Pérez Peláez¹, Luis Sánchez Cámara¹, Andrea J Hernández García¹, Rodrigo García Marina¹, Gema Sánchez Sánchez¹, Jorge A. Torres Ortiz¹, Marta Radillo Guzmán¹, Mateo Blázquez Ruiz de Loizaga¹

1) Hospital General Universitario Gregorio Maraño.

71 (P)

Grado de adopción de las principales recomendaciones de las guías de manejo de enfermedad renal crónica y glomerulopatías en Madrid frente a datos nacionales

Noemí Pastor Beades¹, Rebeca Bernat Gómez¹, Beatriz Arauzo Gimeno¹, Alberto Jiménez Buiza¹

1) AstraZeneca (Madrid).



72 (P)

Función renal basal mediante CKD-EPI creatinina y perfil metabólico en pacientes con litiasis renal: análisis de una cohorte retrospectiva

María Begoña Santos Sánchez Rey¹, Fernando Ramón de Fata Chillón¹, Claudia Ortiz Chillemi², Daniel Villa Hurtado¹, Nuria García Fernández²

1) Clínica Universidad de Navarra (Madrid), 2) Clínica Universidad de Navarra (Pamplona).

73 (P)

Hiponatremia y delirium en pacientes hospitalizados

María Soriano Izquierdo¹, Fabio Procaccini², Laura Medina Zahonero², Juan Antonio Martín Navarro², Elena Corchete Prats², Miryam Polo Canovas², Carlos Gómez Carpintero², Andrea Álvarez Chávez², Fátima Brañas Baztán², Patricia de Sequera Ortiz²

1) Universidad Complutense de Madrid, 2) Hospital Universitario Infanta Leonor.

74 (P)

Impacto del tratamiento de la hiperuricemia sobre la progresión de la enfermedad renal crónica en pacientes con obesidad

María Victoria Pinedo Gamez¹, Sandra Cristina Castro Varela¹, Ana Sánchez Horrillo¹, María Auxiliadora Bajo Rubio¹, Borja Quiroga Gili¹

1) Hospital Universitario de La Princesa.

75 (P)

Budesonida de liberación modificada en nefropatía IgA: Experiencia de un centro

Irene Vázquez Raso¹, Begoña Rivas Becerra¹, Cristina Vega Cabrera¹, Javier Azores Moreno¹, María Soriano Guillén¹, Amir Shabaka Fernández¹, Gema María Fernández Juárez¹

1) Hospital La Paz.

76 (P)

Inclisiran en enfermedad renal crónica avanzada (estadio g4-g5 no diálisis): reducción sostenida de ldl y perfil de seguridad favorable al año de seguimiento, serie de casos en vida real.

José C De La Flor¹, Avinash Chandu Nanwani², Elena Jiménez Mayor³, Celia Rodríguez Tudero⁴, Juan Daniel Díaz García⁵, Arturo Villalobos Navarro⁶, Esperanza Moral Berrio⁷, Adriana Puente García⁸, Esther Hurtado Ruiz¹, Jesús Hernández Vaquero¹

1) Departamento de Nefrología, Hospital Gómez Ulla (Madrid), 2) Departamento de Nefrología, Hospital General de Fuerteventura (Fuerteventura), 3) Departamento de Nefrología, Hospital Santa Bárbara (Soria), 4) Departamento de Nefrología, Hospital Universitario de Salamanca (Salamanca), 5) Departamento de Nefrología, Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga" (Ciudad de México), 6) Departamento de Nefrología, Hospital Barros Luco Trudeau (Santiago de Chile), 7) Departamento de Nefrología, Hospital de Ciudad Real (Ciudad Real), 8) Departamento de Nefrología, Hospital Fuenlabrada (Madrid).

77 (P)

Descripción de las hospitalizaciones por hipertensión y su coste en la Comunidad de Madrid

Beatriz Arauzo Gimeno¹, Rebeca Bernat Gomez¹, Noemí Pastor Beades¹, Alberto García López², Alejandra De las Heras Gaité²

1) AstraZeneca (Madrid), 2) MediClin-IQVIA (Madrid).

78 (P)

Experiencia en vida real con Avacopán: Mejora de la función renal y mantenimiento de la remisión

Juan Diego Parra Maraño¹, David Arroyo¹, Beatriz Pérez Peláez¹, Javier Carbayo Lopez¹, Andrea J Hernández García¹, Ursula Verdalles Guzman¹, Rodrigo García Marina¹, Esther Rubio González¹, Mateo Blázquez Ruiz de Loizaga¹, Marta Radillo Guzmán¹

1) Hospital General Universitario Gregorio Maraño.

79 (P)

Análisis descriptivo de la experiencia en el uso de la granulomonocitoaféresis en la enfermedad inflamatoria intestinal

Beatriz Pérez Peláez¹, Luis Sánchez Cámara¹, Andrea Johana Hernández García¹, Diego Parra Maraño¹, José Miranda Bautista¹, Laura Moreno González¹, Daniel Barraca Nuñez¹, Almudena Vega Martínez¹, Eduardo Verde Moreno¹, Marian Goicoechea Diezhandino¹

1) Hospital General Universitario Gregorio Maraño.

80 (P)

Impacto de la proteinuria tubular en el desarrollo de eventos cardiorrenales en pacientes con enfermedad renal diabética

Paloma Ruiz López-Alvarado¹, Loreto Mariscal de Gante¹, Antonio De Santos Wilhelmi¹, Laura Salanova Villanueva¹, Almudena Núñez Sánchez¹, Antonio Fernández Perpén¹, Auxiliadora Bajo Rubio¹, Borja Quiroga Gili¹

1) Hospital de La Princesa.

81 (P)

Criterios start/stop en la polifarmacia de pacientes con cualquier grado de disfunción renal

Daniela Abzueta Yustiz¹, Almudena Núñez Sánchez¹, María Auxiliadora Bajo Rubio¹, Borja Quiroga Gil¹

1) Hospital de La Princesa.

82 (P)

Obesidad, grasa visceral y desgaste proteico energético (DPE) en pacientes con ERC

Guillermina Barril¹, Almudena Núñez², Martin Giorgi², Carmen Sánchez², Ángel Nogueira³

1) Fundación Investigaciones Biomédicas, IIS Princesa (Nefrología) (Madrid), 2) Nefrología, Hospital de la Princesa, 3) Avericum (Madrid).

83 (P)

Fragilidad en el octogenario con Enfermedad Renal Crónica (ERC) 1-5ND: Prevalencia, riesgo de inicio de Terapia Renal sustitutiva (TRS) y Mortalidad

Secundino Cigarrán Guldris¹, Amaia Santidrian Novo¹, Claudia Bravo¹, Ana Sanjurjo²

1) Hospital Ribera Polusa (Lugo), 2) Hospital Público da Mariña (Burela)

84 (P)

Impacto de la obesidad en la esteatosis hepática y el desgaste proteico energético en pacientes con enfermedad renal crónica: evaluación mediante bioscan e índices clínicos

Guillermina Barril¹, Esmeralda Josa², Vanesa Pardo³, Teresa Andrino³, Almudena Nuñez³, Martin Giorgi³, Carmen Sanchez³, Mar Ruperto⁴, Ángel Nogueira⁵

1) Fundación Investigaciones Biomédicas, IIS Princesa, Nefrología (Madrid), 2) Universidad Complutense de Madrid, 3) Nefrología, Hospital de la Princesa (Madrid), 4) Facultad de Ciencias Farmacéuticas y de la Salud, Universidad San Pablo CEU (Madrid), 5) Avericum (Las Palmas de Gran Canaria).



85 (P)

Implementación de un modelo estructurado de toma de decisiones compartida en una unidad de enfermedad renal crónica avanzada (ERCA): una experiencia organizativa.

Gloria del Peso¹, Marta Ossorio¹, Helena García-Llana², Ana Castillo¹, Yanieli Hernández¹, Lina León-Machado¹, Afroditi Konstantouli¹, Alberto Alonso¹

1) Hospital Universitario La Paz, 2) Universidad Cardenal Cisneros (Madrid).

86 (P)

Comprendiendo la trayectoria del paciente con enfermedad renal crónica: identificando brechas y oportunidades para una atención integrada

María Marques Vidas¹, Elena Corchete Prats², Judith Martins Muñoz³, Jesús Sánchez Villanueva⁴, Pilar Martínez Rubio⁵, Beatriz Gil-Casares⁶, Eduardo Gutiérrez Martínez⁷, Alberto Ortiz Arduán⁸

1) Hospital Universitario Puerta de Hierro, 2) Hospital Universitario Infanta Leonor, 3) Hospital Universitario de Getafe, 4) Hospital Universitario La Paz, 5) Centro de Diálisis Madrid El Pilar, 6) Hospital Universitario del Sureste, 7) Hospital Universitario 12 de Octubre, 8) Fundación Jiménez Díaz.

87 (P)

Urea oral en el tratamiento ambulatorio a largo plazo del SIADH crónico: experiencia con 36 meses de seguimiento

Sara Aldana Barceló¹, Yesika Amezcua Orjuela¹, Carmen Bollain Carbonell¹, Gabriel Ledesma Sánchez¹, Gilda Carreño Cornejo¹, Verónica Mercado Valdivia¹, Raquel Díaz Mancebo¹, Antonio Cirugeda García¹

1) Hospital Infanta Sofía.

88 (P)

Síndrome de hipofiltración glomerular selectivo en los pacientes cardiorrenales

May Ej-jennane¹, Leihu Hong¹, Laura Salanova Villanueva¹, Jorge Vázquez López-Ibor¹, María Auxiliadora Bajo Rubio¹, Borja Quiroga Gili¹

1) Hospital Universitario de la Princesa.

89 (P)

Características Clínicas y Pronóstico Renal en Pacientes con Amiloidosis AL

Gilda Carreño Cornejo¹, Gabriel Ledesma Sánchez¹, Raquel Díaz Mancebo¹, Yessika Amezcua Orjuela¹, Verónica Mercado Valdivia¹, Sara Aldana Barceló¹, Loreto Mariscal De Gante¹, Carmen Bollain Carbonell¹, Paula Aporta Franco¹, Antonio Cirugeda García¹

1) Hospital Universitario Infanta Sofía.

90 (P)

Finerenona en la vida real: indicación, barreras y trayectoria

María Marques Vidas¹, Paula Sánchez Briaes¹, Andrea Alonso Martinelli¹, José Portolés Pérez¹

1) Hospital Universitario Puerta de Hierro.

91 (P)

Utilidad del VTI-TSVI mediante ecocardiografía en la evaluación hemodinámica de pacientes hipotensos en Nefrología: a propósito de dos casos

Gabriel Ledesma Sánchez¹, Gilda Carreño Cornejo¹, Sara Aldana Barceló¹, Loreto Mariscal de Gante Sánchez¹, Carmen Bollain Carbonell¹, Paula Aporta Franco¹, Verónica Mercado Valdivia¹, Ángel Gallegos Villalobos¹, Raquel Díaz Mancebo¹, Antonio Cirugeda García¹

1) Servicio de Nefrología. Hospital Universitario Infanta Sofía.



92 (P)

Consulta nefro-reumatológica en nefritis lúpica: impacto en el diagnóstico y el manejo terapéutico

Paula Aporta Franco¹, Carmen Bollaín Carbonell¹, Yolanda Hernández Hernández¹, María Tatiana Cobo Ibáñez¹, Martina Steiner¹, Gilda Alessandra Carreño Cornejo¹, Gabriel Ledesma Sánchez¹, Sara Aldana Barceló¹, Verónica Ruth Mercado Valdivia¹, Antonio Cirugeda García¹

1) Hospital Universitario Infanta Sofía.

93 (P)

Importancia de la biopsia renal para el diagnóstico y tratamiento precoz de amiloidosis primaria

Gilda Carreño Cornejo¹, Gabriel Ledesma Sánchez¹, Raquel Díaz Mancebo¹, Verónica Mercado Valdivia¹, Carmen Bollaín Carbonell¹, Yessika Amezcuita Orjuela¹, Silvia Caldés Ruisánchez¹, Rocío Echarri Carrillo¹, Ángel Gallegos Villalobos¹, Antonio Cirugeda García¹

1) Hospital Universitario Infanta Sofía.

94 (P)

Hipernatremia grave y fracaso renal agudo no oligúrico por vómitos. La clave diagnóstica está en la orina.

Verónica Rubio Menéndez¹, Roberto Alcázar Arroyo², Judith Martins Muñoz¹, Carlos Cabezas Reina¹, Esther Ortega Junco¹, Laura Espinel Costoso¹, Alberto De Lorenzo Álvarez¹, Alfonso Cubas Alcaraz¹

1) H. Universitario de Getafe, 2H. Universitario Infanta Leonor.

95 (P)

Influencia del grupo sanguíneo en la unidad ERCA

Ángel Gallegos Villalobos¹, Mónica García Garrido¹, Beatriz Arriero López¹, Gabriel Ledesma Sánchez¹, Rocío Echarri Carrillo¹, Raquel Díaz Mancebo¹, Gilda Carreño Cornejo¹, Silvia Caldés Ruisánchez¹, Verónica Ruth Mercado Valdivia¹, Antonio Cirugeda García¹

1) Hospital Universitario Infanta Sofía.

96 (P)

Espectro de la Afectación Renal en la Macroglobulinemia de Waldenström y Otros Trastornos IgM: Revisión de la Literatura y Serie de Casos

Gilda Carreño Cornejo¹, Gabriel Ledesma Sánchez¹, Raquel Díaz Mancebo¹, Yessika Amezcuita Orjuela¹, Verónica Mercado Valdivia¹, Sara Aldana Barceló¹, Carmen Bollaín Carbonell¹, Paula Aporta Franco¹, Loreto Mariscal De Gante¹, Antonio Cirugeda García¹

1) Hospital Universitario Infanta Sofía.

97 (P)

Déficit adquirido de factor X asociado a amiloidosis AL como reto diagnóstico en un síndrome nefrótico severo

Gabriel Ledesma Sánchez¹, Gilda Carreño Cornejo¹, Verónica Mercado Valdivia¹, Sara Aldana Barceló¹, Loreto Mariscal de Gante Sánchez¹, Carmen Bollaín Carbonell¹, Paula Aporta Franco¹, Yessika Amezcuita Orjuela¹, Silvia Caldes Ruisánchez¹, Antonio Cirugeda García¹

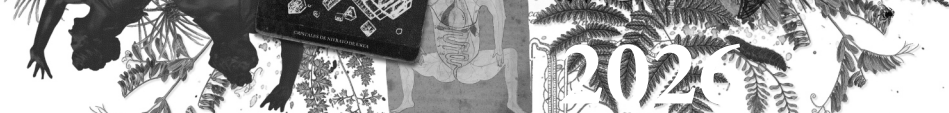
1) Servicio de Nefrología. Hospital Universitario Infanta Sofía.

98 (P)

Hiperparatiroidismo asociado a Litio: un desafío diagnóstico a propósito de un caso con hipofosfatemia grave y normocalcemia

Gilda Carreño Cornejo¹, Gabriel Ledesma Sánchez¹, Juan Antonio Palacios Castaño¹, Yessika Amezcuita Orjuela¹, Verónica Mercado Valdivia¹, Sara Aldana Barceló¹, Loreto Mariscal De Gante¹, Carmen Bollaín Carbonell¹, Raquel Díaz Mancebo¹, Antonio Cirugeda García¹

1) Hospital Universitario Infanta Sofía.



99 (P)

Perfil epidemiológico y valor asistencial de una consulta conjunta Nefrología-Reumatología

Carmen Bollaín Carbonell¹, Paula Aporta Franco¹, Yolanda Hernández Hernández¹, María Tatiana Cobo Ibáñez¹, Martina Steiner¹, Verónica Ruth Mercado Valdivia¹, Sara Aldana Barceló¹, Gilda Alessandra Carreño Cornejo¹, Gabriel Ledesma Sánchez¹, Antonio Cirugeda García¹

1) Hospital Universitario Infanta Sofía.

100 (P)

Perfil de riesgo cardiovascular en enfermedad renal crónica no proteinúrica: comparación entre poliquistosis renal autosómica dominante y otras etiologías

Rodrigo García Marina¹, Úrsula Verdalles¹, Esther Rubio¹, David Arroyo¹, Andrea J Hernández¹, Mateo Blázquez Ruiz de Loizaga¹, Marta Radillo Guzmán¹, Gema Sánchez Sánchez¹, Jorge A. Torres Ortiz¹, Javier Carbayo¹

1) Hospital General Universitario Gregorio Marañón

101 (P)

Evolución y Resultados de la e-Consulta en Nefrología: Experiencia en el Hospital Universitario Infanta Sofía (2018-2025)

Raquel Díaz Mancebo¹, Yesika Amezcua Orjuela¹, Yolanda Hernández Hernández¹, Silvia Caldés Ruisánchez¹, Carmen Bollaín Carbonell², Gabriel Ledesma Sánchez¹, Gilda Carreño Cornejo¹, Verónica Mercado Valdivia¹, Ángel Gallegos Villalobos¹, Sara Aldana Barceló¹

1) Hospital Universitario Infanta Sofía. Facultad de Medicina, Salud y Deporte. Universidad Europea de Madrid. 2) Hospital Universitario Infanta Sofía.

TRASPLANTE

110 (P)

Diferencias por sexo en la estimación de proteinuria a partir del cociente proteína/creatinina en muestra aislada de orina en una cohorte de trasplantados renales. Beneficio del ajuste según estimación de la excreción de creatinina.

Gabriel Ledesma Sánchez¹, Gilda Carreño Cornejo¹, Verónica Mercado Valdivia¹, Sara Aldana Barceló¹, Ángel Gallegos Villalobos¹, Loreto Mariscal de Gante Sánchez¹, Carmen Bollaín Carbonell¹, Paula Aporta Franco¹, Antonio Cirugeda García¹, Raquel Díaz Mancebo¹

1) Servicio de Nefrología. Hospital Universitario Infanta Sofía.

111 (P)

Tuberculosis en pacientes trasplantados renales: el reto de conservar el injerto

Alejandro Morales Rosas¹, Natividad Calvo Romero¹, Marina Pujol Pujol¹, Raquel Jiménez Ortego¹, Julia Ortuño Cabello¹, Isabel Pérez Flores¹, Arianne Aifil Meneses¹, Beatriz Rodríguez Cubillo¹, M. Ángeles Moreno de la Higuera¹, Ana I. Sánchez Fructuoso¹

1) Hospital Clínico San Carlos.

112 (P)

Complejidad clínica y patrones de respuesta en trasplante renal a una consulta centrada en calidad de vida: perfiles NECPAL y secuencia del impacto del alivio sintomático

Beatriz Rodríguez Cubillo¹, María Ángeles Moreno de la Higuera¹, Paula Gutiérrez Sanjuan¹, María del Rosario Pino¹, Arianne Aiffil¹, Gemma Hernández¹, Rocío Fernández Díaz¹, Diana Gimeno¹, Alejandro Morales¹, Marina Pujol Pujol¹, Isabel Pérez Flores¹, Natividad Calvo Romero¹, Ana Isabel Sánchez Fructuoso¹

1) Hospital Clínico San Carlos.

113 (P)

Respuesta a daratumumab en los cambios mediados por Anticuerpos y glomerulonefritis recurrentes en el trasplante renal

Rodrigo García Marina¹, Nicolás Macías¹, Adriana Acosta¹, Miryam Elena Polo Cánovas², Arturo Bascuñana¹, María Luisa Rodríguez Ferrero¹, Nohemi Carolina Rentería González³, Beatriz Pérez Peláez¹, Diego Parra¹, Andrea J Hernández¹

1) Hospital General Universitario Gregorio Marañón, 2) Hospital Infanta Leonor, 3) Complejo Hospitalario Universitario Ourense.

114 (P)

Cambios funcionales de la microbiota intestinal en receptores de trasplante renal con síntomas gastrointestinales. Papel de las bacterias productoras de butirato

Isabel Pérez Flores¹, Marina Pujol Pujol¹, M. Dulce nombre Gómez Garre², Javier Gutiérrez Corral², Adriana Ortega Hernández², Natividad Calvo Romero¹, Arianne Aiffil Meneses¹, Belén Peix Jiménez¹, Beatriz Rodríguez Cubillo¹, M. Ángeles Moreno de la Higuera¹, Ana Sánchez Fructuoso¹

1) Servicio de nefrología. Hospital Clínico San Carlos, 2) Unidad de microbiota. Fundación Investigación Biomédica Hospital Clínico San Carlos.

115 (P)

Viremia por citomegalovirus y función renal en receptores de trasplante renal durante 2025

Reiny Verastegui Albites¹, Grace Villacreces Jurado¹, Raquel Moreno García¹, Miriam Domínguez Tejedor¹, Sandra Elías Treviño¹, Sara Jiménez Álvaro¹, María Vallejo García¹, Víctor Burguera Vion¹, Milagros Fernández Licas¹, Cristina Galeano Álvarez¹

1) Hospital Ramón y Cajal.

116 (P)

Plasmaféresis e inmunoadsorción en trasplante renal: estudio comparativo de eficacia y seguridad

María Soriano Guillén¹, Ana Kerguelen Fuentes¹, Irene Vázquez Raso¹, Ruth Martínez Galindo¹, Rafael Alejos Ortega¹, Javier Azores Moreno¹, María López Oliva¹, Elena González García¹, Carlos Jiménez Martín¹

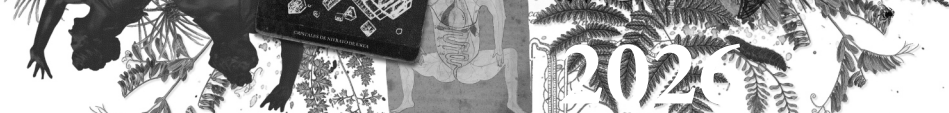
1) Hospital Universitario La Paz.

117 (P)

Quiloperitoneo inducido por calcioantagonistas en trasplante renal: una causa excepcional fuera del ámbito de la diálisis peritoneal

Gabriel Ledesma Sánchez¹, Gilda Carreño Cornejo¹, Verónica Mercado Valdivia¹, Sara Aldana Barceló¹, Loreto Mariscal de Gante Sánchez¹, Carmen Bollain Carbonell¹, Paula Aporta Franco¹, Yolanda Hernández Hernández¹, Rocío Echarri Carrillo¹, Antonio Cirugeda García¹

1) Servicio de Nefrología. Hospital Universitario Infanta Sofía.



118 (P)

Afectación renal tardía por amiloidosis aa tras trasplante pulmonar en fibrosis quística

M.I Galán Fernández¹, M. Rosa Melero Martín¹, Darío Janeiro Marín¹, Beatriz Sánchez Sobrino¹, Jeanette Nora Fernández Cusicanqui¹, María De Valdenebro Recio¹, Mercedes Pérez García¹, María Marques Vidas¹, José Portolés Pérez¹

1) Hospital Universitario Puerta de Hierro.

119 (P)

Desafíos en la revascularización de un bloque pediátrico: disección arterial refractaria a terapia endovascular tratada con un bypass protésico a aorta infrarrenal

Raquel Jiménez Ortego¹, Beatriz Rodríguez Cubillo¹, Celia Ortega Rueda², Isaac Martínez López², Marco Ciappara Paniagua³, María Ángeles Moreno de la Higuera¹, Natividad Calvo Romero¹, Isabel Pérez Flores¹, Ana Isabel Sánchez Fructuoso¹

1) Hospital Clínico San Carlos, 2) Hospital Clínico San Carlos (Cirugía Vascular), 3) Hospital Clínico San Carlos (Urología).

120 (P)

Trasplante pulmonar y síndrome hemolítico urémico

Irene García García¹, Rosa Melero Martín¹, María Valdenebro Recio¹, Darío Janeiro Marín¹, Estefanya García Menéndez¹, Beatriz Sánchez Sobrino¹, Jeanette Fernández Cusicanqui¹, Eduardo Martínez Morales¹, Claudia Martín Rodríguez¹, José María Portolés Pérez¹

1) Hospital Puerta de Hierro.



 Índice

**Identificador
de ponencias**

- O** Comunicación Oral
- OC** Comunicación Oral Corta
- P** Póster
- C** Caso Clínico

DIÁLISIS

1 (O) pg 59

HDF incremental con dos sesiones semanales vs HDF convencional en pacientes incidentes en diálisis: ensayo clínico aleatorizado.

Milagros Fernández Lucas¹, Alfonso Muriel², Nuria Rodríguez Mendiola¹, José Luis Merino³, Martha E. Díaz Domínguez¹, Gloria Ruiz Roso¹, Rafael Sánchez⁴, Hanane Bouarich⁵, Virginia López de la Manzanara⁶, Javier Zamora²

1) Nefrología, H. Universitario Ramón y Cajal, 2) Bioestadística, H. Universitario Ramón y Cajal, 3) Nefrología, H. Universitario del Henares, 4) Nefrología, H. Universitario La Paz, 5) H. Universitario Príncipe de Asturias, 6) Nefrología, Hospital Clínico San Carlos.

2 (O) pg 60

Implementación y características de hemodiálisis domiciliaria asistida en España: resultados de una encuesta nacional

Estefanya García-Menéndez¹, José Portolés Pérez¹, María Auxiliadora Bajo Rubio², Alejandro Pérez Alba³, Jesús Calviño Varela⁴, María José Espigares Huete⁵, Pablo Molina Vila⁶, María Quero Ramos⁷, María Fernanda Slon Roblero⁸

1) Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, 2) Nefrología, Hospital Universitario La Princesa (Madrid), 3) Hospital General Universitario de Castellón, 4) Hospital Universitario Lucus Augusti (Lugo), 5) Hospital Universitario Virgen de Las Nieves (Granada), 6) Hospital Universitari i Politècnic La Fe (Valencia), 7) Hospital Universitario Bellvitge (Hospitalet de Llobregat), 8) Complejo Hospitalario de Navarra (Pamplona).

- 3 (O)** pg 62
Evaluación del Gasto energético en reposo mediante calorimetría indirecta en pacientes sometidos a hemodiálisis hospitalaria, diálisis peritoneal y hemodiálisis domiciliaria
 Ana Cristina Mendoza Cedeño¹, Almudena Pérez Torres¹, Irene Vázquez Raso², Lina León Machado², Rafael Sánchez Villanueva², Laura Álvarez García², Gloria del Peso Gilsanz², Marta Ossorio González², Yanieli Hernández Perdomo², Gema Fernández Juárez²
 1) IdiPAZ. Hospital Universitario La Paz, 2) Hospital Universitario La Paz.
- 4 (O)** pg 64
Diálisis peritoneal incremental, una estrategia válida: experiencia de 10 años en un centro
 Lina León-Machado¹, Yanieli Hernandez-Perdomo¹, Afroditi Konstantouli¹, Marta Ossorio-Gonzalez¹, Gloria Del Peso-Gilsanz¹
 1) Hospital La Paz.
- 5 (O)** pg 65
Experiencia de una Unidad Cardiorrenal multidisciplinar en un hospital terciario: ¿Qué hemos aprendido?
 Afroditi Konstantouli¹, Ana Torremocha¹, Marta Ossorio¹, Inés Ponz¹, Yanieli Hernández¹, Alberto Alonso¹, Lina LeónMachado¹, Gloria del Peso¹
 1) Hospital Universitario La Paz.
- 6 (O)** pg 66
Del hospital al domicilio: evolución de la elección del tratamiento renal sustitutivo en ERCA en la última década
 Marta Ossorio¹, Yanieli Hernández¹, Lina León-Machado¹, Irene Vázquez¹, Afroditi Kounstantouli¹, Gloria Del Peso¹
 1) Hospital Universitario La Paz.
- 7 (Oc)** pg 67
Concordancia de los criterios GLIM con PEW y estado funcional en pacientes en diálisis peritoneal
 M. I Galán Fernández¹, Estefanya García Menéndez¹, Darío Janeiro Marín¹, Jeanette Nora Fernández Cusicanqui¹, M. Rosario Llópez Carratalá¹, Mercedes Pérez García¹, Irene García García¹, Paola Carolina Villegas¹, Camila Samanta Wong Flores¹, José Portolés Pérez¹
 1) Hospital Universitario Puerta de Hierro.
- 8 (Oc)** pg 68
Adecuación dialítica: papel del tiempo efectivo de diálisis y determinantes organizativos
 David Hernan¹, Julia Audije-Gil¹, Mari Luz Sanchez¹, Fabiola Dapena¹, Paula Manso¹, María Dolores Arenas¹
 1) Fundación Renal Española.

- 9 (Oc)** pg 69
Variabilidad longitudinal de la bioimpedancia y del estado nutricional en hemodiálisis: estudio BIO-NUTRI-HD
 Antonio Marín Franco¹, Paz Bersano Reyes², Rosa Camacho Juárez², Michelle Aguirre Polo², Yoel Ramírez Montoya², Diana Sánchez Montehermoso², Shaira Martínez Vaquera³
 1) Diaverum (Santiago Compostela), 2) Diaverum (Madrid), 3) Diaverum
- 10 (Oc)** pg 70
Ángulo de fase y fósforo sérico en pacientes en hemodiálisis: relación con integridad celular y fragilidad
 Paz Bersano Reyes¹, Michelle Aguirre Polo¹, Rosa Camacho Juárez¹, Diana Sánchez Montehermoso¹, Yoel Ramírez Montoya¹, Alexandra Alba Bernal¹, Shaira Martínez Vaquera²
 1) Diaverum (Madrid), 2) Diaverum (España)
- 11 (Oc)** pg 72
Determinantes de la sintomatología depresiva en hemodiálisis: papel del estado nutricional y análisis por edad
 Paz Bersano Reyes¹, Antonio Marín Franco², Sara Ben El Hadi-Moreno¹, Rosa Camacho Juárez¹, Shaira Martínez Vaquera³
 1) Diaverum (Madrid), 2) Diaverum (Santiago Compostela), 3) Diaverum
- 12 (Oc)** pg 74
Eficacia y seguridad de elisio 21Hx en HDx con elisio 21h en HDf online
 Almudena Vega Martínez¹, María Dolores Sánchez Niño², Jorge Torres¹, Gema Sánchez¹, Eduardo Verde¹, Luis Sánchez¹, Antonia Mijaylova¹, Marian Goicoechea¹
 1) Hospital General Universitario Gregorio Marañón, 2) Fundación Jiménez Díaz.
- 13 (Oc)** pg 75
Fístula arteriovenosa nativa en ancianos, ¿una opción viable en la práctica clínica actual?
 Gema Sánchez Sánchez¹, Javier Carbayo López de Pablo¹, Jorge Armando Torres Ortiz¹, Azucena Ayala¹, Andrea Hernández García¹, Rodrigo García Marina¹, Beatriz Pérez Peláez¹, Diego Parra Marañón¹, Mateo Blázquez Ruiz de Loizaga¹, Marian Goicoechea Diezhandino¹
 1) Hospital General Universitario Gregorio Marañón.
- 14 (Oc)** pg 76
¿Existen cambios en la presión arterial y la ultrafiltración según la estación del año en los pacientes en hemodiálisis?
 Jorge Torres¹, Gema Sánchez¹, Beatriz Pérez Peláez¹, Juan Diego Parra¹, Antonia Mijaylova¹, Luis Sánchez¹, Almudena Vega¹, Eduardo Verde¹, Marian Goicoechea¹
 1) Hospital General Universitario Gregorio Marañón.
- 15 (Oc)** pg 78
El cuándo importa: impacto del momento del mapeo en la maduración de la fístula arteriovenosa
 Ángela Rey Cárdenas¹, Ángel Méndez Abreu¹, Sofía López San Román¹, Miguel Gutiérrez Baz¹, Sandra Vicente Jiménez¹, Stefanie Noelia Quicaña¹, Carolina Sesmero Ramos¹, Eduardo Gallego Valcarce¹, Beatriz Sánchez Álamo¹, Enrique Gruss Vergara¹
 1) Hospital Universitario Fundación de Alcorcón.

16 (Oc) pg 80***Hemodiálisis domiciliaria corta frecuente y acceso vascular: perfil de complicaciones infecciosas y no infecciosas en una década (2015-2025)***

Carolina Lentisco Ramirez¹, Yeilin Alicia Sotolongo Lorenzo¹, Sara El Fellah¹, Anabel Ugarte Quispe¹, Diego Jesús Sardi García¹, Santiago Andrés Cedeño Mora¹, Mariano Acuña Ramos¹, Pablo Rodríguez Doyagüez¹, Milagros Ortiz Librero¹, Carmen Mon Mon¹, Juan Carlos Herrero Berrón¹

1) Hospital Universitario Severo Ochoa.

17 (Oc) pg 82***Impacto de la proteinuria basal en la pérdida de función renal residual en pacientes incidentes en hemodiafiltración on line***

Irene Mínguez¹, Beatriz Sánchez Álamo¹, Nuria Rodríguez Mendiola¹, Martha E Díaz Dominguez¹, Milagros Fernández Lucas¹

1) Nefrología, Hospital Universitario Ramón y Cajal.

18 (Oc) pg 83***Tuberculosis latente en hemodiálisis: un cribado necesario***

Mar Planells Merchán¹, María López Picaso¹, Marisol Poma Tapia¹, Jacqueline Edith Apaza Chavez¹, Laura García-Puente Suárez¹, Aida Frías González¹

1) Hospital Universitario Rey Juan Carlos I.

19 (Oc) pg 84***Efecto de los Inhibidores de SGLT2 en la Preservación de la Función Renal Residual en Pacientes en Hemodiálisis Incremental: Un Estudio Comparativo***

De La Flor José C.¹, Avinash Chandu Nanwani², Elena Jiménez Mayor³, Celia Rodríguez Tudero⁴, Esperanza Moral Berrio⁵, Juan Daniel Díaz García⁶, Arturo Villalobos Navarro⁷, Adela Méndez Cahua⁸, Javier Deira Lorenzo⁹, Jesús Hernández Vaquero¹

1) Departamento de Nefrología, Hospital Gómez Ulla (Madrid), 2) Departamento de Nefrología, Hospital General de Fuerteventura (Fuerteventura), 3) Departamento de Nefrología, Hospital Santa Bárbara (Soria), 4) Departamento de Nefrología, Hospital Universitario de Salamanca (Salamanca), 5) Departamento de Nefrología, Hospital de Ciudad Real (Ciudad Real), 6) Departamento de Nefrología, Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga" (Ciudad de México), 7) Departamento de Nefrología, Hospital Barros Luco Trudeau (Santiago de Chile), 8) Universidad Peruana Cayetano Heredia (Lima), 9) Hospital San Pedro de Alcántara de Cáceres (España).

20 (Oc) pg 86***Calculadora interactiva de huella de carbono en diálisis: una herramienta de apoyo a la nefrología verde***

Patricia de Sequera Ortiz¹, Marta Puerta Carretero¹, Rafael Lucena Valverde¹, Patricia Muñoz Ramos¹, Mayra Ortega Díaz¹, Miryam Polo Canovas¹, Carlos Gómez Carpintero¹, Andrea Álvarez Chávez¹, Verónica Rubio Menendez¹, Elena Corchete Prats¹

1) Hospital Universitario Infanta Leonor.

21 (Oc) pg 88**¿Son válidos los puntos de corte de las escalas sarc-f, frail y mis en pacientes en hemodiálisis? El muscle quality index (mqi-asmm) como herramienta complementaria**

Miryam Polo Cánovas¹, Lorena Verguizas Gallego¹, Fabio Luca Procaccini¹, Patricia de Sequera Ortiz¹, Rafael Lucena Valverde¹, Patricia Muñoz Ramos¹, Marta Puerta Carretero¹, Mayra Ortega Diaz¹, Carlos Gómez- Carpintero¹, Andrea Álvarez-Chávez¹

1) Hospital Universitario Infanta Leonor.

22 (Oc) pg 90**Evaluación de la capacidad depurativa de distintas técnicas de hemodiálisis para eliminar toxinas urémicas unidas a proteínas con efecto neurotóxico.**

Cristina Analia Castillo Luraschi¹, Beatriz Linillos Pradillo², Cristina Rodríguez Poza¹, Mohammad Manouchehri¹, Alejandra Fernández Gómez¹, Marta Madrid Sanz³, Diego Rodríguez Puyol¹, Coral Barbas², Patricia Martínez Miguel¹

1) Hospital Universitario Príncipe de Asturias, 2) Centro de Metabolómica y Bioanálisis CEMBIO. Universidad CEU San Pablo, Madrid, 3) Fundación para la Investigación Biomédica del Hospital Universitario Príncipe de Asturias.

23 (Oc) pg 92**Eficacia comparable e incluso superior de la hemodiálisis extendida en la eliminación de toxinas urémicas unidas a proteínas potencialmente neurotóxicas respecto a la hemodiafiltración en línea con volumen de reposición inferior a 23 litros**

Cristina Analia Castillo Luraschi¹, Beatriz Linillos Pradillo², Cristina Rodríguez Poza¹, Mohammad Manouchehri¹, Alejandra Fernández Gómez¹, Marta Madrid Sanz³, Diego Rodríguez Puyol¹, Coral Barbas², Patricia Martínez Miguel¹

1) Hospital Universitario Príncipe de Asturias, 2) Centro de Metabolómica y Bioanálisis CEMBIO. Universidad CEU San Pablo, Madrid, 3) Fundación para la Investigación Biomédica del Hospital Universitario Príncipe de Asturias.

24 (P) pg 94**¿Son intercambiables los biosensores integrados en monitores de hemodiálisis para la medición del Qa? Comparación con transonic®**

Arlette Martínez Herrera¹, Elena Ruiz Ferreras¹, Génesis Romina Poveda Verdezoto¹, Raquel Jiménez Ortego¹, Alejandro Morales Rosas¹, Marina Pujol Pujol¹, Ana Isabel Sánchez Fructuoso¹, Virginia López de la Manzanara Pérez¹

1) Hospital Clínico San Carlos.

25 (P) pg 95**Impacto económico de la ecografía Doppler frente a la fistulografía en el manejo del acceso vascular en hemodiálisis**

Ángel Méndez Abreu¹, Sofía López San Román¹, Ángela Rey Cárdenas¹, Miguel Gutiérrez Baz¹, Deborah Soledad Roldán Ponce¹, Eduardo Gallego Valcarce¹, Alfredo Cordon Rodríguez¹, Carolina Sesmero Ramos¹, María Dolores Bernal Molano¹, Enrique Gruss Vergara¹

1) Hospital Universitario Fundación Alcorcón.

- 26 (P)** pg 97
Valor predictivo de los diámetros vasculares Prequirúrgicos en el fallo primario de la fistula arteriovenosa
 Leihu Hong, May Ej-jennane, María Victoria Pinedo, Marta Herrero, Martín Giorgi, María Auxiliadora Bajo, Borja Quiroga
 Hospital Universitario de la Princesa
- 27 (P)** pg 98
¿Intolerancia a polisulfona o problema de biocompatibilidad? Seguridad del dializador FX CorAL en pacientes con reacciones a membranas sintéticas
 Cristina Otero¹, Julia Audije-Gil¹, Fabiola Dapena¹, Alicia González¹, Alfredo Cordón¹, María Dolores Arenas¹
 1) Fundación Renal Española.
- 28 (P)** pg 99
Evaluación multimodal del estado nutricional en una cohorte de pacientes en hemodiálisis: escalas de riesgo, antropometría, bioimpedancia y ecografía muscular
 Miryam Polo Cánovas¹, Lorena Verguizas Gallego¹, Fabio Luca Procaccini¹, Patricia de Sequera¹, Rafael Lucena Valverde¹, Patricia Muñoz Ramos¹, Maarta Puerta Carretero¹, Mayra Ortega Diaz¹, Carlos Gomez-Carpintero¹, Andrea Álvarez-Chávez¹
 1) Hospital Universitario Infanta Leonor.
- 29 (P)** pg 101
Hemodiálisis incremental: experiencia en un centro
 Aida Frías González¹, Álvaro De la Fuente Alcocer¹, María López Picasso¹, Marisol Poma Tapia¹, Jacqueline Apaza Chávez¹, Simona Alexandru¹, Saúl Pampa Saico¹, Eduardo Bosch Fernández¹, Mar Planells Merchán¹, Laura García Puente Suárez¹
 1) Hospital Universitario Rey Juan Carlos.
- 30 (P)** pg 102
¿Se pierde mucha albúmina en HDF-OL?
 Jorge Torres¹, Gema Sánchez¹, Almudena Vega Martínez¹, Eduardo Verde¹, Luis Sánchez¹, Antonia Mijaylova¹, Marian Goicoechea¹
 1) Hospital General Universitario Gregorio Marañón.
- 31 (P)** pg 103
Navegando sobre la incertidumbre: experiencia en vida real con apixabán en hemodiálisis
 Alejandro Morales Rosas¹, Elena Ruiz Farreras¹, Marina Pujol Pujol¹, Raquel Jiménez Ortego¹, Arlette Martínez Herrera¹, Génesis Romina Poveda Verdezoto¹, José Ramón Berlanga Alvarado², Pablo Mateos Hernández³, Arianne Sofia Aiffil Meneses¹, Ana Isabel Sánchez Fructuoso¹, Virginia de la Manzanara López¹
 1) Hospital Clínico San Carlos, 2) Fresenius Medical Care (Madrid), 3) Centro de diálisis Bbraun (Madrid).

- 32 (P)** pg 104
Utilizar herramientas simples y reproducibles como Mini Nutritional Assessment (MNA) permite identificar precozmente el fenotipo vulnerable en hemodiálisis
 Soraya Escribano¹, Julia Audije-Gil¹, Cristina Cubas¹, Pablo Diez¹, Fabiola Dapena¹, María Delgado¹, María Dolores Arenas¹
 1) Fundación Renal Española.
- 33 (P)** pg 105
¿La hemodiálisis incremental realmente ayuda a preservar la diuresis residual?
 Aida Frías González¹, Álvaro De la Fuente Alcocer¹, María López Picasso¹, Marisol Poma Tapia¹, Jacqueline Apaza Chávez¹, Simona Alexandru¹, Saúl Pampa Saico¹, Eduardo Bosch Fernández¹, Mar Planells Merchán¹, Laura GarcíaPuente Suárez¹
 1) Hospital Universitario Rey Juan Carlos.
- 34 (P)** pg 107
¿Es posible la vigilancia del acceso vascular mediante métodos dilucionales en pacientes en hemodiálisis domiciliaria? Comparación frente a ecografía Doppler
 Rafael Lucena Valverde¹, Laura Meneses¹, Esther Rodríguez¹, Fabio Luca Procaccini¹, Laura Medina¹, Patricia Muñoz¹, Esther Valle¹, Miryam Polo¹, Marta Puerta¹, Patricia de Sequera¹
 1) Hospital Universitario Infanta Leonor.
- 35 (P)** pg 109
Optimización de la cobertura vacunal en pacientes en hemodiálisis tras la implementación de una estrategia estructurada de inmunización
 Cristina Fernanda Morocho Pindo¹, María Ciordia Lizarraga¹, Dannah Michelle López Campos¹, Daria Abasheva¹, Mónica Pereira García², Helena Moza Morínigo¹, José Domingo Martín García¹, Pablo Sáez Adam¹, Emilio José González Parra¹
 1) Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, 2) Fundación Renal Española - Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz.
- 36 (P)** pg 110
Insuficiencia cardíaca de alto gasto en pacientes con fístula arteriovenosa para hemodiálisis
 Beatriz Pérez Peláez¹, Ana García-Prieto¹, Javier Carbayo¹, Patrocinio Rodríguez-Benítez¹, Marco A Vaca Gallardo¹, Zorba Blázquez¹, Marian Goicoechea¹, Diego Parra Maraño¹, Andrea J Hernández García¹, Rodrigo García Marina¹
 1) Hospital General Universitario Gregorio Maraño.
- 37 (P)** pg 111
Utilidad del biocontrol de sodio en la prevención del síndrome de desequilibrio de diálisis
 Carlos Cabezas Reina¹, Judith Martins Muñoz¹, Esther Ortega Junco¹, Laura Espinel Costoso¹, Korina Peña Esparragoza¹, Alberto De Lorenzo Álvarez¹, Verónica Rubio Menéndez¹, Alfonso Cubas Alcaraz¹
 1) Hospital Universitario de Getafe.

38 (P) pg 112***Recuperación de la función renal en Mieloma Múltiple IgD kappa mediante hemodiálisis expandida (HDx)***

Carmen Bollaín Carbonell¹, Rocío Echarri Carrillo¹, Ángel Gallegos Villalobos¹, Verónica Ruth Mercado Valdivia¹, Gilda Alessandra Carreño Cornejo¹, Sara Aldana Barceló¹, Silvia Caldés Ruisánchez¹, Yesika María Amezquita Orjuela¹, Paula Aporta Franco¹, Antonio Cirugeda García¹

1) Hospital Universitario Infanta Sofía.

39 (P) pg 113***Importancia de la integración precoz de los cuidados paliativos en el manejo de la calcifilaxis: a propósito de un caso***

Gabriel Ledesma Sánchez¹, Araceli Sánchez Sánchez², Ernesto Pascual Olmos², Gilda Carreño Cornejo¹, Verónica Mercado Valdivia¹, Sara Aldana Barceló¹, Carmen Bollaín Carbonell¹, Paula Aporta Franco¹, Rocío Echarri Carrillo¹, Antonio Cirugeda García¹

1) Servicio de Nefrología. Hospital Universitario Infanta Sofía, 2) Equipo de Soporte Hospitalario de Cuidados Paliativos. Hospital Universitario Infanta Sofía.

40 (P) pg 114***Inyecciones subcutáneas de antibioterapia pericatóter para el tratamiento de la infección refractaria del orificio de salida***

Irene García García¹, Estefanía García-Menéndez¹, Darío Janeiro Marín¹, Oscar Castedo Martínez¹, Ana María Martínez Peral¹, Jeanette Fernández Cusicanqui¹, Paula Sánchez Briaes¹, Mercedes Pérez García¹, María Isabel Galán Fernández¹, José María Portolés Pérez¹

1) Hospital Universitario Puerta de Hierro.

41 (P) pg 115***Viabilidad y resultados clínicos de la diálisis peritoneal prolongada: seguimiento 4 años***

R. Haridian Sosa Barrios¹, Susana P. Garrote Fernández¹, Cristina Campillo Trapero¹, Milagros Fernández Lucas¹, Maite E. Rivera Gorrín¹

1) Hospital Universitario Ramón y Cajal.

42 (P) pg 116***EcoNutri-PEW: ecografía nutricional para la detección de protein-energy wasting en diálisis peritoneal***

Estefanía García Menéndez¹, María Mercedes Pérez García¹, Helena Trias Reyes¹, Ana Lucía Valencia Peláez², Andrea Alonso Mantellini¹, M Victoria Oviedo³, M Rosario Llópez Carratalá¹, Jorge Campos Sanchez¹, Jeanette Fernández Cusicanqui¹, José Portolés Pérez¹

1) Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda, 2) Hospital Clínico Universitario de Valladolid, 3) Hospital Río Carrión (Palencia).

NEFROLOGÍA CLÍNICA

43 (O) pg 120

Efecto inmunomodulador renal de los inhibidores de SGLT2 en la ERC-DM

María Muñoz Rincón¹, Irene Gómez Delgado², Andrea Raposo², Marina López-Martínez³, María José Soler³, Elena Urcelay², Ana Sánchez-Fructuoso¹, Clara García Carro¹

¹Hospital Clínico San Carlos, ²Fundación para la Investigación Biomédica del Hospital Clínico San Carlos (IDISCC), ³Hospital Universitario Vall d'Hebron.

44 (O) pg 122

Impacto de la preeclampsia grave en la salud cardiovascular de la mujer: seguimiento a largo plazo en un hospital de tercer nivel

Beatriz Pérez Peláez¹, Marta Robledo¹, Ana Miguel¹, Marco Antonio Vaca¹, Ana María García Prieto¹, Marta Radillo¹, María Patrocinio Rodríguez Benítez¹

1) Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

45 (O) pg 123

Nefrología Intervencionista en procedimientos endovasculares: resultados en 3 años

Raquel Barba Teba¹, Hugo Diniz¹, Miguel Carvalho¹, Carolina Verde¹, Luis Coentrão¹

1) Unidade Local de Saúde São João (Oporto/Portugal)

46 (O) pg 125

Daño renal asociado a inmunoterapia oncológica con inhibidores del checkpoint

Marta Martos Santos¹, Adriana Puente García¹, Jara Ampuero Mencía¹, Ramón Jesús Miranda Hernández¹, Katia Matilde Pérez del Valle¹, Javier Letellez Fernández¹, Roberto Hernández López¹, Laura Alegre Zahonero¹

1) Hospital Universitario de Fuenlabrada.

47 (O) pg 126

Sparsentan en nefropatía IgA: respuesta a 3 meses en una cohorte española multicéntrica

Romina Poveda¹, Antolina Rodríguez Moreno¹, Alejandro Morales¹, Lucía Cordero², Helena Marco Rusiñol³, Enrique Pasache⁴, Rocío Zamora⁵, Álvaro Álvarez⁶, Diego Parra⁷, Clara García Carro¹

1) Hospital Clínico San Carlos, 2) Fundación Jiménez Díaz, 3) Fundació Puigvert, 4) Hospital Marqués Valdecilla, 5) Hospital General Villalba, 6) Hospital Don Benito Villanueva, 7) Hospital Gregorio Marañón.

48 (O) pg 128

Características clínicas y evolución de una cohorte multicéntrica de pacientes con Nefropatía IgA atípica

Shehab Sayed¹, Amir Shabaka², Ana Huerta³, Celia González García¹, Ruth Martínez Galindo², Clara Cases Corona⁴, Ángela Rey Cárdenas⁴, Eduardo Gutiérrez Martínez¹, Juan Antonio Moreno⁵, Ángel Manuel Sevillano Prieto¹

1) Hospital Universitario 12 de Octubre, 2) Hospital Universitario La Paz, 3) Hospital Universitario Puerta de Hierro, 4) Hospital Universitario Fundación Alcorcón, 5) Grupo GE-06 Fisiopatología del daño renal y vascular del Instituto Maimónides de Investigaciones Biomédicas de Córdoba (España)

49 (O) pg 130***Sparsentan en nefropatía IgA en práctica clínica real: reducción sostenida de proteinuria a 12 meses en una cohorte española multicéntrica***Alejandro Morales¹, Antolina Rodríguez Moreno¹, Romina Poveda¹, Juan Villa², Elena Guillén³, Verónica Coll Brito⁴, Juliana Bordignon⁵, Olga Gracia⁶, Patricia Delgado⁷, Clara García Carro⁸

1) Hospital Clínico San Carlos, 2) Hospital Badajoz, 3) Hospital Clínico, 4) Hospital Germans Trias i Pujol, 5) Hospital Bellvitge, 6) Hospital Miguel Servet, 7) Hospital Canarias, 8) Hospital Clínico San Carlos.

50 (O) pg 131***Amilorida mejora el control electrolítico y reduce la carga terapéutica y económica en tubulopatías hereditarias con pérdida renal de magnesio***Irene Vázquez Raso¹, Ruth Martínez Galindo¹, Afroditi Konstantouli¹, Gema Fernández Juárez¹, Amir Shabaka¹

1) Hospital Universitario La Paz.

51 (O) pg 132***Enfermedad arterial periférica en enfermedad renal Crónica 1-5nd. Prevalencia, riesgo de inicio de terapia renal sustitutiva y mortalidad***Secundino Cigarrán¹, Amaia Santidrian¹, Claudia Bravo¹, Ana Sanjurjo²

1) Hospital Ribera Polusa (Lugo), 2) Hospital Público da Mariña (Burela).

52 (O) pg 133***Fracaso renal agudo en postrasplante hepático inmediato y riesgo de progresión a enfermedad renal crónica***Beatriz Pérez Peláez¹, Jorge A. Torres Ortiz¹, Laura Arjona Silván¹, Pablo Ramón Fueyo Peláez¹, Andrés Conthe Alonso¹, Diego Parra Marañón¹, Gema Sánchez Sánchez¹, Mateo Blázquez Ruiz de Loizaga¹, Marta Radillo Guzmán¹, María Magdalena Salcedo Plaza¹, Patrocinio Rodríguez Benítez¹

1) Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

53 (Oc) pg 134***iSGLT2 y potasio: ¿mito o realidad?***Carmen Moral Vidal¹, Patricia Florat Fayad¹, Patricia Purón Chasco¹, Shehab Sayed¹, Enrique Morales Ruiz¹

1) Hospital Universitario 12 de Octubre.

54 (Oc) pg 135***Más allá del perfil lipídico clásico: el papel de la lipoproteína(a) en el riesgo cardiovascular renal***Rodrigo García Marina¹, David Arroyo¹, Andrea J. Hernández¹, Gema Sánchez Sánchez¹, Úrsula Verdalles¹, Esther Rubio¹, Beatriz Pérez Peláez¹, Diego Parra¹, Jorge A. Torres Ortiz¹

1) Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

- 55 (Oc)** pg 136
Fracaso renal agudo tras trasplante alogénico de progenitores hematopoyéticos: factores de riesgo e impacto en la función renal y la supervivencia
 Irene Vázquez Raso¹, María Asunción Hernández Arriaza¹, Alba López Martínez¹, Daniel Aarón Fernández Guzmán¹, Gema Fernández Juárez¹, Karem Humala¹, Amir Shabaka¹
 1) Hospital Universitario La Paz.
- 56 (Oc)** pg 137
Impacto de la implantación del perfil de cribado de la Enfermedad Renal Crónica en Atención Primaria
 Miriam Menacho¹, Susana Paloma Garrote², Reiny Verastegui², Grace Villacreses², Irene Ortega², Alba Arroyo¹, Ignacio Arribas¹, Milagros Fernández Lucas²
 1) Bioquímica, H. Universitario Ramón y Cajal, 2) Nefrología, H. Universitario Ramón y Cajal.
- 57 (Oc)** pg 138
Reestadificación de pacientes con enfermedad renal mediante el uso de ecuaciones para estimación del filtrado glomerular basadas en cistatina
 Mateo Blázquez Ruiz de Loizaga¹, Almudena Vega Martínez¹, Gema Sánchez Sánchez¹, Jorge A. Torres Ortiz¹, Marta Radillo Guzmán¹, Diego Parra¹, Beatriz Pérez Peláez¹, Andrea J. Hernández García¹, Rodrigo García Marina¹, David Arroyo¹
 1) Hospital General Universitario Gregorio Marañón.
- 58 (Oc)** pg 139
Utilidad clínica del gradiente translesional en la estenosis de la arteria renal: abordaje conjunto Nefrología-Radiología Intervencionista
 Carmen Bollaín Carbonell¹, Paula Aporta Franco¹, Andrés Enrique Madrid Vallenilla¹, Yesika María Amezquita Orjuela¹, Yolanda Hernández Hernández¹, Silvia Caldés Ruisánchez¹, Raquel Díaz Mancebo¹, Gabriel Ledesma Sánchez¹, Gilda Alessandra Carreño Cornejo¹, Antonio Cirugeda García¹
 1) Hospital Universitario Infanta Sofía.
- 59 (Oc)** pg 141
Hallazgos histológicos en biopsias renales de pacientes oncológicos con tumores sólidos y hematológicos: experiencia de una consulta de onconeurología
 María Begoña Santos Sánchez-Rey¹, Daniel Villa Hurtado¹, Ana María Hurtado Pamies², María del Loreto Fernández Lorente², Nuria García Fernández², Laura Juliana Castañeda Infante²
 1) Clínica Universidad de Navarra (Madrid), 2) Clínica Universidad de Navarra (Pamplona)
- 60 (Oc)** pg 142
Disfunción renal precoz y mortalidad en la necrólisis epidérmica tóxica
 Jessy Korina Peña Esparragoza¹, Jaime Navarrete Torres², Alfonso Estrella³, Lucila Ramos², Laura Espinel Costoso¹, Carlos Cabezas Reina¹, Alberto De Lorenzo Álvarez¹, Alfonso Cubas Alcaraz¹, Lorente José Ángel¹, Judith Martins Muñoz¹
 1) Hospital Universitario de Getafe, 2) Universidad Europea de Madrid, 3) Hospital Universitario de Guadalajara (España).

61 (P) pg 143***Glomerulonefritis fibrilar en práctica clínica real: descripción clínicohistológica y evolución renal en una cohorte multicéntrica***

Cristina Fernanda Morocho Pindo¹, Dannah Michelle López Campos¹, Daria Abasheva¹, María Ciordia Lizarraga¹, Raúl Fernández Prado¹, Lucía Cordero Galán¹, Andrea Blanco Fernández¹, Pablo Javier Cannata Ortiz¹, Alberto Ortiz¹

1) Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz.

62 (P) pg 144***Los inhibidores de SGLT2 disminuyen el ácido úrico en pacientes con hiperuricemia y enfermedad renal diabética***

Paula Sánchez Brialess¹, María Marques Vidas¹, Paula López Sánchez¹, Irene García García¹, Rosa Greciano Marín¹, María Victoria López Illescas¹, Estefanya García Menéndez¹, Alba Maroto Aramendi¹, Leyre Martín Rodríguez¹, José Portolés Pérez¹

1) Hospital Universitario Puerta de Hierro.

63 (P) pg 145***Manejo de la hiperpotasemia en la práctica clínica real: ¿Hemos cambiado algo?***

Patricia Florat Fayad¹, Carmen Moral Vidal¹, Patricia Purón Chasco¹, Shehab Sayed¹, Enrique Morales Ruiz¹

1) Hospital Universitario 12 de Octubre.

64 (P) pg 146***Uso de daratumumab como terapia de rescate en podocitopatías primarias enfermedad por cambios mínimos y glomerulonefritis focal y segmentaria***

Grace Stefanía Villacreces Jurado¹, Reiny Sarai Verastegui Albites¹, Raquel Moreno García¹, Miriam Dominguez Tejedor¹, María García Vallejo¹, Nuria Rodríguez Mendiola¹, Xavier Villacorta Pérez¹, Milagros Fernández Lucas¹

1) Hospital Universitario Ramón y Cajal

65 (P) pg 148***Hematuria no filiada en jóvenes africanos: experiencia de cribado en un centro de acogida***

Alba Maroto Aramendi¹, Francisco Javier Barroso¹, Ana Huerta², Andrea Alonso², Ana Torres¹, Inmaculada mora¹, Luis gonzález¹, Enrique Laguna¹, Cristina Moya¹, Miguel Moreno¹

1) Hospital Nuestra Señora de los Reyes (Santa Cruz de Tenerife), 2) Hospital Universitario Puerta de Hierro (Madrid).

66 (P) pg 149***Importancia del Na/k intercambiable en la valoración del Desgaste Proteico Energético (DPE) en personas con Enfermedad Renal Crónica (ERC)***

Guillermina Barril¹, Paloma Ruiz², Almudena Núñez², Martin Giorgi², Ana Sánchez², Carmen Sánchez², Ángel Nogueira³

1) Fundación Investigaciones Biomédicas, IIS Princesa (Nefrología), 2) Nefrología, Hospital de la Princesa,

³Avericum (Las Palmas de Gran Canaria)

- 67 (P)** pg 151
Litiasis urinaria en el medio hospitalario: análisis conjunto Urología–Nefrología de una cohorte retrospectiva
 María Begoña Santos Sánchez Rey¹, Fernando Ramón de Fata Chillón¹, Claudia Ortiz Chillemi², Daniel Villa Hurtado¹, Nuria García Fernández²
 1) Clínica Universidad de Navarra (Madrid), 2) Clínica Universidad de Navarra (Pamplona)
- 68 (P)** pg 153
Recurrencia de hiperpotasemia en la práctica clínica real: ¿Qué podemos mejorar?
 Patricia Purón Chasco¹, Shehab Sayed¹, Carmen Moral Vidal¹, Patricia Florat Fayad¹, Enrique Morales Ruiz¹
 1) Hospital Universitario Doce de Octubre.
- 69 (P)** pg 155
Valor pronóstico del porcentaje de glomérulos con esclerosis global en pacientes con nefropatía IgA
 Sandra Castro Varela¹, Rosario Serrano¹, María Victoria Pinedo Gámez¹, Borja Quiroga Gili¹, María Auxiliadora Bajo¹
 1) Hospital Universitario La Princesa.
- 70 (P)** pg 156
Impacto del seguimiento en Consulta de Nefrología sobre la adecuación terapéutica a las guías clínicas
 Juan Diego Parra Maraño¹, David Arroyo¹, Beatriz Pérez Peláez¹, Luis Sánchez Cámara¹, Andrea J Hernández García¹, Rodrigo García Marina¹, Gema Sánchez Sánchez¹, Jorge A. Torres Ortiz¹, Marta Radillo Guzmán¹, Mateo Blázquez Ruiz de Loizaga¹
 1) Hospital General Universitario Gregorio Maraño.
- 71 (P)** pg 157
Grado de adopción de las principales recomendaciones de las guías de manejo de enfermedad renal crónica y glomerulopatías en Madrid frente a datos nacionales
 Noemí Pastor Beades¹, Rebeca Bernat Gómez¹, Beatriz Arauzo Gimeno¹, Alberto Jiménez Buiza¹
 1) AstraZeneca (Madrid).
- 72 (P)** pg 158
Función renal basal mediante CKD-EPI creatinina y perfil metabólico en pacientes con litiasis renal: análisis de una cohorte retrospectiva
 María Begoña Santos Sánchez Rey¹, Fernando Ramón de Fata Chillón¹, Claudia Ortiz Chillemi², Daniel Villa Hurtado¹, Nuria García Fernández²
 1) Clínica Universidad de Navarra (Madrid), 2) Clínica Universidad de Navarra (Pamplona).
- 73 (P)** pg 160
Hiponatremia y delirium en pacientes hospitalizados
 María Soriano Izquierdo¹, Fabio Procaccini², Laura Medina Zahonero², Juan Antonio Martín Navarro², Elena Corchete Prats², Miryam Polo Canovas², Carlos Gómez Carpintero², Andrea Álvarez Chávez², Fátima Brañas Bastán², Patricia de Sequera Ortiz²
 1) Universidad Complutense de Madrid, 2) Hospital Universitario Infanta Leonor.

74 (P) pg 162***Impacto del tratamiento de la hiperuricemia sobre la progresión de la enfermedad renal crónica en pacientes con obesidad***

María Victoria Pinedo Gamez¹, Sandra Cristina Castro Varela¹, Ana Sánchez Horrillo¹, María Auxiliadora Bajo Rubio¹, Borja Quiroga Gili¹

1) Hospital Universitario de La Princesa.

75 (P) pg 163***Budesonida de liberación modificada en nefropatía IgA: Experiencia de un centro***

Irene Vázquez Raso¹, Begoña Rivas Becerra¹, Cristina Vega Cabrera¹, Javier Azores Moreno¹, María Soriano Guillén¹, Amir Shabaka Fernández¹, Gema María Fernández Juárez¹

1) Hospital La Paz.

76 (P) pg 164***Inclisiran en enfermedad renal crónica avanzada (estadio g4-g5 no diálisis): reducción sostenida de ldl y perfil de seguridad favorable al año de seguimiento, serie de casos en vida real.***

José C De La Flor¹, Avinash Chandu Nanwani², Elena Jiménez Mayor³, Celia Rodríguez Tudero⁴, Juan Daniel Díaz García⁵, Arturo Villalobos Navarro⁶, Esperanza Moral Berrio⁷, Adriana Puente García⁸, Esther Hurtado Ruiz¹, Jesús Hernández Vaquero¹

1) Departamento de Nefrología, Hospital Gómez Ulla (Madrid), 2) Departamento de Nefrología, Hospital General de Fuerteventura (Fuerteventura), 3) Departamento de Nefrología, Hospital Santa Bárbara (Soria), 4) Departamento de Nefrología, Hospital Universitario de Salamanca (Salamanca), 5) Departamento de Nefrología, Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga" (Ciudad de México), 6) Departamento de Nefrología, Hospital Barros Luco Trudeau (Santiago de Chile), 7) Departamento de Nefrología, Hospital de Ciudad Real (Ciudad Real), 8) Departamento de Nefrología, Hospital Fuenlabrada (Madrid).

77 (P) pg 166***Descripción de las hospitalizaciones por hipertensión y su coste en la Comunidad de Madrid***

Beatriz Arauzo Gimeno¹, Rebeca Bernat Gomez¹, Noemí Pastor Beades¹, Alberto García López², Alejandra De las Heras Gaité²

1) AstraZeneca (Madrid), 2) MediClin-IQVIA (Madrid).

78 (P) pg 167***Experiencia en vida real con Avacopán: Mejora de la función renal y mantenimiento de la remisión***

Juan Diego Parra Marañón¹, David Arroyo¹, Beatriz Pérez Peláez¹, Javier Carbayo Lopez¹, Andrea J Hernández García¹, Ursula Verdalles Guzman¹, Rodrigo García Marina¹, Esther Rubio González¹, Mateo Blázquez Ruiz de Loizaga¹, Marta Radillo Guzmán¹

1) Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

79 (P) pg 168***Análisis descriptivo de la experiencia en el uso de la granulomonocitoaféresis en la enfermedad inflamatoria intestinal***

Beatriz Pérez Peláez¹, Luis Sánchez Cámara¹, Andrea Johana Hernández García¹, Diego Parra Marañón¹, José Miranda Bautista¹, Laura Moreno González¹, Daniel Barraca Nuñez¹, Almudena Vega Martínez¹, Eduardo Verde Moreno¹, Marian Goicoechea Diezhandino¹

1) Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

- 80 (P)** pg 169
Impacto de la proteinuria tubular en el desarrollo de eventos cardiorrenales en pacientes con enfermedad renal diabética
 Paloma Ruiz López-Alvarado¹, Loreto Mariscal de Gante¹, Antonio De Santos Wilhelmi¹, Laura Salanova Villanueva¹, Almudena Núñez Sánchez¹, Antonio Fernández Perpén¹, Auxiliadora Bajo Rubio¹, Borja Quiroga Gili¹
 1) Hospital de La Princesa.
- 81 (P)** pg 170
Criterios start/stopp en la polifarmacia de pacientes con cualquier grado de disfunción renal
 Daniela Abzueta Yustiz¹, Almudena Núñez Sánchez¹, María Auxiliadora Bajo Rubio¹, Borja Quiroga Gil¹
 1) Hospital de La Princesa.
- 82 (P)** pg 171
Obesidad, grasa visceral y desgaste proteico energético (DPE) en pacientes con ERC
 Guillermina Barril¹, Almudena Núñez², Martin Giorgi², Carmen Sánchez², Ángel Nogueira³
 1) Fundación Investigaciones Biomédicas, IIS Princesa (Nefrología) (Madrid), 2) Nefrología, Hospital de la Princesa, 3) Avericum (Madrid).
- 83 (P)** pg 172
Fragilidad en el octogenario con Enfermedad Renal Crónica (ERC) 1-5ND: Prevalencia, riesgo de inicio de Terapia Renal sustitutiva (TRS) y Mortalidad
 Secundino Cigarrán Guldri¹, Amaia Santidrian Novo¹, Claudia Bravo¹, Ana Sanjurjo²
 1) Hospital Ribera Polusa (Lugo), 2) Hospital Público da Mariña (Burela)
- 84 (P)** pg 174
Impacto de la obesidad en la esteatosis hepática y el desgaste proteico energético en pacientes con enfermedad renal crónica: evaluación mediante bioscan e índices clínicos
 Guillermina Barril¹, Esmeralda Josa², Vanesa Pardo³, Teresa Andrino³, Almudena Nuñez³, Martin Giorgi³, Carmen Sanchez³, Mar Ruperto⁴, Ángel Nogueira⁵
 1) Fundación Investigaciones Biomédicas, IIS Princesa, Nefrología (Madrid), 2) Universidad Complutense de Madrid, 3) Nefrología, Hospital de la Princesa (Madrid), 4) Facultad de Ciencias Farmacéuticas y de la Salud, Universidad San Pablo CEU (Madrid), 5) Avericum (Las Palmas de Gran Canaria).
- 85 (P)** pg 175
Implementación de un modelo estructurado de toma de decisiones compartida en una unidad de enfermedad renal crónica avanzada (ERCA): una experiencia organizativa.
 Gloria del Peso¹, Marta Ossorio¹, Helena Garcia-Llana², Ana Castillo¹, Yanieli Hernández¹, Lina León-Machado¹, Afroditi Konstantouli¹, Alberto Alonso¹
 1) Hospital Universitario La Paz, 2) Universidad Cardenal Cisneros (Madrid).
- 86 (P)** pg 176
Comprendiendo la trayectoria del paciente con enfermedad renal crónica: identificando brechas y oportunidades para una atención integrada
 María Marques Vidas¹, Elena Corchete Prats², Judith Martins Muñoz³, Jesús Sánchez Villanueva⁴, Pilar Martínez Rubio⁵, Beatriz Gil-Casares⁶, Eduardo Gutiérrez Martínez⁷, Alberto Ortiz Arduán⁸
 1) Hospital Universitario Puerta de Hierro, 2) Hospital Universitario Infanta Leonor, 3) Hospital Universitario de Getafe, 4) Hospital Universitario La Paz, 5) Centro de Diálisis Madrid El Pilar, 6) Hospital Universitario del Sureste, 7) Hospital Universitario 12 de Octubre, 8) Fundación Jiménez Díaz.

87 (P) pg 177**Urea oral en el tratamiento ambulatorio a largo plazo del SIADH crónico: experiencia con 36 meses de seguimiento**

Sara Aldana Barceló¹, Yesika Amezcua Orjuela¹, Carmen Bollain Carbonell¹, Gabriel Ledesma Sánchez¹, Gilda Carreño Cornejo¹, Verónica Mercado Valdivia¹, Raquel Díaz Mancebo¹, Antonio Cirugeda García¹

1) Hospital Infanta Sofía.

88 (P) pg 179**Síndrome de hipofiltración glomerular selectivo en los pacientes cardiorrenales**

May Ej-jennane¹, Leihu Hong¹, Laura Salanova Villanueva¹, Jorge Vázquez López-Ibor¹, María Auxiliadora Bajo Rubio¹, Borja Quiroga Gili¹

1) Hospital Universitario de la Princesa.

89 (P) pg 180

Características Clínicas y Pronóstico Renal en Pacientes con Amiloidosis AL

Gilda Carreño Cornejo¹, Gabriel Ledesma Sánchez¹, Raquel Díaz Mancebo¹, Yessika Amezcua Orjuela¹, Verónica Mercado Valdivia¹, Sara Aldana Barceló¹, Loreto Mariscal De Gante¹, Carmen Bollain Carbonell¹, Paula Aporta Franco¹, Antonio Cirugeda García¹

1) Hospital Universitario Infanta Sofía.

90 (P) pg 181**Finerenona en la vida real: indicación, barreras y trayectoria**

María Marques Vidas¹, Paula Sánchez Briales¹, Andrea Alonso Martinelli¹, José Portolés Pérez¹

1) Hospital Universitario Puerta de Hierro.

91 (P) pg 182**Utilidad del VTI-TSVI mediante ecocardiografía en la evaluación hemodinámica de pacientes hipotensos en Nefrología: a propósito de dos casos**

Gabriel Ledesma Sánchez¹, Gilda Carreño Cornejo¹, Sara Aldana Barceló¹, Loreto Mariscal de Gante Sánchez¹, Carmen Bollain Carbonell¹, Paula Aporta Franco¹, Verónica Mercado Valdivia¹, Ángel Gallegos Villalobos¹, Raquel Díaz Mancebo¹, Antonio Cirugeda García¹

1) Servicio de Nefrología. Hospital Universitario Infanta Sofía.

92 (P) pg 183**Consulta nefro-reumatológica en nefritis lúpica: impacto en el diagnóstico y el manejo terapéutico**

Paula Aporta Franco¹, Carmen Bollain Carbonell¹, Yolanda Hernández Hernández¹, María Tatiana Cobo Ibáñez¹, Martina Steiner¹, Gilda Alessandra Carreño Cornejo¹, Gabriel Ledesma Sánchez¹, Sara Aldana Barceló¹, Verónica Ruth Mercado Valdivia¹, Antonio Cirugeda García¹

1) Hospital Universitario Infanta Sofía.

93 (P) pg 185**Importancia de la biopsia renal para el diagnóstico y tratamiento precoz de amiloidosis primaria**

Gilda Carreño Cornejo¹, Gabriel Ledesma Sánchez¹, Raquel Díaz Mancebo¹, Verónica Mercado Valdivia¹, Carmen Bollain Carbonell¹, Yessika Amezcua Orjuela¹, Silvia Caldes Ruisánchez¹, Rocío Echarri Carrillo¹, Ángel Gallegos Villalobos¹, Antonio Cirugeda García¹

1) Hospital Universitario Infanta Sofía.

94 (P) pg 186
Hipernatremia grave y fracaso renal agudo no oligúrico por vómitos. La clave diagnóstica está en la orina.

Verónica Rubio Menéndez¹, Roberto Alcázar Arroyo², Judith Martins Muñoz¹, Carlos Cabezas Reina¹, Esther Ortega Junco¹, Laura Espinel Costoso¹, Alberto De Lorenzo Álvarez¹, Alfonso Cubas Alcaraz¹

1) H. Universitario de Getafe, ²H. Universitario Infanta Leonor.

95 (P) pg 187

Influencia del grupo sanguíneo en la unidad ERCA

Ángel Gallegos Villalobos¹, Mónica García Garrido¹, Beatriz Arriero López¹, Gabriel Ledesma Sánchez¹, Rocío Echarri Carrillo¹, Raquel Díaz Mancebo¹, Gilda Carreño Cornejo¹, Silvia Caldes Ruisánchez¹, Verónica Ruth Mercado Valdivia¹, Antonio Cirugeda García¹

1) Hospital Universitario Infanta Sofía.

96 (P) pg 189

Espectro de la Afectación Renal en la Macroglubulinemia de Waldenström y Otros Trastornos IgM: Revisión de la Literatura y Serie de Casos

Gilda Carreño Cornejo¹, Gabriel Ledesma Sánchez¹, Raquel Díaz Mancebo¹, Yessika Amezcua Orjuela¹, Verónica Mercado Valdivia¹, Sara Aldana Barceló¹, Carmen Bollaín Carbonell¹, Paula Aporta Franco¹, Loreto Mariscal De Gante¹, Antonio Cirugeda García¹

1) Hospital Universitario Infanta Sofía.

97 (P) pg 190

Déficit adquirido de factor X asociado a amiloidosis AL como reto diagnóstico en un síndrome nefrótico severo

Gabriel Ledesma Sánchez¹, Gilda Carreño Cornejo¹, Verónica Mercado Valdivia¹, Sara Aldana Barceló¹, Loreto Mariscal de Gante Sánchez¹, Carmen Bollaín Carbonell¹, Paula Aporta Franco¹, Yessika Amezcua Orjuela¹, Silvia Caldes Ruisánchez¹, Antonio Cirugeda García¹

1) Servicio de Nefrología. Hospital Universitario Infanta Sofía.

98 (P) pg 191

Hiperparatiroidismo asociado a Litio: un desafío diagnóstico a propósito de un caso con hipofosfatemia grave y normocalcemia

Gilda Carreño Cornejo¹, Gabriel Ledesma Sánchez¹, Juan Antonio Palacios Castaño¹, Yessika Amezcua Orjuela¹, Verónica Mercado Valdivia¹, Sara Aldana Barceló¹, Loreto Mariscal De Gante¹, Carmen Bollaín Carbonell¹, Raquel Díaz Mancebo¹, Antonio Cirugeda García¹

1) Hospital Universitario Infanta Sofía.

99 (P) pg 192

Perfil epidemiológico y valor asistencial de una consulta conjunta Nefrología-Reumatología

Carmen Bollaín Carbonell¹, Paula Aporta Franco¹, Yolanda Hernández Hernández¹, María Tatiana Cobo Ibáñez¹, Martina Steiner¹, Verónica Ruth Mercado Valdivia¹, Sara Aldana Barceló¹, Gilda Alessandra Carreño Cornejo¹, Gabriel Ledesma Sánchez¹, Antonio Cirugeda García¹

1) Hospital Universitario Infanta Sofía.

100 (P) pg 194***Perfil de riesgo cardiovascular en enfermedad renal crónica no proteinúrica: comparación entre poliquistosis renal autosómica dominante y otras etiologías***

Rodrigo García Marina¹, Úrsula Verdalles¹, Esther Rubio¹, David Arroyo¹, Andrea J Hernández¹, Mateo Blázquez Ruiz de Loizaga¹, Marta Radillo Guzmán¹, Gema Sánchez Sánchez¹, Jorge A. Torres Ortiz¹, Javier Carbayo¹

1) Hospital General Universitario Gregorio Marañón

101 (P) pg 198***Evolución y Resultados de la e-Consulta en Nefrología: Experiencia en el Hospital Universitario Infanta Sofía (2018-2025)***

Raquel Diaz Mancebo¹, Yesika Amezquita Orjuela¹, Yolanda Hernández Hernández¹, Silvia Caldés Ruisánchez¹, Carmen Bollain Carbonell², Gabriel Ledesma Sánchez¹, Gilda Carreño Cornejo¹, Verónica Mercado Valdivia¹, Ángel Gallegos Villalobos¹, Sara Aldana Barceló¹

1) Hospital Universitario Infanta Sofía. Facultad de Medicina, Salud y Deporte. Universidad Europea de Madrid. 2) Hospital Universitario Infanta Sofía.

TRASPLANTE**102 (O)** pg 201***Impacto multidimensional de una consulta interdisciplinar, centrada en calidad de vida, para pacientes trasplantados renales complejos: análisis de una cohorte prospectiva con control concurrente***

Beatriz Rodríguez Cubillo¹, María Ángeles Moreno de la Higuera¹, Arianne Aiffil¹, Paula Gutiérrez Sanjuan¹, Daniel Parra Corral¹, Rocío Fernández Díaz¹, Francisco Oliveira de la Casa¹, Gemma Hernández¹, Natividad Calvo Romero¹, Isabel Pérez Flores¹, Ana Isabel Sánchez Fructuoso¹

1) Hospital Clínico San Carlos.

103 (O) pg 203***¿Es hora de replantearse la duración de la antibioterapia en el trasplantado renal? Pautas prolongadas podrían no aportar beneficios y aumentar complicaciones. Análisis retrospectivo***

Raquel Jiménez Ortego¹, Beatriz Rodríguez Cubillo¹, Laura López González², Alison Vera², María Ángeles Moreno de la Higuera¹, Alejandro Morales Rosas¹, Romina Poveda Verdezoto¹, Natividad Calvo Romero¹, Isabel Pérez Flores¹, Alberto Delgado-Iribarren García-Campero², Ana Isabel Sánchez Fructuoso¹

1) Hospital Clínico San Carlos, 2) Hospital Clínico San Carlos (Microbiología).

104 (O) pg 205***Bacteriuria asintomática y progresión a infección del tracto urinario en el postrasplante renal, ¿estamos tratando como deberíamos? Análisis retrospectivo***

Raquel Jiménez Ortego¹, Beatriz Rodríguez Cubillo¹, Laura López González², Alison Vera², María Ángeles Moreno de la Higuera¹, Marina Pujol Pujol¹, Arlette Martínez Herrero¹, Natividad Calvo Romero¹, Isabel Pérez Flores¹, Alberto Delgado-Iribarren García-Campero², Ana Isabel Sánchez Fructuoso¹

1) Hospital Clínico San Carlos, 2) Hospital Clínico San Carlos (Microbiología).

105 (Oc) pg 205

Las toxinas urémicas derivadas de la microbiota intestinal impulsan fenotipos clínicos divergentes en receptores de trasplante renal

Isabel Pérez Flores¹, Marina Pujol Pujol², Isabel Ortega Madueño³, Laura Gómez Martínez³,

Arianne Aiffil Meneses², Natividad Calvo Romero², Belén Peix Jiménez², Beatriz Rodríguez Cubillo², M Ángeles Moreno de la Higuera², Ana Sánchez Fructuoso²

1) Servicio de nefrología. Hospital Clínico San Carlos. IDISSC, 2) Servicio de nefrología. Hospital Clínico San Carlos, 3) Servicio análisis clínicos. Hospital Clínico San Carlos.

106 (Oc) pg 207

Necesidades psicosociales no visibles en receptores de trasplante renal: análisis cualitativo de narrativas clínicas en una consulta multidisciplinar

Beatriz Rodríguez Cubillo¹, María Ángeles Moreno de la Higuera¹, Cristina Ríaza Ortiz¹, Paula Gutiérrez Sanjuan¹, Rocío Fernández Díaz¹, Daniel Parra Corral¹, Arianne Aiffil¹, Francisco Oliveira de la Casa¹, Natividad Calvo Romero¹, Ana Isabel Sánchez Fructuoso¹

1) Hospital Clínico San Carlos.

107 (Oc) pg 209

Nutrición postrasplante renal: barreras percibidas y necesidades asistenciales en pacientes y profesionales

Raquel Jiménez Ortega¹, Patricia Mathieu¹, Beatriz Rodríguez Cubillo¹, María Ángeles Moreno de la Higuera¹, Francisco Oliveira de la Casa¹, José Portela², Jaime Pizarroso², Irene Benítez², Natividad Calvo Romero¹, Isabel Pérez Flores¹, Ana Isabel Sánchez Fructuoso¹

1) Hospital Clínico San Carlos, 2) Ingeniería IIT, Universidad Comillas (Madrid).

108 (Oc) pg 211

Impacto del HIF-ESTABILIZADOR en la anemia del postrasplante renal inmediato

Darío Janeiro Marín¹, M.I Galán Fernández¹, Estefanya García Menéndez¹, Mercedes Pérez García¹, M. Rosario Llópez Carratalá¹, Irene García García¹, Jeanette Nora Fernández Cusicanqui¹, Andrea Isabel Alonso Mantellini¹, Helena Trias Reyes¹, José Portolés Pérez¹

1) Hospital Universitario Puerta de Hierro.

109 (Oc) pg 212

Evolución de los pacientes trasplantados renales en el Hospital Universitario La Paz: influencia en los resultados clínicos en función del centro de seguimiento (trasplantador vs referencia)

Patricia Domínguez Apiñaniz¹, Gabriel Ledesma Sánchez², Antonio de Santos Wilhelmi³, Ana Mendoza Cedeño⁴, María Maldonado Martín⁵, Elena Bravo García⁴, Javier Azores Moreno⁴, Elena González García⁴, María López Oliva⁴, Carlos Jiménez Martín⁴

1) Hospital Universitario del Henares, ²Hospital Universitario Infanta Sofía, ³Hospital Universitario La Princesa, ⁴Hospital Universitario La Paz. IdiPAZ, ⁵Hospital Universitario Príncipe de Asturias.

110 (P) pg 214

Diferencias por sexo en la estimación de proteinuria a partir del cociente proteína/creatinina en muestra aislada de orina en una cohorte de trasplantados renales. Beneficio del ajuste según estimación de la excreción de creatinina.

Gabriel Ledesma Sánchez¹, Gilda Carreño Cornejo¹, Verónica Mercado Valdivia¹, Sara Aldana Barceló¹, Ángel Gallegos Villalobos¹, Loreto Mariscal de Gante Sánchez¹, Carmen Bollain Carbonell¹, Paula Aporta Franco¹, Antonio Cirugeda García¹, Raquel Díaz Mancebo¹

1) Servicio de Nefrología. Hospital Universitario Infanta Sofía.

111 (P) pg 215***Tuberculosis en pacientes trasplantados renales: el reto de conservar el injerto***

Alejandro Morales Rosas¹, Natividad Calvo Romero¹, Marina Pujol Pujol¹, Raquel Jiménez Ortego¹, Julia Ortuño Cabello¹, Isabel Pérez Flores¹, Arianne Aiffil Meneses¹, Beatriz Rodríguez Cubillo¹, M. Ángeles Moreno de la Higuera¹, Ana I. Sánchez Fructuoso¹

1) Hospital Clínico San Carlos.

112 (P) pg 216***Complejidad clínica y patrones de respuesta en trasplante renal a una consulta centrada en calidad de vida: perfiles NECPAL y secuencia del impacto del alivio sintomático***

Beatriz Rodríguez Cubillo¹, María Ángeles Moreno de la Higuera¹, Paula Gutiérrez Sanjuan¹, María del Rosario Pino¹, Arianne Aiffil¹, Gemma Hernández¹, Rocío Fernández Díaz¹, Diana Gimeno¹, Alejandro Morales¹, Marina Pujol Pujol¹, Isabel Pérez Flores¹, Natividad Calvo Romero¹, Ana Isabel Sánchez Fructuoso¹

1) Hospital Clínico San Carlos.

113 (P) pg 218***Respuesta a daratumumab en los cambios mediados por Anticuerpos y glomerulonefritis recurrentes en el trasplante renal***

Rodrigo García Marina¹, Nicolás Macías¹, Adriana Acosta¹, Miryam Elena Polo Cánovas², Arturo Bascañana¹, María Luisa Rodríguez Ferrero¹, Nohemi Carolina Rentería González³, Beatriz Pérez Peláez¹, Diego Parra¹, Andrea J Hernández¹

1) Hospital General Universitario Gregorio Marañón, 2) Hospital Infanta Leonor, 3) Complejo Hospitalario Universitario Ourense.

114 (P) pg 220***Cambios funcionales de la microbiota intestinal en receptores de trasplante renal con síntomas gastrointestinales. Papel de las bacterias productoras de butirato***

Isabel Pérez Flores¹, Marina Pujol Pujol¹, M. Dulce nombre Gómez Garre², Javier Gutiérrez Corral², Adriana Ortega Hernández², Natividad Calvo Romero¹, Arianne Aiffil Meneses¹, Belén Peix Jiménez¹, Beatriz Rodríguez Cubillo¹, M. Ángeles Moreno de la Higuera¹, Ana Sánchez Fructuoso¹

1) Servicio de nefrología. Hospital Clínico San Carlos, 2) Unidad de microbiota. Fundación Investigación Biomédica Hospital Clínico San Carlos.

115 (P) pg 221***Viremia por citomegalovirus y función renal en receptores de trasplante renal durante 2025***

Reiny Verastegui Albites¹, Grace Villacreces Jurado¹, Raquel Moreno García¹, Miriam Domínguez Tejedor¹, Sandra Elías Treviño¹, Sara Jiménez Álvaro¹, María Vallejo García¹, Víctor Burguera Vion¹, Milagros Fernández Licas¹, Cristina Galeano Álvarez¹

1) Hospital Ramón y Cajal.

116 (P) pg 222***Plasmaféresis e inmunoadsorción en trasplante renal: estudio comparativo de eficacia y seguridad***

María Soriano Guillén¹, Ana Kerguelen Fuentes¹, Irene Vázquez Raso¹, Ruth Martínez Galindo¹, Rafael Alejos Ortega¹, Javier Azores Moreno¹, María López Oliva¹, Elena González García¹, Carlos Jiménez Martín¹

1) Hospital Universitario La Paz.

117 (P) pg 223***Quiloperitoneo inducido por calcioantagonistas en trasplante renal: una causa excepcional fuera del ámbito de la diálisis peritoneal***

Gabriel Ledesma Sánchez¹, Gilda Carreño Cornejo¹, Verónica Mercado Valdivia¹, Sara Aldana Barceló¹, Loreto Mariscal de Gante Sánchez¹, Carmen Bollain Carbonell¹, Paula Aporta Franco¹, Yolanda Hernández Hernández¹, Rocío Echarri Carrillo¹, Antonio Cirugeda García¹

1) Servicio de Nefrología. Hospital Universitario Infanta Sofía.

118 (P) pg 224***Afectación renal tardía por amiloidosis Aa tras trasplante pulmonar en fibrosis quística***

M.I Galán Fernández¹, M. Rosa Melero Martín¹, Darío Janeiro Marín¹, Beatriz Sánchez Sobrino¹, Jeanette Nora Fernández Cusicanqui¹, María De Valdenebro Recio¹, Mercedes Pérez García¹, María Marques Vidas¹, José Portolés Pérez¹

1) Hospital Universitario Puerta de Hierro.

119 (P) pg 225***Desafíos en la revascularización de un bloque pediátrico: disección arterial refractaria a terapia endovascular tratada con un bypass protésico a aorta infrarrenal***

Raquel Jiménez Ortega¹, Beatriz Rodríguez Cubillo¹, Celia Ortega Rueda², Isaac Martínez López², Marco Ciappara Paniagua³, María Ángeles Moreno de la Higuera¹, Natividad Calvo Romero¹, Isabel Pérez Flores¹, Ana Isabel Sánchez Fructuoso¹

1) Hospital Clínico San Carlos, 2) Hospital Clínico San Carlos (Cirugía Vascular), 3) Hospital Clínico San Carlos (Urología).

120 (P) pg 227***Trasplante pulmonar y síndrome hemolítico urémico***

Irene García García¹, Rosa Melero Martín¹, María Valdenebro Recio¹, Darío Janeiro Marín¹, Estefanya García Menéndez¹, Beatriz Sánchez Sobrino¹, Jeanette Fernández Cusicanqui¹, Eduardo Martínez Morales¹, Claudia Martín Rodríguez¹, José María Portolés Pérez¹

1) Hospital Puerta de Hierro.

INVESTIGACIÓN**121 (O)** pg 230***Vicadrostal con y sin empagliflozina reduce la albuminuria en todas las clases de riesgo KDIGO en la enfermedad renal crónica***

María Marín¹, Katherine R Tuttle², Sibylle Hauske³, Lisa Cronin⁴, Juliane Meyerhoff³, Bo Ji⁴, Dick de Zeeuw⁵, Peter Rossing⁶

1) Medical Affairs, Boehringer Ingelheim (Sant Cugat del Valles/España), 2) Providence Inland Northwest Health (Spokane/USA), 3) Boehringer Ingelheim International (Ingelheim/Germany), 4)Boehringer Ingelheim Pharmaceuticals, Ridgefield (Ridgefield/USA), 5) University Medical Centre Groningen (Groningen/Netherlands), 6) Steno Diabetes Center Copenhagen (Copenhagen/Denmark)

122 (O) pg 231***La inflamación subclínica del donante condiciona la funcionalidad del injerto a los seis meses del trasplante. Estudio multicéntrico prospectivo en biopsia líquida***

Rocío Ruiz-Jimenez¹, Ariadna Martin-Blazquez¹, Emilio Rodrigo Calabia², María José Ortega Fernandez-Reyes², María Luisa Fernandez-Gutierrez³, Ana Ramos³, Marina Pérez Redondo⁴, Rosana Gelpi⁵, Angela Casas⁵, Armando Coca⁶, Elena Bustamante⁶, Marta Martin-Lorenzo¹, Gloria Alvarez-Llamas¹

1) Instituto de Investigación Sanitaria Fundación Jiménez Díaz (IIS-FJD, UAM), 2) Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, 3) Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, 4) Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, 5) Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, 6) Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

123 (O) pg 232***Inhibición de la senescencia celular en un modelo preclínico de glomeruloesclerosis focal y segmentaria***

Antonio Battaglia-Vieni¹, Cristina Garcia-Caballero¹, Auxiliadora Bajo², Sandra Rayego-Mateos³, Marta Ruiz-Ortega¹

1) Laboratorio de Biología Celular en Enfermedades Renales. FJD, UAM. RICOR 2040 (Madrid), 2) Inflamación e Inmunopatología de Órganos y sistemas. Hospital Universitario la Princesa (Madrid), 3) Laboratorio de Biología Celular en Enfermedades Renales. FJD, UAM. GLOMED (Madrid)

124 (Oc) pg 233***JQ1 reduce el daño glomerular en un modelo de glomeruloesclerosis focal y segmentaria***

Cristina García-Caballero¹, Antonio Battaglia¹, Nerea Méndez-Barbero², Elena Flores Salguero³, Beatriz Suarez Álvarez⁴, Anna Sola⁵, Auxiliadora Bajo⁶, Alberto Ortiz⁷, Marta Ruiz-Ortega¹, Sandra Rayego-Mateos⁸

1) Biología Molecular y Celular en Patología Renal y Vascular, IIS-FJD, UAM. Ricors2040, Instituto de Salud Carlos III (Madrid), 2) Laboratorio de Investigación Vascular, IIS-FJD (Madrid) CIBERCV, ISCIII (Madrid), 3) Biología Molecular y Celular en Patología Renal y Vascular, IIS-FJD, UAM. Grupo de medicina glomerular y terapéutica (GLOMED) (Madrid), 4) Inmunología Traslacional, Instituto de Investigación Sanitaria del Principado de Asturias (ISPA). Ricors2040, Instituto de Salud Carlos III (Oviedo), 5) Departamento de Nefrología y Trasplante, Institut d'Investigació Biomèdica de Bellvitge (IDIBELL), Hospitalet de Llobregat (Barcelona), 6) Inflamación e Inmunopatología de Órganos y Sistemas. Hospital Universitario La Princesa. Ricors2040, Instituto de Salud Carlos III (Madrid), 7) Laboratorio de Nefrología e Hipertensión, IIS-FJD–UAM. Ricors2040, Instituto de Salud Carlos III (Madrid), 8) Biología Molecular y Celular en Patología Renal y Vascular, IIS-FJD, UAM. Grupo de medicina glomerular y terapéutica (GLOMED). (Madrid)

125 (Oc) pg 235***Alteraciones del glicocalix endotelial y de las moléculas de adhesión en la enfermedad renal crónica: implicaciones en el riesgo cardiovascular***

Gemma Valera Arévalo¹, María del Mar Rodríguez San Pedro¹, María Gabriela Ortiz Díaz², Natalia Guerra Pérez¹, Jara Caro Espada³, Claudia Yuste Lozano³, Rafael Ramírez Chamond⁴, Matilde Alique Aguilar⁴, Enrique Morales Ruiz³, Julia Carracedo Añón¹

1) Departamento de Genética, Fisiología and Microbiología, Facultad de Ciencias biológicas, Universidad Complutense de Madrid/Imas12/IRYCIS, 2) Departamento de Genética, Fisiología and Microbiología, Facultad de Ciencias biológicas, Universidad Complutense de Madrid, 3) Departamento de nefrología, Hospital Universitario 12 de Octubre/Imas12/IRYCIS, 4) Departamento de Biología de sistemas, Universidad de Alcalá.

126 (Oc) pg 236***Impacto de variantes genéticas relacionadas con la obesidad en el perfil inflamatorio de pacientes con ERC***

María del Mar Rodríguez San Pedro¹, María Gabriela Ortiz Díaz², Gemma Valera Arévalo², Ana María Alaminos Torres³, María Dolores Marrodán Serrano³, Jara Caro Espada⁴, Enrique Morales Ruiz⁴, Natalia Guerra Pérez⁵, Julia Carracedo Añón⁵

1) Departamento de Genética, Fisiología y Microbiología, Facultad de Ciencias Biológicas, UCM. imas 12 (Madrid), 2) Departamento de Genética, Fisiología y Microbiología, Facultad de Ciencias Biológicas, UCM. imas12 (Madrid), 3) Grupo EPINUT, UCM. Departamento de Biodiversidad, Ecología y Evolución. Unidad de Antropología Física. Facultad de Ciencias Biológicas, UCM (Madrid), 4) Departamento de Nefrología del Hospital Universitario 12 de Octubre. imas12. RICORS2040-Renal Networking, ISCIII, (Madrid), 5) Departamento de Genética, Fisiología y Microbiología, Facultad de Ciencias Biológicas, UCM. imas12. RICORS2040-Renal Networking, ISCIII (Madrid).

11º PREMIO DE CASOS CLÍNICOS PARA ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE MADRID – Casos premiados**127 (C)** pg 240***Cuando el escudo se vuelve espada. Nuevos horizontes terapéuticos en glomerulopatías inmunomediadas***

Andrés Xabier Cancela Fernández¹ y Antonio Cuesta Repice¹

1) Estudiantes de 6º curso de Medicina. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Universidad de Alcalá.

128 (C) pg 247***Debut de lupus eritematoso sistémico en el embarazo***

Ana Jiménez del Peso¹ y Cristina Vega Cabrera²

1) Estudiante de 4º curso. Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid, 2) Tutor, facultativo especialista de nefrología. Hospital Universitario la Paz. Madrid.

129 (C) pg 255***¿Infección o emergencia inmunológica? Mimetismo clínico en el debut de una vasculitis anca-pr3***

Paula Martín González¹

1) Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid.

130 (C) pg 261***Hiponatremia grave en paciente oncológica: cuando el siadh no es lo que parece***

María de la Candelaria Cuberta González¹, David Guerra Ortega¹, Álvaro Herrero Mejías¹ y Paloma Ruiz López-Alvarado²

1) Autores. Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid.

2) Tutora. Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid.



Diálisis

26

HDF incremental con dos sesiones semanales vs HDF convencional en pacientes incidentes en diálisis: ensayo clínico aleatorizado.

Milagros Fernández Lucas¹, Alfonso Muriel², Nuria Rodríguez Mendiola¹, José Luis Merino³, Martha E. Díaz Domínguez¹, Gloria Ruiz Roso¹, Rafael Sánchez⁴, Hanane Bouarich⁵, Virginia López de la Manzanara⁶, Javier Zamora²

1) Nefrología, H. Universitario Ramón y Cajal, 2) Bioestadística, H. Universitario Ramón y Cajal, 3) Nefrología, H. Universitario del Henares, 4) Nefrología, H. Universitario La Paz, 5) H. Universitario Príncipe de Asturias, 6) Nefrología, Hospital Clínico San Carlos.



Introducción

Este estudio presenta el primer ensayo clínico aleatorizado (ECA) que compara la hemodiafiltración incremental (HDFi), iniciada con dos sesiones semanales, frente a la hemodiafiltración convencional tres veces por semana (HDFc) en pacientes incidentes en diálisis con función renal residual (FRR) preservada, definida como un aclaramiento de urea renal (KrU) 2,5 ml/min.

Métodos

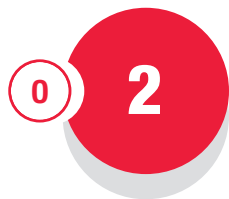
Ensayo clínico multicéntrico, randomizado y abierto, en el que 150 pacientes fueron aleatorizados 1:1 a HDFi (n = 77) o HDFc (n = 73), independientemente de la carga de comorbilidad. El objetivo primario fue el descenso de la tasa de filtrado glomerular (TFG) durante 12 meses. Los objetivos secundarios incluyeron cambios en la FRR (medida mediante diuresis de 24 horas, KrU y aclaramiento de creatinina [KrCr]), incidencia de anuria, ingresos hospitalarios, mortalidad, calidad de vida (evaluada mediante el cuestionario Kidney Disease Quality of Life³⁶) y número total de sesiones de HDF.

Resultados

No se observaron diferencias significativas entre ambos grupos en el descenso de la TFG, en los parámetros de FRR ni en los resultados clínicos, incluyendo hospitalizaciones, mortalidad o desarrollo de anuria (5 casos en HDFi frente a 4 en HDFc). A los 6 meses, el grupo HDFi mostró una significativa mejoría en la calidad de vida, especialmente en los dominios relacionados con la carga de la enfermedad renal. Quince pacientes del grupo HDFi transicionaron a HDF-c tras una media de 193 días, (SD: 83.66), rango: 33– 327 días. El grupo HDFi recibió un número significativamente menor de sesiones anuales de diálisis (69,1 frente a 122,6).

Conclusiones

La hemodiafiltración incremental es una estrategia segura y eficaz en pacientes con FRR preservada, con resultados clínicos comparables a los de los esquemas convencionales, beneficios en la calidad de vida y un ahorro sustancial de recursos.



Implementación y características de hemodiálisis domiciliaria asistida en España: resultados de una encuesta nacional

Estefanya García-Menéndez¹, José Portolés Pérez¹, María Auxiliadora Bajo Rubio², Alejandro Pérez Alba³, Jesús Calviño Varela⁴, María José Espigares Huete⁵, Pablo Molina Vila⁶, María Quero Ramos⁷, María Fernanda Slon Roblero⁸

1) Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, 2) Nefrología, Hospital Universitario La Princesa (Madrid), 3) Hospital General Universitario de Castellón, 4) Hospital Universitario Lucus Augusti (Lugo), 5) Hospital Universitario Virgen de Las Nieves (Granada), 6) Hospital Universitari i Politècnic La Fe (Valencia), 7) Hospital Universitario Bellvitge (Hospitalet de Llobregat), 8) Complejo Hospitalario de Navarra (Pamplona).

Introducción

La hemodiálisis domiciliaria (HDD) asistida constituye una estrategia emergente para ampliar el acceso a las terapias domiciliarias en pacientes con enfermedad renal crónica que presentan limitaciones funcionales o dificultades para realizar la técnica de forma autónoma. Sin embargo, existe escasa información sobre su implantación real en España y sobre el perfil de los cuidadores implicados.

Métodos

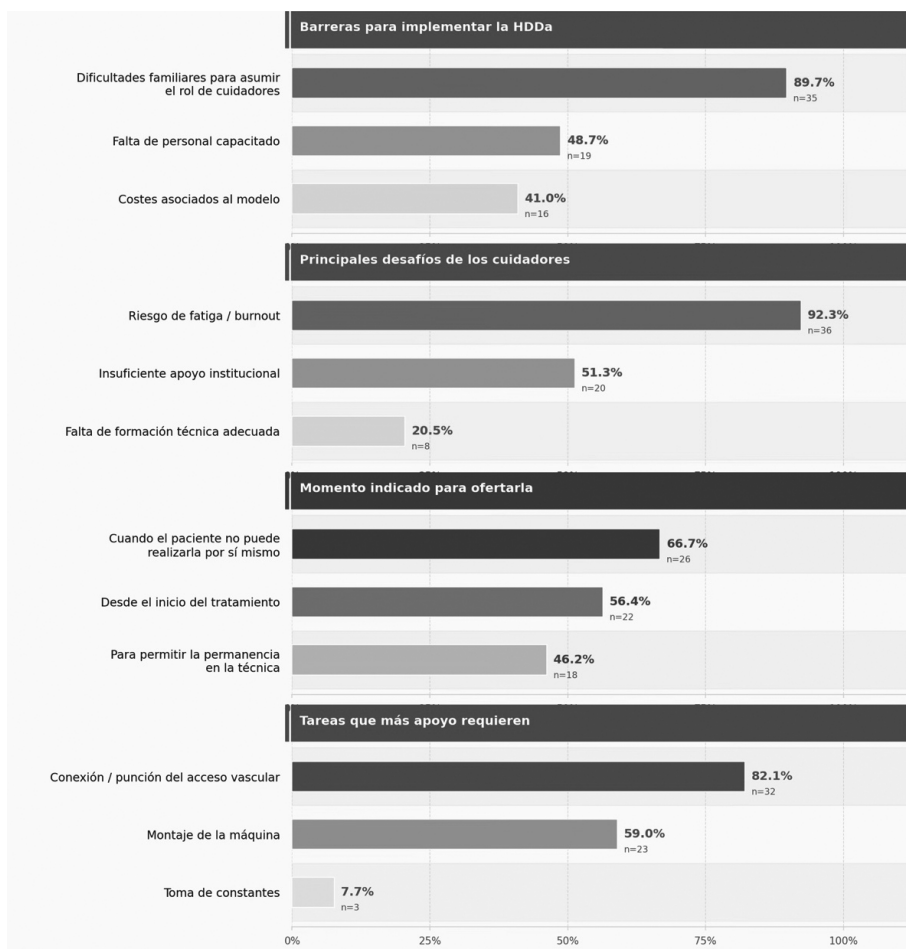
Se realizó una encuesta nacional, estructurada y anónima, promovida por el Grupo de Trabajo Apoyo y promoción de la Hemodiálisis domiciliaria en España de la Sociedad Española de Nefrología, dirigida a todas las unidades de hemodiálisis domiciliaria en España. El cuestionario, compuesto por 30 preguntas en seis secciones temáticas, fue respondido por un único profesional por centro y abordó aspectos organizativos, características de los pacientes en HDD asistida, perfil y carga del cuidador, recursos disponibles, ventajas percibidas y barreras para la implementación de programas estructurados de HDD asistida.

Resultados

Participaron 39 centros de 14 comunidades autónomas, mayoritariamente hospitales públicos. Se reportaron 311 pacientes prevalentes en hemodiálisis domiciliaria, de los cuales el 26% recibían HDD asistida. Más del 30% de estos pacientes eran mayores de 70 años y el acceso vascular predominante fue el catéter. Las principales indicaciones para HDD asistida fueron movilidad reducida, miedo a realizar la técnica de forma autónoma y deterioro cognitivo. El perfil del cuidador fue mayoritariamente femenino y familiar, con escasa presencia de cuidadores contratados y limitada evaluación sistemática de su sobrecarga. Fig1.

Conclusiones

La HDD asistida permite ampliar el acceso a la HDD en una población envejecida, frágil y con limitaciones funcionales, pero su desarrollo en España es heterogéneo y depende en gran medida del soporte informal del cuidador. Resulta necesario avanzar hacia modelos estructurados de HDD asistida que incluyan financiación, recursos humanos y apoyo formal al cuidador para garantizar una implantación equitativa, segura y sostenible.





Evaluación del Gasto energético en reposo mediante calorimetría indirecta en pacientes sometidos a hemodiálisis hospitalaria, diálisis peritoneal y hemodiálisis domiciliaria

Ana Cristina Mendoza Cedeño¹, Almudena Pérez Torres¹, Irene Vázquez Raso², Lina León Machado², Rafael Sánchez Villanueva², Laura Álvarez García², Gloria del Peso Gilsanz², Marta Ossorio González², Yanieli Hernández Perdomo², Gema Fernández Juárez²

1) IdiPAZ. Hospital Universitario La Paz, 2) Hospital Universitario La Paz.

Introducción

El gasto energético en reposo (GER) y el coeficiente respiratorio (QR) son parámetros fundamentales en la valoración del metabolismo energético en pacientes en diálisis. Existen datos limitados sobre las diferencias metabólicas entre modalidades de tratamiento renal sustitutivo. El objetivo fue evaluar el GER y el QR mediante calorimetría indirecta en pacientes sometidos a hemodiálisis hospitalaria, diálisis peritoneal y hemodiálisis domiciliaria.

Material y métodos

Estudio observacional transversal que incluyó 71 pacientes: hemodiálisis hospitalaria (n=44), diálisis peritoneal (n=17) y hemodiálisis domiciliaria (n=10). Edad media $64,6 \pm 15,8$ años e IMC medio $25,8 \pm 6,6$ kg/m². Se midieron GER y QR mediante calorimetría indirecta. El GER medio global fue 1493 ± 356 kcal/día y el QR medio $0,78 \pm 0,07$. La albúmina media fue $4,0 \pm 0,4$ g/dL y la prealbúmina $29,2 \pm 7,2$ mg/dL. La proteína C reactiva (PCR) se expresó como mediana (RIC): $3,4$ mg/L (1–9,3).

Las comparaciones se realizaron mediante ANOVA o Kruskal-Wallis según la distribución. Se aplicaron modelos multivariantes (ANCOVA) ajustando por IMC, albúmina y PCR log-transformada.

Resultados

El GER mostró diferencias entre grupos ($p=0,032$), con valores más elevados en hemodiálisis hospitalaria (1555 ± 388 kcal/día) frente a diálisis peritoneal (1297 ± 239 kcal/día), sin diferencias frente a hemodiálisis domiciliaria (1551 ± 269 kcal/día). Tras ajuste, la diferencia entre hemodiálisis hospitalaria y diálisis peritoneal se mantuvo (327 kcal; $p=0,001$). El QR fue mayor en hemodiálisis hospitalaria ($0,81 \pm 0,06$) frente a diálisis peritoneal ($0,74 \pm 0,04$) y hemodiálisis domiciliaria ($0,71 \pm 0,04$) ($p<0,001$). En el análisis ajustado, el tipo de diálisis se mantuvo como determinante independiente ($p<0,001$; ² parcial=0,315), sin influencia significativa de las covariables.

No se observaron diferencias en IMC, prealbúmina ni PCR entre grupos, mientras que la albúmina fue mayor en hemodiálisis domiciliaria.

Conclusiones

La hemodiálisis hospitalaria se asocia a un mayor GER y a un QR más elevado, reflejando una mayor utilización de hidratos de carbono, en comparación con la diálisis peritoneal y la hemodiálisis domiciliaria. Estas diferencias son independientes del estado nutricional y de la inflamación. Posibles mecanismos incluyen el carácter intermitente de la hemodiálisis hospitalaria, con cambios bruscos de volumen y solutos, mayor activación simpática y respuesta inflamatoria. Por el contrario, las modalidades domiciliarias presentan un perfil metabólico más estable.



Estos hallazgos sugieren que las necesidades energéticas y el perfil metabólico difieren según la modalidad de diálisis, lo que podría tener implicaciones en la individualización del soporte nutricional. La mayor demanda energética y el predominio glucolítico observados en la hemodiálisis hospitalaria justificarían estrategias nutricionales específicas y seguimiento más estrecho del estado metabólico en estos pacientes.



Diálisis peritoneal incremental, una estrategia válida: experiencia de 10 años en un centro

Lina León-Machado¹, Yanieli Hernandez-Perdomo¹, Afroditi Konstantouli¹, Marta Ossorio-Gonzalez¹, Gloria Del Peso-Gilsanz¹

1) Hospital La Paz.

Introducción

La diálisis peritoneal incremental (DPI) es una práctica de inicio de DP a dosis bajas en pacientes con función renal residual (FRR). Se ha relacionado con preservación de FRR, mejoría de calidad de vida del paciente, menor mortalidad y disminución del coste sanitario. Nuestro objetivo es evaluar sus beneficios en nuestro centro.

Pacientes y Métodos

Estudio unicéntrico observacional que compara pacientes incidentes en DPI y pacientes con DP estándar (DPe) entre enero/2014-diciembre/2025. Se excluyeron pacientes con síndrome cardiorrenal. Se define DPI como la pauta de 1-2 intercambios/día en DP manual (DPCA) o DP automatizada (DPA) con día seco.

Resultados

Incluimos 134 pacientes (67 pacientes/grupo, emparejados por edad, DM e índice de Charlson), con $60,7 \pm 13,2$ años.

Las causas más frecuentes de ERC fueron: glomerular (27,6%) y PQR (25,4%).

El inicio en DPCA fue más frecuente en el grupo DPI que en DPe (95,5% vs 77,6%, $p=0,004$). Las soluciones de diálisis utilizadas en los dos grupos fueron biocompatibles, en DPI se usó solución de glucosa en el 65,6%, de icodextrina en el 32,8% y de ambas en el 1,5%.

La mediana de seguimiento del grupo de DPI fue 28,5 meses [RIQ 8,3-48,5] y del grupo de DPe de 47,5 meses [RIQ 28,9-73].

La diuresis residual y el FGe al inicio fueron mayores en el grupo DPI (2206 ± 722 vs 1821 ± 703 ml, $p=0,007$; $9,4 \pm 1$ vs $8,6 \pm 1,1$ ml/min, $p<0,001$, respectivamente). Durante el seguimiento, el grupo DPI preservó mejor la diuresis (2695 ± 1174 vs 1534 ± 868 ml, $p=0,005$ a los 24 meses) y la FRR ($8,4 \pm 4,3$ vs $3,4 \pm 1,92$ ml/min, $p=0,013$, a los 36 meses), sin diferencias significativas en el Kt/V total. El D/P creatinina basal era menor en el grupo DPI ($0,66 \pm 0,1$ vs $0,73 \pm 0,08$, $p<0,001$), manteniéndose estable en ambos grupos.

El 67% de pacientes pasó a DPe (93,3% por infradiálisis, 6,7% por sobrecarga de volumen) tras una mediana de 16 meses (RIQ 6,2-38]. El grupo DPI tuvo menos ingresos (4,5% vs 20,9%, $p=0,004$), sin diferencias en los causados por sobrecarga de volumen. No hubo diferencias en la tasa de peritonitis/paciente/año. La mortalidad fue del 0% en DPI frente al 7,5% en DPe, principalmente de causa infecciosa, tras una mediana de seguimiento de 32 meses [RIQ 20-75] en este último grupo.

Conclusiones

La DPI es una práctica segura, que preserva mejor la función renal residual a mediano plazo y sin mayor tasa de complicaciones.

Experiencia de una Unidad Cardiorrenal multidisciplinar en un hospital terciario: ¿Qué hemos aprendido?

Afroditi Konstantouli¹, Ana Torremocha¹, Marta Ossorio¹, Inés Ponz¹, Yanieli Hernández¹, Alberto Alonso¹, Lina LeónMachado¹, Gloria del Peso¹

1) Hospital Universitario La Paz.

5

0

Introducción

Los pacientes con enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) e insuficiencia cardiaca (IC) presentan alta comorbilidad y frecuentes hospitalizaciones por descompensación cardiaca o fracaso renal agudo (FRA), lo que dificulta la optimización terapéutica y la planificación de terapia renal sustitutiva (TRS). Una unidad cardiorrenal (UCR), basada en la colaboración entre Nefrología, Cardiología y Cuidados Paliativos, puede mejorar el manejo clínico y la toma de decisiones compartidas. El objetivo es evaluar la experiencia de nuestra UCR desde su implantación.

Métodos

Estudio observacional retrospectivo de pacientes atendidos en una UCR entre noviembre de 2022 y marzo de 2026. Se recogieron características basales, datos analíticos, hospitalizaciones por IC y/o FRA, cambios terapéuticos y planificación de cuidados (tratamiento conservador o TRS).

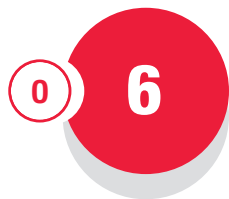
Resultados

Se incluyeron 97 pacientes (edad media 74,9±9,9 años; 72,2% varones; 19,6% diabéticos). El 60% presentaba fracción de eyección reducida (FEVI <50%), con media de 45,5±15,5%. La etiología predominante de miocardiopatía fue isquémica (46,15%) y la nefropatía más frecuente fue de origen cardiorrenal (32,5%). Se realizaron 174 visitas y 31 comités multidisciplinarios, el 51% para valoración de trasplante. La mitad de los pacientes procedía de la Unidad de IC. Veintiún pacientes ya estaban en TRS (10 diálisis peritoneal, 9 hemodiálisis, 2 trasplante), siendo valorados principalmente para inclusión en lista de espera de trasplante (50%) y optimización terapéutica (41,7%). En 70 pacientes seguidos en consulta, los ingresos por IC se redujeron significativamente (1,28±1,4 vs. 0,63±1; p=0,006). El filtrado glomerular disminuyó (25,3±9,4 a 20,2±1,8 ml/min; p=0,005), con estabilidad del resto de parámetros. La optimización terapéutica incrementó el uso de iSGLT2 (57,1% a 70%), sacubitrilo/valsartán (21,4% a 28,6%) y antialdosterónicos (37,1% a 41,4%) (p<0,001). En pacientes con FEVI reducida, aumentó el uso de terapia cuádruple (p=0,002).

Se planificó TRS en 38 pacientes (FG medio 21,5±9 ml/min; 54% <20 ml/min): 11 orientados a diálisis peritoneal, 5 a hemodiálisis y 16 a tratamiento conservador. Seis iniciaron diálisis y dos fallecieron antes de su inicio.

Conclusiones

La UCR mejora la optimización terapéutica, reduce hospitalizaciones por IC y facilita la toma de decisiones sobre TRS y el acceso a lista de trasplante en pacientes con síndrome cardiorrenal complejo.



Del hospital al domicilio: evolución de la elección del tratamiento renal sustitutivo en ERCA en la última década

Marta Ossorio¹, Yanieli Hernández¹, Lina León-Machado¹, Irene Vázquez¹, Afroditi Kounstantouli¹, Gloria Del Peso¹

1) Hospital Universitario La Paz.

Introducción

En la elección del tratamiento renal sustitutivo (TRS) de la enfermedad renal crónica avanzada (ERCA), la toma de decisiones compartidas y el abordaje domiciliario cobran cada vez más relevancia. Nuestro objetivo fue analizar la evolución de esta toma de decisiones y sus factores condicionantes en nuestro centro.

Pacientes y Métodos Estudio observacional retrospectivo de pacientes tratados en la Unidad ERCA del Hospital Universitario La Paz desde enero 2017 a diciembre 2025. Se realizó un análisis global y por periodos (2017-2019, 2020-2021 y 2022-2025).

Resultados

Evalúamos 820 pacientes (60,7% varones, edad media $71,6 \pm 16,7$ años) con seguimiento medio de $19,4 \pm 21,5$ meses. La enfermedad renal diabética fue la causa más frecuente. La opción más elegida fue el manejo conservador (37%) seguido de la diálisis domiciliaria (25,7%) [23,6% diálisis peritoneal (DP) y 2,1% hemodiálisis domiciliaria (HDD)] y hemodiálisis (HD) en centro (25%). Un 8,7% presentaba contraindicación para DP y un 58% para trasplante renal. Un 15,9% falleció durante el seguimiento ERCA. De los pacientes que iniciaron TRS (diálisis o trasplante): 56,3% iniciaron HD en centro, 38,9% diálisis domiciliaria (35,4% DP) y 4,7% se trasplantaron. El análisis por periodos mostró un incremento de la elección de manejo conservador en los últimos años (1º periodo 37,5%, 2º 36,4%, 3º 42,27%). De los pacientes que decidieron iniciar TRS: 37,7% optaron por DP en el 1º periodo, 47,7% en el 2º y 46,4% en el 3º, con disminución sostenida de HD en centro (51,1%, 43,6% y 40,1%). Esta tendencia supuso un aumento progresivo tratamiento con diálisis domiciliaria en los últimos años (tabla 1). Los principales factores asociados a la elección de tratamiento conservador fueron: edad avanzada ($p=0,000$), sexo femenino ($p=0,03$), contraindicación de trasplante ($p=0,000$) y lenta progresión ERCA ($p=0,000$).

Conclusiones

En una población con ERCA cada vez más envejecida, la opción de manejo conservador sin diálisis y de técnicas domiciliarias está aumentando progresivamente. La edad y la situación clínica condicionan de forma determinante la elección del TRS y el pronóstico de los pacientes

Inicio TRS	2017-2019	2020-2021	2022-2025
HD centro	23.4 %	56.4 %	58.6 %
DP	20.8 %	32.7 %	34.6 %
HDD	1.4 %	4.5 %	3 %

Tabla 1. Porcentaje de pacientes que inician TRS por periodos

Concordancia de los criterios GLIM con PEW y estado funcional en pacientes en diálisis peritoneal

M. I Galán Fernández¹, Estefanya García Menéndez¹, Darío Janeiro Marín¹, Jeanette Nora Fernández Cusicanqui¹, M. Rosario Llópez Carratalá¹, Mercedes Pérez García¹, Irene García García¹, Paola Carolina Villegas¹, Camila Samanta Wong Flores¹, José Portolés Pérez¹

1) Hospital Universitario Puerta de Hierro.



Introducción

La desnutrición es una complicación frecuente en los pacientes en diálisis peritoneal (DP) y se asocia a peor evolución. Los criterios Global Leadership Initiative on Malnutrition (GLIM) han sido propuestos como un estándar diagnóstico, aunque su utilidad en DP no está bien establecida. El objetivo fue evaluar la concordancia entre GLIM y la protein-energy wasting (PEW) diagnosticada por criterios modificados en pacientes en DP, así como su relación con la fuerza muscular y la puntuación del Malnutrition Inflammation Score (MIS).

Métodos y resultados

Se realizó un estudio observacional en pacientes prevalentes en DP con al menos 6 meses en técnica. El criterio etiológico GLIM se consideró positivo en todos los pacientes por ERC e inflamación crónica asociada.

La desnutrición según GLIM se definió por la presencia de al menos un criterio fenotípico: IMC bajo ($<20 \text{ kg/m}^2$ <70 años; $<22 \text{ kg/m}^2$ 70 años), pérdida ponderal significativa o masa muscular esquelética apendicular reducida. Se analizó la concordancia de GLIM con PEW y con handgrip disminuido, así como la asociación con MIS.

Se incluyeron 45 pacientes, de los cuales 26 (57,8%) estaban desnutridos según GLIM. La prevalencia de PEW fue del 66,7% y la de handgrip disminuido del 24,4%. La concordancia entre GLIM y PEW fue discreta-moderada ($\kappa=0,344$; $p=0,009$), con una sensibilidad del 70,0% y especificidad del 66,7%. Frente a handgrip bajo, GLIM mostró alta sensibilidad (90,9%) y elevado valor predictivo negativo (94,7%). No se observaron diferencias significativas en la puntuación MIS entre pacientes GLIM positivos y negativos. Sin embargo, los pacientes con dos o más fenotipos GLIM presentaron puntuaciones MIS significativamente más altas que aquellos con menos de dos fenotipos.

Conclusiones

En conclusión, en pacientes en DP, GLIM muestra una concordancia moderada con PEW y una alta sensibilidad para identificar deterioro funcional. La carga fenotípica podría aportar mayor valor clínico que la clasificación dicotómica de GLIM

Estado GLIM	PEW (Neg / Pos)	Handgrip (Norm / Bajo)	MIS (Media $\pm$ DE)	MIS Mediana (RIQ)
Negativo (n=19)	10 / 9	18 / 1	4,68 $\pm$ 2,29	4 (3–5)
Positivo (n=26)	5 / 21	16 / 10	5,00 $\pm$ 3,05	4,5 (3–7)
Valor p	-	-	0,889	-



Adecuación dialítica: papel del tiempo efectivo de diálisis y determinantes organizativos

David Hernan¹, Julia Audije-Gil¹, Mari Luz Sanchez¹, Fabiola Dapena¹, Paula Manso¹, María Dolores Arenas¹

1) Fundación Renal Española.

Introducción

La adecuación dialítica es un indicador clave de calidad en hemodiálisis y se asocia a mejores resultados clínicos. Más allá de la técnica, factores organizativos como el turno o el cumplimiento del tiempo prescrito podrían influir en su consecución. El objetivo fue analizar el impacto del turno de diálisis, la técnica y la adherencia al tiempo prescrito sobre la adecuación dialítica, así como la variabilidad entre centros.

Material y método

Estudio observacional retrospectivo multicéntrico en 1.130 pacientes prevalentes de 16 centros de hemodiálisis durante 3 meses. Se analizaron variables clínicas, analíticas y parámetros de diálisis, incluyendo técnica dialítica, acceso vascular, turno y diferencia entre tiempo prescrito y tiempo real de sesión. Se realizaron análisis comparativos y modelos multivariantes para identificar factores asociados de forma independiente a la adecuación dialítica.

Resultados

La edad media fue de $67,2 \pm 14,8$ años y el 67% eran hombres. El Kt medio fue de $52,0 \pm 7,7$. El tiempo prescrito fue de $224,9 \pm 21,0$ minutos y el tiempo real de $219,6 \pm 21,0$, con una pérdida media de 5,2 minutos.

Los pacientes que recibieron 95% del tiempo de diálisis prescrito alcanzaron mayor Kt ($52,6 \pm 7,3$ vs $47,6 \pm 8,7$; $p < 0,001$), así como mejor volumen de depuración y perfil analítico. La HDF on-line se asoció a mayor Kt frente a hemodiálisis convencional ($53,1 \pm 7,1$ vs $46,1 \pm 8,1$; $p < 0,001$). El acceso mediante fístula o prótesis mostró mejores resultados que el catéter venoso central.

Se observaron diferencias por turno, con mayor Kt en el tercer turno ($p < 0,001$). En el análisis multivariante, el tiempo efectivo de diálisis respecto al prescrito, la técnica HDF, el flujo sanguíneo, el acceso vascular y el turno se asociaron de forma independiente con la adecuación dialítica. La variabilidad en el tiempo real dependió más del centro que del perfil del paciente, evidenciando diferencias organizativas entre unidades.

Conclusiones

La adecuación dialítica no depende solo de la técnica, sino también de factores organizativos. Pequeñas pérdidas de tiempo respecto a la prescripción tienen un impacto significativo en la eficacia. La variabilidad entre turnos y centros sugiere margen de mejora en la organización de la sesión. El control del tiempo efectivo de diálisis emerge como un indicador clave, fácilmente monitorizable y con impacto directo en la calidad asistencial.

Variabilidad longitudinal de la bioimpedancia y del estado nutricional en hemodiálisis: estudio BIO-NUTRI-HD

Antonio Marín Franco¹, Paz Bersano Reyes², Rosa Camacho Juárez²,
Michelle Aguirre Polo², Yoel Ramírez Montoya², Diana Sánchez
Montehermoso², Shaira Martínez Vaquera³

1) Diaverum (Santiago Compostela), ²Diaverum (Madrid), ³Diaverum



Introducción

La desnutrición proteico-energética, la sarcopenia y la sobrehidratación influyen de forma relevante en la morbilidad y mortalidad en hemodiálisis. Aunque la bioimpedancia ha demostrado utilidad clínica, la evidencia es principalmente transversal y existe limitada información sobre su evolución temporal en práctica clínica real. El objetivo fue describir la evolución anual de la composición corporal y del estado nutricional en pacientes en hemodiálisis y explorar sus asociaciones longitudinales.

Material y método

Estudio observacional, retrospectivo y longitudinal en 101 pacientes en hemodiálisis, analizados en cuatro trimestres (T1–T4). Se evaluaron parámetros analíticos (albúmina, nPCR, urea prediálisis), hemodinámicos (presión arterial media [PAM]) y de bioimpedancia (ángulo de fase [PhA], índice de masa muscular esquelética [SMI] y relación ECW/TBW). Se emplearon modelos lineales mixtos para analizar la evolución temporal y las asociaciones longitudinales (urea–nPCR, urea–albúmina, PAM–ECW/TBW), así como el efecto de la modalidad de diálisis.

Resultados

La cohorte presentó una edad media de 61,1±17,5 años; el 61,4% eran varones, el 40,6% diabéticos y el 88,1% estaban en hemodiafiltración. Se observaron cambios significativos con mejoría en T4 respecto a T1 en albúmina, urea y nPCR, junto con un incremento en el ángulo de fase y una tendencia al descenso de ECW/TBW ($p<0,05$). La asociación longitudinal más consistente fue entre urea y nPCR, seguida de urea y albúmina. No se observó asociación significativa entre PAM y ECW/TBW ni entre PhA y albúmina. En modelos ajustados, la hemodiafiltración se asoció con valores más elevados de ángulo de fase en comparación con la hemodiálisis de alto flujo.

Conclusiones

Los parámetros de bioimpedancia y los marcadores nutricionales muestran una variabilidad temporal relevante a lo largo del año en pacientes en hemodiálisis, con una tendencia global a la mejoría en el seguimiento. La monitorización seriada permite una evaluación más precisa del estado hídrico y nutricional, aportando información complementaria para la individualización del tratamiento. Estos hallazgos apoyan el uso de estrategias longitudinales en la interpretación de la bioimpedancia en práctica clínica real.



Ángulo de fase y fósforo sérico en pacientes en hemodiálisis: relación con integridad celular y fragilidad

Paz Bersano Reyes¹, Michelle Aguirre Polo¹, Rosa Camacho Juárez¹, Diana Sánchez Montehermoso¹, Yoel Ramírez Montoya¹, Alexandra Alba Bernal¹, Shaira Martínez Vaquera²

1) Diaverum (Madrid), 2) Diaverum (España)

Introducción

La fragilidad en pacientes en hemodiálisis no depende únicamente de la masa muscular, sino también de la calidad e integridad celular. El ángulo de fase (AF) por bioimpedancia refleja la integridad de membrana, mientras que el fósforo sérico puede actuar como marcador indirecto del estado nutricional y catabólico. El objetivo fue analizar la asociación entre AF, fósforo sérico y masa muscular con la fragilidad en pacientes en hemodiálisis.

Material y método

Estudio observacional transversal en 126 pacientes en hemodiálisis. Se evaluó composición corporal mediante bioimpedancia (índice de masa muscular esquelética [IMME] y ángulo de fase), fragilidad mediante escala de Fried y SARC-F, y niveles de fósforo sérico. Se analizaron correlaciones mediante coeficiente de Spearman y comparaciones según comorbilidades (diabetes mellitus, hipotiroidismo y dislipidemia) utilizando pruebas no paramétricas y ANOVA ($p < 0,05$).

Resultados

Se observaron correlaciones positivas entre el ángulo de fase y el fósforo sérico ($=0,27$; $p=0,003$), así como entre el ángulo de fase y el IMME ($=0,32$; $p < 0,001$). El IMME se correlacionó de forma inversa con la fragilidad ($=0,39$; $p < 0,001$). Los pacientes con diabetes mellitus presentaron mayor vulnerabilidad, con menor IMME (21,43 vs. 23,85; $p=0,02$) y mayor prevalencia de sarcopenia (42% vs. 18%; $p=0,01$). El hipotiroidismo mostró una tendencia a menor integridad celular ($p=0,09$), mientras que la dislipidemia no se asoció con diferencias significativas.

Conclusiones

El ángulo de fase y el fósforo sérico se asocian con parámetros de integridad celular y estado nutricional en pacientes en hemodiálisis, complementando la información aportada por la masa muscular. Estos hallazgos sugieren que ambos parámetros podrían contribuir a una mejor caracterización de la fragilidad más allá de la cuantificación de la masa muscular, especialmente en pacientes con comorbilidades metabólicas como la diabetes mellitus.

Tabla 1: Correlación de Parámetros de Integridad y Funcionalidad

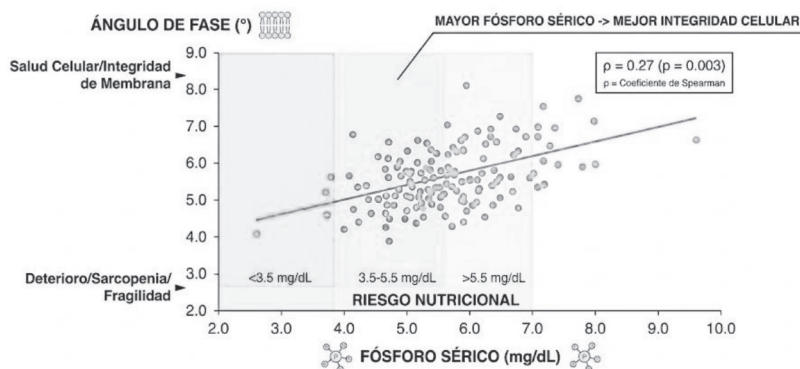
Variable 1	Variable 2	Coeficiente (p)	Valor de p
AF	Fósforo Sérico	0.27	0.003
IMME	AF	0.32	<0.001
IMME	Escala Fried	-0.39	<0.001

Tabla 2. El impacto de la Diabetes Mellitus (DM) en la fragilidad

Condición	Parámetro	Resultado	Valor de p
DM	IMME(media)	21.43 vs 23.85 (no DM)	0.02
DM	Sarcopenia(SARC-F)	>Prevalencia (42% vs 18%)	0.01
Hipotiroidismo	AF	Tendencia a menor capacitancia	0.09
Dislipidemia	Fragilidad	Sin impacto significativo	>0.05

CORRELACIÓN ENTRE FÓSFORO SÉRICO Y ÁNGULO DE FASE: INDICADOR DE INTEGRIDAD CELULAR

Población en Hemodiálisis (n=126)





Determinantes de la sintomatología depresiva en hemodiálisis: papel del estado nutricional y análisis por edad

Paz Bersano Reyes¹, Antonio Marín Franco², Sara Ben El Hadi-Moreno¹, Rosa Camacho Juárez¹, Shaira Martínez Vaquera³

1) Diaverum (Madrid), 2) Diaverum (Santiago Compostela), 3) Diaverum

Introducción

La ansiedad y la depresión son frecuentes en pacientes en hemodiálisis y se asocian a peor pronóstico. El papel del estado nutricional y la composición corporal como determinantes del malestar psicológico es incierto. El objetivo fue analizar su asociación con la sintomatología ansioso-depresiva, incluyendo un análisis estratificado por edad.

Material y método

Estudio observacional transversal en pacientes en hemodiálisis crónica.

Se evaluaron variables clínicas, analíticas y de composición corporal mediante bioimpedancia (ángulo de fase, índice de masa muscular esquelética, porcentaje graso y relación ECW/TBW), así como malnutrición-inflamación (MIS), sarcopenia (SARC-F) y fragilidad (Fried). La sintomatología ansiosa y depresiva se evaluó mediante la escala HADS. Se realizaron análisis descriptivos, comparativos y correlaciones ($p < 0,05$), incluyendo estratificación por edad (< 65 y ≥ 65 años).

Resultados

La prevalencia de ansiedad fue del 20,2% y de depresión del 15,5%.

No se observaron asociaciones significativas entre la mayoría de los parámetros nutricionales, de composición corporal y la presencia de síntomas depresivos. El ángulo de fase mostró baja capacidad discriminativa (AUC 0,559). La depresión se asoció únicamente con mayor tiempo en diálisis ($p = 0,048$). La ansiedad se relacionó con marcadores inflamatorios y parámetros de adecuación dialítica, y mostró un patrón diferencial según la edad, con mayor carga en pacientes menores de 65 años ($p = 0,009$).

Conclusiones

En pacientes en hemodiálisis, la sintomatología depresiva no parece estar determinada principalmente por el estado nutricional ni por la composición corporal.

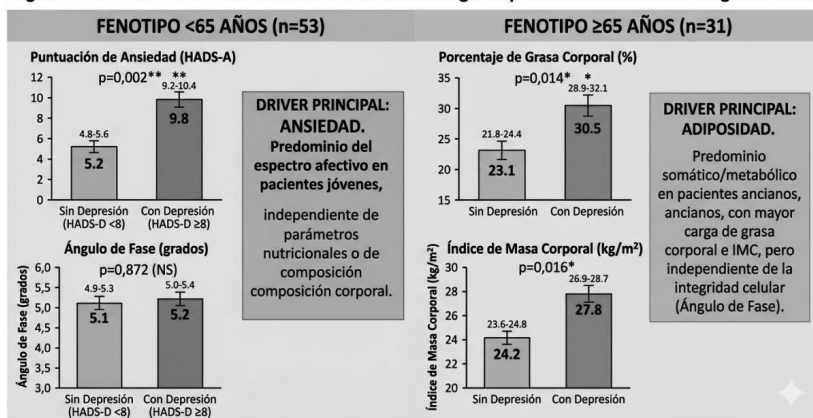
La ansiedad muestra un perfil distinto, asociado a factores clínicos e inflamatorios y con mayor impacto en pacientes jóvenes.

Estos resultados sugieren que el malestar psicológico en hemodiálisis responde a determinantes diferentes según el tipo de síntoma y la edad, lo que refuerza la necesidad de un abordaje multidimensional.

Tabla 1. Comparación de variables clínicas, nutricionales y de composición corporal obtenidas mediante bioimpedancia multifrecuencia entre pacientes en hemodiálisis menores de 65 años con síntomas y sin síntomas depresivos (HADS-D ≥ 8)

Variable	Ausencia de síntomas depresivos (n=45)	Presencia de síntomas depresivos (n=8)	p
Charlson	26,55	26,25	0,959
MIS	21,17	26,29	0,316
SARC-F	22,58	22,07	0,919
Fragilidad	23,22	21,79	0,776
% grasa	23,78	15,71	0,127
Ángulo de fase	22,36	23,21	0,872
Relación AEC	23,08	19,43	0,490
IMME	22,70	21,43	0,810
PCR	25,00	25,00	0,922
Albúmina	24,58	31,14	0,266
Potasio	23,86	35,57	0,049
IMC	27,13	15,50	0,050
Ansiedad HADS	24,22	42,63	0,002

Figura 1. Determinantes Diferenciales de la Sintomatología Depresiva en Hemodiálisis según la Edad



Eficacia y seguridad de elisio 21Hx en HDx con elisio 21h en HDF online

Almudena Vega Martínez¹, María Dolores Sánchez Niño², Jorge Torres¹, Gema Sánchez¹, Eduardo Verde¹, Luis Sánchez¹, Antonia Mijaylova¹, Marian Goicoechea¹

1) Hospital General Universitario Gregorio Marañón, 2) Fundación Jiménez Díaz.

Introducción

El dializador Elisio 21HX (Nipro®) se comercializa en España desde 2021. Existen pocas publicaciones analizando su eficacia.

El objetivo es comparar la eficacia y seguridad de Elisio 21 Hx (Nipro®) en HDx comparado con HDF-OL usando Elisio 21H (Nipro®).

Material y Métodos

Estudio prospectivo, cruzado. Duración 3 meses. Incluimos 20 pacientes (16 varones, 40%DM, 100%HTA) prevalentes anúricos. Se randomizaron 10 a HDx y 10 a HDF-OL durante 4 semanas. Posteriormente cambiaron a la otra terapia otras 4 semanas y las cuatro semanas siguientes volvieron a cambiar a la inicial (10 pacientes: HDx-HDF-OL-HDx; 10 pacientes HDFOL-HDx-HDF-OL).

Al finalizar cada periodo, en el segundo día semanal, se analizaron toxinas de distinto tamaño: urea (60 Da), creatinina (113 Da), fósforo (245 Da), beta2microglobulina (11800 Da), cistatina C (13000 Da), prolactina (23000 Da), GDF15 (30000 Da), YKL40 (40000 Da), alfa1-glicoproteína ácida (41000 Da) y alfa 1-antitripsina (52000 Da). Se analizaron las toxinas pre y postdiálisis y se calcularon sus porcentajes de reducción (PR%). Se analizaron las pérdidas de albúmina.

Resultados

El flujo medio fue en HDF-OL 388±60 ml/min y 386±ml/min para HDx. El volumen convectivo en HDF-OL fue 29±4 litros.

El KtV fue superior en HDF OL: 1.69±0.26 frente a 1.59±0.24 en HDx (p:ns).

Encontramos diferencias a favor de HDF-OL en PR de B2microglobulina 75±7 vs 80±5, p: 0.02 y prolactina 59±7 vs 69±9, p: 0.01. No hallamos diferencias en los niveles séricos prediálisis de ambas moléculas ni en el resto de toxinas (Tabla 1). Tampoco hay diferencias en los meses de seguimiento.

Las pérdidas de albúmina fueron en HDx 0.98(0.4-2.5) g, y 2.1(0.5-6) g en HDF-OL (p: 0.03).

Conclusión

El dializador Elisio 21Hx ofrece una alta eficacia para la depuración de toxinas de todos los rangos, y, aunque inferior, está muy próximo a la terapia HDF-OL.

Fístula arteriovenosa nativa en ancianos, ¿una opción viable en la práctica clínica actual?

Gema Sánchez Sánchez¹, Javier Carbayo López de Pablo¹, Jorge Armando Torres Ortiz¹, Azucena Ayala¹, Andrea Hernández García¹, Rodrigo García Marina¹, Beatriz Pérez Peláez¹, Diego Parra Maraño¹, Mateo Blázquez Ruiz de Loizaga¹, Marian Goicoechea Diezhandino¹

1) Hospital General Universitario Gregorio Maraño.

13

OC

Introducción

La población en hemodiálisis presenta un envejecimiento progresivo, lo que plantea desafíos en la elección del acceso vascular óptimo. El objetivo fue evaluar la viabilidad y los resultados de la fístula arteriovenosa nativa (FAV) como acceso vascular en pacientes ancianos.

Material y Métodos

Estudio observacional retrospectivo unicéntrico que incluyó pacientes 75 años a los que se les confeccionó FAV nativa entre 2022 y 2024. Se recogieron variables demográficas, clínicas y características del acceso vascular. Se analizó el fallo de maduración (FM), definido como imposibilidad de punción a los 3 meses, y la supervivencia primaria al año.

Resultados

Se incluyeron 37 pacientes (edad media de 79,2 $\pm$ 3,3 años, 78,4% varones), de los cuales el 52,8% estaban en prediálisis y el 47,2% en hemodiálisis. El 60% de los pacientes prediálisis inició tratamiento mediante FAV.

Se realizaron FAV distales (radiocefálica) en el 51,4% y proximales (humerocefálica/humerocefálica) en el 48,6%. El FM global fue del 24,3% y resultó significativamente menor en pacientes en prediálisis frente a hemodiálisis (10,5% vs. 41,2%; $p=0,034$). En el análisis multivariante, la realización de FAV en prediálisis se comportó como factor protector independiente de FM (OR 0,056; IC95% 0,005-0,681; $p=0,024$). No se observaron diferencias significativas en función de edad, sexo o comorbilidades, aunque diabetes y dislipemia mostraron relevancia clínica.

Las FAV distales tuvieron mayor FM que las proximales (36,8% vs 11%; $p=0,068$). En las FAV distales un diámetro arterial $<2,2$ mm se asoció a riesgo elevado de FM.

Las complicaciones durante el seguimiento incluyeron trombosis (8%), angioplastia (13,5%), reanastomosis (18,9%), hiperdinamia (8%), síndrome de robo (8%) y creación de nueva FAV (18%). La hiperdinamia y el síndrome de robo fueron más frecuentes en fístulas proximales. La mortalidad global fue del 27% (el 36% cardiovascular).

La supervivencia primaria global fue del 75,7%, siendo notablemente inferior en aquellos que presentaron FM (22% vs. 93%; $p<0,001$). Fue superior en pacientes en prediálisis (84,2% vs. 64,7%, $p=0,18$) y en FAV proximales (94% vs. 57%; $p=0,01$).

Conclusiones

La FAV nativa es una opción adecuada en ancianos, con tasas de FM y supervivencia comparables a las descritas en población general. La creación de FAV en prediálisis actúa como factor protector frente al FM probablemente por una mejor planificación y menor daño vascular previo. Las FAV proximales ofrecen mejores resultados en términos de maduración y supervivencia, aunque con mayor riesgo de complicaciones. No obstante, se debe individualizar la indicación dada la elevada mortalidad de esta población.

¿Existen cambios en la presión arterial y la ultrafiltración según la estación del año en los pacientes en hemodiálisis?

Jorge Torres¹, Gema Sánchez¹, Beatriz Pérez Peláez¹, Juan Diego Parra¹,
Antonia Mijaylova¹, Luis Sánchez¹, Almudena Vega¹, Eduardo Verde¹,
Marian Goicoechea¹

1) Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Introducción

El efecto ambiental del invierno o el verano sobre la tensión arterial (TA) y la capacidad de lograr una ultrafiltración (UF) se ha estudiado, incluso como factor pronóstico de eventos cardiovasculares. Este estudio describe el comportamiento de la TA y la UF en pacientes en programa de hemodiálisis y la influencia de la temperatura corporal y del líquido de diálisis en un hospital de Madrid.

Metodología

Se recolectaron los datos de TA prediálisis, a las 2 horas y al final de la sesión, UF obtenida al final de la sesión, temperatura arterial venosa y del líquido de diálisis registrada en el monitor (Fresenius 6008â) durante los meses de invierno (enero-febrero) y verano (agosto) en el segundo día de diálisis.

Resultados

Incluimos 16 pacientes, de los cuales 9(56.3%) eran hombres, mediana de edad 68.0 años (RIC59.0-83.0), 94% hipertensos, 25% diabéticos, y con cardiopatía (56.2% isquémica, 16 valvular). Tiempo mediano en diálisis de 3.6años (RIC1.6-5.0). La modalidad predominante fue hemodiafiltración on-line (75%) versus la hemodiálisis expandida (25%), conductividad prescrita de 13.7 (± 0.1) mS/cm.

Al comparar el invierno con el verano no hubo diferencias estadísticas en la temperatura de la línea arterial ni venosa, ni entre la tensión arterial sistólica (TAS) ni diastólica (TAD) registrada prediálisis, a las 2 horas de iniciada la sesión, ni al finalizarla (Gráfico1).

Hubo diferencias significativas de la cantidad de ultrafiltración obtenida durante la sesión, mayor durante el invierno (invierno 1620.0ml RIC 1300.0-2110.0 Vs. Verano 1200.0ml RIC 400.0-1750.0), coincidente con la diferencia en la ganancia interdiálisis (en invierno 1450.0 RIC 900.0-1900.0 Vs. Verano 900.0 RIC 250.0-1200.0) (Gráfico2).

Conclusión

Hay más ganancia de peso interdiálisis y mayor ultrafiltración en invierno. No encontramos diferencias en la tensión arterial ni en la temperatura corporal en ambos periodos que pudieran influenciar en la tolerancia a la ultrafiltración.

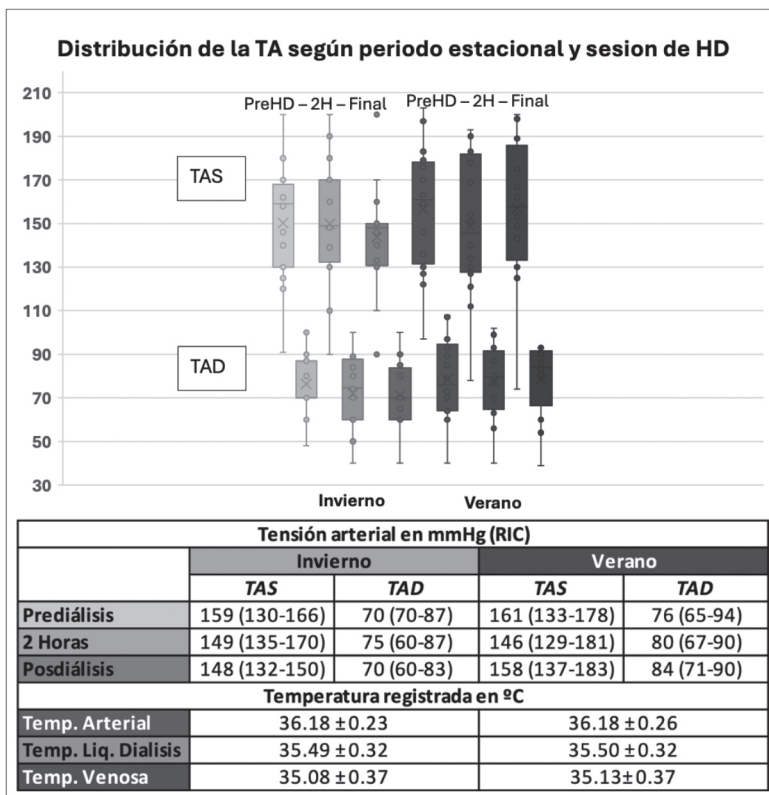


Gráfico 1. Diferencias entre la tensión arterial sistólica (arriba) y diastólica (abajo), prediálisis, a las 2 horas y al final de la diálisis, distribuidos según invierno y verano. TA tensión arterial. TAS: TA sistólica. TAD: TA diastólica. RIC: Rango intercuartílico.

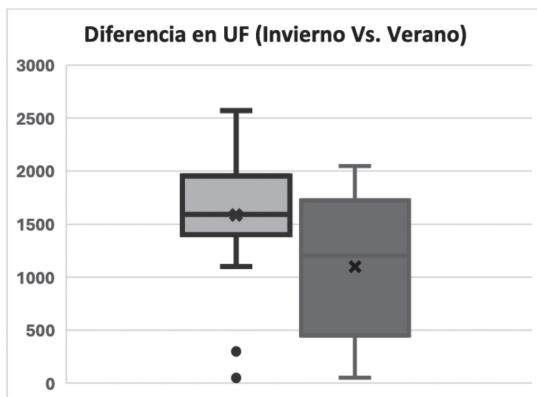


Gráfico 2. Diferencia entre la Ultrafiltración (UF) en invierno (celeste) y verano (rojo).

El cuándo importa: impacto del momento del mapeo en la maduración de la fístula arteriovenosa

Ángela Rey Cárdenas¹, Ángel Méndez Abreu¹, Sofía López San Román¹, Miguel Gutiérrez Baz¹, Sandra Vicente Jiménez¹, Stefanie Noelia Quicaña¹, Carolina Sesmero Ramos¹, Eduardo Gallego Valcarce¹, Beatriz Sánchez Álamo¹, Enrique Gruss Vergara¹

1) Hospital Universitario Fundación de Alcorcón.

Introducción

Obtener una fístula arteriovenosa (FAV) madura es un pilar del acceso vascular.

Objetivo

Identificar factores predictores de maduración de la FAV, definida como aquella que alcanza criterios para su punción sin requerir ningún procedimiento adicional.

Material y Métodos

Realizamos un estudio observacional con una base de datos prospectiva de una unidad multidisciplinar de acceso vascular. Se incluyeron pacientes mapeados entre 2019 y 2025 y se clasificaron en dos grupos: Grupo 1) FAV madura sin necesidad de reparaciones. Grupo 2) FAV no madura al primer intento: necesidad de al menos una reparación para lograr su maduración, necesidad de realizar una nueva FAV o ausencia de FAV. Se consideró FAV madura según los criterios clínicos habituales.

Analizamos 305 FAV de 253 pacientes (tabla 1). El tiempo hasta la maduración fue menor en el grupo 1 ($150 \pm 92,3$ días vs $249 \pm 14,7$ días; $p < 0,001$). Los pacientes con FAV madura al primer intento presentaron menor comorbilidad (índice Charlson 3,74 vs. 4,23; $p 0,01$), menor prevalencia de diabetes ($p 0,03$) y mayor proporción de mapeados en fase de ERCA frente a HD (47,7% vs. 31,8%; $p 0,005$). La evaluación durante el primer año de la consulta se asoció con mayor probabilidad de maduración al primer intento ($p 0,01$). En el análisis multivariante, el mapeo en fase ERCA se identificó como factor predictor independiente de maduración (OR 1,84; IC95% 1,08–3,13; $p = 0,024$).

En el análisis por subgrupos, la maduración de las FAV radiocefálicas se asoció con menor profundidad de la vena cefálica ($1,7$ vs. $3,6$ mm; $p < 0,05$) y la de las húmerocefálicas con mayor diámetro proximal ($3,6 \pm 0,71$ vs. $2,77 \pm 0,64$ mm; $p < 0,01$).

Conclusiones

El mapeo en ERCA se asocia de forma independiente con la maduración de la FAV en el primer intento.

Tabla 1. Características de los pacientes

Variable	Grupo 1 *	Grupo 2 **	Valor p
N pacientes	132	121	
Edad en años: media (DE)	68,86 (13,6)	68,46 (12,4)	ns
Charlson sin edad: media (DE)	3,74 (1,69)	4,23 (1,67)	0,01
Sexo - Varones (%)	51,7	48,3	ns
DM (%)	44,83	55,17	0,03
Mapeo en ERCA vs HD (%)	47,73	31,79	0,005
Número FAVs media (SD)	1	1,57 (0,65)	0,000
Consulta (%)			
Primer año ***	37,9	62,1	0,01
Siguientes años	56,4	43,6	
Tipo FAV (%)			
RC (n=117)	52,99	47	ns
HC (n=81)	30,30	33,88	
HB (n=33)	11,36	14,88	
FAVp (n=22)	11,36	5,79	

FAV: fístula arteriovenosa; ERCA: enfermedad renal crónica avanzada; HD: hemodiálisis; RC: radiocefálica; HC: humerocefálica; HB: humerobasílica; FAVp: FAV protésica

* Pacientes con FAV madura al primer intento, sin necesidad de reparaciones.

** Pacientes con FAV no madura al primer intento: necesidad de al menos una reparación para lograr su maduración (maduración asistida), necesidad de realizar una nueva FAV o ausencia de FAV madura.

*** FAVs valoradas en primer año de funcionamiento de consulta



Hemodiálisis domiciliaria corta frecuente y acceso vascular: perfil de complicaciones infecciosas y no infecciosas en una década (2015-2025)

Carolina Lentisco Ramírez¹, Yeilin Alicia Sotolongo Lorenzo¹, Sara El Fellah¹, Anabel Ugarte Quispe¹, Diego Jesús Sardi García¹, Santiago Andrés Cedeño Mora¹, Mariano Acuña Ramos¹, Pablo Rodríguez Doyagüez¹, Milagros Ortiz Librero¹, Carmen Mon Mon¹, Juan Carlos Herrero Berrón¹

1) Hospital Universitario Severo Ochoa.

Introducción

El acceso vascular es clave en la hemodiálisis domiciliaria (HDD), donde la autonomía del paciente y la seguridad dependen de su correcto funcionamiento y de la prevención de complicaciones.

Material y métodos

Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo que incluyó los accesos vasculares de pacientes en HDD entre el 1/1/2015 y el 30/04/2026. Las fístulas arteriovenosas (FAV) se canalizaron mediante técnica buttonhole. Se recogieron variables epidemiológicas (edad, sexo, comorbilidades, índice de Charlson), clínicas (causa de insuficiencia renal terminal, tiempo en tratamiento sustitutivo, duración en HDD, portador de *S. aureus*) y relacionadas con el acceso vascular (tipo, duración y complicaciones). Las tasas se expresaron por 1000 días de exposición.

Resultados

Se analizaron 42 accesos en 25 pacientes (15 FAV y 27 catéteres venosos centrales [CVC]). La edad media fue 52,4±10,7 años; 40% mujeres. El 80% presentaba hipertensión y el 24% diabetes. La mediana del índice de Charlson fue 3. La mediana de tiempo en HDD fue 31 meses. El seguimiento total fue de 34.641 días (94,8 años-acceso). La bacteriemia ocurrió exclusivamente en CVC (0,15/1000 días-catéter), sin casos en FAV. Se registraron 4 infecciones locales en FAV, todas asociadas a dificultad de canalización (4/9 vs 0/6).

Las FAV presentaron más complicaciones globales que los CVC (80% vs 55,6%), sin diferencias relevantes en infecciones. No hubo asociación entre portador de *S. aureus* e infección.

De 23 episodios de dificultad de canalización en 9 FAV, 8 se resolvieron con reorientación ecoguiada y 15 requirieron nuevo buttonhole.

El 60% finalizó HDD por trasplante, 20% por traslado y 20% por fallecimiento, ninguno relacionado con el acceso.

Conclusiones

Las complicaciones infecciosas fueron bajas; la bacteriemia se limitó a CVC. Las FAV presentaron más complicaciones, principalmente no infecciosas, destacando la dificultad de canalización. No hubo muertes atribuibles al acceso ni a la técnica.

Complicaciones de CVC:	
Infeciosas	No infecciosas
Infección del OS: 4 (14.8% sobre CVC)	Malfunción: 5 (18.5%)
Tunelitis: 1 (3.7%)	Rotura: 3 (11.1%)
Bacteriemia: 3 (11.1%)	Trombosis: 1 (3.7%)
	Extrusión cuff: 1 (3.7%)
	Estenosis vaso central: 3 (11.1%)
Complicaciones de FAV:	
Infeciosas	No infecciosas
Infección local: 4 (33.4%)	Dificultad de canalización 9 (60%)
Bacteriemia: 0	Estenosis yuxtaanastomótica significativa: 4 (26.7%)
	Estenosis zona de punción significativa: 3 (20%)
	Trombosis 1 (6.7%)
	Fallo maduración: 1 (6.7%)
	Síndrome de hipoperfusión distal 1(6.7%)
	Hematoma 0
	Extravasación agujas 0

Impacto de la proteinuria basal en la pérdida de función renal residual en pacientes incidentes en hemodiafiltración on line

Irene Mínguez¹, Beatriz Sánchez Álamo¹, Nuria Rodríguez Mendiola¹, Martha E Díaz Domínguez¹, Milagros Fernández Lucas¹

1) Nefrología, Hospital Universitario Ramón y Cajal.

Introducción

La función renal residual (FRR) es un determinante pronóstico clave en hemodiálisis (HD), con un impacto significativo en la morbilidad, la mortalidad y la calidad de vida. Aunque la proteinuria es un marcador bien establecido de progresión de la enfermedad renal crónica, su relevancia pronóstica en el momento de iniciar la HD no está claramente definida. El objetivo de este estudio fue evaluar la asociación entre la proteinuria basal y el deterioro de la FRR durante el primer año de tratamiento con hemodiafiltración online (HDFOL).

Métodos

Se realizó un estudio prospectivo en pacientes incidentes en HDFOL con FRR preservada, definida como un aclaramiento renal de urea (KrU) 2,5 mL/min y diuresis > 500 mL/día. El objetivo primario fue la pérdida de FRR al año, definida como KrU < 2,5 mL/min. Los objetivos secundarios incluyeron los cambios en el aclaramiento de creatinina (KrCr), la tasa de filtrado glomerular (TFG) y el volumen urinario de 24 horas. La proteinuria se cuantificó mediante la excreción proteica en orina de 24 horas y el cociente proteína/creatinina urinario.

Resultados

Se incluyeron 97 pacientes, de los cuales el 74,2% eran varones, con una edad media de $64,3 \pm 15$ años. Treinta y cinco pacientes alcanzaron el objetivo primario. En este grupo, el 62,9% presentaba proteinuria en rango nefrótico, frente al 25,5% de aquellos con proteinuria < 3,5 g/24 h ($p = 0,02$). De los pacientes cuya diuresis descendió por debajo de 500 mL/día al año, el 73% tenía proteinuria basal 3,5 g/24 h. Los pacientes con proteinuria 3,5 g/24 h alcanzaron la pérdida de FRR de forma significativamente más precoz (logrank = 5,25; $p = 0,02$). La proteinuria en rango nefrótico se asoció a un mayor riesgo de deterioro de la FRR (HR = 2,04; IC 95%: 1,03–4,02; $p = 0,04$), manteniéndose significativa tras ajustes multivariantes. Los niveles de 2microglobulina fueron significativamente más elevados en este grupo.

Conclusiones

La proteinuria en rango nefrótico al inicio de la HDFOL es un predictor independiente de pérdida acelerada de la FRR, incluida la progresión a anuria. Su identificación precoz podría permitir estrategias individualizadas orientadas a preservar la FRR y mejorar los resultados clínicos.

Tuberculosis latente en hemodiálisis: un cribado necesario

Mar Planells Merchán¹, María López Picaso¹, Marisol Poma Tapia¹,
Jacqueline Edith Apaza Chavez¹, Laura García-Puente Suárez¹, Aida Frías
González¹

1) Hospital Universitario Rey Juan Carlos I.

18

OC

Introducción

Los pacientes en hemodiálisis (HD) presentan un riesgo 6-25 veces mayor de desarrollar tuberculosis comparado con la población general, con una prevalencia de infección tuberculosa latente (TBL) que oscila entre 20-35%. El cribado sistemático mediante ensayos de liberación de interferón-gamma (IGRA) como quantiferon se recomienda al inicio de diálisis (aunque no siempre está sistematizado) y ante exposiciones nosocomiales. Este estudio evalúa la prevalencia de TBL y tuberculosis activa (TBA) en nuestra población de HD mediante cribado sistemático y estudio de contactos.

Material y Métodos

Estudio transversal unicéntrico con inclusión de pacientes prevalentes/incidentes en HD entre julio de 2025 y enero de 2026 (n=90) a los que se les realizó estudio de quantiferon. Fue necesaria nueva determinación como estudio de contactos a 37 de ellos tras un caso de TBA en diciembre de 2025.

Resultados

Se incluyeron n=90 pacientes, siendo 31 (34%) mujeres, 75,5% nacidos en España, con media de edad de 67,4+/-14 años y media de tiempo en HD de 3,3+/-5,6 años. Un 34,4% tenía estudio de quantiferon previo.

Se obtuvieron 21 positivos (23,3%), que fueron derivados a Neumología. El 85,7% de estos eran nacidos en España, con media de tiempo en HD de 5,25+/-3,11 años (28,6% <1 año en HD). De los 21 positivos, 7 pacientes (33,3%) tenían antecedente de TBA tratada (4 pacientes) o TBL con profilaxis previa (3 pacientes). El resto (14 pacientes, 66,7% de los positivos y 15,6% del total) fueron diagnosticados de TBL tras descartarse TBA, con lo que la prevalencia global de TBL aumentó de un 3,3% a un 18,9%.

Seis de ellos iniciaron profilaxis y en 8 se contraindicó o pospuso por motivos clínicos o negativa del paciente. La pauta de profilaxis consistió en isoniácida durante 6 meses (2 pacientes) o rifampicina e isoniácida durante 3 meses (4 pacientes).

Posteriormente, se diagnosticó una paciente de TBA tras un contacto en residencia, elevando la prevalencia de TBA tratada a 5 pacientes (5,6% del total). Se hizo estudio de contactos en 37 pacientes y uno precisó tratamiento profiláctico tras conversión a positivo.

Conclusiones

El cribado sistemático de TBL en nuestra unidad ha permitido aumentar su diagnóstico de un 3,3% a un 18,9% (prevalencia similar a otras cohortes). Su detección implica cambios de tratamiento en una población especialmente vulnerable y en un entorno fácilmente transmisible, lo cual respalda la implementación de protocolos de cribado rutinario con IGRA en unidades de HD para prevenir TBA.



Efecto de los Inhibidores de SGLT2 en la Preservación de la Función Renal Residual en Pacientes en Hemodiálisis Incremental: Un Estudio Comparativo

De La Flor José C.¹, Avinash Chandu Nanwani², Elena Jiménez Mayor³, Celia Rodríguez Tudero⁴, Esperanza Moral Berrio⁵, Juan Daniel Díaz García⁶, Arturo Villalobos Navarro⁷, Adela Méndez Cahua⁸, Javier Deira Lorenzo⁹, Jesús Hernández Vaquero¹

1) Departamento de Nefrología, Hospital Gómez Ulla (Madrid), 2) Departamento de Nefrología, Hospital General de Fuerteventura (Fuerteventura), 3) Departamento de Nefrología, Hospital Santa Bárbara (Soria), 4) Departamento de Nefrología, Hospital Universitario de Salamanca (Salamanca), 5) Departamento de Nefrología, Hospital de Ciudad Real (Ciudad Real), 6) Departamento de Nefrología, Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga" (Ciudad de México), 7) Departamento de Nefrología, Hospital Barros Luco Trudeau (Santiago de Chile), 8) Universidad Peruana Cayetano Heredia (Lima), 9) Hospital San Pedro de Alcántara de Cáceres (España).

Introducción

La preservación de la función renal residual (FRR) en pacientes con ERCA en TRS es un objetivo clínico fundamental, dado su impacto directo en la supervivencia, la calidad de vida y la reducción de complicaciones cardiovasculares. Aunque los iSGLT2 han demostrado efectos nefroprotectores robustos en etapas no dependientes de diálisis, la evidencia sobre su utilidad para retrasar la pérdida de la FRR en pacientes que inician hemodiálisis es limitada.

Metodología

Se realizó un estudio observacional retrospectivo longitudinal de 12 meses que incluyó a 32 pacientes incidentes en HDi (1 o 2 sesiones por semana). Los pacientes se dividieron en dos grupos: el grupo de estudio (iSGLT2, n=15), y el grupo control (no-iSGLT2, n=17). El objetivo principal fue evaluar el cambio en los parámetros de FRR, incluyendo el aclaramiento de urea (KrU), el aclaramiento de creatinina (ClCr) y la diuresis de 24 horas.

Resultados

Tras 12 meses de seguimiento, el grupo iSGLT2 mostró un incremento significativo de la diuresis de 24 horas (de 1620 a 2193 ml/24h; $p < 0.001$), en contraste con el descenso observado en el grupo control. El KrU aumentó en el grupo iSGLT2 ($+1.55 \text{ ml/min/1.73m}^2$) mientras que disminuyó en el control ($-1.18 \text{ ml/min/1.73m}^2$; $p = 0.01$). Clínicamente, los pacientes tratados con iSGLT2 mantuvieron su esquema de diálisis incremental (1.13 a 1.06 sesiones/semana), mientras que el grupo control requirió un aumento significativo en la frecuencia de las sesiones (1.0 a 1.7 sesiones/semana; $p = 0.003$). No se registraron eventos adversos graves como cetoacidosis o infecciones genitales, y se observó una tendencia a menores eventos cardiovasculares en el grupo iSGLT2 (6.7% vs. 35.3%; $p = 0.054$). La valoración nutricional confirmó que la pérdida de peso fue a expensas de tejido adiposo y agua extracelular, sin compromiso de la masa muscular. Los pacientes del grupo con iSGLT2 mostraron un aumento significativo en la excreción urinaria de sodio, potasio, cloruro, urea, calcio y ácido úrico, junto con una reducción significativa de la proteinuria.



Conclusiones

El inicio o mantenimiento de iSGLT2 en pacientes incidentes en HDi es una estrategia segura y efectiva para preservar la FRR y la diuresis durante el primer año de tratamiento. Estos fármacos no solo ofrecen beneficios hemodinámicos y metabólicos, sino que permiten prolongar la permanencia en esquemas de diálisis incremental, retrasando la transición a la hemodiálisis convencional y optimizando el manejo integral del paciente.



Calculadora interactiva de huella de carbono en diálisis: una herramienta de apoyo a la nefrología verde

Patricia de Sequera Ortiz¹, Marta Puerta Carretero¹, Rafael Lucena Valverde¹, Patricia Muñoz Ramos¹, Mayra Ortega Díaz¹, Miryam Polo Canovas¹, Carlos Gómez Carpintero¹, Andrea Álvarez Chávez¹, Verónica Rubio Menendez¹, Elena Corchete Prats¹

1) Hospital Universitario Infanta Leonor.

Introducción

La diálisis es una de las terapias con mayor huella de carbono, especialmente la hemodiálisis en centro. Las principales fuentes de emisión son la fabricación y eliminación de materiales, el consumo energético y el transporte. En España, con más de 25.000 pacientes en diálisis, resulta esencial cuantificar y comparar estas emisiones entre modalidades de terapia renal sustitutiva para orientar estrategias de nefrología sostenible. No existe actualmente una herramienta interactiva en español que permita estimar la huella de carbono de forma individualizada según la prescripción y el contexto real.

Objetivo

El objetivo fue desarrollar y validar una calculadora web interactiva, que estime y compare la huella de carbono de todas las terapias de diálisis, adaptada a las condiciones energéticas y logísticas de cada unidad.

Material y métodos

Se creó una aplicación en HTML5/JavaScript con cuatro módulos: HD en centro (HF-HD, HDF y HDx), con variables de técnica, flujo de dializado, eficiencia de ósmosis inversa, fuente energética y transporte; HDD con los monitores portátiles; DP (DPCA y DPA), con estimación de residuos, consumo de cicladora y logística; y un módulo comparativo visual. Los factores de emisión proceden de estudios recientes, y el factor eléctrico español es 0,23 kg CO/kWh.

Resultados

La calculadora reproduce valores publicados: HD en centro 3,65–3,90 t COeq/año; HDD 1,35–1,60 t; DPCA 1,40 t y DPA 2,20 t; trasplante renal ~0,5 t. El módulo de reducción cuantifica intervenciones como disminuir el flujo de dializado, instalar energía solar o agrupar transporte. Incluye equivalencias ambientales para facilitar la comunicación.

Conclusión

Esta herramienta, primera en español, es útil para investigación, docencia, gestión y decisiones clínicas orientadas a la sostenibilidad. La HDD y la DPCA presentan la menor huella, mientras que HD en centro duplica las emisiones. Apoya el enfoque de nefrología sostenible promovido por la SEN/SOMANE.



Dialysis Carbon Calculator

Calculadora web para estimar y comparar la huella de carbono de las terapias renales sustitutivas







RESULTADOS – Huella de carbono por paciente y año (t CO ₂ eq)					
HD en centro  3,65–3,90 t CO ₂ eq/año	HDD NxStage  1,60 t CO ₂ eq/año	HDD Physidia S3  1,35 t CO ₂ eq/año	DPCA  1,40 t CO ₂ eq/año	DPA  2,20 t CO ₂ eq/año	Trasplante renal  ~0,5 t CO ₂ eq/año

PRUEBA LA CALCULADORA ¡Escanea para acceder!



Herramienta gratuita, interactiva y en español

- Personaliza tu unidad
- Compara modalidades de TRS
- Toma decisiones más sostenibles
- Mejora la comunicación con pacientes y equipos

EQUIVALENCIAS AMBIENTALES



1 t CO₂eq
= 50 árboles absorben en 1 año



1 t CO₂eq
= 5.000 km en coche



1 t CO₂eq
= 1 vuelo Madrid–Nueva York ida y vuelta

Valores calculados con factor eléctrico español: 0,23 kg CO₂/kWh

Menos huella, más vida. Nefrología sostenible.



¿Son válidos los puntos de corte de las escalas sarc-f, frail y mis en pacientes en hemodiálisis? El muscle quality index (mqi-asmm) como herramienta complementaria

Miryam Polo Cánovas¹, Lorena Verguizas Gallego¹, Fabio Luca Procaccini¹, Patricia de Sequera Ortiz¹, Rafael Lucena Valverde¹, Patricia Muñoz Ramos¹, Marta Puerta Carretero¹, Mayra Ortega Diaz¹, Carlos Gómez-Carpintero¹, Andrea Álvarez-Chávez¹

1) Hospital Universitario Infanta Leonor.

Introducción

La identificación de malnutrición, fragilidad y sarcopenia mediante escalas clínicas en hemodiálisis (HD) puede verse limitada por la inflamación crónica, la comorbilidad y las alteraciones en la composición corporal, distorsionando su validez. Herramientas objetivas que integren fuerza y masa muscular mejorarían la caracterización del deterioro nutricional-funcional en esta población.

Objetivos

Evaluar el MQI-ASMM (cociente dinamometría/masa muscular apendicular estandarizado por sexo) como alternativa objetiva a las escalas clínicas clásicas, y analizar la adecuación de sus puntos de corte en pacientes en HD.

Material y Introducción

Estudio observacional con 67 pacientes en HD). Se aplicaron MIS, FRAIL y SARC-F. La evaluación funcional incluyó dinamometría, bioimpedanciometría y ecografía muscular cuádriceps. Se realizaron correlaciones de Spearman y curvas ROC frente a sarcopenia objetiva (dinamometría baja + alteración ecográfica).

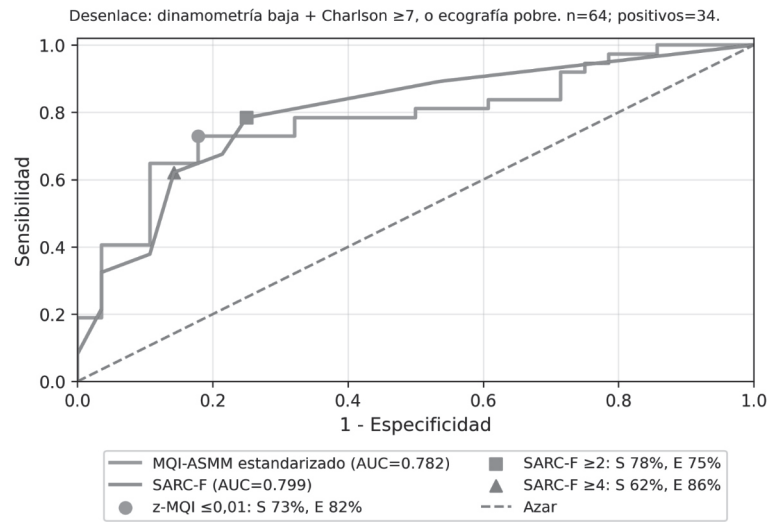
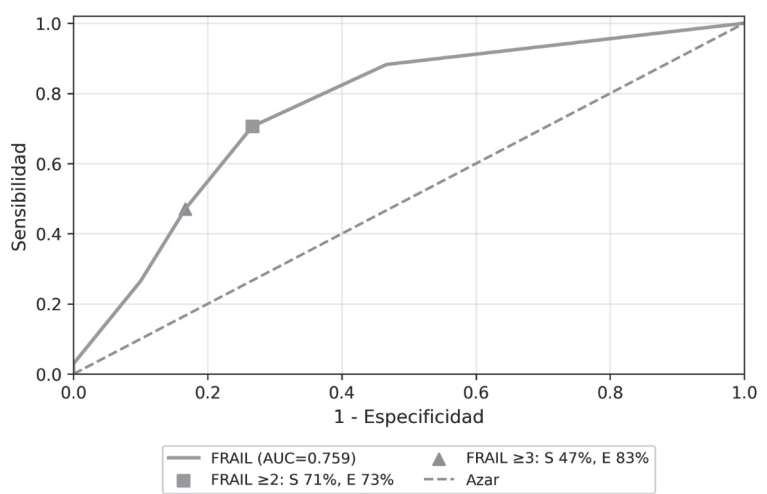
Resultados

Las escalas mostraron limitaciones significativas: la correlación entre SARC-F y el criterio ecográfico fue débil ($r=0,14$; $p=0,21$), evidenciando que ambas herramientas capturan dimensiones distintas. El MIS perdió capacidad discriminativa con sus puntos de corte clásicos, y los umbrales de FRAIL y SARC-F resultaron subóptimos en esta cohorte.

El MQI-ASMM mostró asociaciones significativas con todas las escalas, parámetros bioquímicos y ángulo de fase, con AUC0,782 para sarcopenia objetiva (punto de corte óptimo z -MQI0,01; sensibilidad 73%, especificidad 82%), equivalente a 1,14 en hombres y 0,85 en mujeres.

Conclusiones

Las escalas clásicas muestran rendimiento limitado en esta cohorte. El MQI-ASMM emerge como índice objetivo, multidimensional y ajustado por sexo, con capacidad discriminativa relevante para complementar las herramientas clínicas convencionales. Estos hallazgos apoyan la utilidad de una evaluación multimodal en hemodiálisis y justifican estudios de validación externa con desenlaces clínicos.



Desenlace: dinamometría baja + cualquier alteración ecográfica. n=65; positivos=37.



Evaluación de la capacidad depurativa de distintas técnicas de hemodiálisis para eliminar toxinas urémicas unidas a proteínas con efecto neurotóxico.

Cristina Analia Castillo Luraschi¹, Beatriz Linillos Pradillo², Cristina Rodríguez Poza¹, Mohammad Manouchehri¹, Alejandra Fernández Gómez¹, Marta Madrid Sanz³, Diego Rodríguez Puyol¹, Coral Barbas², Patricia Martínez Miguel¹

1) Hospital Universitario Príncipe de Asturias, 2) Centro de Metabolómica y Bioanálisis CEMBIO. Universidad CEU San Pablo, Madrid, 3) Fundación para la Investigación Biomédica del Hospital Universitario Príncipe de Asturias.

Introducción

Algunas toxinas urémicas unidas a proteínas presentan efectos neurotóxicos con su acumulación. El objetivo de este estudio fue evaluar la capacidad depurativa de las distintas técnicas de hemodiálisis (HD) sobre toxinas urémicas unidas a proteínas con efecto neurotóxico.

Material y método

Estudio observacional prospectivo en 12 pacientes en hemodiálisis, considerándose cada paciente control de sí mismo. Durante 4 meses, los pacientes fueron tratados consecutivamente durante 1 mes con distintas técnicas: HD convencional, HD extendida con Elisio TM -21HX, y hemodiafiltración on-line (HDF-OL) con ElisioTM 21H y con FX 800 Cordiax®. Tras 1 mes con cada dializador y técnica se recogieron muestras pre y postHD en el día intermedio de la semana, y se cuantificó la concentración total de toxinas urémicas unidas a proteínas con efecto neurotóxico mediante la técnica LC-QqQ-MS. El análisis estadístico se realizó con la prueba de Friedman, con análisis post hoc con test de Wilcoxon y corrección de Bonferroni.

Resultados

La tasa de reducción de ácido hipúrico fue superior con la HDF-OL con ElisioTM 21H que con la HD convencional, y la de indoxil sulfato fue superior con la HDF-OL con ElisioTM 21H y con FX 800 CorDiax® que con la HD convencional. La depuración de p cresol sulfato se mantuvo en el límite de la significación estadística, con una tendencia a una mayor eliminación con la HDF OL con ElisioTM 21H respecto a la HD convencional y la HD extendida (ver tabla).

Conclusión

La capacidad depurativa de la HDF OL fue superior a la HD convencional respecto a la eliminación de algunas toxinas urémicas unidas a proteínas con efecto neurotóxico, con un mejor comportamiento en este estudio del dializador Elisio™-21H, posiblemente relacionado con la obtención de un volumen de reposición más elevado. Actualmente, la eliminación de parte de estas moléculas sigue constituyendo un desafío terapéutico.

Tabla

Técnica	HD convencional	HD extendida	HDF on line	HDF on line	P
Dializador	Elisio™-21H	Elisio™-21HX	Elisio™-21H	FX 800 CorDiax	
N	12	12	12	12	
Tiempo por sesión (min)	234±8	236±7	231±8	235±8	ns
Flujo sanguíneo (ml/min)	375±30	381±29	393±25	393±36	ns
Kt por sesión	51.6±9.0	54.0±7.1	58.3±6.1	55.3±7.6	ns
UF por sesión (l)	2.0±0.8	2.2±0.7	2.0±0.7	2.2±0.8	ns
Volumen de reposición (l)			27.9±2.7	24.3±2.7*	<0.05
Tasa de reducción albúmina (%)	10.0±4.4	9.0±5.2	12.5±3.4	11.4±5.9	ns
Tasa de reducción ácido hipúrico (%)	71.4± 7.7	72.5± 7.7	76.9± 10.3**	74.9± 9.2	<0.05
Tasa de reducción indoxil sulfato (%)	29.3± 12.1	33.6± 10.2	42.7± 15.9**	39.1± 11.8**	<0.05
Tasa de reducción p-cresol sulfato (%)	32.6± 13.0	31.6± 10.7	44.7± 11.9	35.6± 9.5	0.078
Tasa de reducción tirosina (%)	21.5± 16.3	23.4± 14.9	18.4± 14.6	22.6± 15.9	ns
Tasa de reducción fenilalanina (%)	22.1± 16.1	29.9± 11.6	25.7± 12.8	23.4± 16.1	ns
Tasa de reducción triptófano (%)	22.5± 15.5	17.6±17.6	19.0± 11.7	22.5± 12.1	ns

HD: hemodiálisis. HDF: hemodiafiltración. * Significativo versus HDF on line con Elisio™-21H. ** Significativo versus HD convencional.



Eficacia comparable e incluso superior de la hemodiálisis extendida en la eliminación de toxinas urémicas unidas a proteínas potencialmente neurotóxicas respecto a la hemodiafiltración en línea con volumen de reposición inferior a 23 litros

Cristina Analia Castillo Luraschi¹, Beatriz Linillos Pradillo², Cristina Rodríguez Poza¹, Mohammad Manouchehri¹, Alejandra Fernández Gómez¹, Marta Madrid Sanz³, Diego Rodríguez Puyol¹, Coral Barbas², Patricia Martínez Miguel¹

1) Hospital Universitario Príncipe de Asturias, 2) Centro de Metabolómica y Bioanálisis CEMBIO, Universidad CEU San Pablo, Madrid, 3) Fundación para la Investigación Biomédica del Hospital Universitario Príncipe de Asturias.

Introducción

Los pacientes en hemodiálisis (HD) presentan una alta prevalencia de deterioro cognitivo, pudiendo algunas toxinas urémicas unidas a proteínas provocar neurotoxicidad.

Por otro lado, no siempre es posible conseguir los objetivos recomendados de transporte convectivo con la hemodiafiltración (HDF) en línea, considerándose la HD extendida una alternativa.

Objetivo

El objetivo de este estudio fue comparar la eficacia de la HD extendida con la HDF en línea con un volumen de reposición inferior a 23 l, respecto a la depuración de proteínas urémicas unidas a proteínas con efecto neurotóxico.

Material y Métodos

Se incluyeron 10 pacientes en HD en los que no se conseguía alcanzar los 23 l de transporte convectivo con HDF en línea. Cada sujeto fue randomizado para recibir secuencialmente tratamiento durante 3 meses con HDF en línea con Fx CorDiax y con HD expandida con ElisioTM-21HX.

Tras 3 meses con cada técnica, se obtuvieron muestras de plasma pre- y post-diálisis en la sesión intermedia de la semana. Se determinaron toxinas urémicas de diferentes pesos moleculares, incluyendo toxinas urémicas unidas a proteínas.

Se utilizó la prueba de Wilcoxon, considerándose significativa $p < 0.05$.

Resultados

No se obtuvieron diferencias significativas respecto a la tasa de reducción de moléculas habitualmente utilizadas en la práctica clínica entre ambas técnicas.

La HD extendida con ElisioTM-21HX obtuvo una mayor tasa de reducción de ácido hipúrico que la HDF con volumen de reposición de $17 \pm 2,5$ l, sin diferencias significativas entre ambas técnicas respecto al resto de moléculas analizadas (Tabla).

Conclusiones

La HD extendida es una alternativa al menos igual de eficaz e incluso superior respecto a la eliminación de toxinas urémicas unidas a proteínas con efecto neurotóxico en relación con la HDF en línea con volumen de reposición inferior a 23 l, con la ventaja de ser una técnica de aplicación más sencilla y sostenible.

Técnica	HDF en línea con volumen de reposición <23 l	Hemodiálisis extendida	P
Dializador	FX 800 CorDiax	Elisio™-21HX	
N	10	10	
Tiempo por sesión (min)	220±20	222±20	ns
Flujo sanguíneo (ml/min)	345±42	332±43	ns
Kt por sesión	45.0±4.0	45.4±4.6	ns
UF por sesión (l)	2.3±1.1	2.5±0.9	ns
Volumen de reposición (l)	17±2.5	0	
Tasa de reducción urea (%) 0.060kDa	73.3±8.3	77.5±5.4	ns
Tasa de reducción creatinina (%) 0.113 kDa	65.5±9.0	68.9±5.0	ns
Tasa de reducción β2 microglobulina (%) 11.8 kDa	74.2±7.3	76.5±3.6	ns
Tasa de reducción prolactina (%) 23 kDa	47.6±12.7	52.4±13.5	ns
Tasa de reducción kappa (%) 22.5 kDa	60.5±13.5	65.2±5.9	ns
Tasa de reducción lambda (%) 45 kDa	33±17.7	36.5±7.6	ns
Tasa de reducción albúmina (%) 66 kDa	6.6±9.5	8.4±7.2	ns
Tasa de reducción ácido hipúrico (%)	61.2± 16.2	66.5± 16.5	0.02
Tasa de reducción indoxil sulfato (%)	28.7± 8.6	32.8± 11.3	ns
Tasa de reducción p-cresol sufato (%)	28.5± 6.2	30.9± 12.6	ns
Tasa de reducción tirosina (%)	35.4± 19.3	29.3± 22.1	ns
Tasa de reducción fenilalanina (%)	31.7± 16.3	22.7± 20.8	ns
Tasa de reducción triptófano (%)	21.9± 16.8	23.8± 18.1	ns



¿Son intercambiables los biosensores integrados en monitores de hemodiálisis para la medición del Qa? Comparación con transonic®

Arlette Martínez Herrera¹, Elena Ruiz Ferreras¹, Génesis Romina Poveda Verdezoto¹, Raquel Jiménez Ortego¹, Alejandro Morales Rosas¹, Marina Pujol Pujol¹, Ana Isabel Sánchez Fructuoso¹, Virginia López de la Manzanara Pérez¹

1) Hospital Clínico San Carlos.

Introducción

La monitorización del flujo del acceso vascular (Qa) es fundamental para la detección precoz de disfunción en pacientes en hemodiálisis (HD). El método de referencia funcional es la medición mediante dilución salina con detección ultrasónica (US). Sin embargo, los monitores de HD incorporan biosensores que permiten la estimación del Qa a partir de la recirculación, mediante técnicas como la termodilución y la absorciometría, cuya concordancia con el método de referencia no está completamente establecida.

Objetivos

Evaluar la concordancia, fiabilidad e intercambiabilidad de la estimación del Qa mediante absorciometría y termodilución frente al método de referencia de dilución por ultrasonidos.

Pacientes y métodos

Estudio prospectivo en 17 pacientes (64,7% varones) con una edad media de $62,5 \pm 19,4$ años. El acceso vascular predominante fue la fístula arteriovenosa radiocefálica (58,8%). En cada paciente se realizaron mediciones del Qa en dos sesiones consecutivas en condiciones dialíticas comparables: una mediante termodilución utilizando el sistema *Blood Temperature Monitor* (BTM; QaBTM) del monitor Fresenius 5008 y otra mediante absorciometría (AB; QaAB) integrada en el monitor Nikkiso DBB-EXA. En ambas sesiones se realizó también una medición simultánea mediante US (QaUS) utilizando Transonic®. QaBTM y QaAB requieren la determinación de la recirculación en posición de agujas normal e invertida. La medición mediante BTM precisó 20-30 minutos en posición invertida, frente a unos 3 minutos con absorciometría. Todas las mediciones se realizaron durante la primera hora de la sesión.

Resultados

Las características basales y las condiciones dialíticas fueron comparables entre las sesiones, sin diferencias significativas. No se observaron diferencias significativas entre los valores de Qa medidos por cada método y su correspondiente medición mediante US (QaBTM 823(210) vs QaUS 78(195) ml/min; $p=0,09$; QaAB 798(185) vs QaUS 785(190) ml/min; $p=0,27$). Ambos métodos mostraron una alta correlación con US (BTM: $r=0,91$; AB: $r=0,95$; $p<0,001$). El coeficiente de correlación intraclase (ICC) evidenció una concordancia buena para BTM (ICC 0,88; IC95%: 0,76–0,94) y excelente para AB (ICC 0,94; IC95%: 0,87–0,97). El error relativo medio fue superior con BTM (6,5%) que con AB (2,1%).

Conclusiones

La absorciometría y la termodilución como biosensores de los monitores de Hemodiálisis muestran ambos una elevada correlación con la dilución salina con detección ultrasónica para cálculo del flujo del acceso vascular. Sin embargo, la absorciometría presenta mayor fiabilidad, menor error relativo y requiere un menor tiempo en posición de agujas invertidas, lo que la posiciona como una alternativa robusta para la monitorización intradiálisis del acceso vascular.

Impacto económico de la ecografía Doppler frente a la fistulografía en el manejo del acceso vascular en hemodiálisis

Ángel Méndez Abreu¹, Sofía López San Román¹, Ángela Rey Cárdenas¹, Miguel Gutiérrez Baz¹, Deborah Soledad Roldán Ponce¹, Eduardo Gallego Valcarce¹, Alfredo Cordon Rodríguez¹, Carolina Sesmero Ramos¹, María Dolores Bernal Molano¹, Enrique Gruss Vergara¹

1) Hospital Universitario Fundación Alcorcón.

25

P

Introducción

El manejo del acceso vascular (AV) ha experimentado un cambio radical en los últimos años con la incorporación de la ecografía Doppler (EDP) desplazando progresivamente a la fistulografía/flebografía, tradicionalmente considerada técnica de referencia. Este cambio ha tenido un impacto tanto en la práctica clínica diaria como en el consumo de recursos.

Objetivo

Evaluar el impacto económico de la implementación de la EDP en el manejo del AV en pacientes en hemodiálisis.

Material y Métodos

Estudio prospectivo observacional histórico que incluyó pacientes prevalentes en hemodiálisis entre 2014 y 2023. Se establecieron dos periodos:

Periodo 1 (2014–2018), donde la FLG/FBG se utilizaba como “gold standard” diagnóstico para el mapeo, sospecha de disfunción y tratamiento de una fístula arteriovenosa (FAV), con la realización de angioplastia transluminal percutánea (ATP), sin uso de EDP.

Periodo 2 (2019–2023), donde la EDP se consolidó como herramienta diagnóstica principal para el mapeo y la evaluación de la disfunción de FAV, reservándose la FLG/FBG para casos dudosos o como procedimiento terapéutico para la ATP.

Los costes de FLG/FBG y ATP se calcularon según el catálogo de la SERAMI® y la unidad relativa de valor (URV) del hospital: FLG/FBG 466,28 € (34,21x 13,63€) y ATP 1.720,11 € (126,2 x 13,63 €).

Resultados

Se analizaron 446 pacientes, con un total de 511 FAV (411 nativas y 100 protésicas). La tabla 1 muestra, por años, el equivalente paciente-año, los procedimientos realizados, sus tasas, los costes brutos y los costes por paciente/año.

Conclusiones

En nuestra experiencia la incorporación de la EDP para el abordaje del AV se asocia a una reducción significativa del uso de FLG/FBG, con una repercusión del coste por paciente/año de hasta tres veces menor. No obstante, la tasa de reparaciones mediante ATP fue similar en ambos periodos, sin diferencias relevantes en el coste por paciente.



Tabla 1. Costes FLR/FLB y ATP desde 2014-23

Año	Pac. Año con FAV	FLR/FLB Diagnost Número	FLR/FLB pac/año	FLR/FLB Coste bruto(€)	FLR/FLB Coste pac/año (€)	ATP Número	ATP pac/año	ATP Coste bruto (€)	ATP Coste pac/año
2014	130	51	0,39	23780,28	182,9	30	0,23	51603	396,9
2015	135	43	0,32	20050	148,51	22	0,16	37842	280,31
2016	135	56	0,41	26111,68	193,41	30	0,22	51603,3	382,24
2017	153	55	0,36	25645,5	167,61	25	0,16	43002	281
2018	135	56	0,41	26111,68	193,41	30	0,22	51603	382,24
2019	128	26	0,20	12123,28	94,71	34	0,26	58483,74	456,9
2020	129	18	0,14	8393	65	24	0,19	41282,64	320
2021	132	18	0,14	8393	63,58	26	0,20	44722,86	338,8
2022	139	12	0,09	5595,36	40,25	32	0,23	55043,52	395,9
2023	136	10	0,07	4662,8	34,28	38	0,28	65364,18	480,6
2014-18			0,38*		177,16*		0,20*		344,53*
2019-23			0,13*		59,56*		0,23*		398,44*

Valor predictivo de los diámetros vasculares
Prequirúrgicos en el fallo primario de la fístula
arteriovenosa

Leihu Hong, May Ej-jennane, María Victoria Pinedo, Marta Herrero,
Martín Giorgi, María Auxiliadora Bajo, Borja Quiroga
1) Hospital Universitario de la Princesa.



Introducción

La fístula arteriovenosa (FAV) es el acceso vascular de elección para la realización de la hemodiálisis (HD). Para evitar complicaciones ulteriores, es importante una adecuada planificación de la misma que incluya un mapeo pre-quirúrgico. El objetivo del presente estudio es evaluar los factores asociados a las complicaciones de la FAV.

Métodos

Se incluyó a todos los pacientes incidentes que se valoraron los años 2024 y 2025 en la consulta multidisciplinar del Hospital Universitario de la Princesa (Madrid, España). Se recogieron datos basales, así como los relacionados con el mapeo pre-quirúrgico (diámetro arterial [DA], venoso [DV]), tipo de FAV y seguimiento posterior (fallo primario).

Resultados

Se incluyeron 66 pacientes procedentes de 7 centros (3 hospitales y 4 centros periféricos). De ellos, 64% estaban en programa de HD, 35% en diálisis peritoneal y 35% en consultas de enfermedad renal crónica avanzada. Se realizaron 39 (59%) FAV húmero-cefálicas, 25 (38%) radio-cefálica, 13 (20%) húmero-basílica y 8 (12%) prótesis húmero-humerales y húmero-axilares. El DA fue 4,0 (2,6-5,0) (siendo >2 mm en el 99%) y el DV 3,5 (2,6-4,0) mm (siendo >2 mm en el 95%). Durante el seguimiento, 24% tuvieron un fallo primario (>50% radiocefálicas, p=0,024 respecto al resto). Tras el desarrollo, el flujo medio de la arteria fue de humeral 1200 ± 757 ml/min. Cuatro pacientes (8%) precisaron una angioplastia. Los factores asociados a fallo primario fueron la edad (p=0,043), el DV (p=0,008) y el DA (p=0,001) (tabla 1). Un modelo multivariable ajustado para edad, tipo de FAV y DV, mostró que el DA era el único factor independiente asociado a fallo primario (RR 0,347 IC 95% [0,120-0,999]); p=0,05).

Conclusiones

El mapeo prequirúrgico es esencial para el éxito de la FAV. En nuestra serie, el DA es el único predictor independiente de fallo primario.

Tabla. Factores asociados a fallo primario

	Funcionante (n=42)	Fallo primario (n=15)	P
Sexo (varón)	70%	60%	0,589
Edad (años)	65±12	58±11	0,043
Tipo de FAV (autóloga)	84	93	0,634
Tipo de FAV:	17	60	0,024
- RC	55	27	
- HC	12	7	
- HB	6	7	
- Prótesis HH	8	0	
- Prótesis HA			

	Funcionante (n=42)	Fallo primario (n=15)	P
Diabetes	47	47	0,992
EAP	13	13	0,954
Fumador	34	21	0,570
Cardiopatía isquémica	11	13	0,774
Diámetro vena (mm)	3,9±1,5	2,8±0,8	0,008
Diámetro arteria (mm)	4,3±1,4	2,7±0,9	0,001



¿Intolerancia a polisulfona o problema de biocompatibilidad? Seguridad del dializador FX CorAL en pacientes con reacciones a membranas sintéticas

Cristina Otero¹, Julia Audije-Gil¹, Fabiola Dapena¹, Alicia González¹, Alfredo Córdón¹, María Dolores Arenas¹

1) Fundación Renal Española.

Introducción

Las reacciones asociadas a membranas sintéticas (RAMS) en hemodiálisis constituyen un reto clínico, con manifestaciones frecuentemente inespecíficas y mecanismos no siempre bien definidos. En muchos casos, estos pacientes son derivados a membranas de triacetato de celulosa (TAC), con la consiguiente limitación en opciones terapéuticas. La aparición de nuevas membranas modificadas de polisulfona, como Helixone® hydro-membrana de FX CorAL, podría mejorar la biocompatibilidad y permitir su reintroducción segura.

Objetivo

Evaluar la tolerancia clínica y la eficacia dialítica de FX CorAL en pacientes con antecedentes de RAMS.

Material y método

Estudio observacional retrospectivo multicéntrico en pacientes en hemodiálisis tratados con TAC por antecedentes de RAMS. Se analizaron las manifestaciones clínicas previas, la tolerancia tras el cambio a FX CorAL y parámetros de eficacia dialítica e inflamación. La comparación pre/post-cambio se realizó mediante test de Wilcoxon, considerándose significativa una $p < 0,05$.

Resultados

Se incluyeron 15 pacientes, edad media $70,6 \pm 18,1$ años; 73,3% varones y 40,0% nefropatía diabética, tiempo medio HD $61,6 \pm 80,9$ meses. Todos habían sido tratados con TAC por sospecha de RAMS. La manifestación clínica predominante fueron síntomas cardiorrespiratorios precoces durante la sesión (80%), además de prurito en un caso. Un paciente presentó una reacción grave previa y no fue reexpuesto. En los 14 pacientes restantes (92,9%), el cambio a FX CorAL se realizó sin aparición de nuevas RAMS atribuibles al dializador. No se observaron cambios significativos en Kt, albúmina, 2-microglobulina ni proteína C reactiva (Tabla 1). Sin embargo, el volumen convectivo en hemodiafiltración aumentó significativamente ($17,87 [14,54-18,84]$ vs $24,24 [21,39-28,16]$ L; $p=0,001$).

Conclusiones

FX CorAL mostró una excelente tolerancia en pacientes con antecedentes de RAMS, manteniendo la eficacia dialítica y mejorando la capacidad convectiva. Estos hallazgos sugieren que determinadas reacciones previamente atribuidas a membranas de polisulfona podrían estar condicionadas por diferencias en la composición o modificación superficial de la membrana, más que por el polímero base en sí, ampliando las opciones terapéuticas en estos pacientes.

Evaluación multimodal del estado nutricional en una cohorte de pacientes en hemodiálisis: escalas de riesgo, antropometría, bioimpedancia y ecografía muscular

Miryam Polo Cánovas¹, Lorena Verguizas Gallego¹, Fabio Luca Procaccini¹,
Patricia de Sequera¹, Rafael Lucena Valverde¹, Patricia Muñoz Ramos¹,
Maarta Puerta Carretero¹, Mayra Ortega Diaz¹, Carlos Gomez-Carpintero¹,
Andrea Álvarez-Chávez¹



1) Hospital Universitario Infanta Leonor.

Introducción

La desnutrición proteico-energética, la fragilidad y la sarcopenia son altamente prevalentes en pacientes en hemodiálisis (HD) y se asocian con mayor morbimortalidad. La valoración multimodal mediante escalas clínicas, bioimpedancia y ecografía muscular en esta población, puede ayudar a identificar pacientes en riesgo que se beneficien de intervenciones nutricionales.

Objetivos

Describir el estado nutricional, funcional y muscular de una cohorte de pacientes en programa de HD crónica mediante un enfoque multimodal basado en antropometría, bioimpedancia eléctrica (BIA), ecografía muscular nutricional y escalas clínicas de fragilidad y sarcopenia.

Material y Métodos

Se incluyeron 67 pacientes. Se aplicaron escalas MIS, FRAIL, SARC-F e índice de Charlson. La evaluación funcional incluyó dinamometría y BIA (BCM, ángulo de fase, ángulo de fase estandarizado, masa muscular apendicular, Skeletal Muscle Index). La ecografía muscular cuadriceps midió grosor en reposo y contracción, anchura y área. Análisis estadístico: ANOVA, test t, chi-cuadrado y correlación de Pearson (significación: $p < 0,05$).

Resultados

Ver tabla

Conclusiones

La malnutrición, fragilidad y sarcopenia alcanzan una prevalencia muy elevada en la cohorte (79%, 34% y 41%). Aunque observamos peores resultados analíticos, ecográficos y de bioimpedancia no encontramos diferencias significativas cuando se clasificó a los pacientes por categorías de MIS, FRAL y SARC-F. Nuestros datos sugieren la necesidad de realizar una valoración multimodal con herramientas complementarias a las escalas para la detección precoz y seguimiento nutricional en esta población.



RESULTADOS

PARÁMETRO	RESULTADO PRINCIPAL	OBSERVACIONES
ANTROPOMETRÍA		
Talla (cm): media ± DE	163,1 ± 17,2	Mín - Máx: 139,0 - 185,0
Peso seco (Kg): media ± DE	70,1 ± 17,2	Mín - Máx: 38 - 116,6
IMC (kg/m ²): media ± DE	26,1 ± 9,2	Mín - Máx: 17,8 - 42,6
Índice de Charlson: media ± DE	6,94 ± 2,75	Mín - Máx: 2 - 13
Pacientes con fuerza prensora baja: % (n)	50,7% (33)	< 16 kg en mujeres < 27 kg en hombres
ESCALAS		
Desnutrición (MIS ≥ 6): % (n)	79,4% (54)	-
Fragilidad (FRAIL ≥ 3): % (n)	33,8% (23)	-
Sarcopenia (SARC-F ≥ 4): % (n)	41,2% (28)	-
DATOS ECOGRÁFICOS		
Pacientes con grosor muscular bajo: % (n)	47,8% (32)	< 10 mm en mujeres < 12 mm en varones
Pacientes con área muscular baja: % (n)	50,7% (33)	< 3,52 cm ² en mujeres < 3,44 cm ² en varones
Pacientes contracción muscular baja: % (n)	31,3% (21)	Aumento en contracción < 10%
BIOIMPEDANCIA		
BCM (Kg): media ± DE	24,1 ± 6,67	-
Ángulo de fase medio (°): media ± DE	5,1 ± 1,3°	-
AF estandarizado medio: media ± DE	-0,75 ± 1,35	-
ASMM (Kg): media ± DE	18,5 ± 4,3	100% de los pacientes en rango de normalidad
Pacientes con SMI bajo: % (n)	41,8% (28)	< 5,5 Kg mujeres < 7 Kg hombres
SITUACIÓN EN ELIPSE		
Cuadrante derecho (sup. e inf.): % (n)	61,2% (41)	-
Cuadrante izquierdo (sup. e inf.): % (n)	32,8% (22)	-
Cuadrante derecho-izquierdo: % (n)	6% (4)	-
ASOCIACIONES SIGNIFICATIVAS		
MIS ↑ → creatinina ↓ y prealbúmina ↓	MIS 0-5: 8,73 vs. MIS ≥9: 6,59 mg/dL MIS 0-5: 28,9 vs MIS ≥9: 21,3 mg/dL	0,012 0,006
SARC-F + → albúmina ↓ prealbúmina ↓	3,13 mg/L vs 3,41,6 g/dL 21,02mg/L vs 24,27 mg/L	0,001 0,049
FRAIL ≥3 → creatinina ↓ albúmina ↓ y prealbúmina ↓	8,35 vs 6,38 mg/dL 3,14 vs 3,44 g/dL 20,8 mg/L vs 25,93 mg/dL	0,002 0,017 0,046

En verde: $p < 0,05$. FRAIL: escala de fragilidad. SARC-F: escala de cribado de sarcopenia. BCM: Body Cell Mass. AF: ángulo de fase (BIA). ASMM: masa muscular apendicular. SMI: Skeletal Muscle Index.

Hemodiálisis incremental: experiencia en un centro

Aida Frías González¹, Álvaro De la Fuente Alcocer¹, María López Picasso¹,
Marisol Poma Tapia¹, Jacqueline Apaza Chávez¹, Simona Alexandru¹, Saúl
Pampa Saico¹, Eduardo Bosch Fernández¹, Mar Planells Merchán¹, Laura
García Puente Suárez¹

1) Hospital Universitario Rey Juan Carlos.



Introducción

El inicio de hemodiálisis es un momento crítico para los pacientes con enfermedad renal crónica, suponiendo cambios clínicos y psicológicos. La hemodiálisis incremental (HDi), que tiene en cuenta la función renal residual, se ha consolidado como una alternativa más personalizada y progresivamente más extendida. En el presente estudio se describe la experiencia con esta modalidad de tratamiento en nuestro centro.

Material y método

Estudio unicentro retrospectivo y descriptivo con inclusión de pacientes en hemodiálisis que han estado en HDi al inicio o en algún momento de su evolución entre los años 2012 y 2025. Se analizaron con SPSS[®]v25 sus características basales y evolución, y las principales complicaciones en el primer año.

Resultados

Se incluyeron un total de 30 pacientes (edad $60,2 \pm 21,9$ años, 63,3% varones, 96,7% hipertensos, 43,3% iniciaron por nefropatía diabética). El filtrado glomerular estimado al inicio fue de $9,67 \pm 3,48$ mL/min, con una diuresis residual de $1549,55 \pm 652,73$ mL y Kru $5,62 \pm 2,06$ mL/min.

La mayoría ($n=19$, 63,3%) comenzaron en HDi ($n=17$, 56,7% con 2 sesiones semanales y $n=2$, 6,6% con 1 sesión semanal). El resto iniciaron en convencional y en su evolución se pudieron decrementar hasta 1 (2 pacientes) o 2 (9 pacientes) sesiones semanales. El 50% ($n=15$) de los pacientes han acabado su seguimiento en modalidad convencional tras una mediana de seguimiento de 18,6 (RIC 5,7–26,3) meses. Un paciente permaneció 52,4 meses en HDi hasta trasplantarse. La mediana de duración de las sesiones el primer mes fue de 3,28 (RIC 3-4) h. En la actualidad se mantienen activos en HDi 13 pacientes (17,1% de la unidad).

Un 56,7% iniciaron a través de catéter permanente, objetivándose todas las complicaciones del acceso vascular en los primeros 6 meses en este subgrupo (4 bacteriemias y 1 infección del orificio).

Tras un año de seguimiento, la diuresis residual fue de 1380 ± 694 mL/24 y el Kru de $4,27 \pm 2,17$ mL/min. El K fue de $4,438 \pm 0,6830$ mmol/L, P de $4,281 \pm 1,2475$ mg/dL y urea $133 \pm 44,203$ mg/dL. El 53,3% no tuvieron ningún ingreso. La mediana de supervivencia fue de $72,9 \pm 6,9$ meses.

Conclusiones

La HDi tiene beneficios conocidos a nivel de minimización del contacto hospitalario y gestión de recursos. En nuestra experiencia la HDi ha sido una estrategia válida y con buenos resultados en un grupo seleccionado de pacientes.



¿Se pierde mucha albúmina en HDF-OL?

Jorge Torres¹, Gema Sánchez¹, Almudena Vega Martínez¹, Eduardo Verde¹, Luis Sánchez¹, Antonia Mijaylova¹, Marian Goicoechea¹

1) Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Introducción

La pérdida de albúmina durante la sesión de diálisis es un efecto atribuido a ciertas terapias como a hemodiafiltración online (HDF-OL) y a la diálisis extendida (HDx). Aunque no compromete el estado nutricional del paciente, es interesante cuantificar la pérdida.

El objetivo del presente trabajo es analizar la pérdida de albúmina del dializador Solacea (Nipro®) en HDF-OL y evaluar su relación con hipoalbuminemia o eficacia de la terapia.

Material y Métodos

Estudio transversal en el que se incluyen a 12 pacientes prevalentes en HD. Cuantificamos la pérdida de albúmina mediante una bomba de infusión reversa colocada a la salida del líquido de diálisis postfiltro. Extracción constante del líquido durante toda la sesión, obteniendo un volumen total de 20 ml. Analizamos en el líquido de diálisis la pérdida de albúmina en concentración (mg/L) y en valor absoluto (g). Se analizan en sangre variables que pueden influir en la eficacia del transporte convectivo como hemoglobina y proteínas totales. Analizamos la albúmina en sangre. Se recogen parámetros de eficacia de la sesión, como la presión transmembrana (PTM). Realizamos una segunda sesión de HD de alto flujo con el mismo dializador y recogemos de nuevo la pérdida de albúmina.

Resultados

Estudiamos a 12 pacientes (7 varones, 5 mujeres; 100% HTA, 50% DM; Qb 401 $\pm$ 72 ml/min). Los parámetros de eficacia fueron: KtV 1,6 $\pm$ 0,2, litros de volumen convectivo 26 $\pm$ 5 L. La media de concentración de albúmina en el líquido de diálisis fue 23,5 $\pm$ 10 mg/l y en valor absoluto 2,7 $\pm$ 0,7 g. La pérdida de albúmina en HD alto flujo es de <0,5 $\pm$ 0,1 g (p: 0.001). Encontramos correlación entre los litros de transporte convectivo y la PTM elevada y proteínas en sangre elevadas. No encontramos asociación con la pérdida de albúmina ni con la hemoglobina.

Conclusión

La pérdida de albúmina durante la terapia HDF-OL es segura, y no se acompaña de hipoalbuminemia. En HD de alto flujo no hallamos pérdida de albúmina.

Navegando sobre la incertidumbre: experiencia en vida real con apixabán en hemodiálisis

Alejandro Morales Rosas¹, Elena Ruiz Farreras¹, Marina Pujol Pujol¹,
Raquel Jiménez Ortego¹, Arlette Martínez Herrera¹, Génesis Romina
Poveda Verdezoto¹, José Ramón Berlanga Alvarado², Pablo Mateos
Hernández³, Arianne Sofía Aiffil Meneses¹, Ana Isabel Sánchez Fructuoso¹,
Virginia de la Manzanara López¹

1) Hospital Clínico San Carlos, 2) Fresenius Medical Care (Madrid), 3) Centro de diálisis Bbraun (Madrid).

31

P

Introducción

La fibrilación auricular (FA) no valvular es altamente prevalente en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) en hemodiálisis (HD), quienes presentan simultáneamente un elevado riesgo trombótico y hemorrágico. El uso de anticoagulación en esta población continúa siendo controvertido, especialmente con antagonistas de la vitamina K debido a la labilidad del INR y el incremento del riesgo de sangrado. Apixabán ha emergido como una posible alternativa, aunque la evidencia en pacientes en HD es limitada y procede fundamentalmente de estudios observacionales faltando más estudios en vida real.

Objetivo

Evaluar la eficacia y seguridad del tratamiento con apixabán en pacientes en HD crónica en condiciones de práctica clínica real.

Materiales y Métodos

Estudio observacional retrospectivo multicéntrico en una cohorte de pacientes en HD crónica en tratamiento con apixabán. Se definieron como *outcomes* de eficacia la aparición de eventos trombóticos o isquémicos, y como *outcomes* de seguridad la incidencia de sangrado mayor (inestabilidad hemodinámica o necesidad de ingreso hospitalario), sangrado menor y mortalidad. Se recogieron variables clínicas, demográficas y relacionadas con el tratamiento. Análisis estadístico con SPSS v25.

Resultados

Se incluyeron 12 pacientes en HD crónica. La edad mediana fue 76 años (RIC 63-81), con un tiempo mediano en HD de 24 meses (RIC 12-62) y con fístula arteriovenosa como acceso vascular dominante (63.7%). La etiología más frecuente de la ERC fue la enfermedad renal diabética (36%), seguida de ERC no filiada (27,3%). La dosis de apixabán fue de 2,5mg/12h en el 81,8% de los casos, mientras que en dos pacientes se utilizó 2,5mg/24h. El tiempo mediano de tratamiento fue de 11 meses (RIC 3-20). La indicación de anticoagulación principal fue FA no valvular (63.6%) seguida de TV (18.2%). Un 63.6% había recibido previamente acenocumarol siendo la labilidad del INR el principal motivo de cambio (45,5%). Tras el inicio del fármaco, no registramos eventos trombóticos ni isquémicos. Se registraron tres episodios de sangrado menor con Apixabán, no encontrando diferencias estadísticamente significativas en la incidencia de eventos hemorrágicos antes y después del inicio del fármaco. La apreciación general de los pacientes fue de mayor satisfacción con Apixabán, principalmente por la simplificación posológica y la ausencia de controles analíticos rutinarios.

Conclusiones

En nuestra cohorte de pacientes en hemodiálisis crónica el tratamiento con apixabán, ha demostrado ser una alternativa efectiva y segura. Si bien, estos resultados requieren confirmación en estudios prospectivos de mayor escala con mayor tiempo de seguimiento y mayor tamaño muestral.



Utilizar herramientas simples y reproducibles como Mini Nutritional Assessment (MNA) permite identificar precozmente el fenotipo vulnerable en hemodiálisis

Soraya Escribano¹, Julia Audije-Gil¹, Cristina Cubas¹, Pablo Diez¹, Fabiola Dapena¹, María Delgado¹, María Dolores Arenas¹

¹) Fundación Renal Española.

Introducción

La desnutrición proteico-energética es frecuente en hemodiálisis y se asocia a peor evolución, fragilidad y deterioro funcional. Su detección precoz sigue siendo un reto con parámetros analíticos convencionales. El Mini Nutritional Assessment (MNA) es una herramienta sencilla de cribado nutricional que podría identificar no solo riesgo nutricional, sino vulnerabilidad clínica global. El objetivo fue analizar su prevalencia y su asociación con variables analíticas, funcionales, psicológicas y de calidad de vida.

Material y Métodos

Estudio observacional transversal. El estado nutricional se clasificó mediante MNA. Se analizó su asociación con comorbilidad, acceso vascular y marcadores analíticos nutricionales, así como con sarcopenia (SARC-F), fragilidad (FRAIL), dependencia funcional (Barthel y Lawton-Brody), riesgo de caídas (Downton), ansiedad/depresión (PHQ-4) y calidad de vida (COOP-WONCA).

Resultados

El 33,1% presentó riesgo de desnutrición y el 5,0% desnutrición, de modo que casi 4 de cada 10 pacientes mostraban deterioro nutricional o riesgo nutricional. Un peor estado nutricional se asoció a mayor comorbilidad ($p=0,016$), mayor uso de catéter venoso central (8,4% vs 2,7%; $p<0,001$) y deterioro progresivo de marcadores analíticos clásicos, con descenso de albúmina, proteínas totales, urea, creatinina, hierro, transferrina y folato (todos $p<0,05$).

Además, el deterioro nutricional mostró una estrecha asociación con sarcopenia (desnutrición: 9,6% vs 3,4%; $p<0,001$), fragilidad (10,4% en frágiles vs 1,9% en no frágiles; $p<0,001$), mayor dependencia funcional, mayor riesgo de caídas (17,1% en riesgo alto; $p=0,020$), peor estado psicológico (ansiedad/depresión; $p<0,001$) y un deterioro progresivo de la calidad de vida (COOP-WONCA: 21 vs 24 vs 28; $p<0,001$).

Conclusiones

El MNA identifica de forma precoz mucho más que riesgo nutricional: detecta un fenotipo global de vulnerabilidad clínica caracterizado por fragilidad, sarcopenia, dependencia funcional, mayor riesgo de caídas, afectación psicológica y peor calidad de vida. Su incorporación sistemática en la práctica nefrológica podría facilitar la detección temprana de pacientes de alto riesgo y orientar intervenciones multidisciplinares dirigidas a mejorar resultados clínicos.

¿La hemodiálisis incremental realmente ayuda a preservar la diuresis residual?

Aida Frías González¹, Álvaro De la Fuente Alcocer¹, María López Picasso¹, Marisol Poma Tapia¹, Jacqueline Apaza Chávez¹, Simona Alexandru¹, Saúl Pampa Saico¹, Eduardo Bosch Fernández¹, Mar Planells Merchán¹, Laura GarcíaPuentes Suárez¹

1) Hospital Universitario Rey Juan Carlos.

33

P

Introducción

La hemodiálisis incremental (HDI) se ha perfilado como una opción adecuada frente a la convencional (HDc) en pacientes con buena función renal residual, no siendo inferiores sus resultados clínicos y analíticos. El impacto económico y ambiental parece demostrado, si bien existen datos contradictorios y posibles sesgos de selección al evaluar su impacto en la diuresis residual (DR).

Material y método

Estudio Unicentro retrospectivo con inclusión de pacientes incidentes en HDc y HDi entre 2012 y 2025. Se describieron y compararon parámetros clínicos y analíticos a los 3, 6 y 12 meses de seguimiento.

Resultados

Se incluyeron 49 pacientes (30 HDc y 19 HDi), con características basales comparables (Tabla 1). Aunque la DR basal no presentaba diferencias (HDc $1.310 \pm 661,26$ mL/24h vs HDi $1.602 \pm 481,7$ mL/24h, $p=0,148$), estas sí se objetivaron en su evolución: a 3 meses HDc 787 ± 530 mL/24h vs HDi 1.452 ± 785 mL/24h ($p=0,001$); a 6 meses, HDc 678 ± 558 mL/24h vs HDi 1.237 ± 659 mL/24h ($p=0,001$); y a 12 meses HDc 493 ± 494 mL/24h vs HDi 1.380 ± 694 mL/24h ($p<0,001$).

El Kt fue significativamente mayor en los pacientes en HDc a 6 (HDc $48,1 \pm 7,6$ L vs HDi $43,2 \pm 7,4$ L; $p=0,036$) y 12 meses (HDc $50,2 \pm 8,4$ L vs HDi $41,2 \pm 8$ L; $p=0,001$). El potasio fue significativamente mayor en HDc a 12 meses (HDc $5,01 \pm 0,53$ mmol/L vs HDi $4,43 \pm 0,68$ mmol/L; $p=0,003$). No existieron diferencias en los niveles de fósforo y urea, tampoco en número de complicaciones del acceso vascular, ingresos y supervivencia.

Conclusiones

En el presente estudio, los pacientes en HDc y HDi tuvieron similar evolución clínica y analítica. Con DR iniciales comparables, se observó una mayor DR entre los pacientes en HDi a partir de 3 meses de seguimiento.

Tabla 1. Características basales de los pacientes incidentes en hemodiálisis convencional (HDc) e incremental (HDi).

	HDc (n=30)	HDi (n=19)	p
Edad (años), media $\pm$ DE	66,5 $\pm$ 11,3	58,8 $\pm$ 23,2	0,188
Sexo varón, n (%)	22 (73,3)	12 (63,2)	0,451
HTA, n (%)	29 (96,7)	19 (100)	0,421
DM, n (%)	19 (63,3)	10 (52,6)	0,458
Diuréticos, n (%)	25 (83,3)	13 (68,4)	0,223
iSGLT2, n (%)	0 (2)	2 (10,5)	0,07
Inicio catéter	15 (50)	8 (42,1)	0,590
Índice Charlson (media $\pm$ DE)	7,9 $\pm$ 2,8	7,13 $\pm$ 3,9	0,438
Escala de Dowton (media $\pm$ DE)	1,5 $\pm$ 1,2	2,13 $\pm$ 1	0,375
FGe, mL/min (media $\pm$ DE)	9,93 $\pm$ 2,9	10,05 $\pm$ 4,2	0,906
TAS, mmHg (media $\pm$ DE)	144,9 $\pm$ 14,2	143,7 $\pm$ 17,2	0,798
TAD, mmHg (media $\pm$ DE)	69,5 $\pm$ 11,4	72 $\pm$ 13,4	0,503
Diuresis residual, mL (media $\pm$ DE)	1310 $\pm$ 661,26	1602 $\pm$ 481,7	0,148
GID, kg (media $\pm$ DE)	1,1 $\pm$ 0,7	0,7 $\pm$ 1	0,118

DE: Desviación estándar; HTA: Hipertensión arterial; DM: Diabetes mellitus; iSGLT2: inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2; FGe: Filtrado glomerular estimado; TAS: Tensión arterial sistólica; TAD: Tensión arterial diastólica; GID: Ganancia interdialítica media del primer mes.

¿Es posible la vigilancia del acceso vascular mediante métodos dilucionales en pacientes en hemodiálisis domiciliaria? Comparación frente a ecografía Doppler

Rafael Lucena Valverde¹, Laura Meneses¹, Esther Rodríguez¹, Fabio Luca Procaccini¹, Laura Medina¹, Patricia Muñoz¹, Esther Valle¹, Miryam Polo¹, Marta Puerta¹, Patricia de Sequera¹

1) Hospital Universitario Infanta Leonor.

34

P

Introducción

La vigilancia del acceso vascular es fundamental para prevenir trombosis, detectar disfunción de la fístula arteriovenosa y optimizar la calidad de la hemodiálisis. En hemodiálisis domiciliaria, esta vigilancia suele depender de controles presenciales mediante ecografía Doppler, lo que limita su aplicabilidad rutinaria. Los monitores de hemodiálisis domiciliaria con métodos dilucionales podrían facilitar una monitorización más accesible, aunque su concordancia con la ecografía Doppler en este contexto no está bien establecida.

Objetivo

Evaluar la concordancia entre la medición del flujo del acceso vascular mediante método dilucional en monitor Physidia y la ecografía Doppler de arteria humeral en pacientes en hemodiálisis domiciliaria, analizando el impacto del tipo de fístula.

Material y métodos

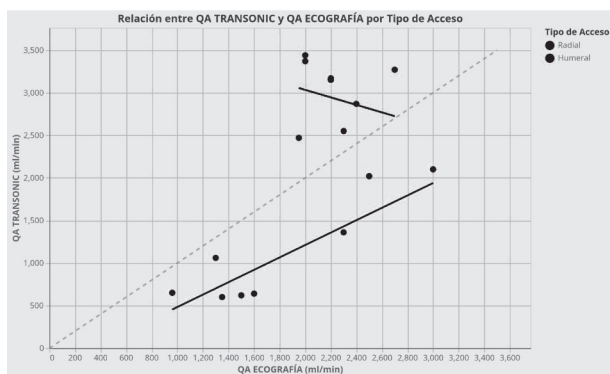
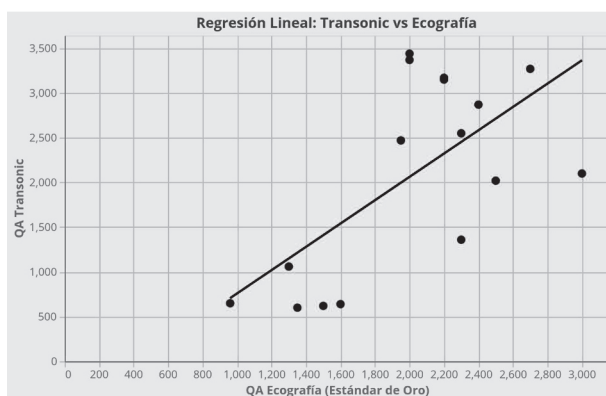
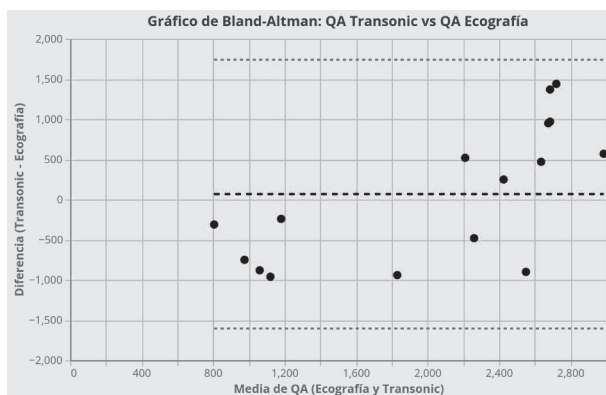
Estudio observacional en 16 sesiones de hemodiálisis domiciliaria. En cada sesión se midió el flujo del acceso vascular mediante ecografía Doppler y método dilucional durante el mismo procedimiento. Se analizaron correlación global, sesgo medio, límites de acuerdo mediante Bland-Altman y regresión lineal. El análisis se estratificó según tipo de fístula: radial o humeral.

Resultados

La correlación global fue moderada, con $r=0,65$, $r=0,50$ y $R^2=0,424$. El sesgo medio global fue de 67,5 ml/min; sin embargo, los límites de acuerdo fueron amplios, de -1606 a 1741 ml/min, lo que indica concordancia limitada para el uso indistinto de ambos métodos. El análisis estratificado mostró un comportamiento dependiente del tipo de acceso: en fístulas radiales, el método dilucional infraestimó el flujo respecto a la ecografía Doppler, con un sesgo medio de -711 ml/min; en fístulas humerales, lo sobreestimó, con un sesgo medio de +673 ml/min. Al ajustar por tipo de fístula, el modelo aumentó su capacidad explicativa hasta $R^2=0,852$.

Conclusiones

El método dilucional no es globalmente intercambiable con la ecografía Doppler en hemodiálisis domiciliaria. No obstante, podría ser útil como herramienta de seguimiento si su interpretación se ajusta al tipo de fístula.



Optimización de la cobertura vacunal en pacientes en hemodiálisis tras la implementación de una estrategia estructurada de inmunización

Cristina Fernanda Morocho Pindo¹, María Ciordia Lizarraga¹, Dannah Michelle López Campos¹, Daria Abasheva¹, Mónica Pereira García², Helena Moza Morínigo¹, José Domingo Martín García¹, Pablo Sáez Adam¹, Emilio José González Parra¹

1) Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, 2) Fundación Renal Española - Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz.

35

P

Introducción

Los pacientes en hemodiálisis (HD) presentan alto riesgo de infecciones graves por disfunción inmune asociada a la uremia y exposición sanitaria repetida, siendo causa relevante de hospitalización y mortalidad. La vacunación reduce la hospitalización por COVID-19 (47%), la mortalidad por gripe (32–50%) y por neumococo (23–49%), con seroconversión frente a hepatitis B (VHB) optimizable hasta el 90% con vacunas adyuvadas, y disminuye la reactivación por herpes zóster (HZ) en un 50%. La vacuna frente a virus respiratorio sincitial (VRS) muestra beneficios potenciales con evidencia emergente. Sin embargo, la cobertura vacunal sigue siendo subóptima. El objetivo fue analizar el impacto de una estrategia estructurada de inmunización sobre la vacunación por periodo (VP) y la cobertura vacunal acumulada (CVA) en pacientes en HD.

Material y Métodos

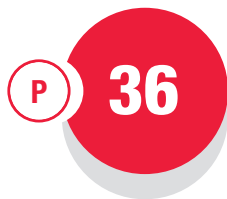
Estudio descriptivo longitudinal basado en cortes repetidos (2023–2026) en una unidad hospitalaria de HD. Se compararon dos periodos: 2023–2024 (n=60) y 2025–2026 (n=58), tras implementar una estrategia protocolizada de revisión vacunal con identificación sistemática de déficits y actualización individualizada del calendario. Se analizaron VP y CVA para gripe, SARS-CoV-2, neumococo, VHB, HZ y VRS. En vacunas anuales, la VP representa la protección vigente en cada campaña; la CVA integra la historia vacunal completa. Ambos indicadores son complementarios.

Resultados

En 2023–2024, la VP fue 76,67% para gripe, 78,33% para COVID-19, 65% para neumococo, 58,33% para VHB y 71,67% para HZ. En 2025–2026 descendió a 72,41%, 74,14%, 17,24%, 43,10% y 12,28%, respectivamente, atribuible a mayor proporción de pacientes con cobertura previa documentada. La CVA aumentó en todos los antígenos: gripe 93,10%, COVID-19 93,22%, neumococo 84,48%, VHB 86,21% y HZ 87,93%. Para gripe y COVID-19, la protección vigente queda reflejada por la VP, que se mantuvo estable y >72% en ambos periodos. La vacuna frente a VRS se introdujo en 2025–2026, alcanzando una VP del 72,41% y una CVA del 81,03%.

Conclusiones

La estrategia estructurada de revisión vacunal en HD se asoció a incremento de la CVA en todos los antígenos (>84%), con incorporación efectiva de la vacuna frente a VRS. En vacunas de pauta cerrada (neumococo, VHB, HZ), CVA es el indicador más relevante; en vacunas anuales, la VP refleja mejor la protección vigente. La caída de la VP en el segundo periodo no indica deterioro, sino mejor identificación de pacientes previamente inmunizados. Estos resultados apoyan integrar la revisión vacunal en la atención habitual del paciente en HD como intervención sencilla, reproducible y con potencial impacto pronóstico.



Insuficiencia cardíaca de alto gasto en pacientes con fístula arteriovenosa para hemodiálisis

Beatriz Pérez Peláez¹, Ana García-Prieto¹, Javier Carbayo¹, Patrocinio Rodríguez-Benítez¹, Marco A Vaca Gallardo¹, Zorba Blázquez¹, Marian Goicoechea¹, Diego Parra Maraño¹, Andrea J Hernández García¹, Rodrigo García Marina¹

1) Hospital General Universitario Gregorio Maraño.

Introducción

Los pacientes con enfermedad renal crónica terminal (ERCT) tienen alta incidencia de insuficiencia cardíaca (IC). Hay descritos numerosos casos de IC de alto gasto en pacientes portadores de fístula arteriovenosa (FAV), concretamente aquellos con FAV de alto gasto (flujo de acceso > 2 litros / minuto). Es un diagnóstico de exclusión, cuyo manejo debe centrarse en el alivio sintomático y tratamiento etiológico, que sería el cierre o la reducción del flujo de la FAV mediante la ligadura de colaterales.

Material y Métodos

Se describen 3 casos de IC de alto gasto en pacientes con FAV hiperdinámicas estudiados por Nefrología y Cardiología en nuestro centro. En todos los casos, tras el diagnóstico de exclusión y valoración del riesgo-beneficio individualizando cada caso, se observa clara mejoría funcional y estructural con el cierre de la FAV.

Resultados

El primer caso es un varón de 30 años en hemodiálisis, con miocardiopatía dilatada e IC con fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) del 25%, insuficiencias mitral y tricúspidea severas, sin mejoría tras tratamiento conservador de la IC. Tras excluir otras causas, se confirma FAV hiperdinámica e IC de alto gasto, decidiéndose ligadura de la FAV, con una mejoría significativa de la cardiomegalia (imagen) y de las alteraciones ecocardiográficas.

Los otros dos casos son ambos portadores de trasplante renal con disfunción avanzada del injerto. El primero presenta una FEVI deprimida (20%) e insuficiencias mitral y tricúspidea severas, mientras que el segundo tiene FEVI preservada, con insuficiencias aórtica, mitral y tricúspidea moderadas. Tras la confirmación de IC de alto gasto y tras realizar la ligadura de la FAV, ambos mostraron mejoría tanto clínica como ecocardiográfica.

Conclusión

La IC de alto gasto debe considerarse en pacientes con ERCT y FAV tras descartar otras posibles causas. La ligadura de la FAV puede mejorar este tipo de IC.



Utilidad del biocontrol de sodio en la prevención del síndrome de desequilibrio de diálisis

Carlos Cabezas Reina¹, Judith Martins Muñoz¹, Esther Ortega Junco¹,
Laura Espinel Costoso¹, Korina Peña Esparragoza¹, Alberto De Lorenzo
Álvarez¹, Verónica Rubio Menéndez¹, Alfonso Cubas Alcaraz¹

1) Hospital Universitario de Getafe.

37

P

Introducción

El síndrome de desequilibrio de diálisis (SDD) es una entidad potencialmente grave que da lugar a síntomas neurológicos variables a consecuencia de cambios rápidos de osmolaridad (OsmP). Es típico de primeras sesiones de hemodiálisis debido a una barrera hematoencefálica aún no adaptada. Para su prevención se han empleado: flujos bajos, tiempos cortos, o utilización de manitol o suero hipertónico. Presentamos un caso donde el uso de biocontrol de sodio permitió amortiguar el cambio de OsmP en hemodiálisis urgente.

Caso clínico

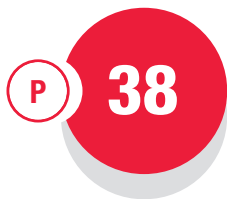
Mujer de 44 años sin antecedentes. Acudió a Urgencias por vómitos incoercibles. Exploración: afebril, PA 99/36mmHg, FC 98lpm, StO₂ 99%, datos clínicos de depleción de volumen severa. Exploraciones complementarias: Analítica: Cr 6.87mg/dl con función renal previa normal, urea 408mg/dl, Na 171mmol/l, Cl 119mmol/l, K 4.6mmol/l, hemoconcentración (leucocitosis, policitemia). Gasometría venosa pH 7.33, Bic 20.9mmol/l, pCO₂ 40.2mmHg. Orina con cilindros hialinos, EFNa 1.1%, OsmU 454mOsm/kg. Ecografía descartó uropatía obstructiva, confirmó VExUS 0 y vena cava inferior colapsada. Ante diagnóstico de fracaso renal agudo no oligúrico en fase de necrosis tubular con hipernatremia secundaria a pérdidas digestivas, se inició reposición de volumen intensa, pero tras 24h la paciente desarrolló encefalopatía urémica, con urea 402mg/dl, Na 158mmol/l y OsmP 397mOsm/kg. Se decidió hemodiálisis urgente a través de catéter yugular percutáneo ecodirigido. Para conseguir el menor cambio posible de OsmP, en una paciente con síndrome urémico e hipernatremia, decidimos tiempo 1.5h, Qb 180ml/min y activar biocontrol de sodio, con conductividad 14.5mS/cm y margen de concentración de sodio en líquido de diálisis 138-150mmol/l. Al final de la sesión, presentó urea 219mg/dl, Na 147mmol/l y OsmP 354mOsm/kg sin síntomas neurológicos.

Discusión

La complejidad en el manejo de esta sesión de diálisis radica en concurrir tres factores de riesgo de SDD y que además dificultan su tratamiento: síndrome urémico, hipernatremia y depleción de volumen, limitando opciones como manitol o hipertónico. El uso del biocontrol de sodio permite aproximarnos a una diálisis isonatrémica, en que somos capaces de asegurar un balance difusivo preseleccionado, que se adapta a la natremia del paciente. En este caso, el biocontrol permite el menor balance negativo de sodio posible, conllevando un menor cambio en OsmP, y postulándose como una indicación en la que hasta ahora no se tenía experiencia.

Conclusiones

Asegurar un estricto balance de sodio mediante este biocontrol, puede ayudar a suavizar los cambios de OsmP en este perfil de pacientes, contribuyendo a una hemodiálisis más segura.



Recuperación de la función renal en Mieloma Múltiple IgD kappa mediante hemodiálisis expandida (HDx)

Carmen Bollaín Carbonell¹, Rocío Echarri Carrillo¹, Ángel Gallegos Villalobos¹, Verónica Ruth Mercado Valdivia¹, Gilda Alessandra Carreño Cornejo¹, Sara Aldana Barceló¹, Silvia Caldés Ruisánchez¹, Yesika María Amezcua Orjuela¹, Paula Aporta Franco¹, Antonio Cirugeda García¹

1) Hospital Universitario Infanta Sofía.

Introducción

El mieloma múltiple (MM) IgD kappa es una variante poco frecuente caracterizada por elevada producción de cadenas ligeras libres (CLL) y alto riesgo de nefropatía por cilindros. La rápida reducción de CLL es fundamental para prevenir daño renal irreversible, siendo un reto terapéutico lograr una depuración eficaz sin comprometer la albúmina ni la función renal residual (FRR).

Caso clínico

Varón de 48 años que debuta con fracaso renal agudo severo (creatinina 13,83 mg/dl; FG 4 ml/min/1,73m²), anemia e hipercalcemia, con CLL kappa de 42.193 mg/L. El estudio (proteinograma, PET-TAC y biopsia medular) confirmó MM IgD kappa. Se inició tratamiento con quimioterapia y hemodiálisis con filtro High Cut-Off, logrando un descenso inicial de CLL hasta 42.193 mg/dl a 6.227 mg/dl L. Ante la ausencia de recuperación renal, se cambió a hemodiálisis expandida (HDx) con membrana de Medium Cut-Off (MCO), con 2-3 sesiones semanales. Posteriormente, el paciente recibió trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos (TASPE), alcanzando remisión completa.

Resultados

La HDx permitió una reducción progresiva y sostenida de las CLL hasta su normalización, con adecuada tolerancia clínica y sin complicaciones infecciosas. Destaca la estabilidad de la albúmina sérica (3,8-4,7 g/dl), reflejando una depuración selectiva sin pérdidas significativas. Durante el seguimiento se logró una recuperación progresiva de la FRR logrando la salida de diálisis a los 2 años y medio y manteniéndose estable en la actualidad con diuresis de hasta 2 L/día y FG de 16-18 ml/min/1,73m².

Conclusiones

La HDx con membranas MCO constituye una alternativa eficaz, segura y fácilmente implementable en el manejo del riñón de mieloma. Su capacidad para eliminar moléculas de mediano-alto peso molecular, manteniendo la albúmina y favoreciendo la FRR, la posiciona como una herramienta complementaria al TASPE y quimioterapia facilitando la recuperación renal y la suspensión de la terapia renal sustitutiva.

Importancia de la integración precoz de los cuidados paliativos en el manejo de la calcifilaxis: a propósito de un caso

Gabriel Ledesma Sánchez¹, Araceli Sánchez Sánchez², Ernesto Pascual Olmos², Gilda Carreño Cornejo¹, Verónica Mercado Valdivia¹, Sara Aldana Barceló¹, Carmen Bollain Carbonell¹, Paula Aporta Franco¹, Rocío Echarri Carrillo¹, Antonio Cirugeda García¹

1) Servicio de Nefrología. Hospital Universitario Infanta Sofía, 2) Equipo de Soporte Hospitalario de Cuidados Paliativos. Hospital Universitario Infanta Sofía.

39

P

Introducción

La calcifilaxis es una complicación infrecuente, pero con elevada mortalidad característica de los pacientes con enfermedad renal crónica (ERC), que se caracteriza por lesiones cutáneas necróticas extremadamente dolorosas. Este dolor suele ser intenso y refractario, con importante impacto funcional y psicológico. A pesar de ello, la derivación a cuidados paliativos (CP) es tardía y limitada.

Material y Método

Presentamos el caso de una mujer de 86 años con ERC avanzada (G4) con úlceras recurrentes en miembros inferiores, habitualmente superficiales por rotura de flictenas. Ingresa por nueva úlcera en miembro inferior izquierdo, con dolor intenso que parece desproporcionado para el aspecto de la úlcera. Por este tipo de dolor, en paciente con múltiples factores de riesgo para calcifilaxis (ERC, mujer, edad avanzada, vasculopatía periférica severa, obesidad, tratamiento con Sintrom), se piensa en esta enfermedad como primera posibilidad diagnóstica, la cual se confirma mediante biopsia cutánea. Se revisa la evolución clínica, tratamiento y papel del manejo conjunto con CP.

Resultados

Desde el diagnóstico confirmatorio se inició tratamiento multimodal específico que incluyó: curas diarias con tiosulfato sódico, inicio de hemodiálisis, vitamina K, bifosfonatos y sesiones de cámara hiperbárica, sin cinacalcet al no presentar hiperparatiroidismo secundario, circunstancia poco frecuente en este contexto.

La evolución fue tórpida, con sobreinfecciones recurrentes de la úlcera y deterioro funcional progresivo. El control del dolor resultó especialmente complejo, requiriendo múltiples estrategias analgésicas (gabapentina, opioides transdérmicos e intravenosos, AINEs), con respuesta insuficiente y efectos adversos tipo somnolencia e incluso delirium hipoactivo (limitantes para el tratamiento de cámara hiperbárica). Es por ello que precisó seguimiento estrecho por CP. Por la mala evolución clínica, con extensión de la úlcera a prácticamente toda la circunferencia de la pierna, con zonas necróticas e incluso exposición tendinosa, junto con el dolor refractario, se decidió finalmente adecuación del esfuerzo terapéutico.

Revisando la literatura, la derivación a cuidados paliativos es limitada y habitualmente tardía. Según algunas series, solo un 42% de pacientes son valorados por CP, y apenas un 3% son derivados en el momento del diagnóstico.

Conclusiones

La calcifilaxis constituye un paradigma de enfermedad con elevada carga sintomática en la que el dolor es central y de difícil control. Este caso ilustra la concurrencia de múltiples factores de riesgo clásicos y la complejidad terapéutica. La derivación precoz a CP para un manejo conjunto Nefrología-Paliativos desde el diagnóstico son clave para optimizar el control sintomático, la calidad de vida y la toma de decisiones compartida.



Inyecciones subcutáneas de antibioterapia pericatóter para el tratamiento de la infección refractaria del orificio de salida

Irene García García¹, Estefanya García-Menéndez¹, Darío Janeiro Marín¹, Oscar Castedo Martínez¹, Ana María Martínez Peral¹, Jeanette Fernández Cusicanqui¹, Paula Sánchez Briales¹, Mercedes Pérez García¹, María Isabel Galán Fernández¹, José María Portolés Pérez¹

1) Hospital Universitario Puerta de Hierro.

Introducción

La infección del orificio de salida del catéter de diálisis peritoneal se define por la presencia de exudado purulento, independientemente de otros signos inflamatorios locales. Los patógenos más frecuentemente aislados incluyen *Staphylococcus aureus* y *Pseudomonas aeruginosa*, que pueden ser difíciles de erradicar y presentar resistencia al tratamiento convencional. Por ello, desarrollamos una técnica basada en la administración periódica de antibioterapia subcutánea pericatóter (periorificial).

Métodos

Se llevó a cabo una serie de casos descriptiva, observacional y retrospectiva en la unidad de diálisis peritoneal del Hospital Universitario Puerta de Hierro (Madrid, España). Se incluyeron cuatro pacientes con infección del orificio de salida refractaria o resistente causada por *Staphylococcus caprae* o *Pseudomonas aeruginosa*. Se definió infección refractaria/resistente como la persistencia de infección tras al menos tres semanas de tratamiento antibiótico dirigido. En estos casos, se administraron inyecciones subcutáneas pericatóter de gentamicina 40 mg o tobramicina 50 mg alrededor del manguito externo del catéter. Las inyecciones se realizaron semanalmente hasta completar cuatro dosis, manteniendo simultáneamente antibioterapia oral y curas locales estandarizadas.

Resultados

En los tres pacientes con infección refractaria/resistente por *Pseudomonas aeruginosa*, la administración de aminoglucósidos subcutáneos pericatóter fue eficaz, sin recurrencias de infección del orificio ni episodios de peritonitis durante un seguimiento de seis a doce meses. En el paciente con infección refractaria/resistente por *Staphylococcus caprae* (resistente a aminoglucósidos), se iniciaron inyecciones subcutáneas de ceftriaxona, observándose una disminución del exudado purulento y ausencia de recurrencia.

Conclusiones

La administración semanal de antibioterapia subcutánea pericatóter durante cuatro semanas puede constituir una estrategia adyuvante útil en el manejo de infecciones del orificio de salida del catéter de diálisis peritoneal refractarias o resistentes, en combinación con antibioterapia sistémica y cuidados locales estandarizados.

Viabilidad y resultados clínicos de la diálisis peritoneal prolongada: seguimiento 4 años

R. Haridian Sosa Barrios¹, Susana P. Garrote Fernández¹, Cristina Campillo Trapero¹, Milagros Fernández Lucas¹, Maite E. Rivera Gorrín¹

1) Hospital Universitario Ramón y Cajal.

41

P

Antecedentes

La diálisis peritoneal (DP) tiene resultados bien establecidos a corto y medio plazo, pero la evidencia sobre su efectividad a largo plazo (>4–5 años) es limitada. Históricamente, existieron dudas sobre su uso prolongado. Sin embargo, estudios recientes sugieren que, gracias a mejoras en soluciones, control de infecciones y manejo personalizado, la DP a largo plazo puede ser viable con supervivencia aceptable del paciente y de la técnica. Nuestro objetivo fue revisar la experiencia de nuestro centro con pacientes que continuaron en DP >4 años.

Método

Estudio observacional retrospectivo unicéntrico, incluyendo adultos 18 años en DP entre 1997 y 2019. Se recopilaron datos de historias clínicas en papel y registros electrónicos.

Resultados

Se incluyeron 36 pacientes; 69,5% hombres, edad media 51 ± 13 años. La prescripción inicial fue tres intercambios diarios 61,1% y dos en 16,7%; icodextrina en 75%. La DP fue la terapia renal inicial en 75%, 22,2% iniciaron hemodiálisis y uno provenía de TR. Kt/V semanal medio inicial fue 2,02, 1,77 al final. Eritropoyetina se prescribió en 47,2% antes de DP y 25% durante. El tiempo medio hasta fallo de la técnica fue 80,4 meses; la discontinuación se debió a muerte en 44,4%, TR en 38,9% y transferencia a hemodiálisis en 16,7%. 25% no presentó peritonitis, 50% un episodio y 22,2% >1. El 55,6% requirió hospitalización relacionada con DP y 10 por IC; 11,1% nunca ingresó. La media de ingresos fue 5,3 (rango 0–14).

	n (%) / Media $\pm$ DS
Edad (años)	51,06 $\pm$ 13,43 (31–80)
Hombre/Mujer	25 (69,5) / 11 (30,5)
No anúrico	20 (55,5)
Diabetes	
– Sin diabetes/DM	29 (80,6) / 7 (19,4)
VIH positivo	2
Tabaquismo	
– No fumador	15 (41,7)
– Fumador actual	6 (16,7)
– Exfumador	15 (41,7)
Modalidad de DP	
– CAPD/APD	34 (94,4) / 2 (5,6)
Tiempo en DP (meses)	79,24 $\pm$ 26,05 (50–165)

Tabla 1. Características basales

Conclusión

La DP puede mantenerse más allá de un periodo definido individualizando. La discontinuación no debe basarse solo en duración del tratamiento. Se necesitan más datos en la práctica clínica real para evaluar resultados a largo plazo y factores asociados al éxito sostenido de la DP.



EcoNutri-PEW: ecografía nutricional para la detección de protein-energy wasting en diálisis peritoneal

Estefanya García Menéndez¹, María Mercedes Pérez García¹, Helena Trias Reyes¹, Ana Lucía Valencia Peláez², Andrea Alonso Mantellini¹, M Victoria Oviedo³, M Rosario Llópez Carratalá¹, Jorge Campos Sanchez¹, Jeanette Fernández Cusicanqui¹, José Portolés Pérez¹

1) Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda, 2) Hospital Clínico Universitario de Valladolid, 3) Hospital Río Carrión (Palencia).

Introducción

El síndrome *protein-energy wasting* (PEW) es frecuente en diálisis peritoneal (DP) y puede coexistir con alteraciones de la masa muscular y de los compartimentos grasos. La ecografía nutricional permite valorar de forma regional el músculo recto femoral del cuádriceps (QRF) y el tejido adiposo.

Objetivo

Analizar, en una cohorte en DP, la relación entre ecografía nutricional, PEW y diferencias de composición corporal entre sexos.

Métodos

Estudio observacional prospectivo de 59 pacientes adultos en DP. En la visita basal se realizó ecografía nutricional del QRF y de los compartimentos adiposos abdominales y del muslo, bioimpedancia, dinamometría, *Short Physical Performance Battery* (SPPB), *Malnutrition-Inflammation Score* (MIS) y parámetros bioquímicos. El PEW se clasificó mediante criterios simplificados de la ISRNM.

Resultados

La edad media fue $64,2 \pm 14,0$ años y el 61,0% eran varones. El 44,1% presentó PEW moderado y 15,3% PEW grave. La dinapenia estuvo presente en el 22,0% y fue más frecuente en varones. El grosor del QRF en eje Y se correlacionó con índice de tejido magro, ángulo de fase, fuerza de prensión y SPPB, e inversamente con MIS y gravedad de PEW. (Tabla1)

Los pacientes con PEW grave mostraron menor grosor muscular que aquellos con PEW moderada o sin PEW, peor SPPB y tendencia a menor fuerza de prensión y menor ángulo de fase, sin diferencias claras en índice de tejido magro. En el análisis ROC, el grosor del QRF discriminó PEW y dinapenia con capacidad moderada. Por sexos, las mujeres presentaron menor anchura y área del QRF, mayor grasa supramuscular del muslo y mayor grasa abdominal superficial y profunda, en concordancia con mayor índice graso y menor índice magro por bioimpedancia.

Conclusión

En DP, la ecografía nutricional basal identifica diferencias morfofuncionales asociadas a PEW y sexo, aportando información regional complementaria.

Tabla 1. Correlación entre los parámetros de ecografía nutricional, la composición corporal y las escalas de dinapenia y gravedad de PEW.

Parámetro de ecografía nutricional	Variable relacionada	r	p-valor
Grosor del QRF (Eje-Y)	LTI (kg/m ²)	0,4550	0,0003
	Ángulo de fase	0,5923	<0,001
	Handgrip (kg)	0,3448	0,01
	SPPB	0,3300	0,01
	MIS	-0,3395	0,01
	Gravedad de PEW	-0,4000	0,0017
Anchura del QRF (Eje-X)	LTI (kg/m ²)	0,2793	0,0321
	Handgrip (kg)	0,2728	0,04
Área del QRF	Handgrip (kg)	0,4494	<0,001
	LTI (kg/m ²)	0,5152	<0,001
	Ángulo de fase	0,4589	<0,001
Grasa superficial del muslo	FTI (kg/m ²)	0,5800	<0,001
	IMC (kg/m ²)	0,3770	0,003
Grasa abdominal	FTI (kg/m ²)	0,5630	<0,001
	MIS	-0,4420	0,001
	IMC (kg/m ²)	0,4563	<0,001

Los datos se presentan como coeficientes de correlación **r** y sus correspondientes valores de significación estadística. Los valores positivos indican una asociación directa y los negativos una asociación inversa. **Abreviaturas:** IMC: Índice de masa corporal; LTI: Índice de masa magra; FTI: Índice de masa grasa; QRF: recto femoral del cuádriceps; SPPB: *Short Physical Performance Battery*; MIS: *Malnutrition-Inflammation Score*; PEW: *protein-energy wasting*.

the 1990s, the number of people in the world who are under 15 years of age is expected to increase from 1.1 billion to 1.5 billion.

As the world's population grows, the demand for food and other resources will increase. This will put pressure on the environment and on the world's food supply.

One way to meet this demand is to increase the amount of food that is produced. This can be done by using more land for agriculture.

Another way to meet this demand is to increase the efficiency of food production. This can be done by using better farming techniques.

Both of these methods have their own problems. Increasing the amount of land used for agriculture can lead to deforestation and loss of biodiversity.

Increasing the efficiency of food production can lead to the use of more pesticides and fertilizers, which can be harmful to the environment.

One solution is to use sustainable farming practices. These practices can help to protect the environment while still producing food.

Sustainable farming practices include using natural fertilizers, rotating crops, and using pest control methods that do not harm the environment.

By using sustainable farming practices, we can help to meet the world's growing demand for food while also protecting the environment.

There are many other ways to meet the world's growing demand for food. We need to find ways to use our resources more wisely.

One way to do this is to reduce the amount of food that is wasted. This can be done by eating less meat and by using food more efficiently.

Another way to do this is to use less energy in food production. This can be done by using renewable energy sources.

By using these and other strategies, we can help to meet the world's growing demand for food while also protecting the environment.

It is our responsibility to make sure that we have enough food to eat. We need to find ways to use our resources more wisely.

By using sustainable farming practices and other strategies, we can help to meet the world's growing demand for food while also protecting the environment.

There are many other ways to meet the world's growing demand for food. We need to find ways to use our resources more wisely.

One way to do this is to reduce the amount of food that is wasted. This can be done by eating less meat and by using food more efficiently.

Another way to do this is to use less energy in food production. This can be done by using renewable energy sources.

By using these and other strategies, we can help to meet the world's growing demand for food while also protecting the environment.

It is our responsibility to make sure that we have enough food to eat. We need to find ways to use our resources more wisely.

By using sustainable farming practices and other strategies, we can help to meet the world's growing demand for food while also protecting the environment.

There are many other ways to meet the world's growing demand for food. We need to find ways to use our resources more wisely.

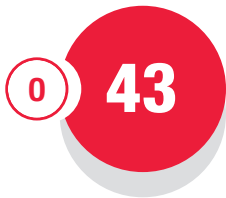
One way to do this is to reduce the amount of food that is wasted. This can be done by eating less meat and by using food more efficiently.

Another way to do this is to use less energy in food production. This can be done by using renewable energy sources.

By using these and other strategies, we can help to meet the world's growing demand for food while also protecting the environment.

It is our responsibility to make sure that we have enough food to eat. We need to find ways to use our resources more wisely.

26



Efecto inmunomodulador renal de los inhibidores de SGLT2 en la ERC-DM

María Muñoz Rincón¹, Irene Gómez Delgado², Andrea Raposo², Marina López-Martínez³, María José Soler³, Elena Urcelay², Ana Sánchez-Fructuoso¹, Clara García Carro¹

1) Hospital Clínico San Carlos, 2) Fundación para la Investigación Biomédica del Hospital Clínico San Carlos (IDISCC), 3) Hospital Universitario Vall d'Hebron.

Antecedentes y Objetivo

La enfermedad renal crónica asociada a diabetes tipo 2 (ERC-DM) se reconoce cada vez más como un estado de inflamación crónica de bajo grado, en el que la activación inmune intrarrenal contribuye a la progresión del daño. Aunque los inhibidores de SGLT2 (iSGLT2) son un pilar terapéutico consolidado, su impacto sobre las vías inflamatorias renales en humanos no está completamente definido. Este estudio evaluó su efecto sobre el equilibrio inflamatorio intrarrenal mediante el análisis del perfil de citocinas urinarias en pacientes con ERC-DM y albuminuria.

Métodos

Estudio prospectivo, observacional y multicéntrico en pacientes con ERC-DM y albuminuria >30 mg/g que iniciaron iSGLT2 por indicación clínica. Las citocinas y quimiocinas urinarias se cuantificaron mediante tecnología proteómica de alta sensibilidad (Olink) al inicio y a 1, 3 y 6 meses. Se analizaron los cambios longitudinales en relación con la función renal, la albuminuria y los tratamientos concomitantes.

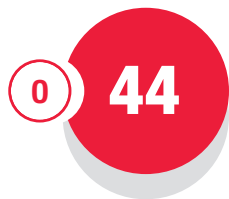
Resultados

Se incluyeron 58 pacientes (edad mediana 69 años; eGFR 47,5 mL/min/1,73 m²; UACR 497 mg/g). El inicio del tratamiento se asoció con una reducción rápida y sostenida de citocinas proinflamatorias urinarias, evidente ya al primer mes y mantenida durante el seguimiento. Los mediadores afectados incluyeron IL-6, MCP-1, IL-7, IFN- γ y quimiocinas implicadas en el reclutamiento leucocitario (CXCL8, CXCL9, CXCL11). Estos cambios fueron independientes de variaciones en la albuminuria o la eGFR y consistentes con independencia del tratamiento de base. Las citocinas antiinflamatorias no mostraron modificaciones significativas.

Conclusiones

El tratamiento con iSGLT2 se asocia a una atenuación precoz y mantenida de la inflamación intrarrenal en pacientes con ERC-DM albuminúrica, compatible con un reequilibrio inmune más que con un efecto inmunosupresor. Este mecanismo, independiente de cambios hemodinámicos a corto plazo, podría contribuir a los beneficios renoprotectores observados y refuerza el papel de estos fármacos como modificadores de la enfermedad. El análisis de citocinas urinarias emerge como herramienta sensible para detectar respuestas terapéuticas tempranas.

	DM2 n=58
Age (years), median(IQR)	69 (65-77)
Gender (female), n (%)	16 (27.6%)
DM time from diagnosis (months), median(IQR)	169 (93-213)
Hypertension, n (%)	57 (98.3%)
Heart failure, n (%)	16 (27.6%)
SBP (mmHg), median(IQR)	135 (130-141.5)
DBP (mmHg), median(IQR)	75 (70-81)
BMI (Kg/m2), median (IQR)	29.3 (25.7-31.9)
Obesity, n (%)	31 (53.4%)
Hb (mg/dl), median(IQR)	13.3 (12-14.5)
Colesterol (mg/dl), median(IQR)	157 (133-192)
Colesterol LDL (mg/dl), median(IQR)	72 (60-95)
Creatinine (mg/dl), median(IQR)	1.39 (1.13-1.80)
FG (ml/min/1.73m2), median(IQR)	47.5 (33.2-59.7)
C reactive protein (mg/L), median(IQR)	2.9 (2.9-4.9)
UACR (mg/g), median(IQR)	497 (100-1107)
UACR	
30-300 A2 (%)	24 (41.4%)
>300 A3 (%)	34 (58.6%)
UPCR (mg/g), median(IQR)	935 (345-1573)
Ferritin (ng/mL), median(IQR)	58 (27-137)
HbA1c (%), median(IQR)	6.6 (6.2-7.2)
ACE i/ARBs, n (%)	47 (1%)
MRA, n (%)	3 (5.2%)
Statins, n (%)	38 (65.5%)
Metformin, n (%)	37 (63.8%)
Sulfonylureas, n (%)	6 (10.3%)
DPP4 inh, n (%)	23 (39.6%)
GLP1 RA, n (%)	15 (25.9%)
Insulin, n (%)	15 (25.9%)
Type of SGLT2 inh:	
Dapagliflozin, n (%)	55 (94.8%)
Empagliflozin, n (%)	3 (5.2%)



Impacto de la preeclampsia grave en la salud cardiovascular de la mujer: seguimiento a largo plazo en un hospital de tercer nivel

Beatriz Pérez Peláez¹, Marta Robledo¹, Ana Miguel¹, Marco Antonio Vaca¹, Ana María García Prieto¹, Marta Radillo¹, María Patrocinio Rodríguez Benítez¹

1) Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Introducción

La preeclampsia con criterios de gravedad (PEG) constituye un importante problema de salud pública. Diversas causas entre las que se encuentran: primíparas cada vez más añosas, con mayor comorbilidad y necesidad de técnicas de reproducción asistida, han condicionado un aumento de su incidencia. Se considera un factor de riesgo cardiovascular, habiéndose demostrado una asociación entre PEG y riesgo cardiovascular futuro en la mujer. De ahí la importancia de llevar a cabo un seguimiento a largo plazo.

Objetivo

Describir las características clínicas de las pacientes que fueron diagnosticadas de PEG, en un hospital de 3º nivel, entre mayo-07 y diciembre-20 y analizar el desarrollo de patología cardiovascular hasta diciembre-25

Material y Métodos

Estudio observacional, retrospectivo de una cohorte de base hospitalaria, en el que se analizan las características clínicas de pacientes diagnosticadas de PEG y el desarrollo posterior de patología cardiovascular hasta diciembre-25. Los datos para este segundo análisis se obtuvieron de las historias clínicas en la plataforma informática HCIS.

Resultados

Se incluyen 479 mujeres, con $34,1 \pm 6,3$ años en el momento del diagnóstico de la PEG. 14% hipertensas crónicas, 2% diabéticas, 22% obesas y 6% con ERC. En el 38,6%, la PEG fue de inicio precoz y 22,3% puerperales. A las 16 semanas posparto, 97 pacientes (20,3%) persistían hipertensas. En diciembre-25, $8,4 \pm 2,9$ (5-18,6) años después del parto, obtuvimos información de 411 de ellas (68 pacientes se perdieron de seguimiento). En ese momento, la edad de nuestra cohorte era de $42,4 \pm 6,7$ (21-61) años. 141 pacientes presentaban hipertensión (29,4%), porcentaje superior al esperado en este rango de edad (10-15%). El 38,4% presentaban dislipemia y 6,1% diabetes. El CAC se había determinado sólo en 69 pacientes con una media de 28,7 mg/g. 20 pacientes habían sido diagnosticadas de enfermedad vascular periférica y 9 habían presentado un ACVA. Una paciente había fallecido por causa tumoral.

Conclusiones

La preeclampsia con criterios de gravedad se asocia a un incremento significativo del riesgo cardiovascular a medio-largo plazo, con una alta prevalencia de hipertensión y eventos vasculares en edades relativamente jóvenes. Estos resultados refuerzan la necesidad de un seguimiento estructurado y multidisciplinar de estas pacientes orientado a la prevención cardiovascular precoz.

Nefrología Intervencionista en procedimientos endovasculares: resultados en 3 años

Raquel Barba Teba¹, Hugo Diniz¹, Miguel Carvalho¹, Carolina Verde¹, Luis Coentrão¹

1) Unidade Local de Saúde São João (Oporto/Portugal)

45

0

Introducción

Los procedimientos endovasculares son manejados regularmente por otras especialidades, pero se están convirtiendo en una parte integral de la Nefrología Intervencionista (NI). Estas unidades reducen las derivaciones a diferentes especialidades, las hospitalizaciones asociadas al acceso vascular (AV), muestran bajas tasas de complicaciones y optimizan el uso de FAV en unidades de hemodiálisis. Sin embargo, es importante tener en cuenta las posibles complicaciones. El objetivo de este estudio es analizar nuestros resultados clínicos y el perfil de seguridad de la Unidad de NI en procedimientos endovasculares en nuestro hospital.

Material y método

Estudio observacional y prospectivo de procedimientos endovasculares realizados por NI desde 2023 en AV de pacientes en hemodiálisis y consulta ERCA. Mediante valoración ecográfica, se identificaron estenosis significativas o trombosis y se programó angioplastia o trombectomía. Se registraron el tipo de acceso, el procedimiento y las complicaciones asociadas.

Resultados

Se intervinieron 264 AV: 171 (64.8%) en pacientes en HD y 93 (35.2%) en consulta ERCA. En el grupo HD, se realizaron 178 angioplastias con un éxito técnico del 97.3%, registrándose 15 complicaciones (8.4%), principalmente trombosis intraprocedimiento (n=7) y roturas contenidas (n=4). Las trombectomías (n=22) mostraron un éxito técnico del 81.9%. En el grupo ERCA, el éxito técnico de las angioplastias fue del 90%, destacando una mayor incidencia de vasoespismo (18.9%), especialmente en fístulas radiocefálicas. La trombectomía en este grupo mostró un éxito técnico del 75% y con solo 1 rotura contenida registrada como complicación.

Conclusiones

Los procedimientos endovasculares, realizados por Nefrología, son seguros y eficaces para preservar la viabilidad de los AV. En esta cohorte, se evidencia un perfil más seguro en pacientes en HD frente a los pacientes ERCA, que mostraron una tasa de éxito técnico menor y un mayor índice de complicaciones, probablemente atribuido a la inmadurez de las fístulas y al menor calibre vascular.

Tablas y figuras

	Accesos en HD				TOTAL (N 178)
	BB AVF	BC AVF	RC AVF	AVG	
PTA (n)	19 (12.9%)	66 (44.9%)	47 (32.0%)	15 (10.2%)	147 (82.6%)
Trombectomía (n)	1 (4.5%)	15 (68.2%)	0 (0%)	6 (27.3%)	22 (12.4%)
Stents (n)	0 (0%)	6 (66.7%)	0 (0%)	3 (33.3%)	9 (5%)
	Accesos ERCA				TOTAL (N 95)
	BB AVF	BC AVF	RC AVF	AVG	
PTA (n, %)	9 (10%)	43 (47.8%)	37 (41.1%)	1 (1.1%)	90 (94.7%)
Trombectomía (n, %)	1 (25%)	1 (25%)	1 (25%)	1 (25%)	4 (4.2%)
Stents (n, %)	0 (0%)	1 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (1.1%)

	Accesos HD - PTA					
	Trombosis (n, %)	C. Rotura (n, %)	U. Rotura (n, %)	Vasoesp. (n, %)	Hosp. (n, %)	Otros (n, %)
BB AVF	1 (14.3%)	1 (25.0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
BC AVF	4 (57.1%)	2 (50.0%)	0 (0%)	2 (75.0%)	0 (0%)	0 (0%)
RC AVF	2 (28.6%)	1 (25.0%)	0 (0%)	1 (25.0%)	0 (0%)	0 (0%)
Prótesis	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
TOTAL (N 15)	7 (50%)	4 (28.6%)	0 (0%)	3 (21.4%)	0 (0%)	0 (0%)
	Accesos ERCA - PTA					
	Trombosis (n, %)	C. Rotura (n, %)	U. Rotura (n, %)	Vasoesp. (n, %)	Hosp. (n, %)	Otros (n, %)
AVF BB	1 (10.0%)	0 (0%)	0 (0%)	3 (21.4%)	0 (0%)	0 (0%)
AVF BC	4 (40.0%)	1 (16.7%)	2 (100%)	4 (28.6%)	2 (100%)	0 (0%)
AVF RC	5 (50.0%)	5 (83.3%)	0 (0%)	7 (50.0%)	0 (0%)	1 (100%)
Prótesis	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
TOTAL (N 35)	10 (28.6%)	6 (17.1%)	2 (5.7%)	14 (40.0%)	2 (5.7%)	1 (2.9%)

Daño renal asociado a inmunoterapia oncológica con inhibidores del checkpoint

Marta Martos Santos¹, Adriana Puente García¹, Jara Ampuero Mencía¹, Ramón Jesús Miranda Hernández¹, Katia Matilde Pérez del Valle¹, Javier Letellez Fernández¹, Roberto Hernández López¹, Laura Alegre Zahonero¹

1) Hospital Universitario de Fuenlabrada.

46

0

Introducción

Los inhibidores de los puntos de control inmunitario o del checkpoint (ICP) son anticuerpos monoclonales usados como tratamientos antitumorales, que mantienen al linfocito T sobreactivado frente a la célula cancerosa, permitiéndole causar la regresión del cáncer. Como efectos secundarios de estos ICP, se han descrito reacciones inmunitarias patológicas sobre células sanas, como la nefritis intersticial inmunomediada.

Objetivos

El objetivo principal de este estudio es estimar la incidencia del daño renal global e inmunomediado en todos los pacientes que recibieron ICP en los últimos cinco años y, secundariamente, describir las características de los pacientes que hicieron fracaso renal agudo (FRA) AKIN II y III. Además, se valorarán los candidatos a retratamiento con ICP tras su suspensión, tratando de diseñar un protocolo entre Nefrología y Oncología para optimizar el manejo.

Métodos

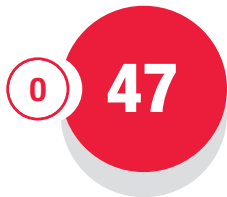
Es un estudio de cohortes retrospectivo y unicéntrico en el que se analizan los pacientes tratados con ICP entre 2020 y 2025.

Resultados

De los 865 pacientes analizados, 433 (50,12%) presentaron FRA según los criterios AKIN, siendo 374 (86,37%) AKIN I, 20 (4,62%) AKIN II y 33 (7,62%) AKIN 3. Los pacientes que desarrollan FRA AKIN II y III son heterogéneos respecto al tipo de tumor primario y al fármaco ICP recibido. La mediana del tiempo de latencia desde el inicio del fármaco hasta el FRA fue de 182 días, precisando el 48,48% tratamiento corticoideo. El ICP fue retirado en un 18,18% de los pacientes con AKIN II y III y solo reintroducido en el 16,66% de ellos tras la resolución del FRA.

Conclusiones

El daño renal es frecuente en pacientes tratados con ICP y presenta una gran variabilidad clínica y etiológica. En el caso de la nefritis inmunomediada, presenta un periodo de latencia largo y un manejo heterogéneo entre pacientes.



Sparsentan en nefropatía IgA: respuesta a 3 meses en una cohorte española multicéntrica

Romina Poveda¹, Antolina Rodríguez Moreno¹, Alejandro Morales¹, Lucía Cordero², Helena Marco Rusiñol³, Enrique Pasache⁴, Rocío Zamora⁵, Álvaro Álvarez⁶, Diego Parra⁷, Clara García Carro¹

1) Hospital Clínico San Carlos, 2) Fundación Jiménez Díaz, 3) Fundación Puigvert, 4) Hospital Marqués Valdecilla, 5) Hospital General Villalba, 6) Hospital Don Benito Villanueva, 7) Hospital Gregorio Marañón.

Introducción

Sparsentan ha demostrado reducir la proteinuria en ensayos clínicos en nefropatía IgA, pero la evidencia en práctica clínica real es limitada. Analizamos la respuesta a 3 meses en una cohorte española multicéntrica e identificamos variables asociadas a la respuesta.

Material y Métodos

Estudio observacional retrospectivo en pacientes con nefropatía IgA tratados con sparsentan. Se definió como respondedores aquellos con reducción de proteinuria >50%. Se evaluaron variables clínicas y analíticas asociadas a la respuesta mediante análisis univariante y regresión logística.

Resultados

Se incluyeron 41 pacientes, con edad mediana de 42 años (RIQ 36–54) y 39% mujeres. La proteinuria basal fue de 1.163 mg/24h (1.068–1.743) y el FGe de 44 mL/min/1,73 m² (33–61). A los 3 meses, la proteinuria descendió a 772 mg/24h (p<0,01), con una reducción mediana del 44,1% (21,9–66,9). La mitad de los pacientes (51%) alcanzó una reducción >50%. La función renal se mantuvo estable.

En el análisis univariante, la hematuria basal fue más frecuente en respondedores (95,2% vs. 63,1%; p=0,011), sin diferencias en proteinuria basal ni en FGe. Se observó además una tendencia a mayor reducción de presión arterial en pacientes respondedores. En el análisis multivariante, ninguna variable se asoció de forma independiente con la respuesta, aunque la ausencia de hematuria mostró una tendencia a menor probabilidad de respuesta (OR 8,47; p=0,165), al igual que una mayor reducción de la presión arterial diastólica (p=0,052). No se observaron diferencias entre hombres y mujeres en la tasa de respuesta.

Conclusiones

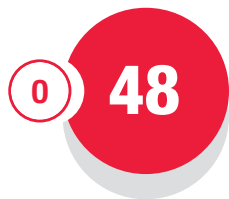
En práctica clínica real, sparsentan reduce significativamente la proteinuria a 3 meses con estabilidad de la función renal. La mitad de los pacientes alcanza una respuesta >50%. La hematuria basal y el control de la presión arterial podrían influir en la respuesta, aunque sin identificar predictores independientes.

Tabla 1. Características clínicas basales y a los 3 meses del inicio de sparsentan (n=41). Análisis univariado.

	Baseline	month 3	p
Age at sparsentan initiation, years (median, IQR)	42 (36–54)		
Women (n, %)	16		
Ethnicity:			
•caucasian	28 (39%)		
•black	0		
•latin	10 (24.4%)		
•asian	3 (7.3%)		
Hypertension yes (n, %)	23 (56.1%)		
DM yes (n, %)	2 (4.9%)		
Time biopsy to sparsentan initiation, months (median, IQR)	16 (9–49)		
Previous maximum tolerated ACEi/ARA II (n, %)	41 (100%)		
SGLT2i at the time of sparsentan initiation (n, %)	39 (95.1%)		
Patients on 400mg dose		37 (90.2%)	
Creatinine (mg/dl), (median, IQR)	1.65 (1.30–2.10)	1.72 (1.35–2.08)	0.334
eGFR (ml/min/1.73m2), (median, IQR)	44 (33–61)	41 (33–64)	0.940
K mEq/l (median, IQR)	4.7 (4.3–4.9)	4.5 (4.4–4.)	0.754
ALT, UI/L (median, IQR)	20 (14–28.5)	20 (14–28.5)	0.196
AST, UI/L (median, IQR)	20 (17–27.5)	20 (17–27.5)	0.626
Hb g/dl (median, IQR)	14.7 (13.16)	14.3 (12.2–15.7)	0.003
Hematuria RBCs per high–power field (median, IQR)	5 (5–17.5)	6.5 (0–13)	0.043
UACR, mg/g creatinine (median, IQR)	884 (686–1204)	401 (176.5–785)	<0.001
Decrease UACR, % (median, IQR)		50.4 (31.3–75.7)	
Proteinuria, mg/24h (median, IQR)	1163 (1068–1743)	772 (557–1140)	<0.01
Decrease proteinuria, % (median, IQR)		44.1 (21.9–66.9)	
SBP, mmHg (median, IQR)	120 (115.5–129.5)		0.035
DBP, mmHg (median, IQR)	71 (70–80.5)		0.083

Tabla 2. Variables clínicas relacionadas con la reducción de proteinuria > 50% a los 3 meses de inicio de sparsentan. Análisis univariado.

	Decrease ≤ 50% n=19	Decrease > 50% n=21	p
Sex (female), n(%)	8	7	0.567
Age (years), median (IQR)	42 (37–50)	48 (33.5–55.5)	0.903
Hypertension (yes), n (%)	10 (52.6%)	12 (57.1%)	0.775
Baseline eGFR (ml/min/1.73m2), median (IQR)	43 (34.5–66.5)	45 (35.2–53.7)	0.910
Presence of hematuria at sparsentan initiation (yes), n(%)	12 (63.1%)	20 (95.2%)	0.011
RBCs per high–power field at sparsentan initiation (median, IQR)	5 (3–10)	10 (5–30)	0.271
Baseline proteinuria (g/24h), median (IQR)	1191 (1081–1614)	1223 (1045–2321)	0.641
Baseline albuminuria (UACR), median (IQR)	950 (796–1052)	865 (706.8–1379)	0.951
Previous immunosuppression (yes), n (%)	13 (68.4%)	14 (66.7%)	0.906
eGFR month 3 (ml/min/1.73m2), median (IQR)	41 (32–67.5)	42 (35–59)	0.892
SBP month 3 (mmHg), median (IQR)	120(110–127.3)	114.5 (100–120)	0.065
DBP month 3 (mmHg), median (IQR)	74 (70–80.25)	70 (63–75.2)	0.113
% decrease SBP month 3	3.8 (–9.0–6.5)	6.02 (1.46–14.8)	0.069
% decrease DBP month 3	0 (–7.0–6.2)	9.8 (1.8–16.6)	0.017



Características clínicas y evolución de una cohorte multicéntrica de pacientes con Nefropatía IgA atípica

Shehab Sayed¹, Amir Shabaka², Ana Huerta³, Celia González García¹, Ruth Martínez Galindo², Clara Cases Corona⁴, Ángela Rey Cárdenas⁴, Eduardo Gutiérrez Martínez¹, Juan Antonio Moreno⁵, Ángel Manuel Sevillano Prieto¹

1) Hospital Universitario 12 de Octubre, 2) Hospital Universitario La Paz, 3) Hospital Universitario Puerta de Hierro, 4) Hospital Universitario Fundación Alcorcón, 5) Grupo GE-06 Fisiopatología del daño renal y vascular del Instituto Maimónides de Investigaciones Biomédicas de Córdoba (España)

Introducción

La nefropatía IgA (NIgA) se caracteriza por presentar una notable heterogeneidad clínica. La forma de presentación habitual incluye hematuria, proteinuria y en ocasiones deterioro de la función renal. No obstante, existen formas menos frecuentes, agrupadas como presentaciones atípicas (PA), que incluyen el fracaso renal agudo (FRA), síndrome nefrótico (SNo) y la hipertensión arterial maligna (HTAm). La caracterización clínica y pronóstico de estos fenotipos han sido escasamente evaluados.

Material y métodos

Estudio retrospectivo multicéntrico de 330 pacientes con diagnóstico histológico de NIgA (1975 y 2025). Se clasificaron según su forma de presentación en formas típicas (PT) (n=139) y atípicas (PA) (FRA=129, SNo=36, HTAm=27) analizándose sus características clínicas, histológicas, tratamiento recibido y evolución.

Resultados

Al diagnóstico, los pacientes con PA presentaron mayor edad (40 vs 51 años, $p=0.01$), una Crs más elevada [2,8(1,94,5) vs 1,2(0,9-1,9) mg/dl, $p=0.01$], y mayor requerimiento de hemodiálisis aguda (22% vs 1%, $p=0.01$) que las PT. En el subgrupo FRA, la causa más frecuente del fracaso renal agudo fue la presencia de cilindros hemáticos (57%). Como muestra la tabla 1, los subgrupos SNo y FRA presentaron mayor proteinuria y hematuria respectivamente que las PT, sin diferencias significativas entre PT y PA globalmente.

A nivel histológico, las PA presentaron mayor frecuencia de lesiones M1, E1, S1, T1-T2 y C1-C2 ($p<0,001$).

Concretamente, el subgrupo HTAm presentó mayor T1-T2 (72%) y M1 (64%), mientras que el SNo presentó mayor C1C2 (62%) y E1 (50%).

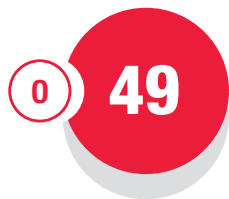
Las PA recibieron con más frecuencia tratamiento esteroideo (61 vs 33%, $p=0,00$), presentando más efectos adversos (10 vs 2,2%, $p=0.01$). Tras 52 meses de seguimiento, los pacientes con PA presentaron menor supervivencia renal (logrank $p<0,001$) y mayor mortalidad (15,7 vs 5%, $p=0,02$).

Conclusiones

Las PA en la NIgA se asocian a una mayor gravedad clínica e histológica, así como a un peor pronóstico renal y vital.

TABLA 1:						
	PRESENTACIÓN TÍPICA n=139	PRESENTACIÓN ATÍPICA n=191	Fracaso Renal Agudo n=128 (67%)	Síndrome Nefrótico n=36 (18,9%)	HTA maligna n=27 (14,1%)	P
CARACTERÍSTICAS BASEALES Y AL DIAGNÓSTICO						
Etnia						0,01
Caucásica n (%)	117 (84,2)	159 (84,6)	108 (86,4)	23 (85,2)	28 (77,8)	
Asiática n (%)	3 (2,2)	16 (8,5)	12 (9,6)	2 (7,4)	2 (5,6)	
Edad al diagnóstico, p50 (RIC)	40 (27,5-54,7)	51,2 (36,2-69,5)	63,8 (43,5-73,7)	42,0 (32,4-54,1)	37,7 (30,6-43,0)	0,00
Creatinina sérica, mg/dl p50 (RIC)	1,2 (0,9-1,9)	2,8 (1,9-4,5)	2,7 (2,0-4,3)	2 (1,2-3,1)	3,6 (2,5-7,4)	0,00
Proteinuria, g/g o g/día p50 (RIC)	1,5 (0,6-2,6)	1,6 (0,7-3,8)	1,3 (0,6-2,4)	4,9 (3,9-8)	2,5 (1,2-3,9)	0,00
Hematuria, HxC, p50 (RIC)	31 (10-188)	50 (15-186)	100 (23-200)	30 (14-75)	22 (8-75)	0,00
CLASIFICACIÓN OXFORD						
M 1 n (%)	43 (31,4)	105 (55,3)	67 (52,3)	15 (57,7)	23 (63,9)	0,00
E 1 n (%)	11 (8,0)	57 (30)	32 (25,0)	13 (50,0)	12 (33,3)	0,00
S 1 n (%)	49 (35,8)	101 (53,2)	64 (50,0)	17 (65,4)	20 (55,6)	0,01
T 1 n (%)	18 (13,1)	59 (31,1)	35 (27,3)	9 (34,6)	15 (41,7)	0,00
2 n (%)	4 (2,9)	32 (16,8)	16 (12,5)	5 (19,2)	11 (30,5)	
C 1 n (%)	9 (6,6)	47 (25,1)	27 (21,3)	13 (50,0)	7 (20,6)	0,00
2 n (%)	0 (0)	13 (7,0)	7 (5,5)	3 (11,5)	3 (8,8)	
TRATAMIENTO Y EFECTOS ADVERSOS						
ChE, sí n (%)	8 (7,4)	48 (27,1)	33 (27,3)	7 (26,9)	8 (26,7)	0,00
CE oral, sí n (%)	46 (33,1)	114 (61,3)	84 (68,3)	19 (70,4)	11 (30,6)	0,00
Duración tiempo CE, meses p50 (RIC)	6,2 (3,7-10,3)	5,2 (2,4-7,8)	4,6 (2,3-7,4)	7,4 (6,0-13,3)	3,4 (0,1-5,8)	0,00
Otros IS, sí n (%)	3 (6,5)	44 (26,4)	28 (24,8)	13 (61,9)	3 (9,1)	0,00
E Adversos IS, sí n (%)	3 (2,2)	19 (10)	15 (11,7)	2 (7,4)	2 (5,6)	0,02
EVOLUCIÓN Y EVENTOS CLÍNICOS						
Tiempo de seguimiento, meses p50 (RIC)	75,2 (24,0-184,8)	32,5 (15,3-78,4)	31 (13,5-72,0)	54,6 (25,8-96,7)	30,2 (6,9-84,6)	0,00
HD aguda, sí n (%)	1 (0,88)	42 (22,2)	26 (20,5)	5 (19,2)	11 (30,6)	0,00
TRS Crónica	22 (20,0)	45 (26,9)	19 (17,6)	10 (38,5)	16 (48,5)	0,00
Fallecimiento, sí n (%)	7 (5,0)	30 (15,7)	25 (19,5)	1 (3,7)	4 (11,1)	0,00

** CE Corticoesteroides; ChE choques de esteroides; HD Hemodiálisis; HxC Hematíes por campo; IS Inmunosupresores;
TRS Terapia renal sustitutiva



Sparsentan en nefropatía IgA en práctica clínica real: reducción sostenida de proteinuria a 12 meses en una cohorte española multicéntrica

Alejandro Morales¹, Antolina Rodríguez Moreno¹, Romina Poveda¹, Juan Villa², Elena Guillén³, Verónica Coll Brito⁴, Juliana Bordignon⁵, Olga Gracia⁶, Patricia Delgado⁷, Clara García Carro⁸

1) Hospital Clínico San Carlos, 2) Hospital Badajoz, 3) Hospital Clínic, 4) Hospital Germans Trias i Pujol, 5) Hospital Bellvitge, 6) Hospital Miguel Servet, 7) Hospital Canarias, 8) Hospital Clínico San Carlos.

Introducción

Sparsentan ha demostrado una reducción significativa de la proteinuria en nefropatía IgA en ensayos clínicos, aunque la evidencia en práctica clínica real a medio plazo es muy limitada. Se analiza la evolución clínica y analítica a 6 y 12 meses en una cohorte española multicéntrica.

Material y Métodos

Estudio observacional retrospectivo multicéntrico que incluyó pacientes con nefropatía IgA tratados con sparsentan. Se analizaron 33 pacientes con seguimiento a 6 meses, de los cuales 23 disponían de seguimiento a 12 meses. Se evaluaron cambios en proteinuria, función renal y variables de seguridad.

Resultados

La edad mediana fue de 42 años, con predominio femenino (57.6%) y alta prevalencia de hipertensión (57.6%). El eFG basal fue de 44 ml/min/1.73 m² (RIQ 33–65). Todos los pacientes habían recibido previamente bloqueo del sistema renina-angiotensina y estaban en tratamiento con iSGLT2 al inicio de sparsentan.

A los 6 meses, la proteinuria descendió de forma significativa desde 1197 a 760 mg/24h ($p < 0.001$), con una reducción mediana del 46.9%. Este efecto se mantuvo en los pacientes con seguimiento más prolongado, con valores a 12 meses de 800 mg/24h y una reducción mediana del 38.9%. La función renal se mantuvo estable durante el seguimiento, sin cambios relevantes en creatinina ni en eFG. Se observó además una discreta reducción de las cifras de presión arterial, sin impacto clínicamente relevante.

En cuanto a la seguridad, los niveles de potasio se mantuvieron estables, con episodios de hiperpotasemia leves y sin repercusión clínica. Se registraron 5 episodios de FRA, todos reversibles, con recuperación de la función renal basal. Cuatro pacientes suspendieron el tratamiento durante el primer año. No se registraron fallecimientos ni progresión a enfermedad renal terminal.

Conclusiones

En esta cohorte española multicéntrica, sparsentan se asocia a una reducción mantenida de la proteinuria a 6 meses, con persistencia del efecto en pacientes con mayor tiempo de seguimiento y estabilidad de la función renal. El perfil de seguridad fue favorable.

Amilorida mejora el control electrolítico y reduce la carga terapéutica y económica en tubulopatías hereditarias con pérdida renal de magnesio

Irene Vázquez Raso¹, Ruth Martínez Galindo¹, Afroditi Konstantouli¹,
Gema Fernández Juárez¹, Amir Shabaka¹

1) Hospital Universitario La Paz.



Introducción

Las tubulopatías hereditarias con pérdida renal de magnesio, como los síndromes de Bartter y Gitelman, se asocian a hipomagnesemia e hipopotasemia crónicas que requieren altas dosis de suplementos, con impacto en la tolerancia y calidad de vida. La evidencia sobre el uso de amilorida en este contexto es limitada. El objetivo fue evaluar el efecto de amilorida sobre el control iónico, la necesidad de suplementos, la calidad de vida y el coste económico para los pacientes.

Material y métodos

Estudio prospectivo que incluyó 15 pacientes con tubulopatías hereditarias (6 síndrome de Bartter y 9 de Gitelman). Tras sustitución del antagonista del receptor mineralocorticoide por amilorida, se realizó seguimiento durante una mediana de 18 meses (RIC 14–20). Se analizaron parámetros analíticos y requerimientos de suplementos de magnesio y potasio a los 3, 6, 12 meses y al final del seguimiento. La calidad de vida se evaluó mediante el cuestionario SF-36 y se realizó un análisis de costes del tratamiento.

Resultados

La edad media fue de $51,8 \pm 22,1$ años y el 80% eran mujeres. Los niveles de magnesio sérico aumentaron significativamente durante el seguimiento, desde $1,40$ mg/dL (IC95% $1,31-1,49$) hasta $1,58$ mg/dL (IC95% $1,50-1,67$) al año y $1,63$ mg/dL (IC95% $1,57-1,70$) al final del seguimiento (p global $<0,001$). Asimismo, se observó un incremento significativo del potasio sérico, desde $3,6$ mmol/L (IC95% $3,2-3,9$) hasta $4,1$ mmol/L (IC95% $3,8-4,3$) al año (p global = $0,014$).

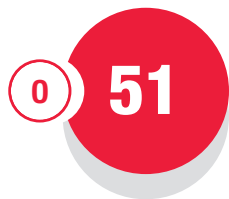
La necesidad de suplementos se redujo significativamente durante el seguimiento, tanto para potasio (de 115 a 91 mEq/día; $p=0,004$) como para magnesio (de $74,4$ a $55,3$ mEq/día; $p=0,004$).

En el cuestionario SF-36 ($n=10$), se observó una mejoría significativa en la dimensión de vitalidad, con incremento de la puntuación de $36,4 \pm 10,2$ a $46,4 \pm 6,4$ ($p<0,001$).

El tratamiento con amilorida se asoció a una reducción del coste de suplementación, con un ahorro estimado de 19 € mensuales por paciente (RIC $4,6-38,5$), equivalente a aproximadamente 228 € por paciente/año (RIC $55-462$).

Conclusiones

El uso de amilorida en pacientes con tubulopatías hereditarias con pérdida renal de magnesio se asocia a una mejoría del control iónico, una reducción de la carga de suplementos y un menor coste del tratamiento. Además, podría contribuir a mejorar la calidad de vida, especialmente en términos de vitalidad.



Enfermedad arterial periférica en enfermedad renal Crónica 1-5nd. Prevalencia, riesgo de inicio de terapia renal sustitutiva y mortalidad

Secundino Cigarrán¹, Amaia Santidrian¹, Claudia Bravo¹, Ana Sanjurjo²

1) Hospital Ribera Polusa (Lugo), 2) Hospital Público da Mariña (Burela).

Introducción

La enfermedad renal crónica (ERC) aumenta el riesgo de enfermedad macrovascular y mortalidad. La enfermedad arterial periférica (EAP) es frecuente en estos pacientes y se asocia a un peor pronóstico cardiovascular y renal. Este estudio evalúa su prevalencia en ERC y su impacto en el inicio de terapia renal sustitutiva (TRS) y la supervivencia. Se incluyeron 1.769 pacientes con ERC en estadios 1-5ND evaluándose EAP mediante el índice tobillo-brazo (ITB), normal (0,9-1,2), EAP aterosclerótica (<0,9) o calcificación vascular (>1,2). La edad media fue 72,1±14,1 años; el 40,2% mujeres y 41,2% DM2. El filtrado glomerular estimado (CKDEPI): 24,4% en G1-G2; 49,3% en G3; y 26,2% en G4-G5ND. La albuminuria se distribuyó en A1 (41,8%), A2 (33,2%) y A3 (22,3%). Se evaluaron el índice de Charlson, la mortalidad a 5 años, el KFRE a 5 años, el FRAX y los productos avanzados de la glicación mediante autofluorescencia dérmica. El análisis bioquímico y hematológico estándar. El análisis estadístico se realizó con SPSS v28, utilizando los modelos de supervivencia de Kaplan-Meier y de riesgos proporcionales de Cox.

Resultados

La prevalencia de EAP aterosclerótica fue del 19,1% y la de calcificación vascular del 35,8%. Los EAP ateroscleróticos presentaron menor FGe, mayor albuminuria, mayor edad ($p<0,001$), mayor I.de Charlson ($p<0,001$), inicio precoz de TRS (Fig. 1) y mayor mortalidad (Fig. 2) en comparación con aquellos sin EAP o con calcificación vascular aislada (Log Rank; $p<0,001$).

Conclusiones

En conclusión, la prevalencia global de EAP en la ERC es elevada (64,9%). Aunque la calcificación vascular es la manifestación más común, el subtipo aterosclerótico es el que presenta un peor pronóstico clínico y una menor tasa de supervivencia. Existe una conexión crítica entre la salud arterial y la progresión de la ERC.

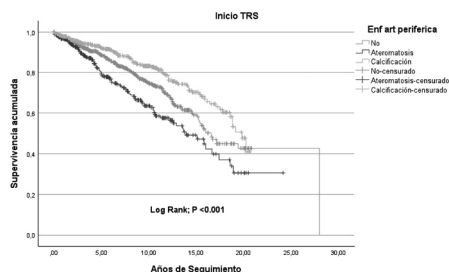


Figura 1 : Riesgo de inicio de TRS en EAP con ERC

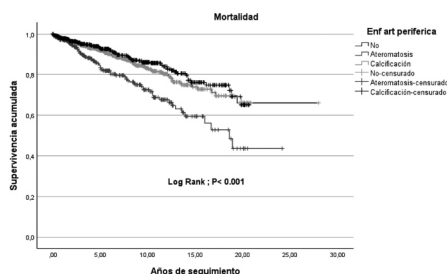


Figura 2 : Mortalidad de EAP en ERC

Fracaso renal agudo en postrasplante hepático inmediato y riesgo de progresión a enfermedad renal crónica

Beatriz Pérez Peláez¹, Jorge A. Torres Ortiz¹, Laura Arjona Silván¹, Pablo Ramón Fueyo Peláez¹, Andrés Conthe Alonso¹, Diego Parra Maraño¹, Gema Sánchez Sánchez¹, Mateo Blázquez Ruiz de Loizaga¹, Marta Radillo Guzmán¹, María Magdalena Salcedo Plaza¹, Patrocinio Rodríguez Benítez¹

1) Hospital General Universitario Gregorio Maraño.

52

0

Introducción

El fracaso renal agudo (FRA) es una complicación frecuente del postrasplante hepático ortotópico (THO) inmediato, asociado a mayor riesgo de enfermedad renal crónica (ERC) y menor supervivencia.

Material y Métodos

Estudio observacional, retrospectivo, de pacientes sometidos a THO durante 2019-2020, excluyéndose pacientes en hemodiálisis crónica pretrasplante. Definimos FRA según criterios KDIGO, analizamos variables analíticas y desenlaces en SPSS (v31.0).

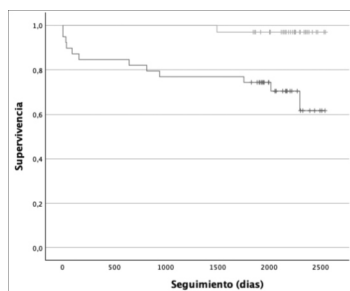
Resultados

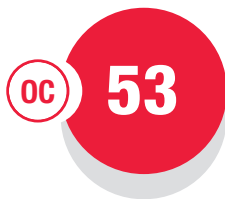
Incluimos 72 THO, 48(66.6%) hombres, edad 54.4(±10.7años), 31.9% hipertensos, 23.6% diabéticos, 18.1 % ERC previa, y 46.4% FRA previo, Creatinina (Cr) basal 0.8(±0.2mg/dL). La etiología de hepatopatía fue predominantemente enólica (30.6%) y vírica (30.5%). Las indicaciones de THO fueron: hepatocarcinoma (n=31.0;43.1%), MELD-Score elevado (n=16.0;22.2%), ascitis refractaria (n=10.0;13.9%), fallo hepático agudo (n=5;6.9%), encefalopatía hepática (n=1;1.4%). De los donantes, 58 fueron asistolia-controlada y 14 muerte-encefálica. Quirúrgicamente, tiempo de isquemia fría 326.0(±55.0minutos), tiempo de isquemia caliente 32(±8minutos). 26(36.1%) pacientes precisaron soporte vasoactivo (SVA) y 24(33.3%) respiratorio, y 38(55.1%) transfusiones sanguíneas. La incidencia de FRA fue del 54.2%, con Cr 2.3(±1.0mg/dL). Se correlacionaba con los días de necesidad de SVA (r+0.796;p<0.005) y estancia en unidad de críticos (r+0.388,p 0.013).

Se realizó seguimiento de 5.3(±1.8) años. Hubo 13 muertes, 5 de causas hepáticas (38.5%), significativamente mayor en los pacientes con FRA (p0.002) (Gráfico1). La inestabilidad hemodinámica y la necesidad de transfusiones sanguíneas se correlacionaron con la supervivencia y el FRA, aunque no significativamente (p0.388; y, p0.056, respectivamente). Al final del seguimiento, la prevalencia de ERC fue del 30.6%, con mayor riesgo en caso de FRA durante el ingreso 14.3% vs. 50.0% (OR 7:IC 1.9-24.9).

Conclusión

El FRA es muy frecuente en el postrasplante hepático y se asocia a mayor mortalidad, mayor estancia en UCI y alto riesgo de progresión a ERC.





iSGLT2 y potasio: ¿mito o realidad?

Carmen Moral Vidal¹, Patricia Florat Fayad¹, Patricia Purón Chasco¹, Shehab Sayed¹, Enrique Morales Ruiz¹

1) Hospital Universitario 12 de Octubre.

Introducción

La hiperpotasemia (HK) es un problema frecuente en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) y factores de riesgo cardiovascular. Aunque los inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 (iSGLT2) se han relacionado con estabilidad del potasio sérico en metaanálisis, su impacto sobre la recidiva de HK en la práctica clínica sigue siendo incierto.

Material y Métodos

Estudio retrospectivo de 621 pacientes hospitalizados con 1 episodio de HK (potasio 5,5 mEq/L). Se dividieron en grupo 1 (con iSGLT2) y grupo 2 (sin iSGLT2). Se analizaron características basales, potasio al ingreso y alta, tratamiento y recidivas.

Resultados

Grupo 1 (n=148): 70% ERC, 87% hipertensión arterial (HTA), 78% diabetes mellitus tipo 2 (DM2) y 78% insuficiencia cardiaca (IC). 79% presentó 1 episodio previo de HK. Al ingreso, mediana de potasio 6,3 mEq/L y al alta 4,6 mEq/L. 88% recibía bloqueantes del sistema renina-angiotensina-aldosterona (BSRAA), reduciéndose al 65% al alta. 86% continuó con iSGLT2 al alta; de estos, 65% presentó 1 recurrencia de HK y 9% requirió ingreso. 17% recibió quelantes al alta.

Grupo 2 (n=473): 49% ERC, 74% HTA, 42% DM2, 42% IC. 64% presentó 1 episodio previo de HK. Al ingreso, mediana de potasio 6,4 mEq/L y al alta 4,7 mEq/L. 64% recibía BSRAA, reduciéndose al alta al 35%. 95% permaneció sin iSGLT2; de estos, 53% presentó 1 recurrencia de HK y 6% requirió reingreso. 15% recibió quelantes al alta.

En el análisis multivariante, la HK previa fue el principal predictor independiente de recurrencia (OR 2,61; p<0,001).

Conclusiones

En la práctica clínica, los iSGLT2 no son suficientes para prevenir la recurrencia de HK en pacientes de alto riesgo. La elevada tasa de recurrencias y baja utilización de quelantes evidencian la necesidad de estrategias preventivas adicionales, tal como recomiendan las guías, y una oportunidad de mejora en el manejo integral de la HK.

Tabla 1. Características basales y al alta y resultados de grupo 1 y grupo 2 y significación estadística

Abreviaturas:	iSGLT2 (n=148)	No iSGLT2 (n=473)	p-valor
ERC, enfermedad renal crónica; HTA, hipertensión arterial; DM2, diabetes mellitus tipo 2; IC, insuficiencia cardiaca; HK, hiperpotasemia; BSRAA, bloqueantes del sistema renina-angiotensina-aldosterona.			
ERC	69,6%	48,6%	0,00
HTA	86,5%	74%	0,00
DM2	77,7%	42,1%	0,00
IC	77,7%	41,9%	0,00
HK previa	79,1%	64,1%	0,00
BSRAA al ingreso	88%	64%	0,00
BSRAA al alta	65%	35%	0,00
Recurrencia de HK	65,9%	50,7%	0,00
Reingreso	8,1%	5,8%	0,48
Quelantes de potasio	17,6%	11,2%	0,08

Más allá del perfil lipídico clásico: el papel de la lipoproteína(a) en el riesgo cardiovascular renal

Rodrigo García Marina¹, David Arroyo¹, Andrea J. Hernández¹, Gema Sánchez Sánchez¹, Úrsula Verdalles¹, Esther Rubio¹, Beatriz Pérez Peláez¹, Diego Parra¹, Jorge A. Torres Ortiz¹

1) Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

54

OC

Introducción

Los pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) presentan un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular (ECV). La lipoproteína(a) es un factor de riesgo genético para la ECV en la población general.

Método

Estudio descriptivo transversal. Criterios de inclusión: pacientes adultos atendidos en Consultas de Nefrología y Enfermedad Renal Crónica Avanzada (ERCA) entre 01/10/2024 y 01/02/2026 con valores de Lp(a).

Resultados

Incluidos 184 adultos, 116 (63%) varones con una edad media de 73 años. Prevalencia de comorbilidades: 148 pacientes (80,4%) con dislipidemia, 145 (78,8%) con hipertensión, 74 (40,2%) con diabetes y 13 (7,1%) con esteatosis hepática. Etiologías más frecuentes de la ERC fueron la diabética (11,5%), vascular (11,4%) y glomerular (8,7%). La media de la TFG estimada basada en creatinina fue de $39,6 \pm 23,5$ ml/min. Los niveles medios de Lp(a) fueron de 37

$\pm 26,7$ mg/dl. Los valores medios para el perfil lipídico fueron (mg/dl): colesterol LDL, $95,6 \pm 42,3$; colesterol HDL, $59,4 \pm 17,9$; y triglicéridos, $141 \pm 79,8$. Respecto a las terapias hipolipemiantes, 103 pacientes (74,6%) tomaban estatinas, 58 (31,5%) ezetimiba, 5 (2,7%) ácido bempedoico y 2 (1,1%) inhibidores de PCSK9.

Se observaron asociaciones estadísticamente significativas entre los niveles de Lp(a) y la fibrilación auricular ($\chi^2(2)=6,68$; $p=0,035$), el aneurisma aórtico ($\chi^2(2)=6,75$; $p=0,034$), la estenosis aórtica ($\chi^2(2)=6,05$; $p=0,049$) y las valvulopatías globales ($\chi^2(2)=9,37$; $p=0,009$).

El filtrado glomerular estimado ajustado por creatinina difirió significativamente entre los grupos definidos por Lp(a) ($H(2)=8,16$; $p=0,017$). En el análisis de regresión lineal, los niveles de Lp(a) se asociaron de forma independiente con un menor filtrado glomerular estimado ajustado por creatinina ($\beta = 0,062$; IC95% 0,124 a 0,001; $p = 0,048$) ajustados con factores de confusión. Asimismo, la hipertensión arterial mostró una asociación significativa con peor función renal ($\beta = 19,03$; IC95% 27,59 a 10,46; $p < 0,001$).

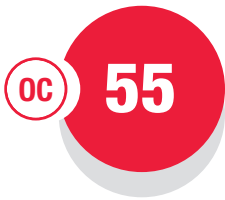
En subgrupo con nefropatía diabética, los niveles de Lp(a) se asociaron significativamente con fibrilación auricular

($\chi^2(2)=6,26$; $p=0,044$), arritmias ($\chi^2(2)=6,13$; $p=0,047$), insuficiencia cardíaca ($\chi^2(2)=7,43$; $p=0,024$) y valvulopatías

($\chi^2(2)=10,34$; $p=0,006$), observándose tendencia lineal en fibrilación auricular ($p=0,028$), arritmias ($p=0,014$) e insuficiencia cardíaca ($p=0,012$). No se observaron asociaciones con proteinuria ni con el FGe para este subgrupo.

Conclusiones

La Lp(a) se asocia con mayor carga de enfermedad cardiovascular, especialmente arritmias, insuficiencia cardíaca y valvulopatías, con resultados similares en pacientes con ERC y consistentes en el subgrupo de nefropatía diabética pese a que estudios sugieran que la diabetes es un factor protector para mantener niveles elevados de Lp(a) en población general.



Fracaso renal agudo tras trasplante allogénico de progenitores hematopoyéticos: factores de riesgo e impacto en la función renal y la supervivencia

Irene Vázquez Raso¹, María Asunción Hernández Arriaza¹, Alba López Martínez¹, Daniel Aarón Fernández Guzmán¹, Gema Fernández Juárez¹, Karem Humala¹, Amir Shabaka¹

1) Hospital Universitario La Paz.

Introducción

El fracaso renal agudo (FRA) es una complicación frecuente tras el trasplante allogénico de progenitores hematopoyéticos (alo-TPH), asociada a elevada morbilidad y mortalidad. El objetivo de este estudio fue determinar factores de riesgo asociados al desarrollo de FRA y evaluar su impacto sobre la función renal a largo plazo y la supervivencia postrasplante.

Material y métodos

Estudio observacional retrospectivo que incluyó 179 pacientes adultos sometidos a alo-TPH entre 2010 y 2023. El FRA se definió según criterios KDIGO en los primeros 100 días postrasplante y se clasificó como precoz (30 días) o tardío (>30 días). Se analizaron factores de riesgo mediante regresión logística y el impacto sobre enfermedad renal crónica (ERC) y mortalidad mediante modelos de regresión y análisis de supervivencia.

Resultados

La edad media fue de $47,7 \pm 13,2$ años y el 63,1% eran varones, con filtrado glomerular basal de $99,7 \pm 22,8$ ml/min. El 60,6% recibió acondicionamiento mieloablativo y el 64,8% ciclosporina. La incidencia de FRA fue del 51,4%, de los cuales 42,4% fue precoz; 13% precisaron terapia renal sustitutiva aguda, y 62% recuperaron función renal basal. En el análisis univariante, el FRA se asoció con el uso de ciclosporina frente a tacrolimus ($p < 0,001$), sepsis ($p < 0,001$), hipotensión arterial ($p = 0,001$), y síndrome de obstrucción sinusoidal ($p = 0,022$), mientras que el uso de ciclofosfamida postrasplante mostró efecto protector ($p = 0,004$). En el análisis multivariante, el uso de ciclosporina frente a tacrolimus (OR 3,60; IC95% 1,71-7,58; $p = 0,001$) y la sepsis (OR 2,49; IC95% 1,15-5,37; $p = 0,002$) se asociaron de forma independiente con el FRA.

Tras una mediana de seguimiento de 17 meses, 33% de los pacientes desarrollaron ERC y 59,2% fallecieron. El FRA se asoció con mayor riesgo de desarrollar ERC (OR 4,66; IC95% 2,31-9,39; $p < 0,001$), y los pacientes con FRA presentaron peor supervivencia (log-rank $p = 0,004$). En el análisis de regresión multivariable de Cox, el FRA precoz se asoció de forma independiente con mayor mortalidad (HR 2,33; IC95% 1,45-3,74; $p < 0,001$), mientras que el FRA tardío no mostró asociación significativa, junto con la edad (HR 1,02; IC95% 1,00-1,04; $p = 0,014$) y la recaída hematológica (HR 2,29; IC95% 1,53-3,41; $p < 0,001$).

Conclusiones

El FRA es una complicación frecuente tras el alo-TPH y se asocia de forma independiente con un mayor riesgo de ERC y mortalidad. La sepsis y el uso de ciclosporina postrasplante se identifican como factores de riesgo clave. Este impacto se concentra en los casos de FRA en los primeros 30 días postrasplante, lo que sugiere la importancia de estrategias dirigidas a su prevención y manejo temprano.

Impacto de la implantación del perfil de cribado de la Enfermedad Renal Crónica en Atención Primaria

Miriam Menacho¹, Susana Paloma Garrote², Reiny Verastegui², Grace Villacreces², Irene Ortega², Alba Arroyo¹, Ignacio Arribas¹, Milagros Fernández Lucas²

1) Bioquímica, H. Universitario Ramón y Cajal, 2) Nefrología, H. Universitario Ramón y Cajal.



Introducción

La enfermedad renal crónica (ERC) constituye un problema de salud pública debido a su elevada prevalencia, infradiagnóstico y morbimortalidad. Su correcta evaluación requiere la determinación de parámetros séricos (creatinina y TFG_e) y urinarios (Coc Alb/Cr). Sin embargo, muchas analíticas solicitadas desde Atención Primaria (AP) carecen de ambas solicitudes, dificultando la clasificación de la ERC. Para mejorar esta situación y homogeneizar la práctica asistencial, se ha implantado un perfil de cribado de ERC en AP en nuestra Comunidad Autónoma.

Objetivo

Evaluar el efecto de la implantación de dicho perfil en la calidad de las solicitudes y la detección de incidencias preanalíticas en nuestra área sanitaria, que incluye 20 centros de AP.

Material y Métodos

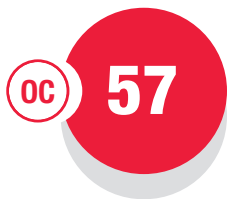
Se realizó la implantación del perfil de cribado de ERC en los sistemas de información de nuestra comunidad integrando la estimación del filtrado glomerular mediante la ecuación CKD-EPI 2009 (TFG_e) y la determinación del cociente albumina/creatinina en orina (Coc Alb/Cr en mg/g). Se analizaron todas las peticiones realizadas desde AP entre diciembre-25 y marzo-26, comparando las peticiones realizadas con el perfil de cribado de ERC frente a las solicitudes convencionales.

Resultados

Durante los 4 meses analizados se registraron 71.355 solicitudes de creatinina y TFG_e y/o Coc Alb/Cr, de los cuales 14.765 (20,7%) correspondieron al perfil cribado ERC. Entre los pacientes con perfil de cribado solicitado, 14.542 (98,5%) presentaron una única analítica, 216 pacientes (1,5%) tuvieron más de una solicitud: 210 pacientes (97,2%) dos solicitudes, 5 pacientes (2,3%) tres solicitudes y un paciente (0,5%) cuatro solicitudes. La frecuencia de solicitud del perfil de cribado se sitúa entre 15 y 60 solicitudes (media 34) por cada 1.000 habitantes atendidos en los diferentes centros de salud. El uso del perfil mostró una tendencia creciente, pasando de 2.515 a 4.214 peticiones (+67,6%), frente a un incremento menor de las solicitudes convencionales (3.290 a 4.382 peticiones; +33,2%). El porcentaje de muestras de orina no remitidas al laboratorio difirió entre ambos grupos, 4,2% vs 10,2% en la solicitud convencional con respecto al perfil de cribado.

Conclusiones

Se observa un uso creciente del perfil analítico de cribado de la ERC, aunque muestra una gran variabilidad entre centros de AP y un porcentaje no despreciable de muestras de orina no remitidas al laboratorio que no permite un correcto cribado. Este hallazgo refuerza la necesidad de colaboración conjunta entre AP, Nefrología y Laboratorio en el diagnóstico precoz de la ERC.



Reestadificación de pacientes con enfermedad renal mediante el uso de ecuaciones para estimación del filtrado glomerular basadas en cistatina

Mateo Blázquez Ruiz de Loizaga¹, Almudena Vega Martínez¹, Gema Sánchez Sánchez¹, Jorge A. Torres Ortiz¹, Marta Radillo Guzmán¹, Diego Parra¹, Beatriz Pérez Peláez¹, Andrea J. Hernández García¹, Rodrigo García Marina¹, David Arroyo¹

1) Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Introducción

La estimación del filtrado glomerular (FGe) basada en creatinina presenta limitaciones por factores extrínsecos (masa muscular, edad, estado nutricional). Las ecuaciones con cistatina C podrían mejorar la estratificación de riesgo renal y cardiovascular en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC).

Material y métodos

Estudio observacional longitudinal retrospectivo unicéntrico de pacientes consecutivos con seguimiento en Consulta de Nefrología en 2021. Se recogieron variables demográficas, clínicas, terapéuticas y analíticas. Se calculó FGe mediante CKD-EPI-Cr 2009, CKD-EPI-Cys y CKD-EPI-Cr-Cys 2012 para evaluar la capacidad predictiva de eventos cardiovasculares, renales y mortalidad. Se realizaron análisis de correlación y curvas de supervivencia. Análisis estadístico con SPSS v15.0.

Resultados

Se incluyeron 124 pacientes, 72 varones (58.10%) con media de edad 65.37 ± 19.00 años. Como etiología de ERC predominó la causa vascular (35, 28.20%), seguida de diabetes (19, 15.30%) y no filiada (18, 14.50%). Alta prevalencia de hipertensión (92, 74.40%), dislipemia (70, 56.50%) y diabetes (56, 45.20%) y eventos cardiovasculares (45, 36.30%). La mediana de FGe fue: 44.00 mL/min (CKD-EPI-Cr) 39.70 mL/min (CKD-EPI-Cr-Cys) y 32.50 mL/min (CKD-EPI-Cys).

La diferencia media entre CKD-EPI-Cr y CKD-EPI-Cys fue 12.30 ± 11.20 mL/min, y entre CKD-EPI-Cr y CKD-EPI-Cr-Cys 5.46 ± 7.20 mL/min. CKD-EPI-Cys reclasificó a 65 pacientes (52.40%) a estadios más avanzados de ERC, CKD-EPI-CrCys reclasificó a 34 (27.40%).

La diferencia entre CKD-EPI-Cr y CKD-EPI-Cr-Cys fue mayor en pacientes más jóvenes ($p=0.023$), con cifras menores de Cr y CysC ($p<0.001$), mayor proteinuria ($p=0.040$) y estadios más leves ($p<0.001$). Entre CKD-EPI-Cr y CKD-EPI-Cys la diferencia fue mayor en pacientes más jóvenes ($p=0.002$), con mejor función renal y estadios más leves ($p<0.001$). El seguimiento medio fue de 46.23 ± 15.61 meses. Presentaron nuevos eventos cardiovasculares 18 pacientes

(22.60%), 17 (13.70%) eventos renales (definido como pérdida $>40\%$ del FGe, FGe final <15 mL/min o inicio de TRS). La mortalidad global fue del 14.50% (18 pacientes), mayoritariamente de causa vascular. No se observaron diferencias significativas en supervivencia libre de eventos cardiovasculares, renales ni mortalidad en función de las ecuaciones, si bien los resultados podrían estar limitados por el tamaño muestral.

Conclusiones

Las ecuaciones basadas en cistatina C reclasifican a un importante número de pacientes a estadios más avanzados de ERC, especialmente en fases precoces, lo que podría impactar en la derivación a Nefrología desde Atención Primaria. En esta cohorte no demostramos superioridad pronóstica frente a CKD-EPI basada en creatinina. Estudios con mayor tamaño muestral podrían aclarar su verdadero impacto pronóstico.

Utilidad clínica del gradiente translesional en la estenosis de la arteria renal: abordaje conjunto Nefrología–Radiología Intervencionista

Carmen Bollain Carbonell¹, Paula Aporta Franco¹, Andrés Enrique Madrid Vallenilla¹, Yesika María Amezcua Orjuela¹, Yolanda Hernández Hernández¹, Silvia Caldes Ruisánchez¹, Raquel Díaz Mancebo¹, Gabriel Ledesma Sánchez¹, Gilda Alessandra Carreño Cornejo¹, Antonio Cirugeda García¹

1) Hospital Universitario Infanta Sofía.

58

OC

Introducción

La estenosis de la arteria renal (EAR) es una causa relevante de hipertensión secundaria y deterioro progresivo de la función renal. Su sospecha clínica se establece ante hipertensión resistente o de inicio abrupto, deterioro renal inexplicado (especialmente tras ISRAA), asimetría renal y edema agudo de pulmón recurrente. El cribado inicial se realiza mediante técnicas no invasivas como la ecografía Doppler, el angio-TC o la angio-RM, útiles para detectar estenosis anatómicas, pero limitadas para valorar su repercusión funcional. La arteriografía renal con medición de gradientes de presión translesional, constituye el estándar de referencia para la evaluación hemodinámica. Se analizan tanto los gradientes basales (relación Pd/Pa basal) como los gradientes en hiperemia farmacológica (Reserva de Flujo Fraccional Renal - rFFR) con Dopamina y/o papaverina, permitiendo diferenciar lesiones hemodinámicamente significativas.

Objetivo

Evaluar la utilidad del gradiente de presión translesional durante la arteriografía renal y analizar la evolución clínica, tensional y renal según la estrategia adoptada (revascularización vs tratamiento conservador).

Metodología

Estudio retrospectivo de pacientes con EAR evaluados de forma multidisciplinar (Nefrología–Radiología Intervencionista), con arteriografía renal y medición de Pd/Pa basal y rFFR. (2013–2025).

Resultados

Se analizaron 9 pacientes con sospecha de HTA secundaria a estenosis de la arteria renal (EAR). El 66,7% mujeres (n=6), edad al diagnóstico de HTA 44,4±11,2 años. Antecedentes cardiovasculares más frecuentes: HTA (88,9%, n:8), dislipemia (77,8%,n:7), tabaquismo (44,4%,n:7) y sobrepeso/obesidad (44,4%,n:4). Los pacientes recibían una media de 1,7±1,1 fármacos antihipertensivos, principalmente ISRAA (66,7%, n:6).

En el estudio no invasivo, el Doppler sugirió EAR >50% en el 22,2%(n:2) y patrón parvus et tardus en el 33,3% (n:3). AngioTC/AngioRM sugirieron EAR en los 9 pacientes, con localización ostial en el 66,7%(n:6). La etiología

aterosclerótica (37,5%, n:3), fibromuscular (37,5%, n:3). La arteriografía mostró EAR hemodinámicamente significativa (33,3%, n:3), definidos por Pd/Pa basal <0,90 y/o rFFR <0,80 en hiperemia, todos ellos revascularizados. En los 6 restantes (66,7%) existió discordancia anatómicafuncional y se optó por manejo conservador.

A los 12 meses, los pacientes revascularizados redujeron la PAS de 171,0±19,1 a 119,3±1,2mmHg (P 0,024), y los no revascularizados de 137,8±15,4 a 118,5±9,5mmHg. No se registraron eventos cardiovasculares mayores; solo un paciente del grupo conservador presentó progresión de ERC.



Conclusiones

La medición invasiva de los gradientes de presión translesionales permitió orientar la toma de decisiones clínicas en pacientes con EAR, en línea con la evidencia disponible, evitando revascularizaciones innecesarias y apoyando su incorporación a la práctica nefrológica habitual.

Hallazgos histológicos en biopsias renales de pacientes oncológicos con tumores sólidos y hematológicos: experiencia de una consulta de onconeurología

María Begoña Santos Sánchez-Rey¹, Daniel Villa Hurtado¹, Ana María Hurtado Pamies², María del Loreto Fernández Lorente², Nuria García Fernández², Laura Juliana Castañeda Infante²

1) Clínica Universidad de Navarra (Madrid), 2) Clínica Universidad de Navarra (Pamplona)

59

OC

Introducción

Los pacientes oncológicos pueden presentar enfermedad renal como consecuencia de la neoplasia o su tratamiento. Describimos los hallazgos histológicos renales en pacientes oncológicos en nuestro centro, con el objetivo de compartir nuestra experiencia.

Material y método

Estudio retrospectivo observacional descriptivo de pacientes oncológicos con tumores sólidos y hematológicos remitidos a consulta de Nefrología en nuestro centro entre noviembre de 2020 y febrero de 2026, en los que se realizó biopsia renal. Se recogieron variables clínicas, analíticas e histológicas y analizamos si el diagnóstico histológico influyó en el tratamiento oncológico posterior.

Resultados

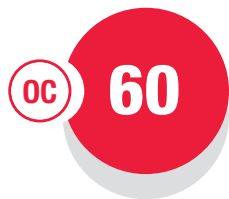
48 pacientes fueron remitidos a Nefrología y biopsiados, principalmente por aumento de creatinina (63%) o proteinuria (31%), con edad media de 61 años, siendo 37.5% mujeres. La mayoría de pacientes (91%) tenía un primer tumor. El 54% tenía tumor sólido, pulmonar y genitourinario mayoritariamente. 36% recibió inhibidores del checkpoint (Pembrolizumab principalmente), 36% quimioterapia, 16% otros fármacos y el resto tratamiento de soporte. La media de creatinina fue 1.86 mg/dl y la albuminuria 1.3 g/g. La mitad de los pacientes tenía microhematuria.

Se obtuvieron 16.8 glomérulos de media, 2 cilindros en la mayoría, sin complicaciones graves del procedimiento. El 78% de los pacientes tuvo diagnóstico histológico concluyente: 36% presentaba nefritis túbulo-intersticial, 20.5% glomerulonefritis secundarias, 10% daño relacionado con proteínas monoclonales y 33% daño no relacionado con la neoplasia ni el tratamiento oncológico.

Casi la mitad recibió corticoides, 17% otros inmunosupresores, 27% tratamiento antiproteinúrico con bloqueo SRAA y/o iSGLT2 y un paciente precisó hemodiálisis. En 23 pacientes la biopsia renal supuso replanteamiento del tratamiento oncológico.

Conclusiones

La biopsia renal es una herramienta útil para filiar la afectación renal en los pacientes oncológicos. Las nefritis túbulointersticiales fueron las lesiones más frecuentes en nuestra serie. El diagnóstico histológico supuso cambios en el tratamiento farmacológico oncológico del 48% de los pacientes.



Disfunción renal precoz y mortalidad en la necrólisis epidérmica tóxica

Jessy Korina Peña Esparragoza¹, Jaime Navarrete Torres², Alfonso Estrella³, Lucila Ramos², Laura Espinel Costoso¹, Carlos Cabezas Reina¹, Alberto De Lorenzo Álvarez¹, Alfonso Cubas Alcaraz¹, Lorente José Ángel¹, Judith Martins Muñoz¹

1) Hospital Universitario de Getafe, 2) Universidad Europea de Madrid, 3) Hospital Universitario de Guadalajara (España).

Introducción

La necrólisis epidérmica tóxica (NET) es una enfermedad cutánea secundaria a hipersensibilidad a fármacos. Estos pacientes requieren Unidad de Cuidados Intensivos de Quemados (UCIQ). La fisiopatología de este trastorno es similar a la de las quemaduras. La disfunción orgánica es muy prevalente y conlleva alta mortalidad.

Objetivo

Demostrar que la disfunción renal, medida mediante la creatinina sérica y la diuresis durante los tres primeros días tras el ingreso en UCI, está relacionada con la evolución clínica.

Métodos

Se realizó un estudio analítico retrospectivo observacional con datos recogidos prospectivamente de pacientes ingresados en la UCIQ entre 2020 y 2025 con diagnóstico de NET. Se registraron y anonimizaron variables demográficas, clínicas y analíticas durante los tres primeros días. Se calculó el cociente entre ingesta (fluidos intravenosos) y diuresis (IN/UO). La asociación con la mortalidad se evaluó mediante la odds ratio (OR) y su intervalo de confianza del 95% (IC 95%) mediante análisis de regresión logística univariante y multivariante.

Pacientes

n=115, con edad (media±desviación estándar) de 54±19 años, superficie corporal afectada del 62±28%, SAPS II de 37±14 y mortalidad de 18 pacientes (15,7%). Edad, superficie corporal afectada y SAPS II difirieron entre supervivientes y no supervivientes. En análisis univariante, la diuresis en los días 0 a 3, concentración de creatinina sérica (CRE) en los días 0 a 3 y delta de CRE entre los días 1, 2 o 3 respecto al día 0 no mostraron diferencias significativas entre supervivientes y no supervivientes. El cociente IN/UO en día 2 (1,92[1,40–3,56] vs. 5,12[3,06–7,71], p=0,001) y en día 3 (1,85[1,26–2,81] vs. 3,83[2,46–7,62], p=0,008) (mediana y rango intercuartílico; para supervivientes y no supervivientes, respectivamente) mostró diferencias significativas entre ambos grupos. La OR no ajustada para cociente IN/UO en día 2 y la mortalidad fue 1,37(1,13–1,67)(OR, IC 95%)(p=0,001). La OR ajustada (por edad, superficie corporal afectada y SAPS II) fue 1,19(0,93–1,51)(p = 0,165).

Conclusiones

En nuestra serie no se demostró una relación entre disfunción renal durante los tres primeros días tras ingreso en UCIQ y mortalidad. Aunque el cociente IN/UO fue mayor en los no supervivientes, perdió significación tras ajustar por otras variables relacionadas con mortalidad. Estos hallazgos sugieren que alteraciones en el balance hídrico podrían reflejar cambios en la función renal o en manejo tubular de agua, si bien este aspecto requiere confirmación. Asimismo, una adecuada reanimación con fluidos podría desempeñar un papel relevante en la preservación de la función renal.

Glomerulonefritis fibrilar en práctica clínica real: descripción clínicohistológica y evolución renal en una cohorte multicéntrica

Cristina Fernanda Morocho Pindo¹, Dannah Michelle López Campos¹, Daria Abasheva¹, María Ciordia Lizarraga¹, Raúl Fernández Prado¹, Lucía Cordero Galán¹, Andrea Blanco Fernández¹, Pablo Javier Cannata Ortiz¹, Alberto Ortiz¹

1) Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz.

61

P

Introducción

La glomerulonefritis fibrilar (GNF) es una glomerulopatía rara (0,5–1,5% de las biopsias renales), caracterizada por depósitos fibrilares no amiloides positivos para DNAJB9. Afecta a adultos de mediana edad y se presenta con deterioro variable de la función renal, proteinuria frecuentemente en rango nefrótico y hematuria. No existe tratamiento estandarizado y hasta el 40–50% progresa a enfermedad renal crónica terminal (ERCT) en los primeros 5 años.

Material y métodos

Estudio observacional retrospectivo en tres centros que incluyó pacientes adultos con diagnóstico histológico de GNF entre enero de 2013 y abril de 2026. Se analizaron variables clínicas, analíticas, histológicas, de tratamiento y de evolución renal. El análisis estadístico fue descriptivo, con variables continuas expresadas como media±DE o mediana (RIC), y categóricas como frecuencias y porcentajes. Se registraron los eventos clínicos durante el seguimiento, incluyendo progresión a ERCT, trasplante renal y mortalidad. La remisión parcial se definió como reducción 50% del cociente proteína/creatinina en orina (UPCR) con creatinina estable.

Resultados

Se incluyeron 10 pacientes (edad media 58,9±11,6 años; 70% mujeres). La creatinina media al diagnóstico fue de 2,40±1,87mg/dl (mediana 1.57mg/d, RIC1.10–3.50) y la UPCR mediana 3.830mg/g (RIC 1.317–5.846). El 60% presentó hematuria y el 20% síndrome nefrótico. Las comorbilidades más frecuentes fueron hipertensión arterial (70%), diabetes mellitus (30%), enfermedad autoinmune (30%) e infección por VHC (10%). El patrón histológico predominante fue mesangial proliferativo (70%), con semilunas en el 30%. DNAJB9 fue positivo en todos los casos en que pudo determinarse (60% de la cohorte).

Dos pacientes presentaban ERCT al diagnóstico, uno trasplantado sin evidencia de recidiva. Entre los 8 evaluables (mediana de seguimiento 33 meses, RIC 5–54), tres (37,5%) progresaron a ERCT. La mortalidad global fue del 20%. Seis pacientes recibieron inmunosupresión: rituximab (n=3), con respuesta heterogénea (remisión, estabilización y progresión); rituximab ± ciclofosfamida (n=1), pendiente de evaluación; y otros fármacos (n=2), con remisión parcial. Los dos pacientes sin inmunosupresión progresaron a ERCT.

Conclusiones

Los hallazgos de nuestra serie son consistentes con el fenotipo descrito en cohortes internacionales, y la utilidad de DNAJB9 como marcador diagnóstico quedó reflejada en los casos en que estuvo disponible. La progresión a ERCT fue más frecuente en pacientes sin inmunosupresión, lo que sugiere un posible efecto beneficioso del tratamiento activo, aunque la ausencia de aleatorización y el tamaño muestral limitado impiden establecer causalidad. Se requieren estudios prospectivos con mayor tamaño muestral que definan biomarcadores de progresión y optimicen las estrategias terapéuticas en esta enfermedad rara.



Los inhibidores de SGLT2 disminuyen el ácido úrico en pacientes con hiperuricemia y enfermedad renal diabética

Paula Sánchez Briaies¹, María Marques Vidas¹, Paula López Sánchez¹, Irene García García¹, Rosa Greciano Marín¹, María Victoria López Illescas¹, Estefanya García Menéndez¹, Alba Maroto Aramendi¹, Leyre Martín Rodríguez¹, José Portolés Pérez¹

1) Hospital Universitario Puerta de Hierro.

Introducción

Los inhibidores de SGLT2 (iSGLT2) tienen un efecto uricosúrico e hipouricemiante. Este efecto hipouricemiante es menos potente a menor filtrado glomerular estimado y en presencia de diabetes mellitus.

Material y Métodos

Estudio observacional retrospectivo unicéntrico desde enero 2018 a diciembre 2022, realizado en pacientes con enfermedad renal diabética a los que se les inició un iSGLT2. Se calculó la diferencia en el ácido úrico sérico en el momento basal y a los 3 y 12 meses. Se realizó un subanálisis para pacientes con (ácido úrico > 7.0 mg/dl) y sin hiperuricemia basal. También se recogió el inicio o cambios en la medicación hipouricemiante.

Resultados

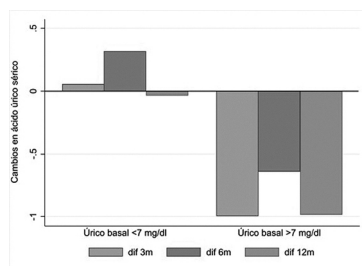
Se incluyeron a 73 pacientes (basal), con cortes a los 3 meses (61 pacientes) y a los 12 meses (45 pacientes). Los niveles medianos de ácido úrico fueron de 6,6 mg/dl [5,6-7,8] en el momento basal, y de 6,4 [5,0-7,5] y 6,2 [5,2-7,6] a los 3 y 12 meses. No hubo un descenso de la uricemia estadísticamente significativo (ANOVA de medidas repetidas p 0,17) ni tampoco se observó una tendencia decreciente (p 0,3).

En los pacientes con hiperuricemia, los niveles de ácido úrico descendieron de manera estadísticamente significativa: 1,0 mg/dl a los 3 y a los 12 meses (intervalo de confianza 0,5-1,5). En los pacientes sin hiperuricemia, no hubo descenso significativo de la uricemia.

Los pacientes con hiperuricemia (26 en momento basal) descendieron a 23 a los 3 y a 13 a los 12 meses. No hubo inicio de fármacos hipouricemiantes y las dosis se mantuvieron estables.

Conclusión

En pacientes con enfermedad renal diabética la potencia hipouricemiante de los iSGLT2 disminuye sustancialmente. Sin embargo, en pacientes con hiperuricemia la magnitud del efecto hipouricemiante de estos fármacos es mayor y estadísticamente significativo. Esto podría afianzar el papel de los inhibidores de SGLT2 como fármacos hipouricemiantes.



Manejo de la hiperpotasemia en la práctica clínica real: ¿Hemos cambiado algo?

Patricia Florat Fayad¹, Carmen Moral Vidal¹, Patricia Purón Chasco¹,
Shehab Sayed¹, Enrique Morales Ruiz¹

1) Hospital Universitario 12 de Octubre.

63

P

Introducción

La hiperpotasemia (HK) es una entidad frecuente y clínicamente relevante, especialmente en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) y factores de riesgo cardiovascular (FRCV). Pese a avances en su entendimiento y la disponibilidad de terapias reductoras de potasio, el impacto en la práctica clínica real sigue siendo incierto.

Material y métodos

Estudio retrospectivo de 621 episodios de HK en pacientes hospitalizados (enero 2023–diciembre 2024). Se analizaron características clínicas basales, manejo y resultados. La HK se clasificó como leve (5,5–5,9 mmol/L), moderada (6,0–6,4 mmol/L) y grave (6,5 mmol/L). La acidosis metabólica se definió como bicarbonato 22 mmol/L.

Resultados

La edad mediana fue de 81 años. 56% varones, 54% ERC y FRCV prevalentes. 84% recibía bloqueantes del sistema renina–angiotensina–aldosterona (BSRAA). La HK fue 29% leve, 32% moderada y 38% grave. 68% presentó episodios previos (79% en ERC vs 54% sin ERC).

El manejo agudo fue reactivo, basado en gluconato cálcico e insulina. 8% requirió hemodiálisis. 63% presentó acidosis metabólica al ingreso, infraevaluada (23% sin gasometría) e infratratada (43% no recibió bicarbonato). 29% recibió quelantes (resinas cálcicas 24%, patiromer 2%, ciclosilicato 3%).

Al alta, 16% recibió quelantes. El uso de BSRAA se redujo del 84% al 60%. El episodio actual de HK recidivó un 55%, y 45% presentó 3 episodios. La recidiva se asoció a HTA (79%), diabetes (60%), ERC (63%), BSRAA (74%), acidosis metabólica (68%) y ausencia de quelantes al alta (77%). 6% reingresaron exclusivamente por HK y la mortalidad atribuida fue del 3%.

Conclusiones

Dada la alta tasa de recurrencia, la HK no debe considerarse únicamente un evento agudo. Las estrategias preventivas, incluidos los quelantes de potasio, rara vez se implementan al alta. Este enfoque se asocia con una elevada tasa de recurrencia, y pone de manifiesto un *gap* entre las guías y el manejo en práctica clínica.

Tabla 1. Características basales, al ingreso y al alta.

	Basal	Al ingreso	Al alta
Potasio sérico, mmol/L*	4.5	6.2	4.7
FGe, mL/min*	50	26	42
Bloqueantes SRAA (%)	84%	—	60%
Quelantes de potasio (%)	<5%	29%	16%
Acidosis metabólica ($\text{HCO}_3^- \leq 22$ mmol/L)	—	63%	38%
Tratamiento con bicarbonato (%) **	—	56%	40%
Hemodiálisis (%)	—	8%	1%†

* Valores expresados como mediana.

** Porcentaje de pacientes con acidosis metabólica que recibieron tratamiento con bicarbonato.

† Terapia de reemplazo renal crónica de novo.



Uso de daratumumab como terapia de rescate en podocitopatías primarias enfermedad por cambios mínimos y glomerulonefritis focal y segmentaria
**Grace Stefania Villacreces Jurado¹, Reiny Sarai Verastegui Albites¹, Raquel Moreno García¹,
 Miriam Domínguez Tejedor¹, María García Vallejo¹, Nuria Rodríguez Mendiola¹, Xavier Villacorta Pérez¹, Milagros Fernández Lucas¹**

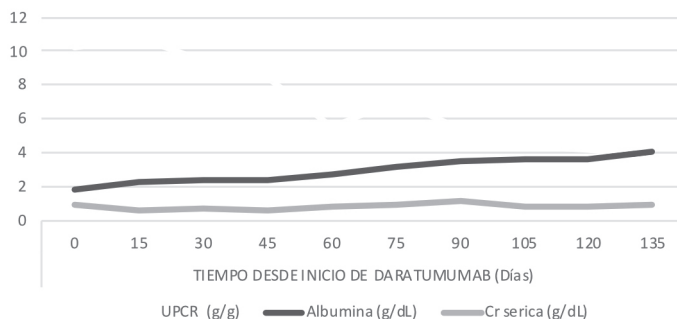
1) Hospital Universitario Ramón y Cajal

Introducción

La enfermedad por cambios mínimos (ECM) es una podocitopatía mediada por disregulación inmunológica y constituye la causa más frecuente de síndrome nefrótico en niños mayores de un año, representando además el 10–25% de los casos en adultos. La persistencia de proteinuria y las recaídas frecuentes pueden favorecer la progresión hacia glomeruloesclerosis focal y segmentaria (GEFS). Su fisiopatología está relacionada con mecanismos inmunitarios, principalmente mediados por anticuerpos, lo que justifica el uso de corticoterapia como tratamiento de primera línea, junto con inmunosupresores como inhibidores de calcineurina, ciclofosfamida, micofenolato mofetilo y rituximab. En casos refractarios, se han explorado terapias dirigidas contra CD38, como daratumumab.

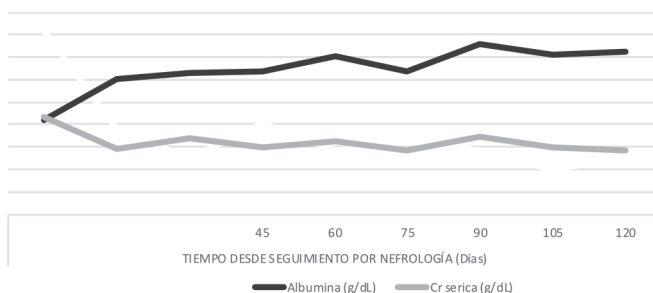
Caso clínico 1: Varón de 20 años con ECM corticodependiente desde la infancia, presenta primer episodio de corticorresistencia en 02/2024. Tras múltiples líneas terapéuticas, incluyendo ciclofosfamida, rituximab, anakinra, ACTH, lipoaféresis, plasmaféresis y obinutuzumab, sin respuesta adecuada, se inició daratumumab. Tras 11 dosis, se observó una reducción significativa de la proteinuria (de 13,23 a 3,81 g/g), con normalización de albúmina sérica y función renal conservada.

CASO CLINICO 1



Caso clínico 2: Varón de 28 años con ECM o posible GEFS, corticorresistente desde el diagnóstico. Recibió tratamiento con tacrolimus, micofenolato mofetilo y rituximab, con respuesta parcial y complicaciones por nefrotoxicidad. Se inició daratumumab como quinta línea, logrando una reducción progresiva de la proteinuria (de 14,11 a 1,29 g/g) tras 10 dosis, con estabilidad de la función renal y normalización de albúmina.

CASO CLINICO 2



Conclusión

El uso de daratumumab, dirigido contra CD38 en células plasmáticas, representa una estrategia terapéutica prometedora en podocitopatías refractarias. La combinación de terapias dirigidas contra distintas poblaciones de linfocitos B podría mejorar los resultados clínicos. No obstante, son necesarios estudios adicionales que confirmen su eficacia y definan su papel en el manejo de estas entidades.



Hematuria no filiada en jóvenes africanos: experiencia de cribado en un centro de acogida

Alba Maroto Aramendi¹, Francisco Javier Barroso¹, Ana Huerta², Andrea Alonso², Ana Torres¹, Inmaculada mora¹, Luis gonzález¹, Enrique Laguna¹, Cristina Moya¹, Miguel Moreno¹

1) Hospital Nuestra Señora de los Reyes (Santa Cruz de Tenerife), 2) Hospital Universitario Puerta de Hierro (Madrid).

Introducción

La esquistosomiasis urinaria causada principalmente por *Schistosoma haematobium*, es una parasitosis endémica en amplias regiones de África y una causa frecuente de hematuria macroscópica y microhematuria en población joven. El incremento de los flujos migratorios ha favorecido la aparición de casos importados en Europa, y la presencia de hematuria con urocultivo negativo debe hacer sospechar esta parasitosis en personas procedentes de áreas endémicas. El diagnóstico diferencial de la microhematuria, incluye la nefropatía por IgA; sin embargo, su prevalencia en África subsahariana es baja. Además, la infección por *Schistosoma mansoni* se ha relacionado con glomerulonefritis membranoproliferativa mediada por inmunocomplejos. El objetivo fue describir los hallazgos clínico-analíticos obtenidos tras la evaluación sistemática de los menores residentes en un centro de acogida a raíz de un caso remitido a consulta de nefrología.

Material y métodos

Se evaluaron todos los residentes de un centro de acogida, con un total de 10 menores procedentes de áreas endémicas. Se recogieron antecedentes clínicos y se realizó analítica general con hemograma, estimación del filtrado glomerular (FGe) y estudio del sedimento urinario. Asimismo, se llevó a cabo recogida de orina de 24 horas para cuantificación de proteinuria y albuminuria, estudio parasitológico en orina, serología frente a *Schistosoma*, determinación de inmunoglobulinas, estudio del complemento y ecografía urinaria. Todos los pacientes diagnosticados recibieron tratamiento con praziquantel.

Resultados

Los 10 pacientes eran varones, con una edad media de 17 años. Ocho fueron diagnosticados de esquistosomiasis por serología, observándose parásitos en orina en dos de ellos. Siete presentaban microhematuria sin hematíes dismórficos y seis referían episodios de hematuria macroscópica. Esos siete pacientes asociaban proteinuria (máxima 558 mg/24 h; mediana 275 mg/24 h) con menor albuminuria (máxima 163 mg/24 h; mediana 74 mg/24 h), hallazgo sugerente de origen principalmente urológico. El FGe estaba conservado en todos los casos. La IgG estaba elevada en todos los pacientes (mediana 1732 mg/dL), con resto de inmunoglobulinas y complemento normales. Todos presentaron eosinofilia. Siete presentaron engrosamiento vesical y uno hidronefrosis. Tras praziquantel se observó resolución de hematuria, proteinuria y alteraciones ecográficas. Los dos pacientes con serología negativa no mostraron hallazgos relevantes.

Conclusiones

En nuestra serie la infección por *Schistosoma* cursó con afectación leve y buena respuesta al tratamiento. No obstante, puede asociarse a glomerulonefritis membranoproliferativa, principalmente en las infecciones por *Schistosoma mansoni*, y a ERC secundaria a complicaciones urológicas como uropatía obstructiva crónica y carcinoma vesical, lo que refuerza la importancia del diagnóstico y tratamiento precoz.

Importancia del Na/k intercambiable en la valoración del Desgaste Proteico Energético (DPE) en personas con Enfermedad Renal Crónica (ERC)

Guillermina Barril¹, Paloma Ruiz², Almudena Núñez², Martín Giorgi², Ana Sánchez², Carmen Sánchez², Ángel Nogueira

1) Fundación Investigaciones Biomédicas, IIS Princesa (Nefrología), 2) Nefrología, Hospital de la Princesa, ³Avericum (Las Palmas de Gran Canaria)

66

P

Introducción

El Na/k intercambiable proporciona información clínica relevante en personas con ERC, especialmente ante la sospecha de hiperhidratación, inflamación o DPE. Un Na/K elevado en esta población se asocia a retención de sodio y agua, expansión del espacio extracelular, pérdida de masa muscular e inflamación crónica.

Objetivo

El objetivo de este estudio es valorar el Na/k intercambiable como parámetro de composición corporal mediante bioimpedancia vectorial (BIVA) y establecer su interrelación con el Malnutrition-Inflammation Score (MIS), parámetros bioquímicos y otros indicadores de composición corporal.

Metodología

Estudio observacional transversal de 283 pacientes con ERC (148 ERCA y 135 Hemodiálisis). Utilizamos bioimpedancia monofrecuencia vectorial (RLJ System) y recogiendo datos demográficos, bioquímicos (albúmina, prealbúmina, PCR) y MIS para evaluar el DPE. Se analizaron las correlaciones y asociaciones del Na/k intercambiable con el resto de indicadores nutricionales.

Resultados

La media de edad=71,1±12,3 años (67,8% hombres), xalbúmina=4,18±0,45 g/dL, xPCR 1,08±2,07, DM 33,9% y xMIS de 5,65±3,40. xNa/k fue 1,36±0,44; el 78,8% de los pacientes presentó un valor >1. El grupo con Na/k >1 mostró diferencias significativas (p<0,001) con mayor edad, menor: AFase, porcentaje de masa celular (%BCM), agua intracelular y BCMI y mayor agua-extracelular y agua corporal-total

Existían correlaciones-inversas significativas del Na/k con albúmina(p<0,05), prealbúmina(p<0,01) y MIS(p<0,01). Al definir DPE como MIS >5, el 84,9% de pacientes tenían Na/k >1 (p=0,045) (tabla), siendo diferencias significativas en ERCA (p0,006) pero no en HD. (p0,523). Respecto a parámetros analíticos encontramos diferencias significativas con menores albúmina 0,001, prealbúmina 0,031, y linfocitos totales 0,001 en personas en HD vs ERCA, no significativa aunque menor en HD.

Tabla cruzada Na/k con MIS en ERCA y HD

ERCAoHD				5		Total
				1,00	2,00	
ERCA	Na/k	1,00	Recuento	23	5	28
			% dentro de 5	28,7%	9,4%	21,1%
	2,00	Recuento	57	48	105	
			% dentro de 5	71,3%	90,6%	78,9%
	Total	Recuento	80	53	133	
			% dentro de 5	100,0%	100,0%	100,0%
HD	Na/k	1,00	Recuento	11	14	25
			% dentro de 5	18,0%	19,2%	18,7%
	2,00	Recuento	50	59	109	
			% dentro de 5	82,0%	80,8%	81,3%
	Total	Recuento	61	73	134	
			% dentro de 5	100,0%	100,0%	100,0%
Total	Na/k	1,00	Recuento	34	19	53
			% dentro de 5	24,1%	15,1%	19,9%
	2,00	Recuento	107	107	214	
			% dentro de 5	75,9%	84,9%	80,1%
	Total	Recuento	141	126	267	
			% dentro de 5	100,0%	100,0%	100,0%

Conclusiones

El Na/k intercambiable es un parámetro útil en la valoración de la composición corporal y el estado nutricional en pacientes con ERC, mostrando una sólida asociación con parámetros de DPE. Su elevación permite identificar precozmente alteraciones en la masa celular y el estado de hidratación.

Litiasis urinaria en el medio hospitalario: análisis conjunto Urología–Nefrología de una cohorte retrospectiva

María Begoña Santos Sánchez Rey¹, Fernando Ramón de Fata Chillón¹,
Claudia Ortiz Chillemi², Daniel Villa Hurtado¹, Nuria García Fernández²

1) Clínica Universidad de Navarra (Madrid), 2) Clínica Universidad de
Navarra (Pamplona)

67

P

Introducción

La prevalencia de la litiasis urinaria en España es cercana al 15% en la población de 40 a 65 años, con una incidencia anual aproximada del 3%, y hasta un 15% de los casos puede requerir tratamiento quirúrgico. Se trata de una patología recurrente, asociada a daño renal agudo, progresión de la enfermedad renal crónica y comorbilidades metabólicas. Resulta de interés caracterizar el perfil clínico de estos pacientes, identificar los factores asociados a la intervención urológica y evaluar su función renal. Describimos las características demográficas y clínicas de una cohorte hospitalaria de pacientes con litiasis urinaria atendidos por Urología y Nefrología.

Material y método

Estudio observacional descriptivo retrospectivo, incluyendo pacientes con litiasis renal a los que se realizó estudio metabólico completo en el laboratorio de nuestro centro entre 2018 y 2025. Se recogieron variables demográficas, clínicas y analíticas, clasificando a los pacientes en dos categorías según hubieran requerido o no intervención urológica.

Resultados

Se incluyeron 815 estudios metabólicos de 491 pacientes, 42% mujeres. Los pacientes que precisaron intervención urológica (Grupo II) no presentaron diferencias significativas en función renal, pero los valores de urato, cloro y glicohemoglobina fueron mayores y el nivel de 25-OH-D3 menor respecto al grupo de no intervención (Grupo I). La oxaluria y fosfaturia en 24 h fueron mayores en grupo intervenido, desapareciendo la diferencia de la fosfaturia al corregir por creatinina. De los cálculos analizados (Grupo II), el oxalato cálcico dihidrato fue el más frecuente (30,5%).

Conclusiones

En nuestra serie, los pacientes con litiasis urinaria que precisaron intervención urológica presentaron un perfil metabólico distinto, sin diferencias en la función renal basal estimada por CKD-EPI creatinina. Un peor control glucémico, más necesidad de suplementar vitamina D y mayor oxaluria parecen asociarse a la intervención urológica, destacando por tanto la importancia del enfoque multidisciplinar uro-nefrológico.

Tabla 1. Descriptivo general y comparativa de variables de estudio de litiasis urinaria entre pacientes con y sin intervención urológica.

	N (491)	Grupo I Sin intervención (271)	Grupo II Con intervención (220)	p valor
Creatinina sangre (mg/dl)	0,89 [0,75-1,04]	0,88 [0,73-1,04]	0,91 [0,79-1,03]	0,180
CKD-EPI creatinina (ml/min/1.73m²)	89,15 (19,4)	89,2 (21,0)	89,1 (17,4)	0,919
25-OH-D3 (ng/ml)	26,2 [19,4-34,9]	26,9 [21,4-37,1]	25,6 [18,0-31,6]	0,010
PTH (pg/ml)	46,6 [35,8-61,1]	46,9 [35,4-61,2]	46,4 [36,3-61,0]	0,737
Uricemia (mg/dl)	5,20 [4,25-6,30]	4,90 [4,10-6,16]	5,40 [4,48-6,38]	0,017
Hb glicosilada A1C (%)	5,40 [5,20-5,70]	5,40 [5,20-5,70]	5,50 [5,30-5,90]	0,049
Cloremia (mEq/L)	104,2 [102,5-105,6]	104 [102-105]	105 [103-106]	0,031
pH orina	6,00 [5,00-6,50]	6,00 [5,00-6,50]	6,00 [5,00-6,00]	0,115
Volumen urinario (ml)	1800 [1375-2400]	1750 [1275-2400]	1850 [1450-2450]	0,139
Oxalato orina (mg/24 h)	29,7 [23,5-38,3]	28,6 [22,4-35,7]	30,9 [25,0-41,2]	0,001
Citrato orina (mg/24 h)	517 [328-749]	503 [315-723]	545 [339-776]	0,098
Mg orina (mg/24 h)	78 [55-105]	77 [55-104]	79 [57-106]	0,348
Urato orina (mg/24 h)	487 [381-649]	474 [363-643]	501 [394-656]	0,208
Fosfato orina (mg/24 h)	763 [573-980]	726 [522-939]	795 [614-1011]	0,009
Na orina (mEq 24 h)	94 [72-126]	91,5 [69,0-124]	95,4 [90,3-121]	0,499
Calcio/creatinina orina	0,42 [0,25-0,61]	0,14 [0,09-0,21]	0,14 [0,10-0,21]	0,242
Citrato/creatinina orina	0,42 [0,25-0,61]	0,41 [0,24-0,61]	0,43 [0,25-0,62]	0,435
Mg/creatinina orina	0,05 [0,04-0,08]	0,06 [0,04-0,08]	0,06 [0,04-0,08]	0,471
Urato/creatinina orina	0,36 [0,31-0,44]	0,37 [0,32-0,45]	0,36 [0,31-0,44]	0,454
Fosfato/creatinina orina	0,56 [0,46-0,69]	0,54 [0,46-0,68]	0,57 [0,47-0,70]	0,233
Na/creatinina orina	1,04 [0,81-1,87]	1,30 [0,74-2,01]	1,25 [0,99-1,61]	0,977

Datos expresados como media (desviación estándar) o mediana (rango intercuartílico) según normalidad o no de la variable

Recurrencia de hiperpotasemia en la práctica clínica real: ¿Qué podemos mejorar?

Patricia Purón Chasco¹, Shehab Sayed¹, Carmen Moral Vidal¹, Patricia Florat Fayad¹, Enrique Morales Ruiz¹

1) Hospital Universitario Doce de Octubre.

68

P

Introducción

La hiperpotasemia (HK) es una entidad frecuente asociada a morbimortalidad, especialmente en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) y alto riesgo cardiovascular. A pesar de los avances en su conocimiento y tratamiento, las recurrencias siguen siendo un problema relevante en la práctica clínica.

Material y métodos

Estudio retrospectivo de pacientes hospitalizados que desarrollaron HK (enero/2023-diciembre/2024). Se clasificaron en

2 grupos según recurrencia al alta: 1 recurrencia (RHK) y ausencia de recurrencias (NRHK). Se analizaron características clínicas, tratamiento y evolución.

Resultados

Del total (n=621), se realizó análisis completo de 472 pacientes. El grupo RHK fueron 258 pacientes y el NRHK 214. La mediana de edad fue menor en el grupo RHK (79 vs. 82).

El grupo RHK presentó mayor prevalencia de diabetes (60% vs 47%, $p<0.01$), ERC (64% vs 47%, $p<0.01$), HK previa

(82% vs 59%, $p<0.01$) y acidosis metabólica al ingreso (53.5% vs 44.9%). En ERC, solo la diabetes fue significativamente más frecuente en RHK que en NRHK (63,4% vs. 49,5%; $p = 0,02$). Al alta, el grupo RHK recibió más bloqueantes del sistema renina-angiotensina-aldosterona (BSRAA) (57.0 % vs 44.9%, $p=0.01$) e inhibidores de SGLT2 (31.8% vs 20.6%, $p=0.01$).

No se observaron diferencias significativas en la severidad de la hiperpotasemia entre recurrentes y no recurrentes. En el grupo de RHK se redujo la dosis basal de BSRAA al alta en un 34% de los pacientes y en el grupo NRHK se redujo en el 47,6%. El uso de quelantes al alta fue de 6% en RHK y 7% en NRHK.

Conclusiones

La recurrencia de HK es frecuente y se asocia a un perfil clínico de alto riesgo (DM, ERC, HK previa, uso de BSRAA). Persiste una infrautilización de quelantes de potasio. La identificación precoz de fenotipos de riesgo podría permitir un manejo personalizado y mejorar su pronóstico.

Tabla 1.

Variable	Recurrentes (n=258)	No recurrentes (n=214)	p
Varones (%)	40,3 (104/258)	56,1 (120/214)	<0,01
Edad (años, IQR)	79 (67-87)	82 (68-89)	0,23
HTA (%)	79,5 (205/258)	76,6 (164/214)	0,53
Diabetes mellitus (%)	59,7 (154/258)	47,2 (101/214)	<0,01
Insuficiencia cardiaca congestiva (%)	53,1 (137/258)	50,0 (107/214)	0,56
Enfermedad renal crónica (%)	63,6 (164/258)	47,2 (101/214)	<0,01
ERC G3 KDIGO <60 ml/min (%)	41,8 (108/258)	30,8 (66/214)	0,01
ERC G4 KDIGO <30 ml/min (%)	19,3 (50/258)	11,6 (25/214)	0,02
ERC G5 KDIGO <15 ml/min (%)	5,0 (13/258)	2,8 (6/214)	0,13
BSRAA basal (%)	74,0 (191/258)	68,6 (147/214)	0,22
iSGLT2 basal (%)	31,3 (81/258)	19,6 (42/214)	<0,01
≥1 HK previa (%)	82,2 (203/247)	58,9 (122/207)	<0,01
HK leve (5,5–5,9 mmol/L) (%)	29,5 (76/258)	36,0 (77/214)	0,15
HK moderada (6,0–6,4 mmol/L) (%)	34,5 (89/258)	29,9 (64/214)	0,33
HK grave (≥6,5 mmol/L) (%)	36,0 (93/258)	34,1 (73/214)	0,73
FG al alta (ml/min)	38	49,5	<0,01
Acidosis metabólica (HCO ₃ ≤22 mmol/L) (%)	53,5 (138/258)	44,9 (96/214)	0,07
BSRAA al alta (%)	57,0 (147/258)	44,9 (96/214)	0,01
iSGLT2 al alta (%)	31,8 (82/258)	20,6 (44/214)	0,01

Valor pronóstico del porcentaje de glomérulos con esclerosis global en pacientes con nefropatía IgA

Sandra Castro Varela¹, Rosario Serrano¹, María Victoria Pinedo Gámez¹,
Borja Quiroga Gili¹, María Auxiliadora Bajo¹

¹) Hospital Universitario La Princesa.

69

P

Introducción

El pronóstico de la nefropatía IgA se ha basado clásicamente en el puntaje de MEST-C. Recientemente está emergiendo la ratio de esclerosis glomerular global (rGGE) como una nueva herramienta para predecir los eventos renales en la nefropatía IgA. El objetivo del presente trabajo es analizar el impacto pronóstico de rGGE a largo plazo en una cohorte de pacientes con nefropatía IgA.

Métodos

Se trata de un estudio de cohortes retrospectivo que incluyó a todos los pacientes con biopsia concluyente para nefropatía IgA de nuestro centro. El periodo de estudio fue desde 2011 a 2026, siendo la mediana de seguimiento de 60 (26-102) meses. Basalmente, se recogieron datos epidemiológicos, comorbilidades y datos histológicos

Resultados

Se incluyó a 48 pacientes (67% varones, edad 49 ± 22 años). El filtrado glomerular estimado (FGe) por CKD-

EPI medio fue 59 ± 38 mg/dl, el cociente albúmina: creatinina en orina (CACo) 726 (317-1651) mg/g y hematuria 101 (10200)/campo. En cuanto al MEST-C la distribución fue: M1 (52%), E1 (21%), S1 (60%), T1-T2 (44%) y C1-C2 (12%). La rGGE fue de 16 (5-33%).

Durante el seguimiento, 11 (23%) pacientes iniciaron TRS. Los factores asociados al inicio de TRS fueron el FGe bajo ($p=0,002$), la atrofia tubular (dentro del puntaje MEST-C) ($p=0,001$) y la rGGE ($p=0,001$) (figura). La rGGE se asoció a la atrofia tubular ($p=0,001$) y un FGe basal bajo ($p=0,001$).

En un modelo multivariable por regresión de Cox, el único factor asociado de manera independiente al inicio de TRS fue el FGe basal (HR 0,949, IC 95% [0,912-0,988], $p=0,011$).

Conclusión

La rGGE es un marcador subrogado del inicio de TRS a largo plazo en pacientes con nefropatía IgA.

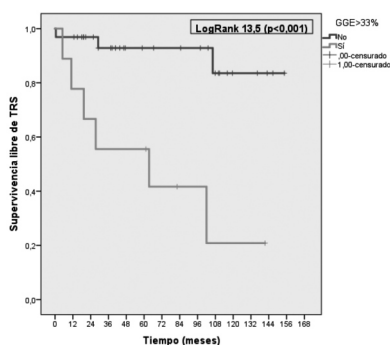


Figura 1. Asociación entre el porcentaje de glomérulos esclerosados >33% y el inicio de la terapia renal sustitutiva



Impacto del seguimiento en Consulta de Nefrología sobre la adecuación terapéutica a las guías clínicas

Juan Diego Parra Marañón¹, David Arroyo¹, Beatriz Pérez Peláez¹, Luis Sánchez Cámara¹, Andrea J Hernández García¹, Rodrigo García Marina¹, Gema Sánchez Sánchez¹, Jorge A. Torres Ortiz¹, Marta Radillo Guzmán¹, Mateo Blázquez Ruiz de Loizaga¹

1) Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Introducción

El manejo farmacológico de la enfermedad renal crónica (ERC) tiene como objetivo reducir el riesgo cardiovascular y disminuir la pérdida de función renal. Incluye, entre otros, bloqueantes del sistema renina-angiotensina (BSRAA), inhibidores de SGLT2 (iSGLT2) y tratamiento hipolipemiante. Nuestro objetivo fue evaluar la adecuación del tratamiento a la guía KDIGO 2024 de ERC y de la Sociedad Española de Cardiología para el manejo de la dislipemia 2025.

Material y método

Estudio observacional longitudinal retrospectivo unicéntrico de pacientes consecutivos con ERC derivados por primera vez a Consulta de Nefrología en 2024. Se recogieron variables clínicas, analíticas y terapéuticas basales y en una revisión al menos un año después. Se evaluó la proporción de pacientes con indicación y prescripción de BSRAA, iSGLT2 y tratamiento hipolipemiante. El análisis estadístico se realizó con SPSS v15.0. Los cambios en variables analíticas se evaluaron mediante t de Student o test de Wilcoxon, los cambios en prescripción mediante la prueba de McNemar.

Resultados

Se incluyen 249 pacientes, edad media 67.82 ± 17.57 años, 153 varones (61.45%). Comorbilidades: hipertensión arterial 111 (69.88%), diabetes 104 (41.77%), enfermedad cardiovascular 54 (21.69%), insuficiencia cardíaca 27 (10.84%). La causa principal de ERC fue la enfermedad renal diabética (79, 31.70%).

En la consulta inicial, el tratamiento de la ERC era subóptimo: de los pacientes con indicación tenían pautado BSRAA el 67.40%, tratamiento hipolipemiante el 59.50% e iSGLT2 el 31.00%.

El tiempo medio entre consultas fue de 14.15 ± 3.64 meses. Observamos una disminución significativa de función renal (filtrado glomerular por CKD-EPI -3.51 ± 12.74 mL/min/1.73m², $p < 0.001$). Disminuyeron también el LDL-colesterol (9.55 ± 37.17 mg/dL, $p < 0.001$) y la proteinuria (-302.24 ± 1322.67 mg/24h, $p = 0.001$).

De los pacientes con indicación, la pauta de BSRAA aumentó a 83.30%, iSGLT2 a 52.60% y tratamiento hipolipemiante a 74.60%. Con la derivación a Nefrología, la prescripción terapéutica en pacientes con indicación incrementó significativamente para los tres fármacos: iSGLT2 en 21.00% ($p < 0.001$), BSRAA en 15.90% ($p < 0.001$), hipolipemiantes en 15.10% ($p < 0.001$).

Conclusiones

La derivación a Nefrología de pacientes con ERC se asocia a una mejora significativa de la prescripción terapéutica y mejor control de la proteinuria y la dislipemia. Aun así, queda un amplio margen de mejora que sugiere una lenta incorporación de las indicaciones de las guías a la práctica clínica real.

Grado de adopción de las principales recomendaciones de las guías de manejo de enfermedad renal crónica y glomerulopatías en Madrid frente a datos nacionales

Noemí Pastor Beades¹, Rebeca Bernat Gómez¹, Beatriz Arauzo Gimeno¹, Alberto Jiménez Buiza¹

¹) AstraZeneca (Madrid).

71

P

Introducción

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) afecta aproximadamente al 15% de la población española, con alta morbilidad e impacto sanitario. Las glomerulonefritis (GN) representan alrededor del 20% de las etiologías y requieren diagnóstico anatomopatológico. Recientemente se han actualizado las principales guías de manejo: KDIGO ERC 2024 y KDIGO IgA 2025. El objetivo de este estudio es analizar el grado de adopción de sus principales recomendaciones por parte de los nefrólogos de la Comunidad de Madrid y su comparación con la media nacional.

Metodología

Se realizó un análisis descriptivo nacional y autonómico que incluyó 223 nefrólogos españoles, de los cuales 24 ejercían en Madrid. El estudio se fundamentó en las percepciones y valoraciones obtenidas durante discusiones sobre las recomendaciones de las guías KDIGO ERC 2024 y KDIGO IgA 2025, categorizadas en cuatro áreas: diagnóstico, tratamiento, seguimiento y derivación.

Resultados

Existe consenso generalizado respecto al diagnóstico de nefropatía por IgA mediante biopsia renal con inmunofluorescencia. Madrid muestra mayor proactividad para indicar biopsia cuando la proteinuria alcanza 500 mg/día (43% frente al 34% nacional). En el ámbito terapéutico, Madrid prioriza principalmente el enlentecimiento de la progresión (89%), mientras que a nivel nacional la distribución es más equilibrada entre progresión (34%), medidas higiénico-dietéticas (30%), inmunosupresión (30%) y factores de riesgo cardiovascular (15%).

La adopción de iSGLT2 es muy elevada en ambos ámbitos. Ante pacientes con ERC, proteinuria elevada y filtrado glomerular >20 ml/min/1,73 m², España muestra mayor tendencia a co-iniciar iSGLT2 junto con IECA/ARAI (54%), mientras que en Madrid predomina la adición secuencial tras establecer el bloqueo del sistema renina-angiotensinaaldosterona (71%). Incluso con albuminuria controlada (<200 mg/g), persiste la intención de incorporar iSGLT2:

nacionalmente se prioriza en pacientes con filtrado <60 ml/min/1,73 m² (51%); en Madrid se concentra en el rango 20–45 ml/min/1,73 m² (62%), enfatizando la protección renal más allá del control de la proteinuria.

Respecto a la derivación desde Atención Primaria, se percibe que los pacientes llegan "en ocasiones" en el momento adecuado, tanto en España (93%) como en Madrid (95–100%). En seguimiento, a nivel nacional se solicita conjuntamente función renal y albuminuria/proteinuria (100%); no se dispone de datos específicos para Madrid.

Conclusión

Los resultados evidencian conocimiento elevado y alineación sustancial con las guías actualizadas, con diferencias regionales en estrategia terapéutica. Se requieren acciones de implementación específicas para consolidar la adopción rutinaria de las recomendaciones y mejorar consistentemente el manejo de pacientes con ERC y glomerulopatías.



Función renal basal mediante CKD-EPI creatinina y perfil metabólico en pacientes con litiasis renal: análisis de una cohorte retrospectiva

**María Begoña Santos Sánchez Rey¹, Fernando Ramón de Fata Chillón¹,
Claudia Ortiz Chillemi², Daniel Villa Hurtado¹, Nuria García Fernández²**

1) Clínica Universidad de Navarra (Madrid), 2) Clínica Universidad de Navarra (Pamplona).

Introducción

La litiasis renal ha aumentado su incidencia y prevalencia mundialmente y se asocia a un mayor riesgo cardiovascular y de enfermedad renal crónica desde el primer episodio. Hasta un 15% de los pacientes requiere tratamiento quirúrgico y constituye un motivo frecuente de consulta médica. Es importante evaluar la función renal y el perfil metabólico de estos pacientes para cribado de enfermedad renal.

Material y método

Estudio observacional descriptivo retrospectivo de 491 pacientes con litiasis renal y estudio metabólico completo realizado en nuestro centro entre 2018 y 2025. Se analizó la función renal basal mediante estimación del filtrado glomerular por CKD-EPI creatinina y cociente albúmina/creatinina en micción única. Los pacientes se estratificaron según eFG basal en Grupo I (60 ml/min/1,73 m²) y Grupo II (<60 ml/min/1,73 m²), y la albuminuria se clasificó conforme a las categorías KDIGO (A1–A3). Se analizaron variables demográficas, clínicas y analíticas.

Resultados

De los 491 pacientes, 110 (22,4%) tenían valoración renal basal completa, siendo 43,6% mujeres. 90 pertenecían al Grupo I, con eFG medio de 92,1 ml/min/1,73 m², y 20 al Grupo II, con eFG de 47,3 ml/min/1,73 m² (KDIGO estadio 3). 12 presentaban albuminuria A2 y 2 A3. El Grupo II mostró mayores niveles de urato, PTH intacta, glucosa, HbA1c y 25OHvitamina D3, y menores de bicarbonato, pH urinario y excreción urinaria de urato, magnesio, fosfato y calcio. No hubo diferencias en volumen urinario ni oxaluria. En el 24,5% se analizó la composición del cálculo, predominando el oxalato cálcico.

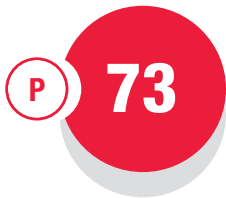
Conclusiones

Menos del 23% de los pacientes disponía de una valoración renal basal completa, presentando 18,2% eFG reducido, compatible con enfermedad renal crónica, y un perfil metabólico diferenciado. Estos hallazgos subrayan la necesidad de realizar cribado de salud renal en pacientes con urolitiasis por su impacto pronóstico, realizando abordaje colaborativo entre Urología y Nefrología.

**Tabla 1. Comparativa de pacientes según estimación de filtrado glomerular basal:
fórmula CKD-EPI creatinina normal o disminuida**

	N (110)	Grupo I (>60 ml/min/1,73m ²) N (90)	Grupo II (<60 ml/min/1,73m ²) N (20)	p-valor
Albumina/creatinina (mg/g)	5,40 [3,00-11,85]	5,40 [3,00-11,60]	7,20 [3,15-17,90]	0,532
Creatinina sangre (mg/dl)	0,92 [0,76-1,11]	0,88 [0,73-1,01]	1,37 [1,23-1,55]	<0,001
CKD-EPI creatinina (ml/min/1,73m ²)	83,9 (23,8)	92,1 (17,5)	47,3 (9,41)	<0,001
Calcio sangre (mg/dl)	9,38 [9,20-9,64]	9,38 [9,20-9,62]	9,50 [9,15-9,89]	0,508
P sangre (mg/dl)	3,15 (0,58)	3,11 (0,60)	3,29 (0,47)	0,156
Vit D (ng/ml)	28,8 [21,1-37,3]	26,9 [19,0-36,7]	34,2 [28,4-40,3]	0,030
Bicarbonato sangre (mmol/L)	24,26 (2,37)	24,5 (2,37)	23,2 (2,13)	0,024
K sangre (mEq/L)	4,15 [3,92-4,36]	4,14 [3,92-4,33]	4,18 [3,97-4,51]	0,283
Urato sangre (mg/dl)	5,25 (1,41)	4,98 (1,31)	6,36 (1,27)	<0,001
PTH (pg/ml)	49,1 [34,9-66,3]	44,5 [33,9-62,5]	62,8 [49,3-82,8]	0,005
Glucosa (mg/dl)	95 [90-104]	95 [90-103]	101 [95-121]	0,050
Hb glicosilada A1C (%)	5,40 [5,20-5,70]	5,40 [5,20-5,60]	5,75 [5,47-5,93]	0,007
Cloro sangre (mEq/L)	105 [103-106]	105 [103-106]	104 [101-105]	0,067
Volumen orina (ml)	1923 (687)	1918 (693)	1950 (678)	0,852
pH orina	6,00 [5,00-6,50]	6,00 [5,00-6,50]	5,00 [5,00-6,00]	0,003
Oxalato orina (mg/24 h)	30,2 [24,3-39,8]	30,5 [24,2-40,5]	27,6 [25,5-34,9]	0,558
Citrato orina (mg/24 h)	487 [313-652]	490 [344-651]	350 [196-647]	0,217
Mg orina (mg/24 h)	76,5 [52,5-101,7]	82,0 [54,0-112]	66,0 [47,5-76,5]	0,017
Urato orina (mg/24 h)	484 [356-636]	509 [380-653]	366 [298-465]	0,010
Fosfato orina (mg/24h)	751 [524-953]	798 [555-1016]	589 [476-724]	0,019
Na orina (mg/24 h)	95,0 [72,6-127]	97,9 [79,6-134]	81,8 [64,4-98,0]	0,036
Citrato/creatinina orina	0,39 [0,24-0,55]	0,40 [0,27-0,56]	0,34 [0,16-0,42]	0,269
Calcio/creatinina orina	0,12 [0,07-0,19]	0,13 [0,09-0,21]	0,04 [0,03-0,07]	<0,001
Mg/creatinina orina	0,06 [0,04-0,08]	0,06 [0,04-0,09]	0,04 [0,04-0,07]	0,034
Urato/creatinina orina	0,36 [0,3-0,46]	0,38 [0,32-0,48]	0,29 [0,23-0,32]	0,001
Fosfato/creatinina orina	0,54 [0,42-0,67]	0,55 [0,44-0,68]	0,45 [0,34-0,62]	0,088

Datos expresados como media (desviación estándar) o mediana (rango intercuartílico) según normalidad o no de la variable



Hiponatremia y delirium en pacientes hospitalizados

María Soriano Izquierdo¹, Fabio Procaccini², Laura Medina Zahonero², Juan Antonio Martín Navarro², Elena Corchete Prats², Miryam Polo Canovas², Carlos Gómez Carpintero², Andrea Álvarez Chávez², Fátima Brañas Baztán², Patricia de Sequera Ortiz²

1) Universidad Complutense de Madrid, 2) Hospital Universitario Infanta Leonor.

Introducción

El delirium o síndrome confusional agudo (SCA) es la causa más frecuente de alteración cognitiva aguda en pacientes hospitalizados > 70 años, con una prevalencia estimada del 30-50%. Se asocia a elevada morbilidad, prolongación de la estancia hospitalaria e institucionalización.

La hiponatremia (sodio <135 mEq/L) es la alteración electrolítica más frecuente en el hospital, y puede producir clínica neurológica secundaria a edema cerebral. Aunque se ha descrito como posible desencadenante de delirium, su papel causal no ha sido evaluado de forma sistemática. Otras alteraciones bioquímicas podrían actuar como factores precipitantes, si bien la evidencia disponible es limitada.

Objetivo

Explorar la asociación entre hiponatremia y delirium en pacientes hospitalizados > 70 años en un hospital de nivel 2, y analizar de forma secundaria la hipernatremia, la función renal y la polifarmacia como posibles precipitantes del SCA.

Material y métodos

Estudio observacional, transversal y retrospectivo. Se incluyeron 101 pacientes > 70 años que desarrollaron delirium durante su ingreso en el hospital en 2025, a partir del estudio Código Delirium. Se recogieron datos clínicos y analíticos (sodio, creatinina y filtrado glomerular estimado) de la historia clínica electrónica, así como comorbilidades y fármacos relacionados con disnatremias. Como grupo comparador se utilizaron 6.090 pacientes mayores de 69 años ingresados en el mismo periodo. El análisis estadístico incluyó chi-cuadrado y regresión logística univariante.

Resultados

La prevalencia de hiponatremia fue similar en la cohorte delirium y en la población hospitalaria general (31,7% vs. 30,5%). La hipernatremia fue significativamente más frecuente en pacientes con delirium (28,7% vs. 10,7%), al igual que un FGe <60 ml/min. Las disnatremias >10 mEq/L se asociaron a mayor mortalidad intrahospitalaria (tabla 1).

Conclusiones

La hiponatremia no se confirmó como factor precipitante independiente de delirium. La hipernatremia y deterioro del FG emergen como factores relevantes y potenciales dianas de prevención, requiriéndose estudios prospectivos.

La Tabla 1. Principales resultados del estudio.

Variable	Cohorte delirium (n=101)	HUIL >70 años (n=6.090)	Significación
Edad media (años)	87,3 ± 6,1	—	—
Sexo masculino	62,4%	—	—
Hiponatremia (Na <135 mEq/L)	31,7%	30,5%	NS
Hipernatremia (Na >145 mEq/L)	28,7%	10,7%	p < 0.001
FGe <60 ml/min/1,73m ²	70,3%	54,0%	p = 0.001
Disnatremia >10 mEq/L y mortalidad	OR 3,37 (IC95% 0,77–18,0)	—	p=0,008*
ERC diagnosticada	36,6% (n=37) 68% en estadio 3	—	—
Asociación ERC-disnatremia	—	—	NS
Asociación fármacos-disnatremia	DIU 54,5%; AD 48,5%; AP 30,7%	—	NS
Mortalidad intrahospitalaria	11,9% (n=12)	4,85% (n=907)	p = 0.001

*Significación estadística chi² Pearson. NS: no significativo. DIU: diuréticos; AD: antidepresivos; AP: antipsicóticos; ERC: enfermedad renal crónica; FGe: filtrado glomerular estimado; IC: intervalo de confianza; OR: odds ratio. Definición de disnatremia: Na <135 o Na > 145 mEq/L.



Impacto del tratamiento de la hiperuricemia sobre la progresión de la enfermedad renal crónica en pacientes con obesidad

María Victoria Pinedo Gamez¹, Sandra Cristina Castro Varela¹, Ana Sánchez Horrillo¹, María Auxiliadora Bajo Rubio¹, Borja Quiroga Gili¹

1) Hospital Universitario de la Princesa.

Introducción

El tratamiento de la hiperuricemia asintomática no está indicado en la población con enfermedad renal crónica (ERC). Sin embargo, algunas situaciones intercurrentes pueden generar un manejo diferente de la hiperuricemia.

Métodos

Se incluyó a 100 pacientes consecutivos de las consultas externas de nefrología. De ellos se excluyó a aquellos con antecedentes de gota y que no tuvieran una determinación basal de ácido úrico. Se recogieron datos epidemiológicos, de tratamientos hipouricemiantes y pronósticos y datos analíticos relacionados con la función renal y la hiperuricemia. Se siguió a los pacientes durante 6 (5-7) meses con el objetivo de determinar la progresión de la ERC (filtrado glomerular estimado [FGe] y albuminuria).

Resultados

De los 100 pacientes cribados, se incluyó a 61 (61%) (59% mujeres, edad 70 ± 13 años, de los cuales 33 (54%) tenían obesidad. El índice de masa corporal (IMC) medio 27 ± 5 kg/m² y el perímetro abdominal 94 ± 16 cm. El grupo de pacientes con obesidad sólo se diferenció en el uso de bloqueantes del sistema renina angiotensina aldosterona ($p=0,034$), en el IMC ($p<0,001$) y en el perímetro abdominal ($p=0,001$). De los 61 pacientes incluidos, 41 (69%) cumplían criterios de hiperuricemia (19 [31%] recibían tratamiento y 26 [43%] por cifras); la mediana de ácido úrico fue de 6,4 (5,5-7,2) mg/dL. El grupo de pacientes obesos tenía cuantitativamente concentraciones de ácido úrico más altas ($7,1 \pm 3,5$ vs $6,1 \pm 1,3$ mg/dl, $p=0,13$) y una mayor prescripción de agentes hipouricemiantes (45% vs 14%, $p=0,009$).

Durante el seguimiento, el FGe y el cociente albúmina: creatinina (CAC) se mantuvieron estables (cambio en el FGe $0 [0,22-0,14]\%$ /mes, $p=0,229$; cambio en el CAC $-0,17 [-1,3-2,1]\%$). En la cohorte completa, el tratamiento hipouricemiante no se asoció de manera independiente con los cambios en el FGe ni en el CAC. Sin embargo, en el grupo de pacientes obesos, el tratamiento hipouricemiante se asoció con un leve aumento del CAC (4% vs 0%, $p=0,039$) en un modelo ajustado para IMC y diabetes mellitus. El FGe se mantuvo estable en este grupo ($p=0,488$).

Conclusión

Los pacientes con ERC y obesidad reciben un tratamiento más intensivo de la hiperuricemia asintomática sin que esto se traduzca en un empeoramiento de la progresión renal. El tratamiento hipouricemiante en esta población se asoció a un leve aumento de la albuminuria.

Budesonida de liberación modificada en nefropatía IgA:

Experiencia de un centro

Irene Vázquez Raso¹, Begoña Rivas Becerra¹, Cristina Vega Cabrera¹, Javier Azores Moreno¹, María Soriano Guillén¹, Amir Shabaka Fernández¹, Gema María Fernández Juárez¹

1) Hospital La Paz.

75

P

Introducción

La nefropatía IgA es la glomerulopatía más frecuente a nivel mundial, suponiendo el 15% de los diagnósticos de las biopsias renales, con una incidencia estimada de 6,2 casos por cada millón de habitantes.

En cuanto al pronóstico, entre un 20 y 30% de pacientes desarrollarán ERCT a los 20 años del diagnóstico. Su fisiopatología se basa en la teoría de los 4 HITS (Producción de IgA deficiente en galactosa, producción de anticuerpos frente a ella, formación de inmunocomplejos y su depósito a nivel glomerular)

Surge así la necesidad de obtener tratamientos dirigidos, entre otros, la budesonida de liberación intestinal, actuando sobre el HIT 1, con buenos resultados, menores efectos sistémicos y mejor tolerancia clínica, como demuestra el ensayo NeIgArd. Nuestro objetivo es analizar los resultados de los pacientes de nuestro centro con este tratamiento.

Materiales y Métodos

Estudio observacional retrospectivo unicéntrico incluyendo 9 pacientes diagnosticados mediante biopsia renal de nefropatía IgA, seguidos durante 6 meses, tratados con budesonida de liberación intestinal entre 2018 y 2026.

Analizamos variables demográficas, comorbilidades, tratamientos recibidos y evolución en términos de caída del filtrado glomerular y albuminuria. Se analizaron también los efectos secundarios.

Resultados

Se incluyeron 9 pacientes, con un seguimiento de 6 meses. El 77.8% de ellos varones. La edad media de los pacientes al inicio fue de 42.7 ± 13.8 años.

El FGe medio al inicio fue de 54.3 ± 20.9 mL/min, siendo a los 6 meses de 58.9 ± 17.18 mL/min, con una diferencia estadísticamente significativa ($p: 0.004$).

La albuminuria (expresada en ratio albúmina/creatinina en orina de micción, mg/g), descendió desde una mediana de 345 (161-735) mg/g, hasta una mediana de 275 (78-423) mg/g a los 6 meses, con una diferencia no estadísticamente significativa ($p: 0.49$).

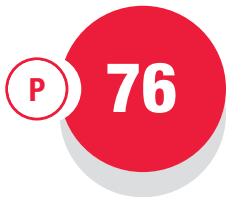
La mediana de albuminuria disminuyó un -60.6%, con RIC entre -73.3% y +16.2%.

En cuanto a los efectos adversos, en ninguno de los pacientes se reportó efectos secundarios derivados del tratamiento.

Conclusiones

El tratamiento con budesonida de liberación intestinal es un tratamiento prometedor para la nefropatía IgA, logrando frenar, incluso revertir los efectos de la enfermedad en cuanto al deterioro de función renal a los 6 meses, así como disminuir la albuminuria en la mayoría de pacientes, con buena tolerancia y escasos efectos adversos.

La falta de potencia estadística de nuestro estudio probablemente está condicionada por nuestro bajo tamaño muestral, por lo que son necesarios estudios prospectivos de mayor tamaño muestral para confirmar nuestros hallazgos.



Inclisiran en enfermedad renal crónica avanzada (estadio g4-g5 no diálisis): reducción sostenida de ldl y perfil de seguridad favorable al año de seguimiento, serie de casos en vida real.

José C De La Flor¹, Avinash Chandu Nanwani², Elena Jiménez Mayor³, Celia Rodríguez Tudero⁴, Juan Daniel Díaz García⁵, Arturo Villalobos Navarro⁶, Esperanza Moral Berrio⁷, Adriana Puente García⁸, Esther Hurtado Ruiz¹, Jesús Hernández Vaquero¹

1) Departamento de Nefrología, Hospital Gómez Ulla (Madrid), 2) Departamento de Nefrología, Hospital General de Fuerteventura (Fuerteventura), 3) Departamento de Nefrología, Hospital Santa Bárbara (Soria), 4) Departamento de Nefrología, Hospital Universitario de Salamanca (Salamanca), 5) Departamento de Nefrología, Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga" (Ciudad de México), 6) Departamento de Nefrología, Hospital Barros Luco Trudeau (Santiago de Chile), 7) Departamento de Nefrología, Hospital de Ciudad Real (Ciudad Real), 8) Departamento de Nefrología, Hospital Fuenlabrada (Madrid).

Introducción y objetivos

La enfermedad renal crónica (ERC) avanzada (estadios G4–G5 no en diálisis) se asocia a un muy elevado riesgo cardiovascular, favorecido por inflamación crónica, estrés oxidativo y alteraciones del metabolismo lipídico. Alcanzar objetivos estrictos de LDL-colesterol (LDL-C) resulta difícil con terapias convencionales debido a menor eficacia y frecuente intolerancia a estatinas. Inclisiran, un ARN interferente que inhibe la síntesis hepática de PCSK9, ha demostrado reducciones sostenidas de LDL-C en ensayos clínicos, aunque los datos en ERC avanzada son limitados. El objetivo fue evaluar la eficacia, seguridad y efecto sobre la función renal y albuminuria de inclisiran en pacientes con ERC avanzada no en diálisis en vida real.

Material y Métodos

Estudio observacional retrospectivo tipo serie de casos en un hospital de tercer nivel. Se incluyeron 10 pacientes 18 años con ERC estadio 4–5 (FGe 30 mL/min/1,73 m²) y LDL-C elevado pese a tratamiento optimizado o intolerancia a estatinas. Inclisiran se administró según pauta estándar (día 0, día 90 y cada 6 meses). Se analizaron perfil lipídico, función renal (creatinina y FGe) y albuminuria (cociente albúmina/creatinina) en basal, 3–6 meses y 12 meses. Los objetivos principales fueron la reducción absoluta y relativa de LDL-C y el porcentaje de pacientes que alcanzaron objetivos terapéuticos.

Resultados

Se analizaron 10 pacientes con edad media de 75 ± 5 años y alta prevalencia de comorbilidades cardiovasculares. El LDL-C basal fue 131.6 ± 22.1 mg/dL. Tras 12 meses, el LDL-C descendió a 46.1 ± 26.5 mg/dL, con una reducción media del 65.6%. El 100% presentó respuesta terapéutica y el 80% alcanzó LDL-C 70 mg/dL. La función renal se mantuvo estable al año (FGe basal 22.7 ± 5.5 vs. 23.7 ± 7.5 mL/min/1,73 m²), con mejoría en el 20%, estabilidad en el 70% y deterioro en el 10%. La albuminuria disminuyó un 27.4% de mediana. No se registraron efectos adversos atribuibles al tratamiento ni eventos cardiovasculares mayores.



Conclusiones

En esta serie de casos, inclisirán mostró una reducción marcada y sostenida del LDL-C en pacientes con ERC avanzada, con alta tasa de consecución de objetivos terapéuticos y excelente perfil de seguridad. La función renal permaneció estable y se observó reducción de la albuminuria. Estos resultados apoyan el uso de inclisirán en esta población de alto riesgo, aunque son necesarios estudios con mayor tamaño muestral para confirmar su impacto clínico.



Descripción de las hospitalizaciones por hipertensión y su coste en la Comunidad de Madrid

Beatriz Arauzo Gimeno¹, Rebeca Bernat Gomez¹, Noemí Pastor Beades¹,
Alberto García López², Alejandra De las Heras Gaité²

1) AstraZeneca (Madrid), 2) MediClin-IQVIA (Madrid).

Introducción y objetivos

La hipertensión arterial (HTA) es el problema de salud crónico más frecuente en España, siendo un factor de riesgo de diferentes enfermedades cardíacas y renales, contribuyendo a incrementar tanto la carga asistencial del sistema sanitario como la mortalidad de la población española. Debido a su alta prevalencia, sumada al impacto pronóstico negativo en los pacientes y en la carga del sistema sanitario, es necesario conocer y trabajar con datos actualizados. El objetivo es describir el impacto de la hipertensión en el Sistema de Salud de la Comunidad de Madrid en el año 2024.

Material y métodos

Se utilizaron datos públicos disponibles en el Ministerio de Sanidad. Subdirección General de Información Sanitaria. Registro de Actividad de Atención Especializada – RAE-CMBD. <https://pestadistico.inteligenciadegestion.sanidad.gob.es/PUBLICOSNS> e Instituto Nacional de Estadística, obtenidos en febrero de 2026. Se presenta el número de hospitalizaciones totales y no programadas, estancia media y coste (All Patient Refined, APR) de hospitalización por hipertensión (CIE-10: I10: Hipertensión esencial (primaria), I11: Enfermedad cardíaca hipertensiva, I12: Enfermedad renal hipertensiva, I13: Enfermedad cardiorenal hipertensiva, I15: Hipertensión secundaria, O13: Hipertensión gestacional (inducida por el embarazo) sin proteinuria significativa, O16: Hipertensión materna no especificada) en 2024 en la Comunidad Madrid. Se calcula el número de hospitalizaciones por 10.000 habitantes en el año 2024.

Resultados

En 2024, en la Comunidad de Madrid se registraron 15.143 hospitalizaciones causadas directamente por hipertensión, de las cuales 13.899 (91,78%) fueron no programadas. Del total de hospitalizaciones por hipertensión no programadas, el 89,47% (12.436) ocurrieron en hospitales públicos.

La estancia media de la hospitalización no programada fue de 7,72 días, alcanzando un coste medio de 5.354,40€ por dicha hospitalización. En Madrid, más de la mitad de estas hospitalizaciones (53,80%; 7.477) fueron por enfermedad cardíaca hipertensiva (CIE-10 I11) y más de un tercio de las hospitalizaciones (41,60%; 5.782) fueron por enfermedad cardiorenal hipertensiva (CIE-10 I13).

Conclusiones

Los datos muestran que la hipertensión repercute en un notable uso de recursos sanitarios, principalmente a causa de hospitalizaciones no programadas. Estos hallazgos subrayan, la necesidad de implementar estrategias de manejo y prevención eficientes que permitan un abordaje óptimo y precoz de la hipertensión. Para ello, se resalta la importancia de conocer, analizar y comunicar información actualizada en bases de datos públicas.

Experiencia en vida real con Avacopán: Mejora de la función renal y mantenimiento de la remisión

Juan Diego Parra Maraño¹, David Arroyo¹, Beatriz Pérez Peláez¹, Javier Carbayo Lopez¹, Andrea J Hernández García¹, Ursula Verdalles Guzman¹, Rodrigo García Marina¹, Esther Rubio González¹, Mateo Blázquez Ruiz de Loizaga¹, Marta Radillo Guzmán¹

1) Hospital General Universitario Gregorio Maraño.

78

P

Introducción

Las vasculitis asociadas a ANCA (VAA) presentan elevada morbilidad renal. Su tratamiento está evolucionando con nuevos fármacos como avacopán. El estudio ADVOCATE demostró su no inferioridad frente a corticoides para mantener la remisión a las 26 y 52 semanas, con menor tasa de efectos adversos.

El objetivo fue evaluar la evolución de la función renal a los 6 meses en pacientes con VAA tratados con avacopán en vida real. Como objetivos secundarios se analizaron la remisión clínica, albuminuria, hematuria, títulos de ANCA y efectos adversos.

Material y Métodos

Estudio observacional retrospectivo longitudinal en pacientes con VAA y afección renal tratados con avacopán por el servicio de nefrología. Se excluyeron aquellos con <3 meses de tratamiento. La función renal se evaluó mediante creatinina sérica y tasa de filtrado glomerular estimada (TFGe) por CKD-EPI. La remisión se definió según criterios KDIGO 2024 (BVAS = 0 con función renal estable o mejorada). Los datos se obtuvieron de historias clínicas electrónicas. La puntuación de BVAS se calculó utilizando la calculadora BVAS versión 3. Los análisis estadísticos se realizaron con Excel Online 365.

Resultados

Se incluyeron ocho pacientes (50% varones), edad media 66.67 ± 11.39 años. La creatinina basal fue 1.44 ± 0.65 mg/dL (TFGe 52.62 ± 24.78 mL/min). Seis presentaron brotes de novo y dos se presentaron como recaídas, todos pANCA/MPO positivos.

Seis pacientes recibieron bolos de metilprednisolona ($1000 \pm 387,30$ mg). Cuatro pacientes recibieron prednisona oral con dosis acumulada total mediana 340 mg (rango intercuartil/RIC 217,19-1025,00), logrando retirarse en tres de ellos (mediana 27 días RIC 15,50-73,00).

Observamos una disminución en la creatinina sérica media de $0,76 \pm 0,82$ mg/dL (TFGe $+11,12 \pm 9,93$ mL/min), ligeramente inferior al de los ensayos clínicos. Seis pacientes alcanzaron remisión (75%), similar al 72,30% reportado en el estudio ADVOCATE, ligeramente inferior a otros estudios en vida real.

La mediana de porcentaje de reducción de albuminuria fue 26.87mg/24h (RIC -169.92 a 51.55mg/24h), reduciendo en 5 pacientes. La hematuria se resolvió o disminuyó en la mayoría. Los títulos anti-MPO descendieron (mediana 89 a 16 UI/mL).

Se registró un caso de diarrea y dos de neutropenia, todos autolimitados y sin necesidad de suspender el tratamiento.

Conclusiones

En esta experiencia de vida real, el tratamiento con avacopán se asoció a recuperación de función renal y mantenimiento de remisión clínica en un 75% con un buen perfil de seguridad.



Análisis descriptivo de la experiencia en el uso de la granulomonocitoaféresis en la enfermedad inflamatoria intestinal

Beatriz Pérez Peláez¹, Luis Sánchez Cámara¹, Andrea Johana Hernández García¹, Diego Parra Maraño¹, José Miranda Bautista¹, Laura Moreno González¹, Daniel Barraca Nuñez¹, Almudena Vega Martínez¹, Eduardo Verde Moreno¹, Marian Goicoechea Diezhandino¹

1) Hospital General Universitario Gregorio Maraño.

Definición

La granulomonocitoaféresis (GMA) es una técnica de aféresis terapéutica de sangre total y de tipo adsorptivo, cuya finalidad es la retirada de granulocitos y monocitos activados de la sangre. Esta técnica ha demostrado en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII), sobre todo con Colitis Ulcerosa (CU), ser una terapia adyuvante a la inmunosupresión aumentando la probabilidad de remisión clínica tanto en inducción (facilitando la remisión del brote) como en mantenimiento (retrasando la aparición de nuevas recaídas), así como ayudando a disminuir la corticodependencia.

Material y Métodos

Presentamos un análisis descriptivo de la evolución de 6 pacientes con EII tratados con GMA desde 2018 hasta la actualidad. Recopilamos características de cada paciente, tratamientos inmunosupresores previos o coadyuvantes (describiendo esquema de GMA de inducción como de mantenimiento), evolución de parámetros de respuesta clínica (diarrea, sangre en heces), calprotectina (CF) y proteína C reactiva (PCR), definiendo ausencia de respuesta, respuesta parcial o completa, potenciales efectos adversos asociados a GMA, así como si presentaron o no necesidad de colectomía en la evolución posterior. Para la realización de las sesiones de GMA se usó el monitor *ADAMONITOR SC* con columna *Adacolumnn*.

Resultados

Edad media de 50.8 años (rango 37-75) con EII (4 con CU, 1 con Enfermedad de Crohn (EC) y un caso con colitis indeterminada/EC). Todos habían recibido desde 3 hasta 6 líneas inmunosupresoras consideradas refractarias. El 66.7% presentaron una respuesta clínica al menos parcial al tratamiento de inducción con GMA, un 16.7% obtuvo respuesta completa y otro 16.7% se consideró refractario al tratamiento de inducción. El 50% de los pacientes con GMA de mantenimiento no presentó respuesta clínica (por espaciamiento de las sesiones) y el otro 50% presentó mejoría parcial (como terapia puente a un esquema inmunosupresor efectivo o retrasando la necesidad de colectomía). El descenso medio de CF y PCR tras el tratamiento de inducción fue del 61,9% y 47,4%, respectivamente. No se detectaron efectos adversos graves asociados a la técnica. Los problemas asociados a punción de vena periférica ocurrieron en el 16.7% y el 33% presentaron procesos infecciosos concomitantes con las sesiones de GMA, ninguno de ellos complicado.

Conclusiones

La GMA es una opción terapéutica eficaz en recaídas de pacientes con EII refractaria a varias líneas de tratamientos inmunosupresores siendo una técnica segura. A la luz de los resultados sería planteable redefinir el concepto de refractariedad a la GMA, dado que impresiona que existe una clara asociación entre recaída clínica y espaciamiento de la dosis.

Impacto de la proteinuria tubular en el desarrollo de eventos cardiorrenales en pacientes con enfermedad renal diabética

Paloma Ruiz López-Alvarado¹, Loreto Mariscal de Gante¹, Antonio De Santos Wilhelmi¹, Laura Salanova Villanueva¹, Almudena Núñez Sánchez¹, Antonio Fernández Perpén¹, Auxiliadora Bajo Rubio¹, Borja Quiroga Gili¹

1) Hospital de la Princesa.

80

P

Introducción

La asociación entre albuminuria y progresión cardiorrenal de la enfermedad renal diabética (ERD) está ampliamente demostrada. Sin embargo, el impacto de la proteinuria no selectiva (PNS) en el pronóstico de esta patología apenas ha generado interés. El objetivo del presente estudio es analizar el efecto de la PNS en el desarrollo de eventos cardíacos y renales (como evento combinado) en una cohorte de pacientes con ERD.

Métodos

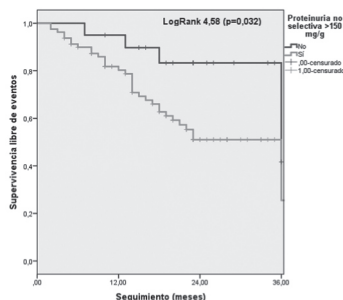
Se trata de un estudio prospectivo que incluyó a pacientes consecutivos con ERD y proteinuria. Basalmente se otorgó a los pacientes un puntaje según el modelo predictivo propuesto por Florencio et al en el Antonio Doce de Octubre, se recogieron factores epidemiológicos, comorbilidades, datos analíticos, el puntaje de la ERD y tratamiento previo. Se realizaron mediciones de marcadores de lesión tubular renal. Durante el seguimiento (máximo de 36 meses) se registraron eventos adversos renales mayores (MAREs) y cardiovasculares (MACEs).

Resultados

Se incluyeron 100 pacientes (79% varones, 69±10 años). El filtrado glomerular estimado (FGe) por CKD-EPI fue 47±20 ml/min/1,73m². El cociente albumina/creatinina en orina fue 395 (225-1067) mg/g y la PNS/creatinina 252 (167-635) mg/g. Durante el seguimiento (18 [10-24] meses) se registraron 37 eventos (28 MAREs y 13 MACEs). Los factores asociados al evento combinado fueron la albuminuria (p=0,033), y la PNS>150 mg/g (p=0,045); la enfermedad vascular periférica mostró una tendencia a la asociación (p=0,058). En la figura se muestra las curvas de supervivencia para el evento combinado y la PNS (logRank 4,58, p=0,032). En un modelo multivariable ajustado para la edad y la enfermedad vascular periférica se determinó el poder predictivo de la PNS en el desarrollo del evento combinado (HR 3,2 IC95% [1,10-9,4], p=0,032).

Conclusiones

La proteinuria tubular se asocia al desarrollo de patología cardiorrenal en pacientes con ERD por lo que esta debe ser establecida como un objetivo de tratamiento.





Criterios start/stopp en la polifarmacia de pacientes con cualquier grado de disfunción renal

Daniela Abzueta Yustiz¹, Almudena Núñez Sánchez¹, María Auxiliadora Bajo Rubio¹, Borja Quiroga Gil¹

1) Hospital de la Princesa.

Introducción

La polifarmacia es un problema creciente en las personas con enfermedad renal crónica (ERC). Esta situación se asocia a falta de adherencia y a efectos adversos por lo que debemos evitar la inercia terapéutica en caso de futilidad. El presente estudio tiene por objetivo evaluar los criterios START/STOPP en una cohorte de pacientes que incluye todo el espectro de la enfermedad renal.

Métodos

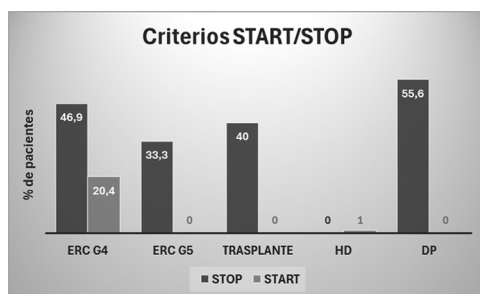
Estudio transversal que incluyó a pacientes consecutivos con ERC, portadores de un trasplante renal, en hemodiálisis y en diálisis peritoneal valorados en enero de 2025. Se recogieron datos epidemiológicos, comorbilidades y fármacos. La identificación de los criterios se realizó de forma manual revisando las historias clínicas. Se compararon los criterios en los diferentes grupos del estudio y se construyó un modelo ajustado para determinar los factores asociados.

Resultados

Se incluyeron 116 pacientes (58% varones, edad 80 ± 8 años): 49 (42%) con ERC grado 4, 21 (18%) con grado 5, 10 (9%) portadores de un trasplante renal, 27 (23%) en hemodiálisis y 9 (8%) en diálisis peritoneal. El 99% de los pacientes tenían polifarmacia siendo la mediana de fármacos/día de 11 (8-14). De la muestra global, 39 (34%) pacientes tenían criterios STOPP y 11 (10%) START. Encontramos diferencias significativas en los criterios STOPP y START en los diferentes grupos de pacientes ($p=0,01$ y $p=0,017$, respectivamente). Los fármacos que con mayor frecuencia cumplían criterios START fueron los bloqueantes del sistema renina angiotensina aldosterona y los inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2, con criterios STOPP los inhibidores de la bomba de protones. En un modelo multivariable ajustado, la situación renal ($p=0,007$) y el sexo varón ($p=0,044$) se asociaron significativamente a presentar criterios STOPP.

Conclusiones

Los pacientes con ERC presentan de manera universal polifarmacia. Sin embargo, en algunos de ellos, la retirada de fármacos está justificada atendiendo a los criterios START/STOPP.



Obesidad, grasa visceral y desgaste proteico energético (DPE) en pacientes con ERC

Guillermo Barril¹, Almudena Núñez², Martín Giorgi², Carmen Sánchez²,
Ángel Nogueira³

1) Fundación Investigaciones Biomédicas, IIS Princesa (Nefrología) (Madrid),
2) Nefrología, Hospital de la Princesa, 3) Avericum (Madrid).

82

P

Objetivo

Evaluar la diferencia del área de grasa visceral (AGV) en personas con enfermedad renal crónica (ERC) con o sin obesidad clínica, y establecer su correlación con el desgaste proteico energético (DPE) mediante la escala Malnutrition Inflammation Score (MIS) y parámetros antropométricos.

Metodología

Estudio retrospectivo transversal en 238 pacientes (51% en ERC avanzada y 49% en hemodiálisis). Se definió obesidad como masa grasa >25% en hombres y >35% en mujeres, y AGV elevada si era >100, utilizando bioimpedancia multifrecuencia segmental (Inbody 10). El DPE se determinó con la escala MIS (punto de corte >5) y valoramos antropometría: IMC, circunferencia de cintura, índice cintura/cadera/índice cintura cadera, índice cintura/talla y de conicidad.

Resultados

La prevalencia global de obesidad fue del 63% (174 pacientes), siendo mayor en hombres (70%) que en mujeres (30%, $p=0,065$). El AGV media fue de $126,85 \pm 55,92$ sin diferencias significativas por sexo. El 82% de los pacientes obesos presentaban un AGV >100, comparado con solo el 19% de los no obesos ($p<0,001$). Respecto al DPE, este afectó al 42% de los obesos frente al 71,9% de los no obesos. De los pacientes con DPE (MIS >5), el 57% presentaba AGV >100. Se halló una correlación significativa entre la obesidad y parámetros como AGV, BMI, circunferencia de cintura y la escala MIS.

Conclusión

El análisis por bioimpedancia permite diagnosticar la obesidad clínica a través del AGV, la cual implica un mayor riesgo cardiovascular. Es fundamental la identificación precoz de pacientes donde coexisten la obesidad, el aumento de AGV y el DPE para su tratamiento oportuno.

Tabla cruzada obesidad*, AGV y MIS					
MIS (pc5)				AGV pc100	
				1,00	2,00
1,00	obesidad	1,00	Recuento	18	83
			% dentro de obesidad	17,8%	82,2%
	2,00	Recuento	14	4	18
			% dentro de obesidad	77,8%	22,2%
	Total	Recuento	32	87	119
			% dentro de obesidad	26,9%	73,1%
2,00	obesidad	1,00	Recuento	12	61
			% dentro de obesidad	16,4%	83,6%
	2,00	Recuento	37	9	46
			% dentro de obesidad	80,4%	19,6%
	Total	Recuento	49	70	119
			% dentro de obesidad	41,2%	58,8%
Total	obesidad	1,00	Recuento	30	144
			% dentro de obesidad	17,2%	82,8%
	2,00	Recuento	51	13	64
			% dentro de obesidad	79,7%	20,3%
	Total	Recuento	81	157	238
			% dentro de obesidad	34,0%	66,0%



Fragilidad en el octogenario con Enfermedad Renal Crónica (ERC) 1-5ND: Prevalencia, riesgo de inicio de Terapia Renal sustitutiva (TRS) y Mortalidad

Secundino Cigarrán Guldri¹, Amaia Santidrian Novo¹, Claudia Bravo¹, Ana Sanjurjo²

1) Hospital Ribera Polusa (Lugo), 2) Hospital Público da Mariña (Burela)

Introducción

La fragilidad es un síndrome multisistémico de disminución de la reserva fisiológica que ha demostrado ser un predictor sólido e independiente de la morbilidad y la mortalidad. La fragilidad es frecuente en pacientes con ERC y se presenta a una edad más temprana que en la población general.

Objetivo y Métodos

El objetivo del estudio de cohorte retrospectivo seguido durante 14 años es evaluar la prevalencia, características bioquímicas y riesgo de inicio de terapia renal sustitutiva y mortalidad en octogenarios con ERC.

Se incluyeron 583 pacientes, 44.7% mujeres y 45.2% DM2, mediante cuestionario de fragilidad (FRAIL) 31 fueron frágiles (7.1%). Se evaluaron Índice de Charlson, Cuestionario de Salud (EQ-5D-5L) Riesgo de Mortalidad, Riesgo de inicio de TRS (KFRE). Parámetros bioquímicos Hb, GFR, ACR, marcadores nutricionales y de inflamación. La composición corporal se evaluó mediante bioimpedancia eléctrica BIVA. Los datos analizados mediante SPSS v28. Se usó el test de supervivencia y regresión de Cox según fue apropiado.

Resultados

La prevalencia de fragilidad es del 7.1% (58.1% varones y 49,7 Mujeres; 54.8% DM2). La fragilidad evidenciar significativamente menor de salud percibida (EQ-5D-%L) ($p<0.001$), mayor Riesgo de Mortalidad ($p<0.001$), menor prealbúmina ($p<0.001$), mayor Proteína C Reactiva ($p<0.001$) y mayor proteinuria ($p<0.001$). La fragilidad condiciona el inicio de TRS 5 años antes (Log Rank ; $p<0.001$) (Fig1) y mayor mortalidad (Log Rank; $p=0.017$) (Fig2).

Conclusiones

La prevalencia de fragilidad en octogenarios con CKD es del 7.1% y está condicionada por una reserva fisiológica disminuida, lo cual se vincula directamente con un peor estado nutricional y niveles elevados de inflamación. Es importante realizar valoraciones geriátricas personalizadas para mitigar la discapacidad y prolongar la supervivencia en pacientes octogenarios con ERC.

Figura 1: Inicio de TRS

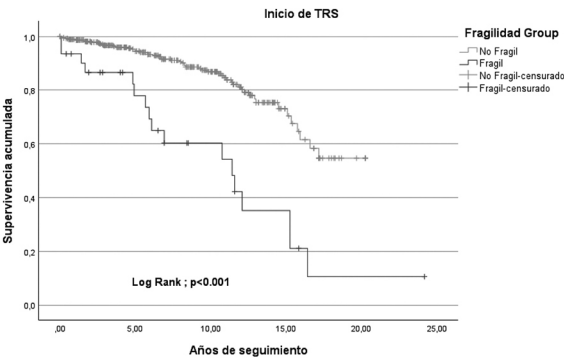
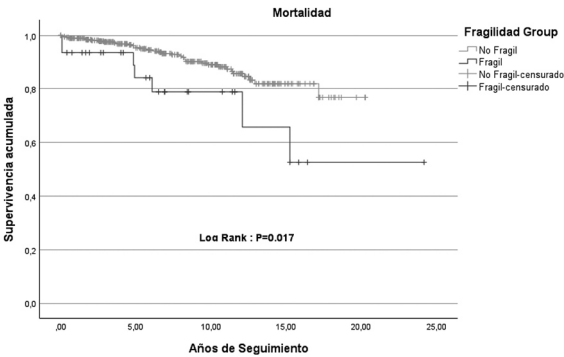


Figura 2: Mortalidad



Impacto de la obesidad en la esteatosis hepática y el desgaste proteico energético en pacientes con enfermedad renal crónica: evaluación mediante bioscan e índices clínicos

Guillermina Barril¹, Esmeralda Josa², Vanesa Pardo³, Teresa Andrino³, Almudena Nuñez³, Martin Giorgi³, Carmen Sanchez³, Mar Ruperto⁴, Ángel Nogueira⁵

1) Fundación Investigaciones Biomédicas, IIS Princesa, Nefrología (Madrid), 2) Universidad Complutense de Madrid, 3) Nefrología, Hospital de la Princesa (Madrid), 4) Facultad de Ciencias Farmacéuticas y de la Salud, Universidad San Pablo CEU (Madrid), 5) Avericum (Las Palmas de Gran Canaria).

Introducción

La esteatosis hepática asociada a disfunción metabólica aparece como comorbilidad creciente en personas con enfermedad renal crónica (ERC). La obesidad clínica está infradiagnosticada en esta población, pudiendo actuar como factor desencadenante afectando al parénquima hepático, entrelazado con estados de malnutrición-inflamación

Objetivo

Analizar las diferencias en la prevalencia y severidad de la esteatosis hepática (mediante BIOSCAN e índices no invasivos) y presencia de desgaste proteico energético (DPE) entre pacientes con ERC obesos y no obesos.

Metodología

Estudio observacional realizado en 264 pacientes con ERC (125 ERCA y 129 en hemodiálisis), edad $71,47 \pm 12,18$ años. Definimos obesidad mediante bioimpedancia (BIA), considerando porcentaje de masa grasa $>25\%$ en hombres y $>35\%$ en mujeres. La esteatosis hepática se evaluó con BioScan-touchi8 y se calcularon los índices HSI (Hepatic Steatosis Index) y FLI (Fatty Liver Index). El DPE se determinó mediante escala MIS (Malnutrition Inflammation Score), estableciendo punto de corte en MIS >5 puntos. Adicionalmente, estimamos el riesgo de fibrosis hepática mediante Fibrosis-score (NFS) y Fibrosis hepática Index (FIB4)

Resultados

Un 71% de la muestra ($n=193$) fue diagnosticada como obesa por BIA. Los resultados revelaron marcadas diferencias según el estado ponderal:

Evaluación Hepática: El índice HSI fue significativamente superior en el grupo obeso ($37,09 \pm 5,99$) frente al no obeso ($31,21 \pm 4,65$) (0,001). Mediante BIOSCAN, se identificó un hígado sano en solo 28,5% de los obesos frente al 63,4% de los no obesos. La esteatosis severa estuvo presente en el 33,2% de los obesos, sin aparecer ningún caso en el grupo no obeso. Relación con DPE: En pacientes con MIS >5 , la coexistencia de esteatosis se asoció drásticamente con la obesidad; 95,5% de los sujetos con esteatosis en rango de malnutrición eran obesos, frente al 4,5% de no obesos ($p=0,001$). Fibrosis: El riesgo de fibrosis avanzada (FIB4) mostró asociación directa con obesidad y el daño hepático, concentrando el 87,1% de los casos de riesgo en el grupo obeso

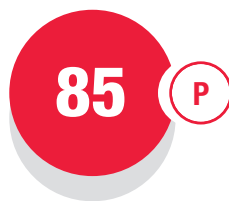
Conclusiones

La obesidad clínica en ERC se correlaciona significativamente con mayor prevalencia y severidad de la esteatosis hepática y riesgo de fibrosis. Existe asociación entre la obesidad y Desgaste Proteico Energético sugiriendo alta vulnerabilidad metabólica. Los índices como HSI son herramientas de cribado eficaces con estrecha correlación con hallazgos obtenidos por BioScan

Implementación de un modelo estructurado de toma de decisiones compartida en una unidad de enfermedad renal crónica avanzada (ERCA): una experiencia organizativa.

Gloria del Peso¹, Marta Ossorio¹, Helena García-Llana², Ana Castillo¹, Yanieli Hernández¹, Lina León-Machado¹, Afroditi Konstantouli¹, Alberto Alonso¹

1) Hospital Universitario La Paz, 2) Universidad Cardenal Cisneros (Madrid).



Introducción

El aumento progresivo de la prevalencia de la enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) en pacientes de edad avanzada constituye un reto clínico y ético creciente, que exige valorar cuidadosamente la elección entre terapia renal sustitutiva o manejo conservador. La toma de decisiones compartida (TDC) es un proceso deliberativo estructurado esencial para alinear el plan terapéutico con los valores, preferencias y contexto vital del paciente.

Objetivo y metodología

Nuestro objetivo es describir la organización y la metodología de un modelo estructurado de TDC en una unidad multidisciplinar de ERCA.

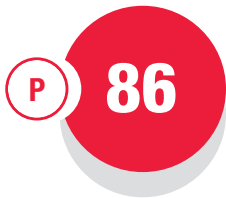
Desde 2014, en la Unidad ERCA de nuestro centro se realizan de forma sistemática reuniones para TDC ("reuniones de acogida") con todos los pacientes mayores de 75 años. El modelo se basa en una intervención interdisciplinar (nefrólogo, enfermera ERCA, paliativista y psicólogo), con participación de los familiares o allegados designados por el paciente. Las reuniones se desarrollan en un entorno específico y siguen una sistemática de nueve pasos: (1) preparación previa y valoración del entorno sociofamiliar; (2) adecuación del contexto; (3) presentación y definición de objetivos del encuentro, liderada por psicología; (4) exploración del nivel de conocimiento de la enfermedad y preferencias informativas; (5) información clara y adaptada sobre las opciones terapéuticas (diálisis y tratamiento conservador); (6) exploración de valores y objetivos vitales; (7) identificación y respuesta a reacciones emocionales; (8) planificación del seguimiento y, finalmente, (9) cierre de la reunión.

Resultados

Se han realizado más de 250 reuniones siguiendo este modelo. Su implementación se asocia con una mejor comprensión del pronóstico individualizado, mayor expresión de valores y preferencias por parte de los pacientes y un clima emocional que facilita la comunicación de información compleja. Asimismo, el modelo contribuye a reducir las dificultades percibidas por los profesionales en la comunicación del pronóstico y favorece decisiones terapéuticas más alineadas con la calidad de vida y objetivos del paciente.

Conclusión

La incorporación sistemática de reuniones de TDC en una unidad de ERCA es un modelo factible y de alto valor clínico. Facilita una planificación compartida de la atención y promueve un enfoque asistencial más humanizado y centrado en la persona, especialmente relevante en pacientes de edad avanzada.



Comprendiendo la trayectoria del paciente con enfermedad renal crónica: identificando brechas y oportunidades para una atención integrada

María Marques Vidas¹, Elena Corchete Prats², Judith Martins Muñoz³, Jesús Sánchez Villanueva⁴, Pilar Martínez Rubio⁵, Beatriz Gil-Casares⁶, Eduardo Gutiérrez Martínez⁷, Alberto Ortiz Arduán⁸

1) Hospital Universitario Puerta de Hierro, 2) Hospital Universitario Infanta Leonor, 3) Hospital Universitario de Getafe, 4) Hospital Universitario La Paz, 5) Centro de Diálisis Madrid El Pilar, 6) Hospital Universitario del Sureste, 7) Hospital Universitario 12 de Octubre, 8) Fundación Jiménez Díaz.

Introducción

La enfermedad renal crónica (ERC) sigue estando en gran medida infradiagnosticada y poco priorizada dentro de los sistemas sanitarios, a pesar de su creciente prevalencia y su importante impacto en la calidad de vida de los pacientes. El mapeo de la trayectoria del paciente (patient journey) constituye un marco valioso para identificar brechas estructurales y organizativas en la prestación de la atención. Este estudio tuvo como objetivo explorar la trayectoria del paciente con ERC dentro de un sistema sanitario público regional, identificando barreras, facilitadores y oportunidades de mejora con potencial para optimizar los resultados clínicos y la experiencia del paciente.

Material y método

Se llevó a cabo un estudio cualitativo y multidisciplinar entre marzo y mayo de 2025, mediante entrevistas semiestructuradas a 19 profesionales sanitarios (nefrólogos, médicos de atención primaria y enfermería) y 8 pacientes procedentes de áreas del norte y del sur de la Comunidad de Madrid. Las entrevistas exploraron las experiencias a lo largo de las fases de detección, derivación, tratamiento y seguimiento de la ERC. Se realizó un análisis temático de contenido y los hallazgos se triangularon entre los distintos grupos de participantes para identificar conclusiones transversales y recomendaciones estratégicas.

Resultados

El análisis evidenció una detección tardía y un manejo heterogéneo de la ERC a lo largo del continuo asistencial. Entre las principales brechas del sistema se identificaron un conocimiento y formación limitados sobre la ERC en atención primaria, una coordinación insuficiente entre niveles asistenciales y la ausencia de criterios de derivación estandarizados. Desde la perspectiva del paciente, destacaron como puntos críticos la elevada carga emocional, la comunicación fragmentada y el acceso desigual al apoyo nutricional, psicológico y social. Las oportunidades de mejora incluyeron protocolos sistemáticos de cribado, el refuerzo de la coordinación multidisciplinar, programas de educación dirigidos a profesionales y pacientes, así como iniciativas centradas en el paciente para humanizar la atención en diálisis y mejorar los circuitos de transporte y trasplante.

Conclusiones

Comprender la trayectoria del paciente con ERC desde la perspectiva combinada de pacientes y profesionales sanitarios revela brechas estructurales y culturales críticas en el manejo de la enfermedad. Reforzar la detección precoz, la atención multidisciplinar integrada y el empoderamiento del paciente resulta esencial para mejorar los resultados y la equidad en la atención de la ERC. Este enfoque basado en la trayectoria del paciente puede servir como referencia para el rediseño de sistemas sanitarios

Urea oral en el tratamiento ambulatorio a largo plazo del SIADH crónico: experiencia con 36 meses de seguimiento

Sara Aldana Barceló¹, Yesika Amezquita Orjuela¹, Carmen Bollain Carbonell¹, Gabriel Ledesma Sánchez¹, Gilda Carreño Cornejo¹, Verónica Mercado Valdivia¹, Raquel Díaz Mancebo¹, Antonio Cirugeda García¹

1) Hospital Infanta Sofía.

87

P

Introducción

La hiponatremia es el trastorno hidroelectrolítico más frecuente en la práctica clínica y se asocia a gran morbimortalidad. El síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética (SIADH) constituye una de sus principales causas. Las opciones terapéuticas son limitadas: la restricción hídrica suele ser poco efectiva y mal tolerada, y los antagonistas del receptor de vasopresina presentan limitaciones de coste y seguridad. La urea oral está recomendada como tratamiento de segunda línea, aunque existen pocos datos sobre su eficacia, seguridad y tolerabilidad a largo plazo.

Objetivos

Evaluar la evolución de la natremia, así como la seguridad y tolerabilidad del tratamiento con urea oral en pacientes con SIADH crónico tratados al menos 36 meses.

Metodología

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Doce pacientes con SIADH en seguimiento ambulatorio con urea. Las comparaciones se realizaron con prueba de Wilcoxon para muestras pareadas.

Resultados

Edad media: 70.1±14.1 años (n:7 varones). Comorbilidades: HTA 58% (n:7), ERC 33.3% (n:4) y DM 33.3% (n:4). La etiología del SIADH fue farmacológica/antiepilépticos en el 41.7% (n:5), idiopática en el 25% (n:3), intracraneal en el 25% (n:3) y neoplásica en el 8.3% (n:1). El 58.3% ingresó por hiponatremia antes del inicio de urea (n:7).

La dosis inicial fue de 15g/día en el 58.3% (n:7) y pautas intermitentes de 15g cada 72-96horas en el 25%. A los 36 meses: 15g/día 33.3% (n:4), 30g/día 25% (n:3), 15g cada 48horas 25% (n:3) y pautas intermitentes de 15g dos-tres veces por semana 16.7% (n:2). Durante el seguimiento, 1 paciente reingresó por hiponatremia tras suspensión transitoria de urea. Se registraron efectos adversos en el 16.7% (náuseas y disgeusia) y 2 exitus no relacionados con urea.

Conclusiones

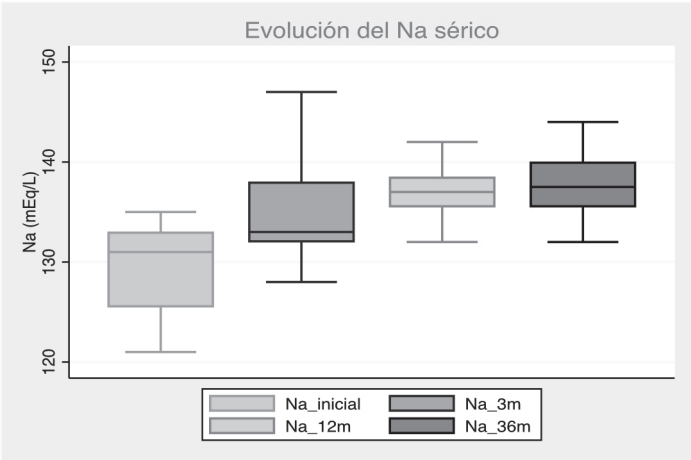
La urea oral se asoció a mejoría significativa y mantenida de la natremia durante el seguimiento ambulatorio prolongado.

Su perfil de tolerabilidad fue favorable y con escasos efectos adversos

Tablas:

Parámetro	Inicial	12 meses	p 12m vs basal	3 años	p 3a vs basal	Actual	p actual vs basal	p global	p
Na p mg/dl	129.8 ± 4.6	136.8 ± 2.7	<0.001	137.7 ± 3.6	<0.001	138.5 ± 3.5	0.002	<0.001	0.002
Urea p mg/dl	32.8 ± 25.9	57.9 ± 28.5	0.012	74.6 ± 53.2	<0.001	73.7 ± 42.7	<0.001	<0.001	<0.001
Creatinina P mg/dl	0.8 ± 0.4	1.0 ± 0.5	0.147	1.1 ± 0.6	0.011	1.1 ± 0.6	<0.001	0.001	<0.001
Ácido úrico P mg/dl	4.3 ± 2.1	4.9 ± 1.7	0.125	5.1 ± 2.4	0.031	4.7 ± 0.9	0.562	0.097	0.097
Osmolaridad p, mOsm/l	264.0 ± 11.2	282.5 ± 10.3	0.008	288.3 ± 15.8	0.031	298.4 ± 16.1	0.031	0.021	0.021
Na u, meq/l	75.8 ± 29.0	90.3 ± 21.9	0.098	80.8 ± 46.0	0.846	68.9 ± 32.4	1.0	0.161	0.161
Osmolaridad u, mOsm/l	402.9 ± 98.9	571.5 ± 144.6	0.156	579.2 ± 155.4	0.062	553.0 ± 153.4	0.109	0.13	0.13

1.1 Evolución parámetros analíticos



Síndrome de hipofiltración glomerular selectivo en los pacientes cardiorrenales

May Ej-jennane¹, Leihu Hong¹, Laura Salanova Villanueva¹, Jorge Vázquez López-Ibor¹, María Auxiliadora Bajo Rubio¹, Borja Quiroga Gili¹

1) Hospital Universitario de la Princesa.

88

P

Introducción

El síndrome de hipofiltración glomerular selectiva (SHGS) es una nueva entidad en la que se encuentra una discrepancia entre el filtrado glomerular estimado (FGe) por creatinina (CrFGe) y por cistatina (CisFGe). Dicho síndrome se ha asociado a un peor pronóstico vital y, concretamente, a un aumento en el riesgo de eventos cardiovasculares. Sin embargo, en el momento actual no se han explorado terapias dirigidas que limiten el SHGS. El objetivo del presente estudio es determinar si los fármacos pronósticos para la enfermedad renal crónica y la insuficiencia cardíaca pueden variar el SHGS.

Métodos

Se incluyó a todos los pacientes de la unidad cardiorrenal (UCR) de nuestro centro. Basalmente (previo al inicio del seguimiento en la UCR) se recogieron datos epidemiológicos, relacionados con la patología cardiorrenal y de tratamientos. Asimismo, se calculó la diferencia entre CrFGe y CisFGe. Durante el primer año de seguimiento, se recogieron los cambios de tratamiento y la diferencia entre el CrFGe y el CisFGe. Se realizó una comparación del cambio porcentual de dicha diferencia durante el primer año de seguimiento y su asociación con los diferentes fármacos pronósticos.

Resultados

Se incluyó a 37 pacientes (70% varones, edad 79±8 años), de los cuales 33 (89%) tenían algún grado de insuficiencia cardíaca (42% reducida, 22% moderadamente reducida y 36% preservada). El CrFGe 27±8 ml/min/1,73 m² y el CisFGe 22±8 ml/min/1,73 m². La diferencia entre ambas estimaciones del FG fue de 21±8 ml/min/1,73 m². En cuanto a los tratamientos pronósticos, tras la primera visita a la UCR, el 35% de los pacientes tenían prescrito un inhibidor de la neprilisina y del receptor de angiotensina (ARNI), el 27% un bloqueante del sistema renina-angiotensinaaldosterona (BSRAA), el 78% un -bloqueante, el 38% un antagonista del receptor mineralocorticoideo (ARM), el 62% un inhibidor del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 (iSGLT2) y el 16% un agonista del receptor del péptido similar al glucagon-1 (arGLP1).

Tras un año de seguimiento, la diferencia entre CrFGe y el CisFGe aumento 2 (-8;14) % en la cohorte global. Dentro de las intervenciones realizadas, el único factor asociado a reducir la discrepancia entre CrFGe y el CisFGe (y por tanto el riesgo de SHGS) fue el uso de ARNI (-8 [-16;0]% vs 13 [5-43]%) (p=0,029).

Conclusiones

Los ARNI podrían reducir el SHGS lo que tendría importantes implicaciones pronósticas cardiovasculares.



Características Clínicas y Pronóstico Renal en Pacientes con Amiloidosis AL

Gilda Carreño Cornejo¹, Gabriel Ledesma Sánchez¹, Raquel Díaz Mancebo¹, Yessika Amezcuita Orjuela¹, Verónica Mercado Valdivia¹, Sara Aldana Barceló¹, Loreto Mariscal De Gante¹, Carmen Bollaín Carbonell¹, Paula Aporta Franco¹, Antonio Cirugeda García¹

1) Hospital Universitario Infanta Sofía.

Introducción

La amiloidosis primaria (AL) es una enfermedad rara causada por el plegamiento incorrecto y depósito extracelular de proteínas circulantes, cuyo resultado es la disfunción de órganos donde se deposita. Afecta en gran medida a los riñones, en un 70% de los casos.

Objetivos

Describir las características clínicas, presentación, evolución y pronóstico renal de 7 pacientes con AL renal a lo largo de 10 años en nuestro centro.

Material y Métodos

Se revisaron las historias clínicas de pacientes diagnosticados con AL renal entre enero de 2015 y abril de 2025 en nuestro hospital, recopilando datos sobre diagnóstico, seguimiento, tratamiento y pronóstico.

Resultados

Se recogieron 7 pacientes (4 hombres, 3 mujeres) con diagnóstico de AL con afectación renal. El tipo de componente monoclonal en el 71,4% fue IgG lambda y en el 28,5% fue Lambda no asociado a IgG, IgM ni IgA; por lo tanto, en el 100% de los casos la cadena ligera involucrada fue lambda, y en el mismo porcentaje fue la cadena que se identificó en la inmunofijación de orina. El 71,4% de los pacientes tenían algún grado de enfermedad renal previa y al debut, el 57% presentó síndrome nefrótico, el 28,5% síndrome nefrítico y el otro 28,5% presentó proteinuria subnefrótica. Ninguno presentó sintomatología sistémica como macroglosia, síndrome constitucional, ni hepatoesplenomegalia. Sólo uno de los pacientes con afectación renal presentó afectación cardíaca.

Se realizó biopsia renal en 6 pacientes, 4 (66,6%) de los cuales fueron positivas al Rojo Congo y en el 100% de los casos se observó restricción de cadenas ligeras.

De los 6 pacientes con seguimiento completo, 3 progresaron a enfermedad renal crónica avanzada, dos (33,3 %) requirieron inicio de hemodiálisis. Ninguno de estos 3 pacientes presentó recuperación de función renal.

La mortalidad fue del 42,8% (3), dos de estos fallecimientos fue por causa cardiovascular y uno por causa infecciosa. La mortalidad estuvo relacionada con la falta de recuperación renal, ya que los 3 pacientes que fallecieron no recuperaron la función renal.

Conclusiones

La amiloidosis AL renal se observó principalmente en hombres, con predominio de IgG lambda. El síndrome nefrótico fue la manifestación clínica más frecuente, mientras que la afectación sistémica fue poco común. El 50% de los pacientes progresó a enfermedad renal avanzada, algunos requiriendo hemodiálisis sin recuperación. El resto presentó deterioro leve con microalbuminuria. La mortalidad alcanzó el 33,3% y se asoció estrechamente con la falta de recuperación renal.

Finerenona en la vida real: indicación, barreras y trayectoria

**María Marques Vidas¹, Paula Sánchez Briales¹, Andrea Alonso Martinelli¹,
José Portolés Pérez¹**

¹) Hospital Universitario Puerta de Hierro.



Introducción

Finerenona ha demostrado reducir la progresión de la enfermedad renal crónica (ERC) en DM2; sin embargo, su indicación está condicionada por la albuminuria residual, el FGe y la kalemia. Se ha analizado la actitud frente a su indicación en consulta de Nefrología en dos periodos de tiempo y la evolución del primer corte a 12 meses.

Material y Métodos

Estudio observacional descriptivo. Se incluyeron los pacientes con DM2 y ERC evaluados en una semana escogida al azar de abril de 2025 (cohorte 1) y otra de abril de 2026 (cohorte 2) en una consulta monográfica de Nefrología. La cohorte 1 fue reevaluada a los 12 meses. Se analizaron las siguientes variables: demografía, comorbilidad, FGe, UACR, K, tratamiento nefroprotector (iSRAA, iSGLT2, arGLP-1), indicación e introducción de finerenona, motivos de no introducción, hiperpotasemia limitante y uso de captores de potasio.

Resultados

Se incluyeron 60 pacientes (32 cohorte 1; 28 cohorte 2). La cohorte 2 fue de mayor edad (75,9 vs 70,0; $p=0,033$) y mayor evolución de DM2 (23,4 vs 14,5; $p=0,022$), más ECV (50 % vs 25 %) y menor FGe (40,6 vs 49,1; $p=NS$). El tratamiento nefroprotector basal fue similar (iSRAA 93,8 % vs 89,3 %; iSGLT2 90,6 % vs 92,9 %; arGLP-1 37,5 % vs 32,1 %; todos $p=NS$). La mediana de UACR fue menor en cohorte 2 (53 vs 127 mg/g). La indicación de finerenona se estableció en el 68,8 % vs 46,4 % ($p=NS$); y el uso previo como causa de no inicio aumentó del 0 % al 28,6 % ($p=0,004$). La penetración total al final de la visita fue 31,2 % vs 42,9 %. Entre pacientes con indicación y sin tratamiento previo se introdujo en el 40,9 % vs 57,1 %. La principal causa de no introducción fue la ausencia de albuminuria residual; la hiperpotasemia limitante (K 4,8) descendió del 21,9 % al 7,1 %. En la reevaluación de la cohorte 1 ($n=29$), 3 pacientes adicionales (10,3 %) iniciaron finerenona. De los 10 tratados, 7 continúan y ninguno precisó captors de K.

Conclusiones

En nuestra experiencia, sobre una base sólida de iSRAA + iSGLT2, la finerenona muestra una penetración creciente (31 % 43 %). La limitación por hiperpotasemia está disminuyendo siendo la principal causa de no introducción es la ausencia de albuminuria residual, coherente con el efecto acumulado del tratamiento nefroprotector. La indicación debe revisarse dinámicamente: un 10 % la adquieren en el seguimiento.



Utilidad del VTI-TSVI mediante ecocardiografía en la evaluación hemodinámica de pacientes hipotensos en Nefrología: a propósito de dos casos

Gabriel Ledesma Sánchez¹, Gilda Carreño Cornejo¹, Sara Aldana Barceló¹, Loreto Mariscal de Gante Sánchez¹, Carmen Bollain Carbonell¹, Paula Aporta Franco¹, Verónica Mercado Valdivia¹, Ángel Gallegos Villalobos¹, Raquel Díaz Mancebo¹, Antonio Cirugeda García¹

1) Servicio de Nefrología. Hospital Universitario Infanta Sofía.

Introducción

La ecografía a pie de cama (POCUS) se ha incorporado en la práctica nefrológica como herramienta clave en la valoración hemodinámica. La medición del integral velocidad-tiempo del tracto de salida del ventrículo izquierdo (VTITSVI) permite estimar de forma no invasiva el volumen sistólico y orientar la toma de decisiones en situaciones de inestabilidad. Sin embargo, su aplicación sistemática en pacientes nefrológicos, especialmente en contextos de sepsis y alteraciones complejas del manejo de volumen, sigue siendo limitada.

Métodos

Se presentan dos casos clínicos de pacientes ingresados a cargo de Nefrología con hipotensión, en los que la ecocardiografía (FoCUS) con medición del VTI-TSVI fue determinante para la orientación diagnóstica y terapéutica.

Resultados

Caso 1: Varón de 72 años diabético con cardiopatía isquémica, ingresa por sepsis cutánea por sobreinfección de úlceras en piernas, con fracaso renal agudo oligúrico e hipotensión mantenida a pesar de sueroterapia, con posterior desarrollo de edemas. Por POCUS presenta una vena cava inferior (VCI) no colapsable con VExUS portal lineal, sin datos de congestión pulmonar. La FEVI impresiona de conservada, con un VTI-TSVI de 19 cm (>18 cm) que, tras la maniobra de elevación pasiva de piernas (PLR), aumenta a 22 cm (>15%). Este patrón fue compatible con un estado de vasodilatación con gasto cardíaco conservado, con previsión de respuesta a volumen. Se intensificó sueroterapia con mayor seguridad, iniciando además hidrocortisona y ampliación antibiótica, sin precisar finalmente soporte vasoactivo. *Caso 2:* Varón de 83 años con ERC avanzada que ingresa por sepsis respiratoria por neumonía basal derecha, con fracaso renal agudo oligúrico, hipotensión mantenida y edemas generalizados. Ecocardiograma previo sin hallazgos relevantes. Por POCUS presenta VCI no colapsable con VExUS portal con pulsatilidad límite (~30%). A nivel pulmonar se objetiva derrame pleural leve y líneas B en base derecha. Por FoCUS se evidencia un VTI-TSVI reducido (12 cm) con FEVI deprimida (confirmada posteriormente por ETT reglado, sin alteraciones segmentarias). Estos hallazgos sugirieron un estado de bajo gasto como principal mecanismo de la hipotensión, intensificándose tratamiento diurético con mejoría, sin llegar a precisar soporte cardiaco. Al alta se deriva a la Unidad Cardio-Renal para completar estudio y optimizar fármacos pronósticos.

Conclusiones

La medición del VTI-TSVI mediante FoCUS es una herramienta útil, rápida y reproducible en pacientes nefrológicos con inestabilidad hemodinámica. Permite diferenciar precozmente entre vasodilatación y bajo gasto, facilitando decisiones terapéuticas individualizadas. Su integración en protocolos de POCUS puede optimizar el manejo del volumen y mejorar resultados clínicos.

Consulta nefro-reumatológica en nefritis lúpica: impacto en el diagnóstico y el manejo terapéutico

Paula Aporta Franco¹, Carmen Bollaín Carbonell¹, Yolanda Hernández Hernández¹, María Tatiana Cobo Ibáñez¹, Martina Steiner¹, Gilda Alessandra Carreño Cornejo¹, Gabriel Ledesma Sánchez¹, Sara Aldana Barcelo¹, Verónica Ruth Mercado Valdivia¹, Antonio Cirugeda García¹

1) Hospital Universitario Infanta Sofía.

92

P

Introducción y objetivos

La nefritis lúpica (NL) es una de las manifestaciones más graves del lupus eritematoso sistémico (LES), que requiere diagnóstico precoz mediante biopsia renal y tratamiento inmunosupresor intensivo. En pacientes con enfermedad compleja, los modelos asistenciales multidisciplinares pueden mejorar la coordinación clínica y acelerar el diagnóstico. El objetivo fue describir el perfil clínico, histológico y terapéutico de pacientes con LES de alta complejidad en una consulta nefro-reumatológica, así como analizar el impacto del modelo en los tiempos de biopsia renal.

Material y métodos

Estudio observacional retrospectivo (noviembre 2022–abril 2026) de pacientes con LES derivados a consulta conjunta por sospecha o confirmación de afectación renal. Se analizaron variables demográficas, tiempo hasta biopsia renal, hallazgos histológicos y tratamiento inmunosupresor.

Resultados

Se incluyeron 25 pacientes (19 mujeres y 6 varones), con mediana de edad de 30 años (RIC: 25 - 37). Predominaron pacientes caucásicos (48%) e hispanos (44%). Se observó inicio más precoz de afectación renal en varones. El tiempo mediano desde sospecha de brote renal hasta biopsia fue de 8 días.

El 92% requirió biopsia renal y el 20% re-biopsias durante el seguimiento. Predominaron las formas proliferativas, especialmente clase IV, seguida de clase III. El micofenolato mofetilo se utilizó en más del 65% de los casos. Más del 50% recibió terapias avanzadas y el 60% requirió esquemas combinados de inmunosupresión. (Tabla 1 y Gráfica 1)

Conclusiones

La consulta multidisciplinar nefro-reumatológica en pacientes con LES complejo se asocia a una reducción del tiempo hasta biopsia renal. Este modelo facilita el diagnóstico precoz, optimiza la toma de decisiones terapéuticas y mejora el acceso a tratamientos inmunosupresores avanzados en pacientes de alta complejidad. Además, permite un manejo estructurado de la elevada carga terapéutica y de la necesidad de reevaluación histológica en un subgrupo relevante de pacientes.

Importancia de la biopsia renal para el diagnóstico y tratamiento precoz de amiloidosis primaria

Gilda Carreño Cornejo¹, Gabriel Ledesma Sánchez¹, Raquel Díaz Mancebo¹, Verónica Mercado Valdivia¹, Carmen Bollain Carbonell¹, Yessika Amezcua Orjuela¹, Silvia Caldés Ruisánchez¹, Rocío Echarri Carrillo¹, Ángel Gallegos Villalobos¹, Antonio Cirugeda García¹

1) Hospital Universitario Infanta Sofía.

93

P

Introducción

La amiloidosis primaria (AL) es una enfermedad poco frecuente. Está causada por el plegamiento incorrecto y el depósito extracelular de proteínas circulantes, cuyo resultado es la disfunción de los órganos donde se deposita. La afectación renal en la AL es de alrededor del 70%.

Objetivos

Demostrar la importancia de la biopsia renal en el diagnóstico y tratamiento precoz de la amiloidosis con afectación renal con respecto a otros procedimientos diagnósticos.

Material y Métodos

Se revisaron las historias clínicas de todos los pacientes a los que se les realizó biopsia renal por síndrome nefrótico en nuestro Hospital, desde mayo de 2008 hasta el 31 de marzo de 2024. Se incluyeron en este estudio aquellos en los que hubo un diagnóstico de amiloidosis por dicha intervención. Se recogieron los datos de la fecha de realización de la biopsia renal, así como de otros métodos diagnósticos como la biopsia de médula ósea y la de grasa subcutánea, además de los resultados de las mismas.

Resultados

La muestra se compone de 11 pacientes con amiloidosis renal. 5 (1%) tenían amiloidosis secundaria y 6 (2%) amiloidosis primaria. La edad media de los pacientes fue de 64 años, 5 hombres y 6 mujeres. 5 (83.3%) de los pacientes con AL tuvo proteinuria de Bence Jones a expensas de cadenas ligeras lambda. Sólo en un paciente se diagnosticó amiloidosis AL en la biopsia de médula ósea y en ninguno se observó depósito en la grasa subcutánea. En 4 (66%) de los pacientes, se realizó la biopsia renal antes que el resto de pruebas diagnósticas. Ningún paciente presentó complicaciones relacionadas a la biopsia renal y todas fueron diagnósticas.

Discusión

Los resultados de nuestro trabajo son concordantes con lo publicado previamente reflejando que la biopsia renal ofrece buen rendimiento diagnóstico, incluso mejor que con la biopsia médula ósea y de grasa subcutánea. Demostrar depósito de AL en tejido renal condicionó el tratamiento de aquellos pacientes que estaban etiquetados de gammapatía monoclonal de significado incierto.

Conclusiones

Al gestionar de manera directa la realización de biopsias renales sin tener que pasar por un circuito de citación ofrece a los pacientes diagnosticarse a tiempo, incluso antes de la realización de la biopsia de médula ósea y otras pruebas complementarias (biopsia de grasa subcutánea, TAC body).



Hipernatremia grave y fracaso renal agudo no oligúrico por vómitos. La clave diagnóstica está en la orina.

Verónica Rubio Menéndez¹, Roberto Alcázar Arroyo², Judith Martins Muñoz¹, Carlos Cabezas Reina¹, Esther Ortega Junco¹, Laura Espinel Costoso¹, Alberto De Lorenzo Álvarez¹, Alfonso Cubas Alcaraz¹

1) H. Universitario de Getafe, ²H. Universitario Infanta Leonor.

Resumen

Mujer de 44 años, sin antecedentes, ni tratamiento, acudió a urgencias por vómitos de repetición con intolerancia absoluta (incluso al agua) desde 5 días antes. Anorexia y pérdida de peso de 15kg en las últimas semanas; no oliguria. TA: 99/36mmHg, FC: 98lpm. En análisis: Cr: 6.78 mg/dl, urea: 410 mg/dl, ácido úrico: 19 mg/dl, Na: 171 mEq/L, K: 4.62 mEq/L, Cl: 119 mmol/L, Gasometría venosa: pH: 7.3, HCO₃: 20.9 mmol/L y anión gap(AG): 31. Orina: pH: 5, densidad: 1020, Cru: 118 mg/dl, urea: 2928 mg/dl, Nau: <20 mEq/L, Clu: <20 mEq/L, Ku: 59 mEq/L, osmolalidad urinaria: 766 mOsm/kg. Ecografía renal normal.

Métodos y resultados

El diagnóstico de los trastornos del medio interno fue: Acidosis metabólica grave por hipoxia tisular por hipovolemia + insuficiencia renal aguda; alcalosis metabólica grave por vómitos (Delta AG: 21, Delta Bic: 4). Hipernatremia grave por pérdidas de agua libre por vómitos (Bajo contenido en sodio)+diuresis osmótica secundaria al aumento de urea urinaria (lo que justifica la ausencia de oliguria). Cloro disminuido para el grado de hipernatremia (por vómitos). AG_urinario positivo con GAP_osmolal de 160 mOsm/kg, reflejando buena capacidad para excretar NH₄⁺. Esta combinación: hipernatremia, vómitos incoercibles + poliuria solo se da en situaciones de “stop prepilórico” como en la estenosis pilórica o en la Acalasia, lo que orientó el diagnóstico.

Un TC mostró dilatación con contenido en esófago distal. Una endoscopia confirmó dilatación esofágica hasta la unión esófago-gástrica, lo que junto al estudio manométrico confirmó el diagnóstico de Acalasia tipo II (Figura 1)

El tratamiento precisó de sueroterapia, hemodiálisis (clínica de encefalopatía urémica), y aporte de agua libre por SNG, con normalización de la natremia en 72 horas.

Conclusiones

Este caso clínico resalta la importancia de una adecuada interpretación de los iones en sangre y en orina para orientar el diagnóstico diferencial en los trastornos del medio interno.

Figura 1



Imagen 1: Radiografía con nivel hidroaéreo retrocardíaco.

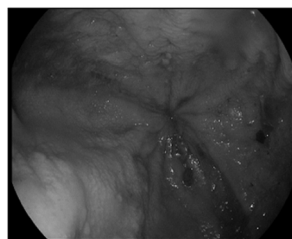


Imagen 2: Endoscopia digestiva alta con imagen puntiforme en unión esófago-gástrica

Influencia del grupo sanguíneo en la unidad ERCA

Ángel Gallegos Villalobos¹, Mónica García Garrido¹, Beatriz Arriero López¹, Gabriel Ledesma Sánchez¹, Rocío Echarri Carrillo¹, Raquel Díaz Mancebo¹, Gilda Carreño Cornejo¹, Silvia Caldés Ruisánchez¹, Verónica Ruth Mercado Valdivia¹, Antonio Cirugeda García¹

1) Hospital Universitario Infanta Sofía.

95

P

Introducción

El grupo ABO tiene influencia en la evolución de la enfermedad renal crónica (ERC), como se describen en algunos estudios sobre nefropatía IgA donde el grupo sanguíneo (GS) A tiene más riesgo de progresión renal, el GS A también tiene más riesgo de cardiopatía isquémica incidente en paciente con diabetes mellitus (DM) tipo 1.

Además, el grupo ABO tiene impacto en el trasplante renal (TR), donde los pacientes con GS 0 tienen el tiempo de espera más largo.

Objetivo

Nuestro objetivo es analizar el GS de todos los pacientes de la unidad ERCA y relacionarlo con la edad, presencia de DM, causa de ERC, grado de insuficiencia renal y estudio activo en TR.

Resultados

Se evaluaron 120 pacientes, 68,3% varones, edad media de 73,69 años, filtrado glomerular estimado medio fue 19,65 ml/min/1.73 m², la causa de ERC predominante fue la DM con 40% seguida de la vascular 25%, respecto a la terapia renal sustitutiva (TSR), la más elegida fue la hemodiálisis en centro. El GS más frecuente es el 0 con 49,2% seguido del A con un 33,3%.

En el estudio se encontró que el GS más frecuente en pacientes diabéticos fue el GS O comparado a los no diabéticos, con respecto a la causa ERC, la edad y el grado de insuficiencia renal no hubo diferencias significativas entre los GS.

Tenemos 31,7% en estudio activo para TR de los cuales la mayoría son del GS 0 con 50% seguido GS A con 36.8%.

Conclusiones

El GS predominante en nuestra unidad ERCA es el grupo 0, con una predisposición mayor en los diabéticos, pero en los pacientes más jóvenes es más frecuente el GS A.

Se necesitan más estudios para conocer el verdadero impacto del GS en la progresión de la ERC además de su influencia en el TR.

TABLA 1: CARACTERÍSTICAS GENERALES

Características generales																															
Edad (años) media +/- DE	73,69 +/- 11,67																														
Varones	68,3 % (82)																														
Causa de ERC	DM 40% (48) Vascular 25% (30) Intersticial 17,5% (21) Glomerular 4,2% (5) Poliquistosis renal autosómica dominante 2,5% (3) Multifactorial/no filiada 10,8% (13)																														
Elección de TSR	Hemodiálisis en centro 28,3% (34) Diálisis domiciliaria (diálisis peritoneal y hemodiálisis domiciliaria) 19,2% (23) Tratamiento conservador 7,5% (9) No explicado 45% (54)																														
Diabetes mellitus	58,3% (70)																														
FGe CKD-EPI (ml/min/1,73 m2)	19,65 +/- 4,47																														
Grupo sanguíneo	O 49,2% (59) A 33,3% (40) B 14,2% (17) AB 3,3% (4)																														
Grupo sanguíneo y Diabetes mellitus	<table><tr><td>Diabéticos</td><td>No diabéticos</td></tr><tr><td>O 31,7%</td><td>O 17,5%</td></tr><tr><td>A 15,8%</td><td>A 17,5%</td></tr><tr><td>B 7,5%</td><td>B 6,7%</td></tr><tr><td>AB 3,3%</td><td>AB 0%</td></tr></table>	Diabéticos	No diabéticos	O 31,7%	O 17,5%	A 15,8%	A 17,5%	B 7,5%	B 6,7%	AB 3,3%	AB 0%																				
Diabéticos	No diabéticos																														
O 31,7%	O 17,5%																														
A 15,8%	A 17,5%																														
B 7,5%	B 6,7%																														
AB 3,3%	AB 0%																														
Grupo sanguíneo y edad (años) media +/- DE	<table><tr><td>O 74 +/- 13</td></tr><tr><td>A 72 +/- 11</td></tr><tr><td>B 77 +/- 10</td></tr><tr><td>AB 80 +/- 5</td></tr></table>	O 74 +/- 13	A 72 +/- 11	B 77 +/- 10	AB 80 +/- 5																										
O 74 +/- 13																															
A 72 +/- 11																															
B 77 +/- 10																															
AB 80 +/- 5																															
Grupo sanguíneo y FGe CKD-EPI (ml/min/1,73 m2) media +/- DE	<table><tr><td>O 20 +/- 5</td></tr><tr><td>A 19 +/- 4</td></tr><tr><td>B 20 +/- 4</td></tr><tr><td>AB 19 +/- 3</td></tr></table>	O 20 +/- 5	A 19 +/- 4	B 20 +/- 4	AB 19 +/- 3																										
O 20 +/- 5																															
A 19 +/- 4																															
B 20 +/- 4																															
AB 19 +/- 3																															
Grupo sanguíneo y causa de ERC	<table><tr><td>Diabética</td><td>O 20.8%</td><td>A 13.3%</td><td>B 4.2%</td><td>AB 1.7%</td></tr><tr><td>Vascular</td><td>O 13.3%</td><td>A 7.5%</td><td>B 2.5%</td><td>AB 1.7%</td></tr><tr><td>Intersticial</td><td>O 7.5%</td><td>A 6.7%</td><td>B 3.3%</td><td>AB 0%</td></tr><tr><td>Glomerular</td><td>O 2.5%</td><td>A 0.8%</td><td>B 0.8%</td><td>AB 0%</td></tr><tr><td>Poliquistosis renal autosómica dominante</td><td>O 0.8%</td><td>A 0.8%</td><td>B 0.8%</td><td>AB 0%</td></tr><tr><td>No filiada/multifactorial</td><td>O 4.2%</td><td>A 4.3%</td><td>B 2.5%</td><td>AB 0%</td></tr></table>	Diabética	O 20.8%	A 13.3%	B 4.2%	AB 1.7%	Vascular	O 13.3%	A 7.5%	B 2.5%	AB 1.7%	Intersticial	O 7.5%	A 6.7%	B 3.3%	AB 0%	Glomerular	O 2.5%	A 0.8%	B 0.8%	AB 0%	Poliquistosis renal autosómica dominante	O 0.8%	A 0.8%	B 0.8%	AB 0%	No filiada/multifactorial	O 4.2%	A 4.3%	B 2.5%	AB 0%
Diabética	O 20.8%	A 13.3%	B 4.2%	AB 1.7%																											
Vascular	O 13.3%	A 7.5%	B 2.5%	AB 1.7%																											
Intersticial	O 7.5%	A 6.7%	B 3.3%	AB 0%																											
Glomerular	O 2.5%	A 0.8%	B 0.8%	AB 0%																											
Poliquistosis renal autosómica dominante	O 0.8%	A 0.8%	B 0.8%	AB 0%																											
No filiada/multifactorial	O 4.2%	A 4.3%	B 2.5%	AB 0%																											
Grupo sanguíneo en pacientes con estudio activo de TR	<table><tr><td>O 50% (19)</td></tr><tr><td>A 36.7% (14)</td></tr><tr><td>B 10.5% (4)</td></tr><tr><td>2.6% (1)</td></tr></table>	O 50% (19)	A 36.7% (14)	B 10.5% (4)	2.6% (1)																										
O 50% (19)																															
A 36.7% (14)																															
B 10.5% (4)																															
2.6% (1)																															

Espectro de la Afectación Renal en la Macroglobulinemia de Waldenström y Otros Trastornos IgM: Revisión de la Literatura y Serie de Casos

Gilda Carreño Cornejo¹, Gabriel Ledesma Sánchez¹, Raquel Díaz Mancebo¹, Yessika Amezquita Orjuela¹, Verónica Mercado Valdivia¹, Sara Aldana Barceló¹, Carmen Bollaín Carbonell¹, Paula Aporta Franco¹, Loreto Mariscal De Gante¹, Antonio Cirugeda García¹

1) Hospital Universitario Infanta Sofía.

96

P

Introducción

La Macroglobulinemia de Waldenström (MW) es una neoplasia de células B definida por la infiltración linfoplasmocítica en la médula ósea y un pico monoclonal IgM. Aunque las manifestaciones renales son menos frecuentes que en el mieloma múltiple, su diversidad histopatológica es significativamente mayor. El daño renal puede derivar tanto de la carga tumoral como de la toxicidad directa de la paraproteína, incluso en casos con baja masa clonal como en la gammapatía monoclonal de significado renal (GMSR).

Objetivos

Analizar la variabilidad clínica y patológica de la afectación renal en la MW mediante revisión bibliográfica y una serie de casos.

Material y Métodos

Estudio descriptivo de tres pacientes con trastornos linfoproliferativos IgM desde el 2020, evaluando características clínicas, analíticas, genéticas (MYD88) y hallazgos histológicos en la biopsia renal y de médula ósea.

Resultados

Se recabaron 3 pacientes, todos ellos fueron hombres con una media de edad de 78 años. Dos de ellos estaban diagnosticados de MW y uno de ellos se trató de un trastorno linfoproliferativo IgM con menor pico monoclonal. Se realizó biopsia renal en dos pacientes, en uno de ellos se desestimó la realización por edad y alto riesgo de sangrado.

En todos se realizó biopsia de médula ósea y se objetivó amiloide en el paciente a quien no se le realizó la biopsia renal. De las dos biopsias renales, una tenía afectación glomerular tratándose de amiloidosis y la otra tenía afectación tubulointersticial. El síndrome nefrótico fue la presentación clínica más frecuente (66%), seguido de fracaso renal agudo (33%). La mutación MYD88 estuvo presente en la mayoría de los casos (66%). La evolución fue variable, con respuesta al tratamiento en el paciente en el que se objetivó afectación intersticial en biopsia renal, mientras que los pacientes diagnosticados de amiloidosis tuvieron afectación sistémica y peor pronóstico.

Discusión

Los hallazgos confirman la heterogeneidad de la afectación renal en la MW, con predominio de lesiones glomerulares, especialmente amiloidosis, en concordancia con la literatura. La presencia de casos sin mutación MYD88 sugiere la relevancia del espectro de las GMSR y la posibilidad de daño renal significativo incluso con baja carga tumoral.

Conclusiones

La afectación renal en los trastornos linfoproliferativos asociados a IgM es compleja y variable. La biopsia renal es indispensable para identificar el patrón de daño y guiar el tratamiento dirigido al clon. Un diagnóstico precoz y una respuesta hematológica profunda son determinantes para la supervivencia renal y global del paciente.



Déficit adquirido de factor X asociado a amiloidosis AL como reto diagnóstico en un síndrome nefrótico severo

Gabriel Ledesma Sánchez¹, Gilda Carreño Cornejo¹, Verónica Mercado Valdivia¹, Sara Aldana Barceló¹, Loreto Mariscal de Gante Sánchez¹, Carmen Bollain Carbonell¹, Paula Aporta Franco¹, Yesika Amezquita Orjuela¹, Silvia Caldes Ruisánchez¹, Antonio Cirugeda García¹

1) Servicio de Nefrología. Hospital Universitario Infanta Sofía.

Introducción

La amiloidosis AL puede debutar como síndrome nefrótico y deterioro renal progresivo. Una complicación infrecuente, pero clínicamente relevante, es el déficit adquirido de factor X por adsorción del factor a los depósitos amiloides, que incrementa el riesgo hemorrágico y puede dificultar la realización de la biopsia renal.

Caso clínico

Varón de 79 años, con antecedentes de hipertensión arterial, que ingresó por edemas generalizados de dos meses de evolución, oliguria y orinas espumosas. En la analítica destacaba una proteinuria de 12 g/24h a expensas de albuminuria (sin proteinuria de Bence-Jones), hipoalbuminemia de 1,4 g/dl y dislipemia marcada, junto con deterioro de función renal con creatinina de 2 mg/dl (basal 1 mg/dl). Desde el inicio presentaba alteración de la coagulación (normal el mes previo), con INR en torno a 2, sin tratamiento anticoagulante ni hepatopatía conocida. El estudio etiológico mostró dos pequeños componentes monoclonales IgM, elevación de cadenas ligeras libres con predominio kappa y cociente kappa/lambda patológico. El estudio de factores de coagulación reveló un déficit severo de factor X del 9,5%, que impresiona de ser un déficit adquirido secundario a amiloidosis.

La sospecha de amiloidosis AL era elevada, pero la coagulopatía condicionó un importante reto diagnóstico. La biopsia de médula ósea y la biopsia de grasa abdominal, realizadas tras corrección hemostática con complejo protrombínico, no demostraron depósitos amiloides. Ante la persistencia de la sospecha clínica, se decidió realizar biopsia renal. Para minimizar el riesgo hemorrágico se administró específicamente factor X antes del procedimiento y durante los 5 días posteriores. La biopsia renal transcurrió sin incidencias y confirmó depósitos glomerulares rojo Congo positivos compatibles con amiloidosis renal, con restricción kappa en inmunofluorescencia, lo que confirma la sospecha diagnóstica de amiloidosis AL.

Durante la evolución presentó fracaso renal oligoanúrico con anasarca y necesidad de hemodiálisis, bacteriemia nosocomial por *Klebsiella pneumoniae* y *Enterobacter kobei*, y colestasis progresiva atribuida a afectación hepática amiloide. Se inició tratamiento con daratumumab, bortezomib, ciclofosfamida y dexametasona ajustados, pero evolucionó desfavorablemente con fracaso hepático, encefalopatía y deterioro general progresivo, falleciendo finalmente.

Conclusión

Este caso ilustra una presentación agresiva de amiloidosis AL con afectación renal y hepática, complicada por déficit adquirido severo de factor X. La coagulopatía puede retrasar o impedir la biopsia diagnóstica, por lo que la corrección hemostática individualizada con complejo protrombínico puede ser clave para obtener tejido de forma segura.

Hiperparatiroidismo asociado a Litio: un desafío diagnóstico a propósito de un caso con hipofosfatemia grave y normocalcemia

Gilda Carreño Cornejo¹, Gabriel Ledesma Sánchez¹, Juan Antonio Palacios Castaño¹, Yessika Amezcua Orjuela¹, Verónica Mercado Valdivia¹, Sara Aldana Barceló¹, Loreto Mariscal De Gante¹, Carmen Bollain Carbonell¹, Raquel Díaz Mancebo¹, Antonio Cirugeda García¹

1) Hospital Universitario Infanta Sofía.

98

P

Introducción

El litio sigue siendo el tratamiento estándar para el trastorno bipolar, pero su uso crónico se asocia a patologías frecuentemente infradiagnosticadas, como el hiperparatiroidismo asociado a litio (HPTL). La prevalencia de hipercalcemia en los pacientes con litio alcanza el 24-26%, mientras que el hiperparatiroidismo se presenta en un 8,618%. El mecanismo principal es la interferencia del litio con el receptor sensor de calcio (CaSR), elevando el "set-point" de la hormona paratiroidea (PTH) y simulando cuadro de hipercalcemia hipocalciúrica familiar.

Caso clínico

Mujer de 77 años con trastorno bipolar en tratamiento crónico con litio desde 2006. Ingresa tras aumento reciente de la dosis de litio por un episodio depresivo, detectándose hipofosfatemia grave (1,1 mg/dl) de reciente aparición. Analíticamente presentaba PTH elevada (139 pg/ml), vitamina D normal, normocalcemia (10,2 mg/dl) e hipocalciuria (Ca < 5 mg/dl). La fracción de excreción urinaria de fósforo fue del 43% (>20%), confirmando pérdida renal de fósforo y se observó descenso de los niveles de 1,25 calcitriol. No presentaba datos de otras tubulopatías y los niveles de FGF23 fueron normales. Se descartó la presencia de adenomas paratiroideos o hiperplasia en ecografía cervical y en gammagrafía de paratiroides.

Tras reducir y finalmente retirar el litio en colaboración con Psiquiatría, la paciente recuperó niveles normales de fósforo (3,9 mg/dl) y se observó normalización de las cifras de PTH, permitiendo suspender los suplementos orales de fosfato, pero manteniendo calcitriol.

Discusión

El litio actúa como un antagonista del CaSR en las glándulas paratiroides y los riñones. En el riñón, aumenta la reabsorción tubular de calcio independientemente de la PTH, lo que explica la hipocalciuria típica. Aunque la presentación clásica incluye hipercalcemia leve, nuestro caso destaca por la hipofosfatemia grave mediada por PTH. La

literatura indica que el HPTL puede ser reversible si la exposición al litio es inferior a 10 años; sin embargo, el tratamiento prolongado puede inducir cambios permanentes como hiperplasia o adenomas paratiroideos, pero no es nuestro caso. El manejo incluye la retirada del litio si es psiquiátricamente factible, calcimiméticos o cirugía en casos de hipercalcemia persistente.

Conclusiones

El HPTL es una complicación común, pero poco reconocida del tratamiento con litio que requiere monitorización anual de calcio y PTH. Este caso subraya la importancia de considerar el litio ante alteraciones electrolíticas inexplicables, como la hipofosfatemia, incluso en ausencia de hipercalcemia franca. La colaboración estrecha entre Nefrología y Psiquiatría es fundamental para el manejo óptimo de estos pacientes.



Perfil epidemiológico y valor asistencial de una consulta conjunta Nefrología-Reumatología

Carmen Bollaín Carbonell¹, Paula Aporta Franco¹, Yolanda Hernández Hernández¹, María Tatiana Cobo Ibáñez¹, Martina Steiner¹, Verónica Ruth Mercado Valdivia¹, Sara Aldana Barceló¹, Gilda Alessandra Carreño Cornejo¹, Gabriel Ledesma Sánchez¹, Antonio Cirugeda García¹

1) Hospital Universitario Infanta Sofía.

Introducción y objetivos

El abordaje multidisciplinar es clave en las enfermedades autoinmunes sistémicas con afectación renal. La consulta conjunta “Nefro-Reuma” permite la evaluación simultánea por Nefrología y Reumatología para unificar criterios clínico-inmunológicos, consensuar inmunosupresión y reducir demoras y visitas fragmentadas. Este estudio analizó el perfil clínico-demográfico, los tratamientos y la dinámica asistencial de esta consulta.

Material y Métodos

Estudio observacional retrospectivo de pacientes atendidos en la consulta “Nefro-Reuma” desde su apertura en noviembre de 2022 hasta abril de 2026. De periodicidad quincenal, incluye valoración simultánea por Nefrología y Reumatología, con un máximo de 8 pacientes mensuales. Se recogieron variables demográficas (sexo, edad al diagnóstico, raza), diagnósticos, terapias dirigidas, evolución clínica y número de visitas. Las variables continuas se expresaron como mediana y rango intercuartílico (RIC).

Resultados

Se incluyeron 54 pacientes. Los diagnósticos más frecuentes fueron lupus eritematoso sistémico (LES, n=25), en valoración (n=11), síndrome de Sjögren (n=8), vasculitis (n=7) y otros (sarcoidosis, amiloidosis, esclerosis sistémica; n=1 cada uno).

Los pacientes con LES fueron más jóvenes (mediana 30 años) y mostraron mayor diversidad étnica, mientras que Sjögren y vasculitis se asociaron a mayor edad (54 y 67 años respectivamente) y predominio caucásico (Gráfica 1). El 100% de los pacientes confirmados requirieron tratamientos de alta complejidad, incluyendo inmunosupresores y terapias biológicas o dirigidas (rituximab, belimumab, anifrolumab, avacopan, obinutuzumab). La media de consultas fue mayor en LES (6,38) respecto a Sjögren (3,62) y vasculitis (3,00) (Tabla 1). Tras alcanzar estabilidad clínica, el 68% de los pacientes con LES y el 75% con Sjögren fueron dados de alta para seguimiento alterno (Nefrología/Reumatología).

Conclusiones

La consulta conjunta atiende pacientes de alta complejidad con terapias avanzadas, ofreciendo diagnóstico ágil y manejo intensivo precoz. Su modelo asistencial favorece la estabilización clínica a corto plazo, optimiza recursos mediante altas tempranas y garantiza disponibilidad para nuevos casos graves.

Tabla 1. Análisis Demográfico y Frecuentación por Patología Principal

Patología	N	Sexo (% Mujeres)	Edad: Mediana (RIC)	Distribución por Raza	Media de Consultas	Tratamientos IS recibidos
LES	25	76.0%	30 años (25 - 37)	48% Caucásica, 44% Hispana, 4% Asiática, 4% Africana	6.38	MMF (17) Belimumab (9) Tacrolimus (7) Anifrolimumab (4) Azatioprina (2) RTX (2) Voclosporina (3) CF (1)
Sjögren	8	87.5%	54 años (49.7 - 62.2)	87.5% Caucásica, 12.5% Hispana	3.62	MMF (5) RTX (3) Aza (1)
Vasculitis	7	57.1%	67 años (56 - 73)	100% Caucásica	3.00	AVACOPAN (3) RTX (7) CF (4)



Perfil de riesgo cardiovascular en enfermedad renal crónica no proteinúrica: comparación entre poliquistosis renal autosómica dominante y otras etiologías

Rodrigo García Marina¹, Úrsula Verdalles¹, Esther Rubio¹, David Arroyo¹, Andrea J Hernández¹, Mateo Blázquez Ruiz de Loizaga¹, Marta Radillo Guzmán¹, Gema Sánchez Sánchez¹, Jorge A. Torres Ortiz¹, Javier Carbayo¹

1) Hospital General Universitario Gregorio Marañón

Introducción

Los pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) presentan un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular (ECV). La proteinuria es una característica determinante para la producción de ECV si bien no el único mecanismo.

Método

Estudio descriptivo transversal de pacientes adultos atendidos en Consultas de Nefrología entre 01/01/202401/02/2026.

Resultados

Se incluyeron 54 pacientes con edad media de 59.6 +/- 19.2 de los cuales el 59.6% eran hombres. La prevalencia de comorbilidades fue hipertensión 77.4%, dislipidemia 50.9%, diabetes 22.2%, esteatosis hepática 1.9%. El 13.2% tenían antecedentes de ECV y el 9.4% alguna arritmia. El 9.4% estaba diagnosticado de insuficiencia cardíaca. Las etiologías recogidas fueron la poliquistosis renal AD (41.5%), litiasica (24.5%) intersticial (18.9%), monorrenos (13.2%) otras poliquistosis (1.9%).

Los valores medios para el perfil lipídico fueron (mg/dl): colesterol total 182 ± 49, LDL 111.6 ± 50; colesterol HDL, 53.7 ± 17.8 y triglicéridos, 113 ± 58.7. El índice de albúmina/creatinina presentaba una media de 54.9 ± 138, FGe 62.5 ± 23.8 y creatinina de 1.2 ± 0.42. Respecto a las terapias hipolipemiantes: El 31.6% tomaban estatinas, el 11.3% ezetimiba, el 1.9% ácido bempedoico, el 1.9% icopesantilo, el 3.8% fibratos. El 29.6% se encontraba sin tratamiento antihipertensivo, el 24.5% con 1 fármaco, el 24.5% con 2 fármacos, el 18.9% con 3 fármacos y el 1.9% con 4 fármacos.

No se encontró evidencia de asociación estadísticamente significativa entre la poliquistosis renal y la presencia de dislipemia o hipertensión arterial, tampoco con ECV (IC 95% que incluyen la unidad; $p > 0,05$). Respecto al uso de fármacos, no se emplea un mayor número de los mismos en el grupo poliquistosis, si bien el uso de estatinas fue significativamente menos frecuente en los pacientes con poliquistosis renal en comparación con aquellos sin

poliquistosis (17,4% frente a 43,3%), observándose una asociación estadísticamente significativa (χ^2 de Pearson = 4,02; $p = 0,045$).

Conclusiones

Los pacientes con poliquistosis renal no presentaron diferencias significativas en el perfil de riesgo cardiovascular ni en la ocurrencia de eventos cardiovasculares en comparación con el resto de pacientes con enfermedad renal crónica no proteinúrica. Sí que se observó un menor uso de estatinas en poliquistosis independiente de prevalencia de dislipemia que puede sugerir diferencias del perfil de riesgo cardiovascular, una menor percepción de riesgo en el grupo de poliquistosis renal.

Evolución y Resultados de la e-Consulta en Nefrología: Experiencia en el Hospital Universitario Infanta Sofía (2018-2025)

Raquel Díaz Mancebo¹, Yesika Amezcua Orjuela¹, Yolanda Hernández Hernández¹, Silvia Caldes Ruisanchez¹, Carmen Bollain Carbonell², Gabriel Ledesma Sánchez¹, Gilda Carreño Cornejo¹, Verónica Mercado Valdivia¹, Ángel Gallegos Villalobos¹, Sara Aldana Barceló¹

1) Hospital Universitario Infanta Sofía. Facultad de Medicina, Salud y Deporte. Universidad Europea de Madrid. 2) Hospital Universitario Infanta Sofía.



Introducción

La e-consulta se ha consolidado como una herramienta esencial de comunicación entre Atención Primaria (AP) y Nefrología. Su implementación busca optimizar el cribado de pacientes, resolver dudas terapéuticas y mejorar la eficiencia asistencial, evitando desplazamientos innecesarios al hospital. El objetivo de este trabajo es analizar la evolución y el impacto clínico de esta modalidad de interconsulta en nuestra área de salud.

Material y método

Estudio retrospectivo, descriptivo de la actividad de e-consultas realizadas en el Hospital Universitario Infanta Sofía desde su puesta en marcha en 2018 hasta el año 2025. Durante el año 2025, se analizaron un total de 448 consultas. Las variables estudiadas incluyeron el volumen de actividad anual, el tiempo de respuesta

(lapso), la procedencia por centros de salud, el perfil del paciente (nuevo o conocido), el motivo de la consulta y el tipo de seguimiento posterior.

Resultados

Se observó un crecimiento exponencial de la demanda, pasando de 18 consultas en 2018 a 448 en 2025. La capacidad de respuesta fue excelente, con una mediana de 0 días (rango 0-3). Los centros de salud más demandantes fueron Reyes Católicos (7,3%), Chopera (5,4%) y V Centenario (4,5%), ubicados en los municipios de mayor población del área, San Sebastián de los Reyes y Alcobendas.

El 57,8% de las consultas correspondieron a pacientes nuevos, reforzando su papel como herramienta de cribado, mientras que el 42,2% fueron pacientes ya conocidos por el servicio. Los motivos de consulta predominantes fueron la Enfermedad Renal Crónica (31,2%), problemas relacionados con la medicación (18,1%), proteinuria (10,7%) e hipertensión arterial (8,7%)⁵. En cuanto a la gestión clínica, el 67,6% de los casos se resolvieron sin necesidad de seguimiento hospitalario, mientras que el 31,2% generó un seguimiento compartido entre niveles asistenciales.

Conclusiones

La e-consulta en Nefrología es una herramienta altamente eficiente que ofrece una respuesta casi inmediata a Atención Primaria. Su uso permite resolver de forma no presencial dos tercios de las consultas, actuando como un filtro eficaz para pacientes nuevos y como un soporte terapéutico fundamental para pacientes crónicos conocidos, optimizando así la coordinación asistencial.

 *Trasplante*

26



Impacto multidimensional de una consulta interdisciplinar, centrada en calidad de vida, para pacientes trasplantados renales complejos: análisis de una cohorte prospectiva con control concurrente

Beatriz Rodríguez Cubillo¹, María Ángeles Moreno de la Higuera¹, Arianne Aïffil¹, Paula Gutiérrez Sanjuan¹, Daniel Parra Corral¹, Rocío Fernández Díaz¹, Francisco Oliveira de la Casa¹, Gemma Hernández¹, Natividad Calvo Romero¹, Isabel Pérez Flores¹, Ana Isabel Sánchez Fructuoso¹

1) Hospital Clínico San Carlos.

Introducción

Un porcentaje elevado de pacientes trasplantados renales presentan una elevada carga sintomática, fragilidad y deterioro del bienestar percibido, pero rara vez acceden a un abordaje estructurado integral.

Objetivo

Comparar el perfil basal de pacientes incluidos en una consulta interdisciplinar frente a una cohorte control concurrente de atención habitual, y analizar la evolución clínica y subjetiva de la cohorte intervenida.

Material y Métodos

Estudio prospectivo, longitudinal, pragmático y no aleatorizado con dos cohortes concurrentes: cohorte de intervención (datos basales y seguimiento en consulta interdisciplinar) vs cohorte control (pacientes con atención habitual, datos basales). Se analizaron ESAS-r, DME, GES, SF-12, CFS y Barthel. De forma exploratoria se evaluaron hemoglobina, albúmina, prealbúmina, PCR, función renal y tacrolimus. Se realizaron análisis descriptivos, comparaciones apareadas basal-seguimiento, estratificación por complejidad y cálculo de un índice de beneficio global.

Resultados

La población fuente incluyó 383 pacientes y 977 registros. La cohorte intervenida estuvo formada por 173 pacientes (45,2%) y la cohorte control por 210 (54,8%). En la comparación basal, la cohorte intervenida partía de una situación significativamente más vulnerable: mayor carga sintomática (ESAS total 34,41 vs 22,29; $p < 0,001$), peor bienestar percibido (índice SF-12 2,26 vs 3,41; $p < 0,001$), mayor fragilidad (CFS 4,43 vs 2,98; $p < 0,001$) y peor funcionalidad (Barthel 89,29 vs 96,87; $p = 0,002$). En la cohorte intervenida se observó mejoría significativa y sostenida de ESAS total, DME total, GES total e índice SF-12, con mayor intensidad entre basal y meses 3-6. ESAS total descendió de 34,41 a 21,76 en mes 6; DME total de 12,74 a 8,69; GES total aumentó de 14,59 a 16,19; y el índice SF-12 pasó de 2,26 a 3,12 ($p < 0,001$). En el subanálisis analítico, hemoglobina y albúmina se asociaron con mejor SF-12 y función física, prealbúmina se relacionó inversamente con anorexia, y tacrolimus no mostró asociación consistente con insomnio, ansiedad, tristeza ni astenia.

Conclusiones

La consulta interdisciplinar se asoció a mejoría sostenida en síntomas, malestar emocional, espiritualidad y bienestar funcional, independientemente de índices analíticos.

Evolución multidimensional longitudinal de la cohorte intervenida

Evolución longitudinal en la cohorte intervenida

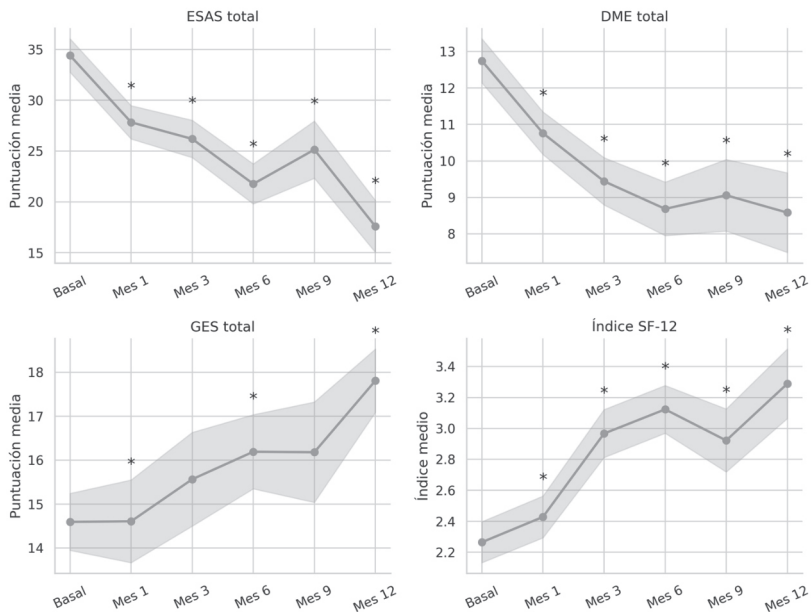


Figura 1a). Evolución longitudinal principal en la cohorte intervenida. Se observa descenso progresivo de ESAS total y DME total, junto con aumento de GES total e índice SF-12, con mayor cambio acumulado durante los primeros 3-6 meses

Subgrupos clínicamente relevantes

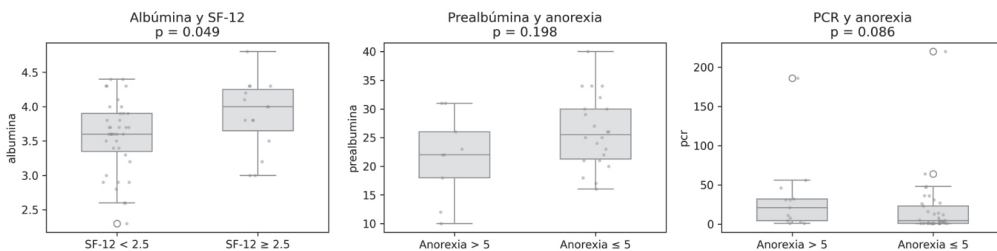


Figura 1d). Distribución de parámetros analíticos según dimensión evaluada (Calidad vida, síntomas, nutrición)

Síntomas ESAS según niveles de tacrolimus basales

(corte exploratorio >5, 5-8, >8 ng/ml)

Síntomas ESAS según categorías de tacrolimus en basal

(corte exploratorio: <5, 5-8 y >8 ng/mL)

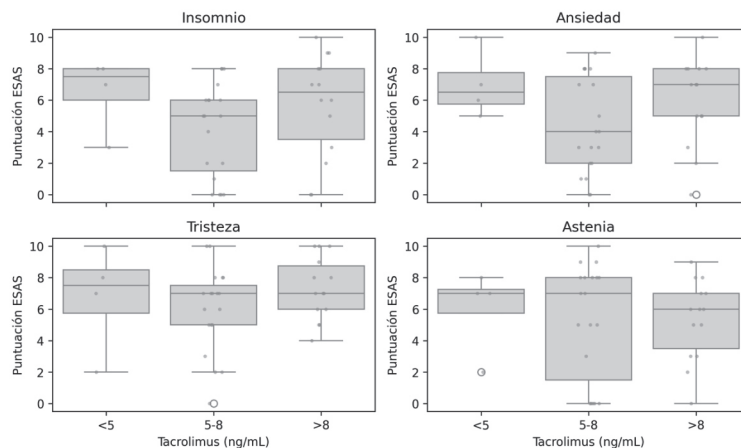


Figura 1b). Distribución basal de astenia, tristeza, ansiedad e insomnio según categorías de tacrolimus (<5, 5-8 y >8 ng/mL) en la cohorte de intervención. Sin diferencias significativas

Comparación basal de parámetros analíticos entre cohortes

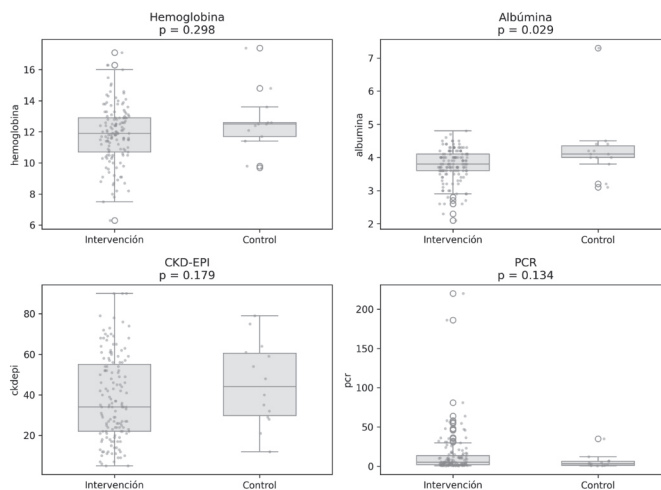
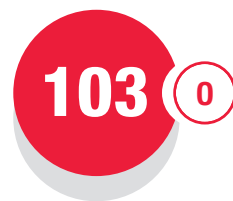


Figura 1c). Distribución basal de hemoglobina, albúmina, CKD EPI y PCR según cohorte control o intervención.

¿Es hora de replantearse la duración de la antibioterapia en el trasplantado renal? Pautas prolongadas podrían no aportar beneficios y aumentar complicaciones. Análisis retrospectivo

Raquel Jiménez Ortego¹, Beatriz Rodríguez Cubillo¹, Laura López González², Alison Vera², María Ángeles Moreno de la Higuera¹, Alejandro Morales Rosas¹, Romina Poveda Verdezoto¹, Natividad Calvo Romero¹, Isabel Pérez Flores¹, Alberto Delgado-Iribarren García-Campero², Ana Isabel Sánchez Fructuoso¹

1) Hospital Clínico San Carlos, 2) Hospital Clínico San Carlos (Microbiología).



Introducción

La duración óptima de antibioterapia en trasplantados no está bien establecida. Pautas cortas ofrecen beneficios pero sin evidencia en población trasplantada, frenando su implementación.

Métodos y objetivos

Estudio observacional retrospectivo unicéntrico en trasplantados renales incidentes 2017-2018, con seguimiento hasta 12-12-2025.

Analizamos infecciones bacterianas desde trasplante hasta fin de seguimiento, estratificándolas según tipo (urinarias, respiratorias digestivas, piel-partes blandas, otras) y gravedad (ambulatorias, hospitalizadas leves, hospitalizadas graves: UCI ó sepsis), analizando los grupos entre sí para reducir sesgos. Atenuamos heterogeneidad interindividual mediante clustering y el sesgo de indicación de pautas largas por gravedad mediante propensityscore(Figura1).

Objetivos primarios: 1) Influencia de duración de antibioterapia en resolución del episodio agudo. Analizamos cinética de reactantes (PCR-PCT) y desenlaces graves (mortalidad del episodio, pérdida de injerto, secuelas). 2)Influencia de duración de antibioterapia en riesgo de reinfecciones.

Objetivos secundarios: 1) Impacto de duración de antibioterapia en desarrollo de multirresistencias, infecciones fúngicas y estancia hospitalaria. 2)Identificación de variables asociadas a reinfecciones.

Resultados

Muestra:75 trasplantados renales. 629 infecciones bacterianas (mediana 6 episodios/paciente), mayoritariamente urinarias (54,9%) y respiratorias(16.4%). Hubo 57,5% hospitalizaciones, 13.5% graves.

Observamos significativamente reducción de PCR-PCT en <72h tras iniciar antibioterapia, sugerente de respuesta precoz (77.8% hospitalizados, mediana 72h).

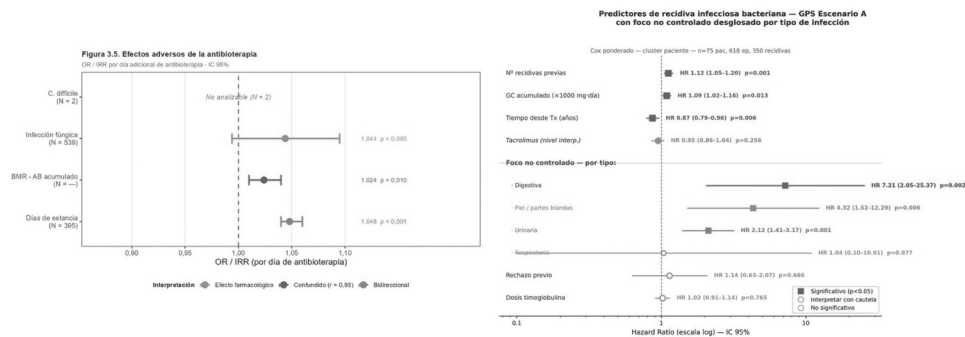
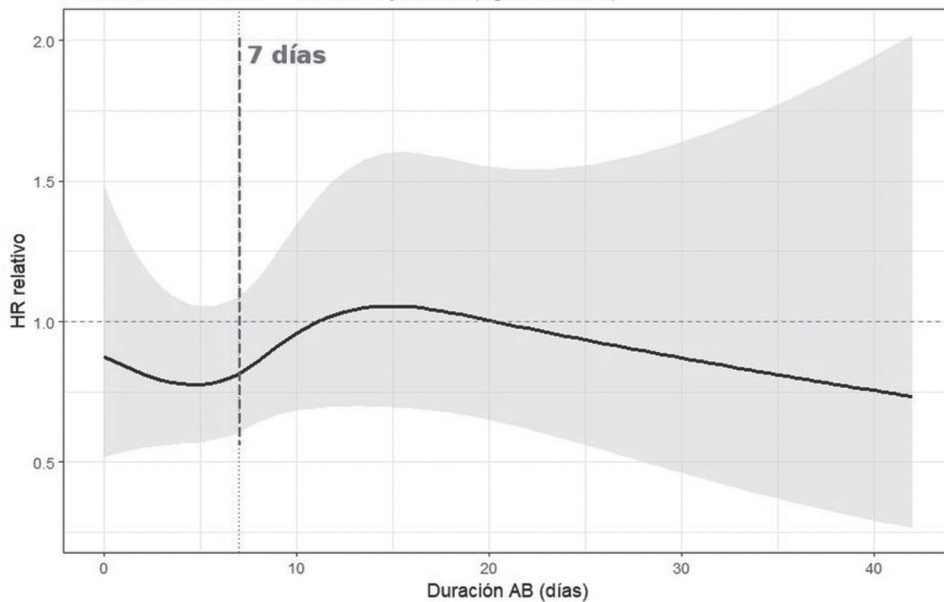
Más días de antibioterapia no asociaban menor riesgo de desenlaces graves (HR=1.01;IC=0.98-1.04,p=0.3)(Figura3) ni de reinfección (HR 0.912;IC95% 0,784–1,061/día extra;p=0,235) estratificando por tipos de infección y gravedad. Contrariamente, aumentaban riesgos de multirresistencias, aunque correlacionándose con hospitalización acumulada (OR 1,024/día;p=0,01;r=0,93). Observamos relación entre duración antibiótica y estancia hospitalaria (r=0.47) cuya reducción podría contribuir a acortar estancias evitables.

Las variables relacionadas con más riesgo de recidiva independientemente de antibioterapia fueron nº recidivas previas (HR 1.12;IC=1.05-1.2,p=0.001), foco no controlado especialmente digestivos (HR=7.21;IC=2.05-25.37;p=0.002) y factor de riesgo urológico en urinarias (HR=1.78;IC=1.26-2.52;p=0.001).

Conclusiones

Mayor duración de antibioterapia no asoció reducción de desenlaces graves ni reinfecciones, pudiendo asociar eventos deletéreos. Estos resultados podrían fomentar estudios de mayor potencia para validar pautas cortas de antibioterapia.

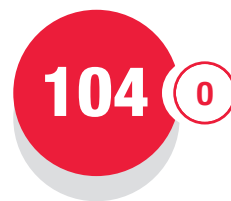
HR vs duración AB — modelo ajustado (figura central)



Bacteriuria asintomática y progresión a infección del tracto urinario en el postrasplante renal, ¿estamos tratando como deberíamos? Análisis retrospectivo

Raquel Jiménez Ortego¹, Beatriz Rodríguez Cubillo¹, Laura López González², Alison Vera², María Ángeles Moreno de la Higuera¹, Marina Pujol Pujol¹, Arlette Martínez Herrero¹, Natividad Calvo Romero¹, Isabel Pérez Flores¹, Alberto Delgado-Iribarren García-Campero², Ana Isabel Sánchez Fructuoso¹

1) Hospital Clínico San Carlos, 2) Hospital Clínico San Carlos (Microbiología).



Introducción

La bacteriuria asintomática (BA) es frecuente post-trasplante renal, pero su tratamiento es controvertido porque no todas progresan a infección de tracto urinario (ITU). Identificar factores de riesgo de progresión a ITU es clave para guiar su tratamiento.

Métodos y objetivos

Estudio observacional retrospectivo unicéntrico en trasplantados renales incidentes 2017-2018, con seguimiento hasta 12-12-2025. Analizamos BA desde trasplante hasta fin de seguimiento, estratificando por aparición desde trasplante (<1 mes, 1-6 meses, 6-12 meses, >12 meses), microorganismo causal y gravedad de ITU a las que progresan (ambulatoria y hospitalizada). Atenuamos heterogeneidad interindividual mediante clustering y propensity-score (IPTW) (Figura 1). Objetivo primario: riesgo global y tiempo hasta la progresión de BA a ITU, según antibioterapia y momento postrasplante en el que ocurre la BA.

Análisis secundarios: análisis de la gravedad de las ITU que progresan desde BA según reciban antibioterapia previa y según el microorganismo causal. Identificación de predictores de progresión a ITU independientes de antibioterapia previa.

Resultados

Analizamos 162 episodios de BA en 48 trasplantados renales, 30% recibieron antibioterapia. El principal microorganismo causal fue E. Coli (48.1%) (Tabla1).

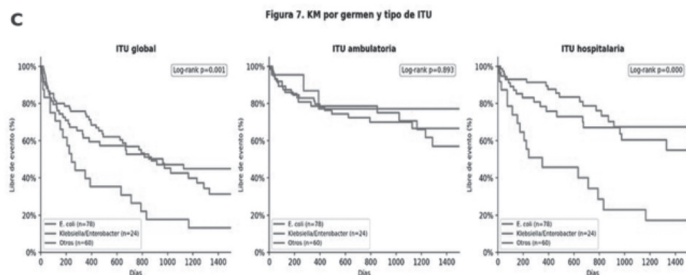
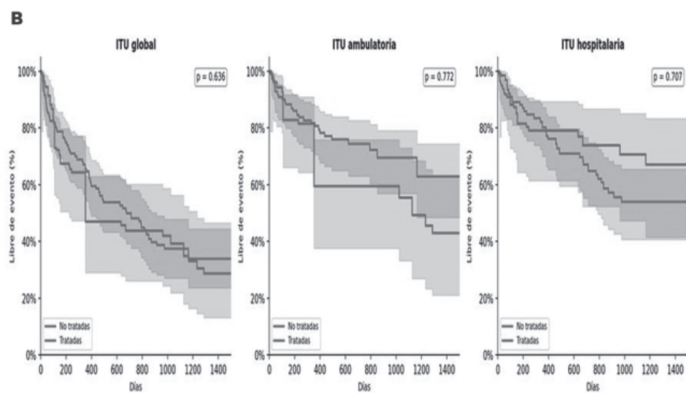
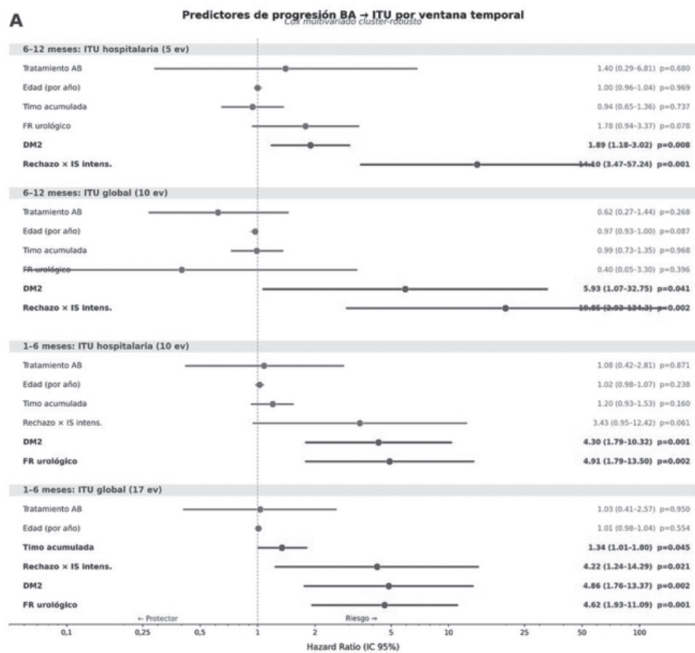
La antibioterapia no redujo la progresión a ITU global (HR=1.1; IC=0.65-1.88; p=0.70), ambulatoria (HR=1.46; IC=0.663.25; p=0.67), ni hospitalaria (HR=0.8; IC=0.39-1.64; p=0.53), en ninguna ventana temporal (Figura2).

Los mayores predictores de progresión a ITU fueron el antecedente de rechazo e inmunosupresión intensificada (timoglobulina, plasmáferesis, Rituximab) (HR=11.33; IC=3.71-34.61; p<0.001), y en el primer año postrasplante: factores de riesgo urológicos (HR=4.58; IC=1.89-11.08; p<0.001), diabetes (HR=4.6; IC=1.77-11.93; p=0.002) y dosis acumulada de timoglobulina (HR=1.35; IC=1.02-1.79; p=0.034), especialmente para ITU hospitalarias (Figuras3-4).

Las BA por Klebsiella/Enterobacter progresaron más y peor (92%, 75% de ITU hospitalarias) (HR=3.25; IC=1.75-6.07; p<0.001) (Figura5).

Conclusiones

La antibioterapia no parece disminuir progresión de BA a ITU postrasplante ni influir en su gravedad. El riesgo depende más de rechazo previo y su tratamiento, factores de riesgo urológicos y patógenos causales. Esto respalda las guías que desaconsejan antibioterapia rutinaria de BA e identifica subgrupos de riesgo que podrían beneficiarse de antibioterapia.



Las toxinas urémicas derivadas de la microbiota intestinal impulsan fenotipos clínicos divergentes en receptores de trasplante renal

Isabel Pérez Flores¹, Marina Pujol Pujol², Isabel Ortega Madueño³, Laura Gómez Martínez³, Arianne Aiffil Meneses², Natividad Calvo Romero², Belén Peix Jiménez², Beatriz Rodríguez Cubillo², M Ángeles Moreno de la Higuera², Ana Sánchez Fructuoso²

1) Servicio de nefrología. Hospital Clínico San Carlos. IDISSC, 2) Servicio de nefrología. Hospital Clínico San Carlos, 3) Servicio análisis clínicos. Hospital Clínico San Carlos.

105

OC

Introducción

Las toxinas urémicas derivadas de la microbiota intestinal (MI), como el p-cresol (pC) y el óxido de trimetilamina (TMAO), se han relacionado con inflamación, disfunción endotelial y progresión de la enfermedad renal. Sin embargo, su papel clínico en receptores de trasplante renal (RTR) no está bien definido.

Métodos

Estudio observacional unicéntrico en RTR estables. Se determinaron niveles plasmáticos de pC y TMAO mediante cromatografía líquida de alta resolución (HPLC). Se recogieron variables clínicas, analíticas y de tratamiento. Se excluyeron pacientes con cirugía gastrointestinal previa, enfermedad digestiva crónica o neoplasia activa.

Resultados

Se incluyeron 93 RTR (edad media 61 ± 12 años; 61% varones), con un tiempo mediano postrasplante de 10,8 (5,3–15,5) años. Las concentraciones medianas de TMAO y pC fueron 12,32 (7,02–29,81) $\mu\text{mol/L}$ y 2,61 (1,36–4,62) mg/L, respectivamente, mostrando una correlación positiva entre ambas ($r=0,257$; $p=0,016$). Ambas toxinas se asociaron con la función renal ($p<0,001$) y otros parámetros analíticos (Tabla 1). El TMAO fue significativamente más elevado en pacientes con enfermedad arterial periférica (34,39 [17,12–60,79] vs 11,49 [6,69–27,65] $\mu\text{mol/L}$; $p=0,006$). Por el contrario, el pC se asoció con la presencia de diarrea (1,89 [1,27–5,29] vs 3,10 [1,91–4,62] mg/L; $p=0,009$) y diabetes mellitus (3,85 [1,38–6,54] vs 1,96 [1,36–3,67] mg/L; $p=0,049$). Los pacientes tratados con inhibidores de la calcineurina presentaron niveles más elevados de pC ($p=0,023$) y TMAO ($p=0,009$).

Conclusiones

Las toxinas urémicas derivadas de la microbiota presentan asociaciones clínicas diferenciadas en el trasplante renal. Mientras que el TMAO se relaciona principalmente con complicaciones cardiovasculares, el p-cresol se asocia con síntomas gastrointestinales y alteraciones metabólicas.

El tratamiento con inhibidores de la calcineurina podría contribuir a un aumento de estas toxinas, sugiriendo un posible eje microbiota–metabolitos–clínica. Estos hallazgos posicionan a los metabolitos microbianos como potenciales biomarcadores y dianas terapéuticas en el manejo del paciente trasplantado.

	p-Cresol (mg/l)		TMAO (μmol/l)	
	Rho	p	Rho	p
Edad	0.181	0.085	0.152	0.155
Años en diálisis	0.109	0.306	0.213	0.046
Años de trasplante	0.011	0.917	0.048	0.660
Hb (g/dl)	-0.121	0.253	-0.244	0.021
Linfocitos/mcL)	-0.002	0.988	-0.244	0.021
Creatinina (mg/dl)	0.441	<0.001	0.442	<0.001
Urea (mg/dl)	0.310	0.003	0.538	<0.001
CKD-EPI (ml/min)	-0.460	<0.001	-0.503	<0.001
Proteínas totales (g/l)	-0.206	0.051	-0.187	0.080
Prealbúmina (mg/dl)	0.112	0.291	0.259	0.014
CPC (mg/g)	0.308	<0.001	0.308	0.003
CAC (mg/g)	0.362	<0.001	0.191	0.073

CPC: cociente proteína/creatinina en orina. CAC: cociente albúmina/creatinina en orina.

Test de correlación de Spearman.

Necesidades psicosociales no visibles en receptores de trasplante renal: análisis cualitativo de narrativas clínicas en una consulta multidisciplinar

Beatriz Rodríguez Cubillo¹, María Ángeles Moreno de la Higuera¹, Cristina Riaza Ortiz¹, Paula Gutiérrez Sanjuan¹, Rocío Fernández Díaz¹, Daniel Parra Corral¹, Arianne Aiffil¹, Francisco Oliveira de la Casa¹, Natividad Calvo Romero¹, Ana Isabel Sánchez Fructuoso¹

1) Hospital Clínico San Carlos.



Introducción

Los receptores de trasplante renal pueden presentar necesidades emocionales, sociales y existenciales de alta relevancia clínica que con frecuencia pasan desapercibidas en la práctica habitual. El objetivo fue identificar los principales ejes de sufrimiento no visible en pacientes trasplantados renales atendidos en una consulta interdisciplinar, con intervención psicológica reglada.

Material y método

Estudio cualitativo interpretativo con enfoque fenomenológico-hermenéutico. Se analizaron entrevistas semiestructuradas en profundidad de pacientes con trasplante renal, grabadas y transcritas con apoyo de inteligencia artificial bajo supervisión humana (iPLAUD). Se realizó muestreo intencional de máxima variación hasta saturación teórica. El análisis se efectuó con Análisis Temático Reflexivo en seis fases, doble codificación independiente, triangulación (enfermería, nefrología y psicología) y registro de decisiones, siguiendo criterios de credibilidad, dependabilidad y transferibilidad.

Resultados

Se analizaron 257 entrevistas. Emergieron cinco grandes ejes de sufrimiento no visible: 1) pérdida de autonomía y rol social; 2) sobrecarga emocional, culpa y desesperanza; 3) proyectos vitales truncados, con impacto en identidad y sentido; 4) vulnerabilidad económica y jurídica como amenaza a la dignidad; y 5) dimensión espiritual y corporal, incluyendo conflicto con el cuerpo trasplantado, miedo a diálisis o nuevas cirugías y cuestionamiento del valor personal. Las restricciones dietéticas también aparecieron como fuente de duelo crónico, aislamiento social y culpa. El daño moral se intensificó en situaciones de fragilidad clínica, precariedad social y experiencias de descoordinación o deshumanización asistencial. Entre las principales estrategias de afrontamiento destacaron el apoyo social y familiar, la búsqueda de sentido, el reencuadre cognitivo, las rutinas, los proyectos concretos y el acompañamiento terapéutico. El diagrama de trayectorias mostró las necesidades invisibles más frecuentes, asociados habitualmente a pérdida de autonomía y rol social como principal desenlace biográfico (Fig1).

Conclusiones

El análisis cualitativo integrado en la práctica clínica permite identificar necesidades psicosociales no visibles en receptores de trasplante renal y orientar intervenciones psicológicas, sociales y organizativas de forma más precisa. Su incorporación a modelos multidisciplinarios puede favorecer una atención más integral y centrada en la persona trasplantada.

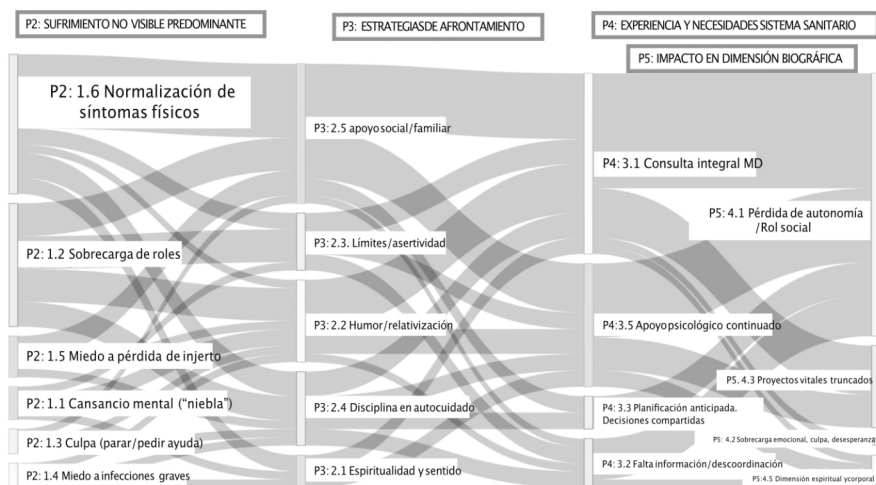


Figura 1. Diagrama de Sankey (P2→P3→P5) basado en el código dominante por entrevista, que muestra las trayectorias entre sufrimiento no visible, afrontamiento, experiencia con el sistema sanitario y desenlace biográfico. (n=257) Predominan los síntomas físicos normalizados y la sobrecarga de roles como ejes de sufrimiento; el afrontamiento se apoya principalmente en apoyo social/familiar, humor/relativización y autocuidado disciplinado. En la atención sanitaria coexisten la valoración de la consulta multidisciplinar y la demanda de apoyo psicológico continuado. El desenlace biográfico más frecuente es la pérdida de autonomía y rol social, con trayectorias menos frecuentes, pero clínicamente relevantes hacia proyectos vitales truncados, sobrecarga emocional y dimensiones espirituales/ corporales. P1 se utilizó únicamente como dimensión contextual. El Sankey se construyó a partir de P2→P5, (tipo de sufrimiento → afrontamiento → relación con el sistema sanitario → impacto en biografía, identidad o proyectos).

Nutrición postrasplante renal: barreras percibidas y necesidades asistenciales en pacientes y profesionales

Raquel Jiménez Ortega¹, Patricia Mathieu¹, Beatriz Rodríguez Cubillo¹, María Ángeles Moreno de la Higuera¹, Francisco Oliveira de la Casa¹, José Portela², Jaime Pizarroso², Irene Benítez², Natividad Calvo Romero¹, Isabel Pérez Flores¹, Ana Isabel Sánchez Fructuoso¹

1) Hospital Clínico San Carlos, 2) Ingeniería IIT, Universidad Comillas (Madrid).



Introducción

La nutrición tras el trasplante renal es un componente clave del control metabólico y cardiovascular, pero la adherencia a recomendaciones dietéticas sigue siendo subóptima. Existen barreras relacionadas con el paciente, los profesionales y la organización asistencial que dificultan una intervención nutricional eficaz. El objetivo fue identificar las principales necesidades y barreras percibidas por pacientes y profesionales en el periodo postrasplante renal.

Material y método

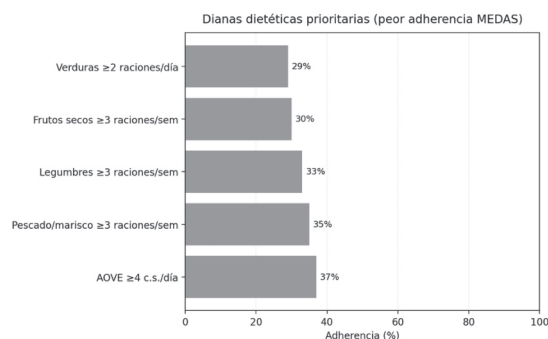
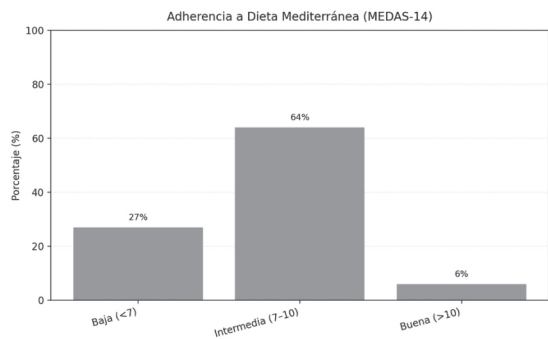
Estudio mixto basado en dos estudios observacionales transversales complementarios. En pacientes trasplantados renales se evaluó bienestar (OMS-5), adherencia a dieta mediterránea (MEDAS-14), actividad física (IPAQ) y entrevista nutricional estructurada con análisis temático. En profesionales sanitarios se realizó una encuesta autoadministrada con escalas Likert 1-5 y variables organizativas recodificadas.

Resultados

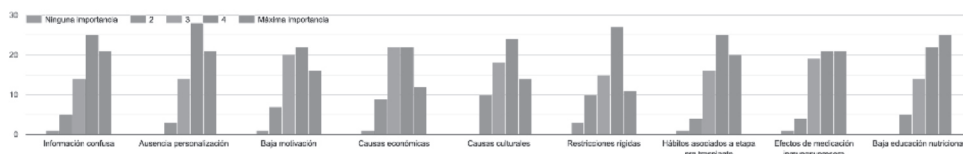
Se incluyeron 100 pacientes y 66 profesionales. En pacientes, la adherencia a dieta mediterránea fue subóptima, con distribución baja/intermedia/óptima de 27%/64%/6%. El 50% refirió dificultad para personalizar la dieta, el 32,7% impacto emocional asociado a la alimentación y el 84,7% educación nutricional insuficiente o confusa. Las dianas dietéticas con menor cumplimiento incluyeron consumo de verduras, frutas secas, legumbres, pescado y aceite de oliva virgen extra, todas por debajo del 40%. El 77,1% consideró que una herramienta digital podría mejorar la adherencia, priorizando personalización, módulos educativos breves, filtros por potasio/fósforo/sodio, menús semanales, sistema tipo semáforo, escáner de etiquetas y modo cuidador. Entre profesionales, la nutrición fue considerada crítica por el 74,2%, pero solo el 10,8% disponía de nutricionista específico. Las principales barreras identificadas fueron falta de tiempo (89,9%), apoyo institucional limitado (78,7%), falta de formación específica (65,3%) y problemas de coordinación con especialistas (67,3%). La aceptación de una herramienta digital personalizada alcanzó el 91,9%.

Conclusiones:

Los receptores de trasplante renal y los profesionales coinciden en que la intervención nutricional actual es insuficientemente personalizada y limitada por barreras estructurales. Esta convergencia apoya el desarrollo de estrategias asistenciales y digitales clínicamente validadas para mejorar la adherencia dietética y el abordaje metabólico postrasplante.



En qué grado consideras importantes estas BARRERAS para la adherencia a una dieta adecuada de los PACIENTES trasplantados renales



En qué grado consideras importantes estas BARRERAS para que los PROFESIONALES (tú) puedan ofrecer RECOMENDACIONES adecuadas sobre nutrición a los pacientes trasplantados renales

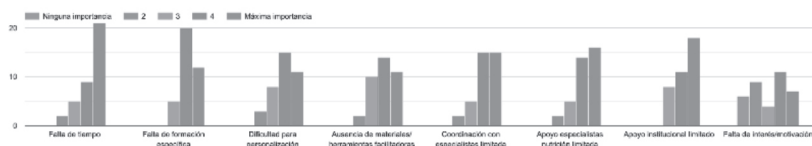


Figura 1. Percepción del grado de importancia de distintas barreras para la nutrición en pacientes trasplantados renales, evaluada mediante una escala Likert de 1 (ninguna importancia) a 5 (máxima importancia). (A) Barreras percibidas por los pacientes (B) Barreras percibidas por los profesionales sanitarios

Impacto del HIF-ESTABILIZADOR en la anemia del postrasplante renal inmediato

Darío Janeiro Marín¹, M.I Galán Fernández¹, Estefanya García Menéndez¹, Mercedes Pérez García¹, M. Rosario Llópez Carratalá¹, Irene García García¹, Jeanette Nora Fernández Cusicanqui¹, Andrea Isabel Alonso Mantellini¹, Helena Trías Reyes¹, José Portolés Pérez¹

1) Hospital Universitario Puerta de Hierro.

108

OC

Introducción

La anemia en el postrasplante renal inmediato se asocia a transfusiones frecuentes y potenciales complicaciones inmunológicas. Los estabilizadores-HIF podrían acelerar la respuesta eritropoyética frente a los agentes estimulantes de la eritropoyesis (ESA) y mejorar la disponibilidad funcional de hierro.

Material y método

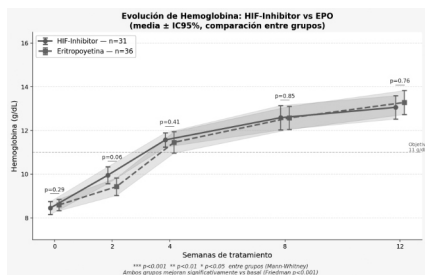
Estudio unicéntrico, observacional y retrospectivo en trasplante renal. Se comparó estabilizador-HIF vs ESA con seguimiento 12 semanas. Variable principal: velocidad incremento de hemoglobina (Hb) en 0–2 semanas [(Hb2–Hb0)/2]. Variables secundarias: evolución Hb 0–12, transfusiones (nº concentrados/paciente y 1 transfusión), infecciones y trombosis a 90 días, suspensión (ajuste dosis=0) y cambios de ferritina. Pruebas: t-Welch/Mann–Whitney para continuas y Fisher exact para categóricas.

Resultados

Se analizaron 31 pacientes con estabilizador-HIF y 36 con ESA (seguridad/transfusiones). La pendiente de Hb 0–2 semanas fue mayor con estabilizador-HIF (0,73 vs 0,41 g/dL/sem; $p=0,016$), compatible con corrección más rápida. El grupo estabilizador-HIF requirió menos transfusiones: 0,26 vs 1,06 concentrados/paciente ($p=0,012$) y menor proporción con 1 transfusión (6/31 [19,4%] vs 17/36 [47,2%]; Fisher $p=0,021$). A 90 días, estabilizador-HIF mostró menos infecciones (10/31 [32,3%] vs 24/36 [66,7%]; $p=0,007$) y trombosis similar (4/31 [12,9%] vs 7/36 [19,4%]; $p=0,526$). La ferritina descendió de forma comparable entre grupos (cambios 0–4 y 0–12 sin diferencias significativas). La suspensión por ajuste=0 fue comparable (14/31 vs 14/36; $p=0,628$). El análisis de costes incluyó escenarios de descuento del ESA sobre el precio oficial, asumiendo una reducción teórica de hasta el 75% por su larga trayectoria; bajo este supuesto, el coste semanal del ESA se aproximaría a 18–19€/semana, similar al del estabilizador-HIF.

Conclusiones

En esta cohorte de trasplante renal, el estabilizador-HIF se asoció a mayor rapidez de respuesta, menor uso de transfusiones y menos infecciones, sin aumento de trombosis. La diferencia económica depende del precio real del ESA y de incluir transfusiones/infecciones en el análisis coste-eficacia. Se requieren estudios prospectivos.





Evolución de los pacientes trasplantados renales en el Hospital Universitario La Paz: influencia en los resultados clínicos en función del centro de seguimiento (trasplantador vs referencia)

Patricia Domínguez Apiñániz¹, Gabriel Ledesma Sánchez², Antonio de Santos Wilhelmi³, Ana Mendoza Cedeño⁴, María Maldonado Martín⁵, Elena Bravo García⁴, Javier Azores Moreno⁴, Elena González García⁴, María López Oliva⁴, Carlos Jiménez Martín⁴

1) Hospital Universitario del Henares, ²Hospital Universitario Infanta Sofía,

³Hospital Universitario La Princesa, ⁴Hospital Universitario La Paz. IdiPAZ,

⁵Hospital Universitario Príncipe de Asturias.

Introducción

El impacto del centro de seguimiento en los resultados del trasplante renal ha sido escasamente explorado. Objetivo: Evaluar la evolución de pacientes trasplantados según seguimiento en el centro trasplantador vs hospitales de referencia.

Material y métodos

Estudio retrospectivo de 274 pacientes trasplantados renales en el Hospital Universitario La Paz (2004–2022). Se compararon 137 pacientes derivados a hospitales de referencia (casos) y 137 seguidos en el centro trasplantador (controles). Se analizaron función renal, proteinuria, tratamiento inmunosupresor, eventos clínicos, supervivencia del paciente y del injerto. Las variables se describieron como media $\pm$ desviación estándar o mediana (RIC), y como frecuencias (%). Las comparaciones se realizaron mediante chi-cuadrado, t de Student/ANOVA/Mann-Whitney.

Resultados

Las características demográficas basales fueron comparables, salvo mayor neoplasia previa en controles (9,5% vs 2,9%; $p=0,026$). Tabla 1

La media del seguimiento fue de 112 ± 55 meses en los casos y 103 ± 52 en los controles. La mediana de tiempo hasta la derivación fue de 1,75 años (0,5–5,16). A los 5 años el 74.5% de los pacientes ya habían sido derivados. La función renal medida por Creatinina sérica fue mejor en los casos con respecto a los controles al año y a los 5 años de seguimiento con diferencias estadísticamente significativas. Tabla 1

Al finalizar el seguimiento, la función renal, la proteinuria y la incidencia de eventos cardiovasculares, neoplasias y diabetes fueron similares en ambos grupos, sin embargo, la supervivencia del paciente y del injerto fue superior en los casos, con una diferencia estadísticamente significativa ($p=0,002$ y $p<0,001$).

Conclusiones

En nuestro medio, el seguimiento en hospital no trasplantador no tiene peores resultados a medio-largo plazo. Las mejores tasas de supervivencia en pacientes derivados deben interpretarse con cautela, probablemente relacionadas con sesgo de selección. La descentralización del seguimiento parece segura, siendo clave optimizar la coordinación entre centros.

Tabla.1 Resultados clínicos, histológicos y supervivencia según centro de seguimiento tras trasplante renal

Variable	Casos (Referencia)	Controles (La Paz)	p valor
A 1 año (n=137/137)			
FG, ml/min (media ± DE)	54 ± 17	50 ± 17	0,025
Creatinina, mg/dL [mediana (RIC)]	1,34 (1,1-1,6)	1,48 (1,19-1,81)	0,01
Proteinuria, mg/g [mediana (RIC)]	135 (89-218)	180 (93-267)	0,01
A 5 años (n=115/105)			
FG, ml/min (media ± DE)	54,3 ± 17,6	49,8 ± 19,1	0,072
Creatinina, mg/dL [mediana (RIC)]	1,30 (1,09-1,6)	1,45 (1,19-1,84)	0,033
Proteinuria, mg/g [mediana (RIC)]	144 (80,1-283,8)	158 (75,2-286,8)	0,506
Seguimiento final (n=107/81)			
FG, ml/min (media ± DE)	49,6 ± 17,9	46,8 ± 19,4	0,29
Creatinina, mg/dL [mediana (RIC)]	1,4 (1,12-1,80)	1,5 (1,19-2,01)	0,16
Proteinuria, mg/g [mediana (RIC)]	201 (108-445)	197,5 (99,25-349)	0,59
Neoplasia postrasplante, n (%)	37 (27,0%)	31 (22,6%)	0,4
Eventos CV, n (%)	18 (13,0%)	24 (17,5%)	0,31
DM postrasplante, n (%)	55 (40,0%)	40 (29,2%)	0,05
Rechazo crónico, n (%)	9 (6,6%)	5 (3,6%)	0,27
Biopsias renales (n)	26	32	
Rechazo agudo, n (%)	3 (2,2%)	3 (2,2%)	0,39*
Rechazo crónico (biopsia), n (%)	6 (4,4%)	5 (3,6%)	0,39*
Glomerulopatía, n (%)	3 (2,2%)	1 (0,7%)	0,39*
IFTA/nefropatía crónica, n (%)	7 (5,1%)	15 (10,9%)	0,39*
Toxicidad inmunosupresora, n (%)	7 (5,1%)	6 (4,4%)	0,39*
Infecciones, n (%)	0 (0%)	2 (1,5%)	0,39*
Supervivencia			
Supervivencia del injerto censurada por muerte al finalizar el seguimiento	82%	60%	<0,001
Supervivencia paciente al finalizar el seguimiento	77%	60%	0,02
Otros			
Tiempo hasta derivación, años [mediana (RIC)]	1,75 (0,5-5,16)	—	—
Seguimiento (meses)	112 ± 55	103 ± 52	0,16



Diferencias por sexo en la estimación de proteinuria a partir del cociente proteína/creatinina en muestra aislada de orina en una cohorte de trasplantados renales. Beneficio del ajuste según estimación de la excreción de creatinina.

Gabriel Ledesma Sánchez¹, Gilda Carreño Cornejo¹, Verónica Mercado Valdivia¹, Sara Aldana Barceló¹, Ángel Gallegos Villalobos¹, Loreto Mariscal de Gante Sánchez¹, Carmen Bollain Carbonell¹, Paula Aporta Franco¹, Antonio Cirugeda García¹, Raquel Díaz Mancebo¹

1) Servicio de Nefrología. Hospital Universitario Infanta Sofía.

Introducción

El cociente proteína/creatinina (CPC) en muestra aislada de orina se utiliza ampliamente como alternativa a la proteinuria de 24 horas, asumiendo una excreción diaria de creatinina constante de 1 gramo al día. Sin embargo, esta excreción varía según el sexo, lo que podría introducir sesgos. Evaluamos el impacto de estas diferencias y si su ajuste mejora la precisión del CPC

Métodos

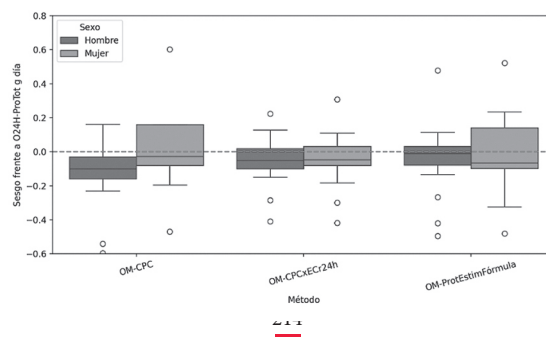
Estudio observacional retrospectivo en 46 pacientes trasplantados renales (25 varones, 21 mujeres) con determinación simultánea de proteinuria en orina de 24 horas y muestra urinaria aislada. La referencia fue la proteinuria de 24 horas (O24H-ProTot). Se analizaron tres métodos a partir del CPC en muestra aislada de orina: CPC no ajustado (OM-CPC), CPC ajustado por la creatininuria medida en orina de 24 horas (OM-CPCxECr24h) y CPC ajustado por la creatininuria estimada mediante fórmula (OM-ProtEstimFórmula). El análisis se estratificó por sexo. Se evaluaron sesgo medio, mediano, error absoluto medio y correlación.

Resultados

Los varones presentaron mayor excreción urinaria de creatinina que las mujeres (1.468 vs 1.029 g/día; $p < 0.01$), con un 84% frente a 33.3% por encima de 1 g/día. El CPC no ajustado infraestimó la proteinuria en varones (0.205 g/día) y la sobreestimó en mujeres (0.337 g/día). El ajuste por creatininuria medida redujo el sesgo a 0.079 g/día en varones y 0.040 g/día en mujeres, disminuyendo también el error absoluto. El ajuste mediante fórmula mejoró la precisión (0.038 g/día en varones; 0.138 g/día en mujeres), aunque con menor corrección en mujeres. La correlación fue alta en todos los métodos (> 0.9).

Conclusiones

Las diferencias por sexo en la excreción de creatinina generan un sesgo sistemático en el CPC convencional. El ajuste individualizado mejora significativamente la precisión. La corrección mediante fórmula representa una alternativa práctica que permite estimar la proteinuria de manera más precisa a partir de una muestra urinaria aislada



Tuberculosis en pacientes trasplantados renales: el reto de conservar el injerto

Alejandro Morales Rosas¹, Natividad Calvo Romero¹, Marina Pujol Pujol¹,
Raquel Jiménez Ortego¹, Julia Ortuño Cabello¹, Isabel Pérez Flores¹,
Arianne Aiffil Meneses¹, Beatriz Rodríguez Cubillo¹, M. Ángeles Moreno de
la Higuera¹, Ana I. Sánchez Fructuoso¹

1) Hospital Clínico San Carlos.



Introducción

La tuberculosis (TB) es una complicación grave en los trasplantados renales tanto por su presentación clínica como por las consecuencias del tratamiento para el injerto renal.

Objetivo

Analizar las variables epidemiológicas y clínicas de TB y su repercusión en la función renal y la supervivencia del paciente a largo plazo.

Material y Métodos

De 2100 trasplantados renales en nuestro centro entre los años 1995 y 2025, se analizó de forma retrospectiva un total de 24 pacientes diagnosticados de TB. Se registraron los datos demográficos, el tipo de tratamiento seleccionado y su repercusión en la función renal y supervivencia a largo plazo. Comparamos la supervivencia del injerto y del paciente de 24 casos con 542 controles mediante curvas de supervivencia de Kaplan-Meier. Se rechazó la hipótesis nula con una $p < 0.05$. Análisis estadístico realizado con SPSSv25.

Resultados

La incidencia de TB en nuestra población a estudio fue del 1%. Se diagnosticó TB pulmonar a 9 pacientes (47,3%) y extrapulmonar a 10 (52,7%). La mayoría de los pacientes (74%) fueron diagnosticados de TB a partir del año del trasplante, los casos con TB diseminada fueron más frecuentes en el primer año. El uso de anticuerpos antilinfocitarios es el principal factor de riesgo para la infección TB ($p < 0,01$). La combinación de rifampicina, isoniazida, etambutol y pirazinamida es la más utilizada (68,5%), con una mediana de duración del tratamiento de 9 meses, aumentando en las formas graves a 12 meses. Observamos una mejor evolución de la función del injerto a largo plazo en regímenes con rifabutina en vez de rifampicina ($p < 0,42$). Observamos un deterioro progresivo de la función del injerto renal tras el diagnóstico y tratamiento de TB. La pérdida del injerto se relacionó de forma inversamente proporcional a la función renal basal ($p < 0,04$). Observamos menor supervivencia del injerto en los infectados (N:24) frente a los controles (N:542) a 8 años de seguimiento.

Conclusiones

La TB es una complicación poco frecuente y tardía del trasplante que reduce la supervivencia del injerto. Los casos de TB diseminada fueron más frecuentes durante el primer año del trasplante y se asocia directamente con el tratamiento con anticuerpos antilinfocitarios. La rifampicina muestra una tendencia clínicamente relevante a un aumento de mortalidad y pérdida del injerto que no se observó en los regímenes que incluyen rifabutina. Esta alternativa terapéutica podría mejorar la supervivencia del injerto en pacientes con infección por tuberculosis.



Complejidad clínica y patrones de respuesta en trasplante renal a una consulta centrada en calidad de vida: perfiles NECPAL y secuencia del impacto del alivio sintomático

Beatriz Rodríguez Cubillo¹, María Ángeles Moreno de la Higuera¹, Paula Gutiérrez Sanjuan¹, María del Rosario Pino¹, Arianne Aiffil¹, Gemma Hernández¹, Rocío Fernández Díaz¹, Diana Gimeno¹, Alejandro Morales¹, Marina Pujol Pujol¹, Isabel Pérez Flores¹, Natividad Calvo Romero¹, Ana Isabel Sánchez Fructuoso¹

1) Hospital Clínico San Carlos.

Introducción

La complejidad clínica en nefrología no depende exclusivamente del pronóstico, sino de la interacción entre síntomas persistentes, fragilidad, carga emocional y deterioro funcional. Herramientas como NECPAL pueden ayudar a identificar perfiles vulnerables y anticipar trayectorias de respuesta.

Objetivo

Analizar la prevalencia de dimensiones NECPAL, describir los perfiles basales según complejidad y explorar la secuencia del impacto del alivio sintomático sobre el malestar emocional y calidad de vida en pacientes trasplantados renales complejos.

Métodos

Estudio descriptivo prospectivo de pacientes trasplantados renales atendidos en una consulta Multidisciplinar (CMD) entre marzo 2023-2026. Se analizaron nueve dimensiones de complejidad según el instrumento NECPAL, se compararon perfiles basales por grupos NECPAL (0-1, 2-3, 4 criterios) y se construyó un modelo de regresión secuencial exploratorio de alivio sintomático.

Resultados

(N=172). La indicación de atención por la consulta multidisciplinar más prevalente fue el distrés emocional (69,6%), seguida de multimorbilidad/uso de recursos (48,2%), síntomas persistentes (44,6%) y demanda/necesidad paliativa (40,4%).

Se observó un gradiente de complejidad NECPAL: a mayor número de criterios, mayor carga sintomática (ESAS total 29,21 vs 38,21 vs 39,86; $p=0,0434$), peor bienestar funcional (índice SF-12 2,71 vs 2,08 vs 1,69; $p=0,016$), mayor fragilidad (CFS 3,38 vs 3,74 vs 6,00; $p<0,001$) y menor autonomía (Barthel 99,64 vs 93,42 vs 73,33; $p<0,001$).

Tras la intervención, el grupo con 2-3 criterios mostró la respuesta más completa en todas las dimensiones, seguida del grupo con 4 criterios, a pesar de concentrar la mayor fragilidad basal. El grupo con 0-1 criterios mostró una respuesta predominantemente emocional (Fig1).

El modelo secuencial confirmó una continuidad significativa en el eje dolor insomnio astenia ansiedad tristeza afrontamiento DME total; siendo el paso final hacia GES fue más débil (fig2).

Conclusiones

NECPAL permite identificar perfiles vulnerables diferenciados y sugiere que la mejoría clínica no depende solo del control sintomático, sino de una secuencia adaptativa en la que el alivio del eje dolor-insomnio-astenia facilita la regulación emocional y el afrontamiento.

Perfil de mejoría clínica relativa (normalizada) por grupo NECPAL (Basal → Mes 3/6)

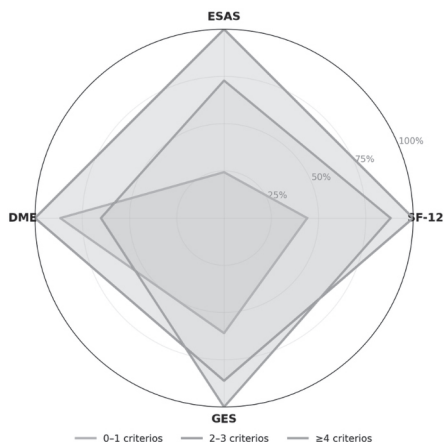
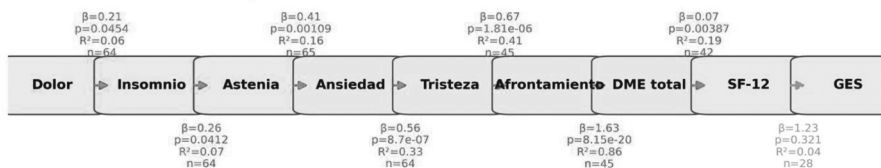


Figura 1. Perfil de mejoría clínica relativa normalizada por grupo NECPAL entre la evaluación basal y el seguimiento temprano (Mes 3 o Mes 6). Se representan de forma integrada los cambios observados en cuatro dimensiones clave del bienestar: carga sintomática (ESAS), malestar emocional (DME), espiritualidad (GES) y bienestar percibido (SF-12). El grupo con 2-3 criterios NECPAL mostró una ganancia plena en todos los ámbitos evaluados, con una respuesta intensa y consistente en síntomas, malestar emocional, espiritualidad y bienestar funcional. Por su parte, el grupo con ≥4 criterios presentó una mejoría clínicamente relevante en todas las dimensiones, incluyendo en la esfera espiritual, lo que resulta especialmente destacable dada la mayor fragilidad y complejidad basal de estos pacientes. El grupo con 0-1 criterios mostró una respuesta más selectiva, predominantemente emocional. En conjunto, la figura ilustra que la intervención multidisciplinaria genera beneficio incluso en los perfiles clínicamente más complejos, aunque con patrones de respuesta diferenciados según la carga basal de necesidades.

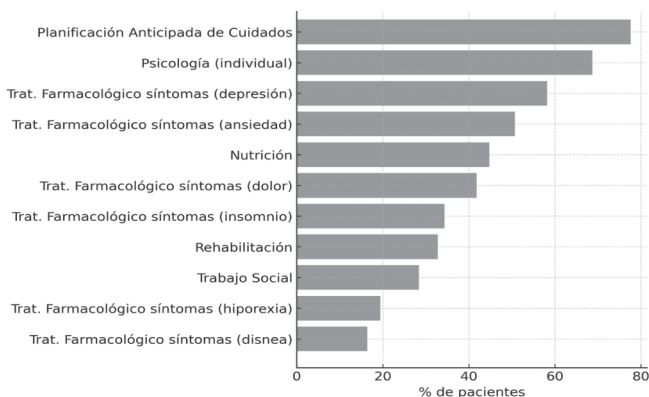
Secuencia del impacto del alivio sintomático en la cohorte intervenida



Mejora positiva definida como reducción de síntomas/DME o incremento en SF-12 y GES. Flecha discontinua: asociación no significativa.

Figura 2. Secuencia del impacto del alivio sintomático en la cohorte intervenida. El eje "dolor-insomnio-astenia-ansiedad-tristeza-afrontamiento", muestra continuidad, mientras que la extensión final hacia la espiritualidad es más débil.

Plan de intervención





Respuesta a daratumumab en los cambios mediados por Anticuerpos y glomerulonefritis recurrentes en el trasplante renal

Rodrigo García Marina¹, Nicolás Macías¹, Adriana Acosta¹, Miryam Elena Polo Cánovas², Arturo Bascuñana¹, María Luisa Rodríguez Ferrero¹, Nohemi Carolina Rentería González³, Beatriz Pérez Peláez¹, Diego Parra¹, Andrea J Hernández¹

1) Hospital General Universitario Gregorio Marañón, 2) Hospital Infanta Leonor, 3) Complejo Hospitalario Universitario Ourense.

Introducción

Daratumumab es un anticuerpo monoclonal *humanizado* anti-CD38 dirigido frente a células plasmáticas, NK y otras inmunorreguladoras. Desarrollado inicialmente para el tratamiento de neoplasias hematológicas, su uso se ha extendido a patologías renales inmunomediadas mostrando resultados prometedores.

En este estudio se recoge la experiencia inicial con daratumumab en trasplantados renales con cambios mediados por anticuerpos y glomerulonefritis (GN) recurrentes.

Métodos

Se analizaron las características de los pacientes, el manejo terapéutico, la respuesta inicial a daratumumab y las complicaciones potenciales en 5 receptores de trasplante renal con distintas indicaciones.

Resultados

Se trataron 3 casos de cambios mediados por anticuerpos (rechazo activo/crónico activo recurrente, rechazo agudo severo precoz refractario, e inflamación microvascular C4d-DSA-) y 2 recurrencias tempranas de GN (glomeruloesclerosis segmentaria y focal y GN proliferativa con depósitos monoclonales [PGNMID]).

La pauta de Daratumumab fue 1800 mg s.c. semanales x4 dosis y continuaron con 1800 mg s.c mensual x3 dosis, excepto la PGNMID (que continuó con dosis semanales en combinación con ciclos repetidos de CyBorD).

La Tabla (*) recoge las características de los pacientes, el manejo y la respuesta inicial al tratamiento. Eran adultos jóvenes, con excelente/buena situación clínica, todos IgG CMV (+), anti-HBs (+), anti-HBc(-), y se realizó profilaxis universal con cotrimoxazol y valganciclovir. Se observó beneficio clínico en el 100%, medido por recuperación de función renal, reducción/eliminación de la proteinuria y/o anti-HLA DSA.

Las complicaciones más habituales fueron hematológicas (anemia 60%, neutropenia 40%, hemorragia 20%), recuperadas al espaciar las dosis de daratumumab. Un paciente precisó hemotransfusión, ninguno G-CSF. No se registraron reactivaciones de CMV/BK ni infecciones bacterianas durante el tratamiento.

Conclusiones

Daratumumab mostró una respuesta rápida y eficaz *en nuestros pacientes* sin problemas de seguridad relevantes, y podría ser una herramienta terapéutica efectiva en patologías inmunomediadas refractarias en el trasplante renal.



Edad (años)	Sexo	Nº Tx	Tiempo post-Tx (meses)	ECOG PF	Indicación daratumumab	Terapias previas	Tratamiento concomitante		Debut	Respuesta	Tiempo de seguimiento (semanas)	
							IS oral	Otros				
1	35	V	4º	42	1	Recurrent caAMR	PLEX, IVIG, RTX	P, MF, TAC	-	↓ eGFR ↑ Proteinuria DSA de novo (2500 MFI)	↑ eGFR ↓ DSA (800 MFI)	12
2	37	V	3º	1	1	Refractory early acute AMR	PLEX, IVIG, Thymo	P, MF, TAC	sciG	DGF DSA preformados (2000 MFI)	↑ eGFR DSA -	8
3	55	V	2º	60	0	Late MVI, C4d-DSA- (PLEX, IGIV post-Tx desensitization)	PLEX, IVIG, RTX	P, MF, TAC	-	↓ eGFR ↑ Proteinuria	↑ eGFR	6
4	54	M	1º	12	1	Early recurrent FSGS	PLEX, IVIG, RTX	P, MF, TAC	Obinutuzumab	Proteinuria Síndrome nefrótico	↓ CAC <1g/g X Nefrótico	8
5	42	V	1º	6	0	Early recurrent PGNMID	-	P, MF, TAC	Ciclofosfamida Bortezomib Dexametasona	- (Biopsia protocolo)	X Albuminuria (Biopsia pendiente)	12

Tx: trasplante, ECOG PF: Eastern Cooperative Oncology Group Performance Status, IS: inmunosupresión, V: varón, M: mujer, caAMR: chronic active antibody mediated rejection, AMR: antibody mediated rejection, MVI: microvascular inflammation, DSA: donor-specific antibodies, FSGS: focal segmental glomerulosclerosis, PGNMID: proliferative glomerulonephritis with monoclonal immunoglobulin deposits, PLEX: plasma exchange, IVIG: intravenous immunoglobulin, RTX: rituximab, Thymo: thymoglobulin, P: prednisone, MF: micafenolato (sódico/mofetilato), TAC: tacrolimus, sciG: subcutaneous immunoglobulin, eGFR: estimated glomerular filtration rate, MFI: mean fluorescence intensity, DGF: delayed graft function, CAC: cociente albúmina/creatinina urinario.



Cambios funcionales de la microbiota intestinal en receptores de trasplante renal con síntomas gastrointestinales. Papel de las bacterias productoras de butirato

Isabel Pérez Flores¹, Marina Pujol Pujol¹, M. Dulce nombre Gómez Garre², Javier Gutiérrez Corral², Adriana Ortega Hernández², Natividad Calvo Romero¹, Arianne Aiffil Meneses¹, Belén Peix Jiménez¹, Beatriz Rodríguez Cubillo¹, M. Ángeles Moreno de la Higuera¹, Ana Sánchez Fructuoso¹

1) Servicio de nefrología. Hospital Clínico San Carlos, 2) Unidad de microbiota. Fundación Investigación Biomédica Hospital Clínico San Carlos.

Introducción

Los síntomas gastrointestinales (SGI) son frecuentes tras el trasplante renal y condicionan morbilidad, calidad de vida y modificaciones del tratamiento inmunosupresor. Aunque los efectos directos de estos fármacos sobre el epitelio intestinal están descritos, el papel de la microbiota intestinal (MI) y su función metabólica sigue sin estar completamente definido.

Objetivos

Caracterizar la MI asociada a SGI en receptores de trasplante renal (RTR) y evaluar la influencia del tratamiento inmunosupresor.

Métodos

Cohorte observacional de 90 RTR con análisis de microbiota fecal mediante secuenciación 16S rRNA. Los SGI severos (sSGI) se definieron como síntomas presentes “todo o casi todo el tiempo” según el cuestionario GIQLI. Se evaluaron taxones bacterianos y un índice funcional de bacterias productoras de butirato (BPB). Se realizaron análisis comparativos y modelos de regresión logística ajustados por edad, sexo, función renal (CKD-EPI), infecciones intercurrentes y tratamiento farmacológico.

Resultados

Se incluyeron 90 RTR (edad media 61 ± 12 años; 62,2% varones), con un tiempo mediano postrasplante de 10,2 (4,6–15,6) años. Treinta y cuatro pacientes (37,8%) presentaron sSGI. Los pacientes con sSGI presentaron una menor abundancia de BPB en comparación con aquellos sin síntomas (1,68 [0,87–3,31] vs 3,83 [1,54–5,23]; $p=0,0035$). En análisis de regresión logística, una mayor abundancia de BPB se asoció con una menor probabilidad de sSGI (OR 0,45; IC95% 0,26–0,79; $p=0,0056$), manteniéndose en el modelo ajustado (OR 0,44; IC95% 0,23–0,83; $p=0,011$). La alteración de la microbiota fue más marcada en pacientes tratados con inhibidores de la calcineurina (ICN) ($p<0,05$), sugiriendo un efecto modulador de la inmunosupresión sobre la microbiota intestinal.

Conclusiones

Los SGI en el trasplante renal se asocian con una alteración selectiva de la MI. Una mayor abundancia de BPB se asocia de forma independiente con menor probabilidad de SGI, lo que sugiere un papel protector de la función metabólica microbiana. Nuestros resultados apoyan un modelo en el que la inmunosupresión, particularmente los ICN, podría contribuir a la disbiosis intestinal y a la aparición de SGI mediante la alteración de la microbiota funcional.

Viremia por citomegalovirus y función renal en receptores de trasplante renal durante 2025

Reiny Verastegui Albites¹, Grace Villacreces Jurado¹, Raquel Moreno García¹, Miriam Domínguez Tejedor¹, Sandra Elías Treviño¹, Sara Jiménez Álvaro¹, María Vallejo García¹, Víctor Burguera Vion¹, Milagros Fernández Licas¹, Cristina Galeano Álvarez¹

1) Hospital Ramón y Cajal.



Introducción

La infección por citomegalovirus (CMV) es una complicación frecuente tras el trasplante renal, con potencial impacto sobre la función del injerto. El umbral para iniciar tratamiento antiviral no está estandarizado, lo que genera variabilidad en la práctica clínica.

Material y método

Estudio observacional retrospectivo de receptores de trasplante renal con infección por CMV durante 2025. Se incluyó el primer episodio por paciente. Se analizaron carga viral inicial y pico, duración de la viremia, tratamiento antiviral y función renal en tres momentos: basal, durante la viremia y a los 3 meses. Se emplearon pruebas de Wilcoxon pareadas y correlación de Spearman.

Resultados

Se identificaron 24 episodios en 21 pacientes (edad media 61 años, 62% varones). La viremia apareció a una mediana de 2,3 meses post-trasplante. La carga viral pico mediana fue 2.206 UI/mL (rango: 163–7.214.099). El 90% recibió tratamiento antiviral, con cargas virales al inicio del tratamiento muy variables (31–7.214.099 UI/mL). Durante la viremia se observó un deterioro renal transitorio, con incremento significativo de creatinina ($p=0,029$) y descenso del eGFR ($p=0,041$), que no persistió a los 3 meses ($p=0,286$ y $p=0,177$, respectivamente). La carga viral pico se correlacionó con mayor duración de la viremia ($\rho=0,59$, $p=0,013$), pero no con el cambio de eGFR a 3 meses ($\rho=0,30$, $p=0,249$). Los pacientes con cargas más altas tenían peor función renal basal ($\rho=0,71$, $p=0,002$), lo que limita la interpretación de este hallazgo.

Conclusiones

La infección por CMV se asoció con un deterioro renal transitorio que no comprometió la función del injerto a corto plazo. La variabilidad en las cargas virales al inicio del tratamiento refleja la complejidad del manejo clínico individualizado en esta población, y los resultados son consistentes con un seguimiento estrecho guiado por contexto clínico en receptores de trasplante renal.



Plasmaféresis e inmunoadsorción en trasplante renal: estudio comparativo de eficacia y seguridad

María Soriano Guillén¹, Ana Kerguelen Fuentes¹, Irene Vázquez Raso¹, Ruth Martínez Galindo¹, Rafael Alejos Ortega¹, Javier Azores Moreno¹, María López Oliva¹, Elena González García¹, Carlos Jiménez Martín¹

1) Hospital Universitario La Paz.

Introducción

La plasmaféresis (PFF) y la inmunoadsorción (IA) son técnicas de aféresis terapéutica indicadas en el rechazo agudo mediado por anticuerpos (AMR) y la desensibilización pretrasplante renal según guías ASFA. La evidencia comparativa sobre resultados clínicos es limitada. El objetivo fue comparar la eficacia y seguridad de ambas técnicas en pacientes trasplantados renales.

Métodos

Se realizó un estudio retrospectivo observacional unicéntrico con 17 pacientes trasplantados renales tratados entre enero de 2022 y marzo de 2024: 11 mujeres (64,7%) y 6 hombres (35,3%), edad media 56 años (mediana 64; rango 22–77). Los pacientes recibieron PFF (n=13) o IA (n=4); indicación principal desensibilización pretrasplante (n=15; 88,2%) y AMR (n=2; 11,8%). Se definió resolución total como injerto funcionante sin diálisis de mantenimiento a los 30 días; resolución parcial como mejoría clínica con función renal subóptima; y fracaso terapéutico como pérdida del injerto o diálisis permanente. Se analizaron mortalidad, infecciones, aparición de anticuerpos específicos contra el donante (*Donor-Specific Antibodies*, DSA) *de novo* y parámetros hematológicos. Análisis estadístico: Chi-cuadrado, test exacto de Fisher y U de Mann-Whitney ($p < 0,05$).

Resultados

Ambas técnicas mostraron resultados clínicos comparables en todas las variables analizadas. En cuanto a eficacia, la resolución total fue del 76,9% con PFF y 50% con IA ($p=0,330$), con injerto funcionante a 12 meses del 100% y 75% respectivamente ($p=0,235$). La mortalidad fue nula en ambos grupos. Respecto a la seguridad, las infecciones asociadas al procedimiento fueron escasas (7,7% en PFF frente a 0% en IA $p=0,750$) y no se registraron complicaciones del acceso vascular en ningún caso. Los DSA *de novo* aparecieron con mayor frecuencia en el grupo PFF (46,2% vs 25%; $p=0,441$). No se observaron diferencias significativas en los parámetros hematológicos ni en la creatinina a 12 meses. No se registraron complicaciones asociadas a las diferentes técnicas.

Conclusiones

La IA y la PFF muestran una eficacia clínica y seguridad similar pese a la mayor eficiencia de la IA en la eliminación de anticuerpos por sesión. El tamaño muestral reducido y el diseño retrospectivo limitan la extrapolación de los datos obtenidos.

Quiloperitoneo inducido por calcioantagonistas en trasplante renal: una causa excepcional fuera del ámbito de la diálisis peritoneal

Gabriel Ledesma Sánchez¹, Gilda Carreño Cornejo¹, Verónica Mercado Valdivia¹, Sara Aldana Barceló¹, Loreto Mariscal de Gante Sánchez¹, Carmen Bollain Carbonell¹, Paula Aporta Franco¹, Yolanda Hernández Hernández¹, Rocío Echarri Carrillo¹, Antonio Cirugeda García¹

1) Servicio de Nefrología. Hospital Universitario Infanta Sofía.



Introducción

El quiloperitoneo es una causa infrecuente de ascitis, caracterizada por líquido ascítico lechoso con triglicéridos elevados. En Nefrología se ha descrito principalmente en diálisis peritoneal, asociado al uso de calcioantagonistas (ACC). Su aparición en pacientes trasplantados renales sin diálisis peritoneal es excepcional.

Caso clínico

Mujer de 28 años con enfermedad renal crónica secundaria a vasculitis ANCA-MPO y trasplante renal en 2010 tras breve periodo en diálisis peritoneal. Antecedentes de enfermedad linfoproliferativa postrasplante en remisión y embarazo complicado con preeclampsia. En tratamiento con tacrolimus, everolimus y prednisona.

Consultó en noviembre de 2024 por ascitis de nueva aparición, con filtrado glomerular de 25 ml/min/1,73 m². La paracentesis mostró líquido quiloso (triglicéridos 220 mg/dl), sin datos de infección ni malignidad. Se descartaron causas habituales como trombosis portal, recidiva linfoproliferativa y hepatopatía estructural.

La revisión del tratamiento identificó la introducción reciente de manidipino. La ascitis apareció a las 48 horas de su inicio y se resolvió completamente en 72 horas tras su retirada, apoyando una relación causal. El mecanismo implicado podría ser la vasodilatación esplácnica y el aumento de la permeabilidad linfática inducidos por ACC lipofílicos, potencialmente favorecidos por el uso concomitante de inhibidores de mTOR.

Posteriormente, la paciente desarrolló deterioro rápidamente progresivo de función renal con anemia, trombopenia y esquistocitos. La biopsia renal mostró microangiopatía trombótica junto con rechazo humoral crónico activo. Se trató con eculizumab, con respuesta hematológica, pero sin recuperación funcional del injerto, precisando hemodiálisis.

Conclusión

Presentamos el primer caso descrito de quiloperitoneo inducido por calcioantagonistas en trasplante renal. Ante ascitis quilosa de aparición reciente, es fundamental considerar causas farmacológicas, especialmente ACC lipofílicos, dado que su retirada puede ser curativa.

Tabla: Posibles factores predisponentes para quiloperitoneo en trasplante renal y su presencia en el caso

Factores asociados a quiloperitoneo en TR	Factores presentes en el caso	Relevancia en el caso
Diálisis peritoneal previa	Si	Baja (remota y breve)
Enfermedad linfoproliferativa	Si	Baja (en remisión completa)
Embarazo/ preeclampsia	Si	Baja (remoto, posible lesión endotelial residual tras preeclampsia grave)
Antagonistas del calcio	Si (manidipino)	Alta (relación temporal)
Inhibidores de mTOR	Si (everolimus)	Alta (posible efecto sinérgico con ACC)
Cirugía abdominal previa	Si (trasplante renal)	Baja (remoto, técnica extraperitoneal)
Rechazo del injerto (especialmente agudo)	Si (tipo humoral crónico activo + borderline)	Baja (escasa inflamación aguda, diagnóstico posterior)
Diabetes mellitus	No	
Obesidad (IMC >30)	No	
Alteración de la coagulación / anticoagulantes	No	



Afectación renal tardía por amiloidosis Aa tras trasplante pulmonar en fibrosis quística

M.I Galán Fernández¹, M. Rosa Melero Martín¹, Darío Janeiro Marín¹, Beatriz Sánchez Sobrino¹, Jeanette Nora Fernández Cusicanqui¹, María De Valdenebro Recio¹, Mercedes Pérez García¹, María Marques Vidas¹, José Portolés Pérez¹

1) Hospital Universitario Puerta de Hierro.

Introducción

La fibrosis quística (FQ) es una enfermedad genética multisistémica causada por mutaciones en el gen CFTR (regulador de la conductancia transmembrana de la fibrosis quística). La afectación pulmonar constituye la principal causa de morbilidad evolucionando hacia la insuficiencia respiratoria terminal requiriendo trasplante pulmonar. Tras el aumento de la esperanza de vida observado en las últimas décadas, han comenzado a objetivarse complicaciones tardías previamente infrecuentes, entre ellas la enfermedad crónica renal asociada a la fibrosis quística.

Materiales y métodos

Se presenta el caso de una mujer de 36 años con antecedentes personales de FQ que recibió un trasplante unipulmonar derecho en 2008, DM tipo II y ERC G3bA3 (FGe 31 ml/min/1,73m²) de etiología multifactorial en tratamiento con prednisona, tacrolimus y everolimus.

Ingresa en anasarca con deterioro progresivo de la función renal (FGe 15 ml/min/1,73m²), proteinuria subnefrótica de 0.93 g/24h con albuminuria de 0.43 mg/24 e hipoalbuminemia de 2,6 g/dl. Sedimento urinario inactivo. Se mantiene hipertensa, aunque sin datos de microangiopatía trombótica.

Se realiza estudio inmunológico que resulta anodino, anticuerpos negativos y proteinograma en suero y orina sin monoclonalidad.

Presenta reagudización de una polineuropatía mixta axonal de miembros inferiores sin datos de lesión axonal activa, que se trata con gabapentina. El ecocardiograma muestra FEVI preservada, sin hipertrofia del ventrículo izquierdo. En el TC abdominal describen riñones de tamaño normal y grosor cortical adelgazado, además de un engrosamiento parietal difuso del ciego y colon ascendente de probable carácter inflamatorio. Dicha anomalía se estudia mediante colonoscopia, resultando esta normal.

Resultados

Se realiza biopsia renal que nos confirma el diagnóstico de la paciente. La muestra presentaba ocho glomérulos: seis de ellos esclerosados, los otros dos con expansión nodular de matriz mesangial, PAS +, plata negativa. IF negativa. Rojo Congo + en glomérulos, vasos, peritubular y tejido adiposo perirrenal compatible con amiloidosis AA.

La cuantificación de amiloide sistémico es de 94.7 mg/l (0 - 6.4), por lo que se inicia tratamiento con Tocilizumab (anti IL 6).

Conclusión

La AA es una causa infrecuente de ERC asociada a la FQ. El reemplazo de la función pulmonar con el trasplante ha mejorado la calidad y esperanza de vida de estos pacientes. Sin embargo, la persistencia de inflamación crónica mantenida en la FQ, junto a las infecciones favorecidas por la inmunosupresión son un trigger para el desarrollo de este tipo de amiloidosis, cuyo tratamiento requiere un abordaje multidisciplinar.

Desafíos en la revascularización de un bloque pediátrico: disección arterial refractaria a terapia endovascular tratada con un bypass protésico a aorta infrarrenal

Raquel Jiménez Ortego¹, Beatriz Rodríguez Cubillo¹, Celia Ortega Rueda², Isaac Martínez López², Marco Ciappara Paniagua³, María Ángeles Moreno de la Higuera¹, Natividad Calvo Romero¹, Isabel Pérez Flores¹, Ana Isabel Sánchez Fructuoso¹

1) Hospital Clínico San Carlos, 2) Hospital Clínico San Carlos (Cirugía Vascular), 3) Hospital Clínico San Carlos (Urología).



Introducción

Las complicaciones vasculares en el trasplante renal son infrecuentes (<10%), siendo la disección arterial una entidad excepcional. Habitualmente ocurre de forma precoz y relacionada con la manipulación quirúrgica. Su aparición tardía es rara y plantea importantes retos diagnósticos y terapéuticos.

Caso clínico

Presentamos el caso de un varón de 43 años con trasplante renal en bloque pediátrico en 2024. En 2025 se evidenció en TAC una disección espontánea de la arteria iliaca externa del receptor, proximal a la anastomosis del injerto, con función renal inicialmente conservada, pero hipertensión arterial resistente.

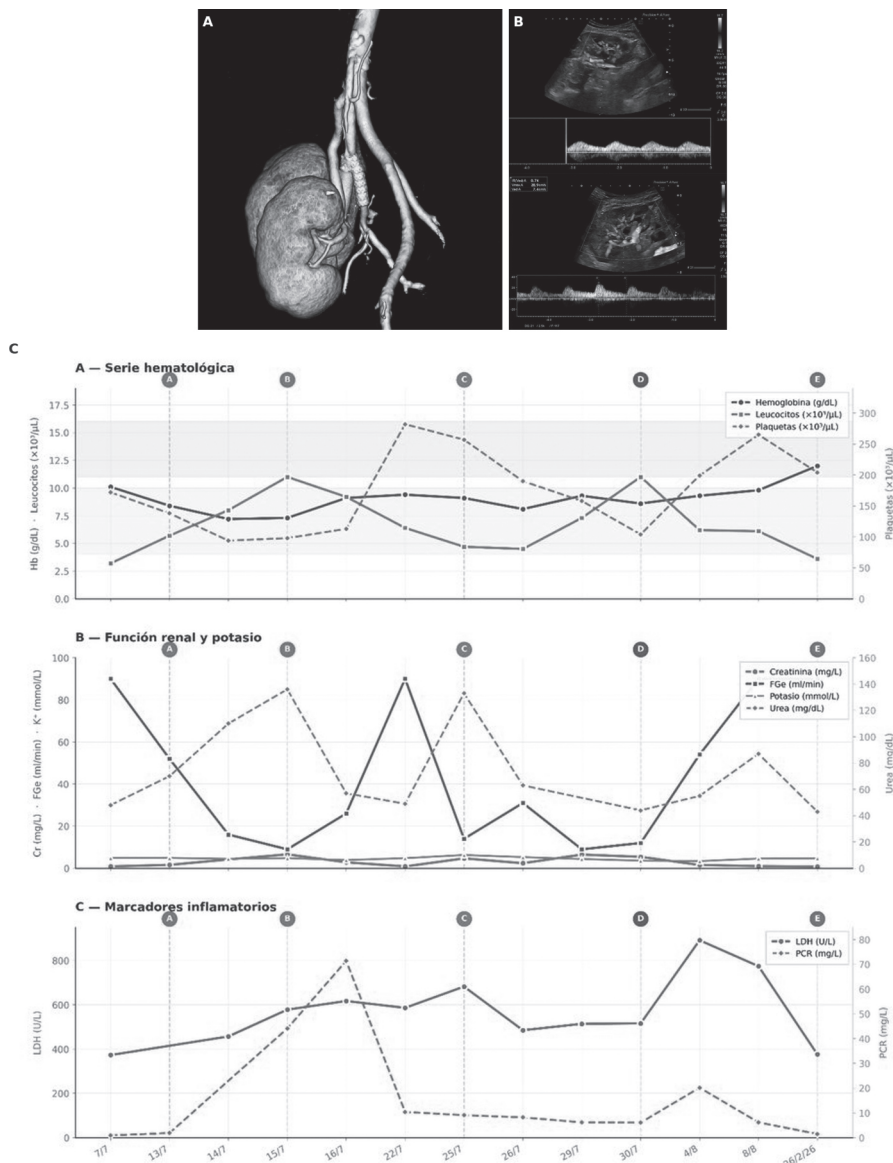
Se optó por tratamiento activo dada la clínica y el riesgo evolutivo incierto. Se realizaron dos intentos de abordaje endovascular mediante kissing stent y stent adicional fenestrado sobre la propia anastomosis (SMART) (Imagen 1), ambos fallidos, con episodios de fracaso renal agudo asociado oligúrico que requirieron hemodiálisis aguda. En ecodoppler persistía flujo parvus et tardus (Imagen2). Ante el deterioro clínico, se realizó un tercer abordaje mediante cirugía abierta, implantando un bypass protésico con PTFE entre la aorta abdominal infrarrenal del receptor y el parche aórtico pediátrico del donante (Imagen3).

Tras la cirugía, el paciente presentó recuperación completa de la función renal y normalización de la perfusión del injerto. Al año de seguimiento, mantiene función renal estable y adecuada perfusión tanto del injerto como del miembro inferior ipsilateral (Figura1).

Conclusiones

La disección arterial tardía en trasplante renal es excepcional, especialmente en injertos en bloque pediátrico. Aunque el tratamiento endovascular es la opción preferente, puede no ser viable en anatomías complejas. En este contexto, el bypass protésico constituye una alternativa eficaz.

Presentamos el primer caso descrito de resolución exitosa mediante bypass con PTFE entre la aorta del receptor y el parche aórtico del donante en un bloque pediátrico. Esta estrategia puede ser clave en casos no candidatos/refractarios a tratamiento endovascular.



(A) Colocación kissing stent · (B) Angioplastia simple sobre kissing stent · (C) Colocación SMART stent · (D) Realización bypass · (E) Situación actual
Figura 1. Evolución de parámetros analíticos durante el seguimiento clínico. Las líneas verticales discontinuas señalan los eventos vasculares (A-E).

Trasplante pulmonar y síndrome hemolítico urémico

Irene García García¹, Rosa Melero Martín¹, María Valdenebro Recio¹, Darío Janeiro Marín¹, Estefanya García Menéndez¹, Beatriz Sánchez Sobrino¹, Jeanette Fernández Cusicanqui¹, Eduardo Martínez Morales¹, Claudia Martín Rodríguez¹, José María Portolés Pérez¹

1) Hospital Puerta de Hierro.

120

P

Introducción

El síndrome hemolítico urémico (SHU) es una enfermedad sistémica caracterizada por la activación descontrolada de la vía alterna del complemento, que produce lesión endotelial y se manifiesta histológicamente como microangiopatía trombótica (MAT). El tratamiento inmunosupresor basado en inhibidores de calcineurina y mTOR, como tacrolimus y everolimus, constituye una causa reconocida de SHU, y las infecciones víricas pueden actuar como desencadenantes. El manejo del SHU secundario se basa en el tratamiento de la causa subyacente; no obstante, en casos seleccionados puede ser necesario el bloqueo del complemento terminal (C5b-9). Se presenta el caso de una paciente trasplantada pulmonar que desarrolla SHU secundario a un proceso infeccioso, con necesidad de tratamiento con Eculizumab.

Material y Métodos

Mujer de 67 años, trasplantada pulmonar por EPOC en 2014, con antecedente de sarcoma de Kaposi en el injerto, en tratamiento inmunosupresor con tacrolimus, everolimus y prednisona. Presentaba enfermedad renal crónica desde 2019, atribuida a toxicidad por inmunosupresores, con creatinina basal de 1.5–2 mg/dl. Ingresa por infección por SARS-CoV-2 con afectación respiratoria y digestiva, asociando insuficiencia renal aguda prerrenal con creatinina máxima de 4.1 mg/dl. A pesar de sueroterapia y tratamiento con remdesivir, presenta deterioro progresivo de la función renal, desarrollo de hipertensión arterial y alteraciones analíticas consistentes en elevación de LDH hasta 2007 U/L, trombopenia de $48 \times 10^3/\mu\text{L}$, hemoglobina de 6.5 g/dl y presencia de 5.5% de esquistocitos en frotis periférico.

Resultados

Se realizó biopsia renal con obtención de 33 glomérulos, de los cuales 8 estaban completamente esclerosados y 3 mostraban engrosamiento fibroso capsular. El resto presentaba aumento del espacio de Bowman y colapso del ovillo capilar, sugestivo de isquemia. Se observaron trombos aislados y necrosis arteriolar. En inmunofluorescencia se objetivaron depósitos de C3 y fibrinógeno en la pared capilar, así como positividad para C4d en inmunohistoquímica. Se confirmó el diagnóstico de MAT atribuida al tratamiento inmunosupresor, procediéndose a la suspensión de everolimus e inicio de tratamiento con eculizumab. La paciente recibió cuatro dosis semanales de 900 mg, con mejoría de la función renal hasta creatinina de 2 mg/dl y normalización progresiva de los parámetros hematológicos, con descenso de esquistocitos al 1%. Posteriormente continuó tratamiento ambulatorio con cuatro dosis quincenales de 1.200 mg, manteniéndose clínicamente estable y sin recurrencia de MAT.

Conclusiones

Eculizumab constituye una opción terapéutica eficaz en el manejo del SHU secundario. La instauración precoz del tratamiento resulta clave para la recuperación de la función renal y la resolución de las manifestaciones hematológicas.

26



Vicadrostát con y sin empagliflozina reduce la albuminuria en todas las clases de riesgo KDIGO en la enfermedad renal crónica

María Marín¹, Katherine R Tuttle², Sibylle Hauske³, Lisa Cronin⁴, Juliane Meyerhoff³, Bo Ji⁴, Dick de Zeeuw⁵, Peter Rossing⁶

1) Medical Affairs, Boehringer Ingelheim (Sant Cugat del Valles/España), 2) Providence Inland Northwest Health (Spokane/USA), 3) Boehringer Ingelheim International (Ingelheim/Germany), 4) Boehringer Ingelheim Pharmaceuticals, Ridgefield (Ridgefield/USA), 5) University Medical Centre Groningen (Groningen/Netherlands), 6) Steno Diabetes Center Copenhagen (Copenhagen/Denmark)

Introducción

Vicadrostát/empagliflozina se encuentra en desarrollo clínico para tratar la enfermedad renal crónica (ERC), insuficiencia cardíaca y reducción del riesgo cardiovascular. Este ensayo fase-II (NCT05182840) investigó la eficacia y seguridad de vicadrostát, un inhibidor altamente selectivo de la aldosterona sintasa (ASi), administrado solo o en combinación con empagliflozina, en participantes con ERC y con o sin DM2. El objetivo fue evaluar los efectos sobre la albuminuria según la clase de riesgo KDIGO.

Material y Métodos

Adultos con ERC (TFGe 30–<90 ml/min/1,73m², cociente albúmina: creatinina en orina (CACo) 200–<5.000 mg/g) que recibían la dosis máxima tolerada de un iSRA, fueron aleatorizados (R1) 1:1 a empagliflozina 10mg como tratamiento de base o placebo (PBOEMPA) durante 8 semanas (pre-inclusión). Posteriormente, fueron re-aleatorizados (R2) 1:1:1:1 a vicadrostát (3mg, 10mg o 20mg) o placebo (PBOVICA) durante 14 semanas, además de empagliflozina o PBOEMPA. Variable principal: cambio en el CACo respecto al valor basal de R2. Se evaluaron los efectos de vicadrostát según la clase de riesgo KDIGO (moderado-alto o muy alto).

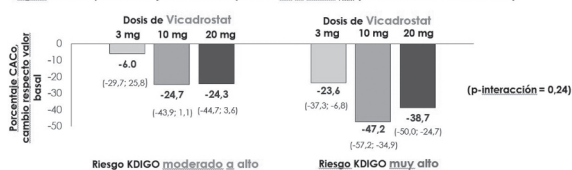
Resultados

De los 583 participantes, 229 (40%) se clasificaron como clase de riesgo KDIGO moderado-alto y 345 (60%) muy alto. Las características demográficas-clínicas basales fueron similares entre los grupos, excepto por una mayor aldosterona sérica, menor TFGe y un mayor CACo en el grupo de riesgo muy alto. El % de cambio del CACo ajustado a placebo respecto al basal fue -24,7% en el grupo de riesgo moderado-alto y -47,2% en el grupo de riesgo muy alto (P-interacción=0,24) con vicadrostát 10mg. Una mayor proporción de pacientes aleatorizados a vicadrostát en ambos grupos logró una reducción del CACo 30% con todas las dosis analizadas (p<0,001).

Conclusión

Vicadrostát, con y sin empagliflozina, redujo la albuminuria en todo el espectro de riesgo KDIGO, por lo que la combinación vicadrostát-empagliflozina muestra potencial como una opción de tratamiento de la ERC.

Figura. Cambio porcentual ajustado frente a placebo en el CACo_{PM} (valor basal hasta la semana 14)*



*Ajustado por la presencia o ausencia de empagliflozina de base

KDIGO, Kidney Disease: Improving Global Outcomes; CACo, cociente albúmina:creatinina en orina



La inflamación subclínica del donante condiciona la funcionalidad del injerto a los seis meses del trasplante.

Estudio multicéntrico prospectivo en biopsia líquida

Rocío Ruiz-Jimenez¹, Ariadna Martín-Blázquez¹, Emilio Rodrigo Calabria²,
María José Ortega Fernández-Reyes², María Luisa Fernández-Gutierrez³,
Ana Ramos³, Marina Pérez Redondo⁴, Rosana Gelpi⁵, Angela Casas⁵,
Armando Coca⁶, Elena Bustamante⁶, Marta Martín-Lorenzo¹, Gloria
Alvarez-Llamas¹

1) Instituto de Investigación Sanitaria Fundación Jiménez Díaz (IIS-FJD, UAM), 2) Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, 3) Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, 4) Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, 5) Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, 6) Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Introducción

La evaluación de riñones para trasplante sigue siendo un reto, con tasas de descarte del 9–28% según el país, la experiencia del centro y las herramientas diagnósticas. El objetivo de este estudio es identificar marcadores en orina del donante asociados a la función renal postrasplante a medio plazo que complementen la evaluación del injerto y permitan trasplantar con seguridad riñones que presenten dudas.

Material y Métodos

Estudio multicéntrico, observacional y prospectivo. Se reclutaron 134 donantes fallecidos de 5 hospitales españoles y se clasificaron según la tasa de filtración glomerular (TFG) del receptor a los 6 meses postrasplante en: funcionalidad óptima (TFG ≥ 45 mL/min/1,73 m²) o funcionalidad subóptima (TFG < 45 mL/min/1,73 m²). Se analizaron 184 proteínas en orina de donantes mediante inmunoensayos de extensión por proximidad. Se realizó un análisis diferencial y de redes de asociación funcional para identificar dianas con potencial predictor de funcionalidad postrasplante a los 6 meses (p valor < 0.05). Se realizaron análisis dirigidos en orina de una cohorte independiente de donantes por ELISA y en biopsias renales pretrasplante por inmunohistoquímica (CD68).

Resultados

De 134 donantes, 17 fueron excluidos por falta de receptor, fallecimiento o pérdida/no función del injerto; otros 17 no pudieron clasificarse por presentar dos receptores con resultados discordantes. Un 59% de los pacientes clasificados presentaron funcionalidad renal óptima a los 6 meses (TFG = 62 [52–73] mL/min/1,73 m²): edad donante = 57 [47–64], 61% hombres, 42% DCE, 13% evento CV previo, 20% FRI. Un 41% de los pacientes presentaron funcionalidad subóptima (TFG = 33 [25–38] mL/min/1,73 m²): edad donante = 69 [60–73], 56% hombres, 63% DCE, 11% evento CV previo, 39% FRI. En orina de donantes se identificó respuesta inflamatoria como proceso biológico asociado a funcionalidad subóptima del injerto a los 6 meses independientemente de variables clínicas. Las biopsias pretrasplante evidenciaron un mayor reclutamiento de macrófagos en injertos con funcionalidad subóptima a 6 meses. Proponemos un score de inflamación subclínica derivado de los resultados moleculares que muestra un valor predictivo de funcionalidad renal óptima a medio plazo del 95% (AUC = 0,82; Sensibilidad = 0,95; Especificidad = 0,61; VPP = 0,61; VPN = 0,95).

Conclusiones

La inflamación subclínica del donante, reflejada en orina como una firma de mediadores inflamatorios, asocia con la función renal postrasplante a medio plazo. Este perfil molecular inflamatorio subclínico es complementario en la evaluación del injerto al momento del trasplante y podría ayudar en la toma de decisiones.



Inhibición de la senescencia celular en un modelo preclínico de glomeruloesclerosis focal y segmentaria

Antonio Battaglia-Vieni¹, Cristina Garcia-Caballero¹, Auxiliadora Bajo², Sandra Rayego-Mateos³, Marta Ruiz-Ortega¹

1) Laboratorio de Biología Celular en Enfermedades Renales. FJD, UAM. RICOR 2040 (Madrid), 2) Inflamación e Inmunopatología de Órganos y sistemas. Hospital Universitario La Princesa (Madrid), 3) Laboratorio de Biología Celular en Enfermedades Renales. FJD, UAM. GLOMED (Madrid)

Introducción

La glomeruloesclerosis focal y segmentaria (FSGS) constituye una de las principales causas de síndrome nefrótico y enfermedad renal crónica (ERC). Es una patología glomerular caracterizada por la pérdida de podocitos asociada a la activación y migración de las células epiteliales parietales (PEC), favoreciendo la esclerosis glomerular, contribuyendo a la pérdida progresiva de la función de filtración. La senescencia celular se define por una parada irreversible del ciclo celular y un cambio de fenotipo, caracterizado principalmente por presentar un secretoma senescente aberrante (denominado SASP del inglés). La presencia de células senescentes se ha demostrado en biopsias renales de pacientes con FSGS surgiendo que estas células contribuyen a la progresión del daño y podrían ser una diana terapéutica. Planteamos la hipótesis de que la combinación senolítica dasatinib más quercetina (DQ) podría eliminar las células senescentes y ser una nueva estrategia terapéutica frente a la FSGS.

Métodos y resultados

Hemos realizado un modelo preclínico de FSGS en ratones macho BALB/c de 12 semanas de edad que recibieron una inyección adriamicina (ADR, 10 mg/kg, retroorbital). Se realizó un tratamiento terapéutico, empezando a los 3 días tras el daño, de DQ (D 5 mg/kg + Q 50 mg/kg vía oral cada 4 días). Para esclarecer los mecanismos, se estudiaron células en cultivo primario (podocitos y PEC) y líneas celulares.

En el modelo preclínico de FSGS, DQ mejoró la función renal al restaurar los niveles de creatinina, la expresión glomerular de nefrina (determinada por inmunofluorescencia), lo que muestra un efector protector al atenuar el daño podocitario. En los ratones con FSGS se detectó daño en el ADN, evaluado mediante H2AX, mayoritariamente a los 15 días en podocitos. Las células p21+ senescentes aparecieron en ese momento, predominantemente en podocitos, aumentando su número a los 22 días, asociado a la aparición de PECs p21+. DQ mostró actividad senolítica al reducir células glomerulares p21+, además de suprimir genes asociados a senescencia, como Cdkn1a, Cdkn2a y H2afx, y componentes SASP como Ccl2, Ccl5, Il6, Ccl8 y Tgf. In vitro, DQ bloqueó la senescencia inducida por ADR en cultivos podocitos primarios, demostrando su capacidad senolítica, y previno la senescencia secundaria en PECs (demostrada por experimentos de cocultivos podocitos-PECs).

JQ1 reduce el daño glomerular en un modelo de glomeruloesclerosis focal y segmentaria

Cristina García-Caballero¹, Antonio Battaglia¹, Nerea Méndez-Barbero², Elena Flores Salguero³, Beatriz Suarez Álvarez⁴, Anna Sola⁵, Auxiliadora Bajo⁶, Alberto Ortiz⁷, Marta Ruiz-Ortega¹, Sandra Rayego-Mateos⁸

1) Biología Molecular y Celular en Patología Renal y Vascular, IIS-FJD, UAM. Ricors2040, Instituto de Salud Carlos III (Madrid), 2) Laboratorio de Investigación Vascular, IIS-FJD (Madrid) CIBERCV, ISCIII (Madrid), 3) Biología Molecular y Celular en Patología Renal y Vascular, IIS-FJD, UAM. Grupo de medicina glomerular y terapéutica (GLOMED) (Madrid), 4) Inmunología Traslacional, Instituto de Investigación Sanitaria del Principado de Asturias (ISPA). Ricors2040, Instituto de Salud Carlos III (Oviedo), 5) Departamento de Nefrología y Trasplante, Institut d'Investigació Biomèdica de Bellvitge (IDIBELL), Hospitalet de Llobregat (Barcelona), 6) Inflamación e Immunopatología de Órganos y Sistemas. Hospital Universitario La Princesa. Ricors2040, Instituto de Salud Carlos III (Madrid), 7) Laboratorio de Nefrología e Hipertensión, IIS-FJD–UAM. Ricors2040, Instituto de Salud Carlos III (Madrid), 8) Biología Molecular y Celular en Patología Renal y Vascular, IIS-FJD, UAM. Grupo de medicina glomerular y terapéutica (GLOMED). (Madrid)

Introducción

Las enfermedades glomerulares representan entre el 20 y el 25% de los casos que progresan a terapia de reemplazo renal en Europa y constituyen un importante desafío en nefrología. Su progresión hacia fracaso renal está impulsada principalmente por el daño podocitario y la cicatrización glomerular, con una respuesta limitada a las terapias actualmente disponibles. En este contexto, las células epiteliales parietales (PECs) se activan y adquieren un fenotipo proliferativo y mal adaptativo que contribuye al desarrollo de esclerosis segmentaria. Las terapias basadas en fármacos epigenéticos, como los inhibidores de las proteínas de bromodominio y extraterminales (iBET), han demostrado efectos beneficiosos en modelos experimentales de enfermedad renal mediante la modulación de respuestas inflamatorias y proliferativas. En base a estos antecedentes, planteamos que la inhibición de las proteínas BET podría constituir una estrategia terapéutica prometedora para la glomeruloesclerosis focal y segmentaria (GEFS).

Material y Métodos

Para evaluar esta hipótesis, desarrollamos un modelo experimental de GEFS en ratones BALB/C macho mediante la administración intravenosa de adriamicina (ADR, 10 mg/kg). Los animales fueron tratados diariamente con el iBET, JQ1 (50 mg/kg, vía intraperitoneal). Los análisis se realizaron 15 días después de la administración de ADR. Paralelamente, se llevaron a cabo estudios *in vitro* en podocitos humanos y PECs, pretratados con JQ1 (50 mM) durante una hora y posteriormente estimulados con ADR (0,5 µg/ml). Las muestras se evaluaron mediante análisis histológicos, de expresión génica y proteica. En el modelo de GEFS inducido por ADR, los ratones presentaron un aumento significativo de la creatinina sérica y proteinuria, indicadores de disfunción renal, ambos atenuados tras el tratamiento con JQ1. Histológicamente, se observaron lesiones esclerosantes segmentarias, esclerosis con adhesión capsular y proliferación extracelular, evaluadas mediante tinciones PAS y Masson. Los glomérulos aislados de ratones tratados con ADR mostraron una mayor expresión de *Ki67* y *CD9*, marcadores asociados a proliferación y migración de las PECs, respectivamente, efectos que fueron significativamente reducidos por JQ1. Los estudios *in vitro* revelaron que JQ1 disminuyó la expresión



inducida por ADR de marcadores de daño podocitario (*CXCL12*, *IL1*, *ICAM1*) y de mediadores proinflamatorios (*IL6*, *CCL2*). Asimismo, en PECs, JQ1 suprimió la sobreexpresión de marcadores de activación (*CD44*, *MCSF1*, *MCSF1R*), citocinas proinflamatorias (*CCL2*, *CCL5*, *IL6*) y marcadores fibróticos como fibronectina y colágeno.

Conclusiones

En conclusión, estos resultados muestran que JQ1 atenúa de forma significativa los principales procesos patológicos de la GEFS, apoyando su potencial como una estrategia terapéutica innovadora para prevenir el daño renal progresivo.

Alteraciones del glicocáliz endotelial y de las moléculas de adhesión en la enfermedad renal crónica: implicaciones en el riesgo cardiovascular

Gemma Valera Arévalo¹, María del Mar Rodríguez San Pedro¹, María Gabriela Ortiz Díaz², Natalia Guerra Pérez¹, Jara Caro Espada³, Claudia Yuste Lozano³, Rafael Ramírez Chamond⁴, Matilde Alique Aguilar⁴, Enrique Morales Ruiz³, Julia Carracedo Añón¹

1) Departamento de Genética, Fisiología and Microbiología, Facultad de Ciencias biológicas, Universidad Complutense de Madrid/Imas12/IRYCIS, 2) Departamento de Genética, Fisiología and Microbiología, Facultad de Ciencias biológicas, Universidad Complutense de Madrid, 3) Departamento de nefrología, Hospital Universitario 12 de Octubre/Imas12/IRYCIS, 4) Departamento de Biología de sistemas, Universidad de Alcalá.



Antecedentes y objetivos

La enfermedad renal crónica (ERC) se asocia a una elevada incidencia de enfermedades cardiovasculares (ECV), siendo la disfunción endotelial un factor subyacente en su desarrollo. La hipótesis de este estudio es que la disfunción endotelial se asocia a la degradación del glicocáliz endotelial y al aumento de la expresión de moléculas de adhesión leucocitaria en las células endoteliales. El objetivo de este estudio fue evaluar los niveles plasmáticos de los componentes del glicocáliz endotelial sindecano-1 (SDC-1) y glipicano-1 (GPC-1), así como de las moléculas de adhesión endotelial VCAM-1 y E-selectina, y analizar su posible asociación con el desarrollo posterior de ECV.

Métodos

Estudio transversal de 156 pacientes con ERC del servicio de Nefrología del Hospital 12 de Octubre de Madrid, de los cuales 40 se encontraban en los estadios 4 o 5 de la ERC (ACKD), 40 en hemodiálisis (HD), 36 en diálisis peritoneal (DP) y 40 trasplantados (TX). El estudio incluyó 26 sujetos sanos (CT) para establecer los valores de referencia. Se utilizaron kit comerciales ELISA para evaluar los niveles de SDC-1 (Biogen, ELK2716), GPC-1 (Biogen, ELK1738), VCAM-1 (Invitrogen, KHT0601) y E-selectina (Sigma Aldrich, RAB0422).

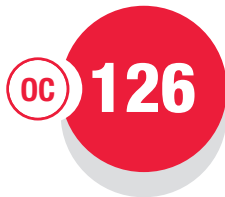
Resultados

Se observaron concentraciones elevadas de SDC-1 en ERCA y DP en comparación con CT. Los niveles de VCAM-1 estaban elevados en ERCA, HD, DP y TX respecto a CT. Las concentraciones de E-selectina fueron inferiores en TX en comparación con los grupos de CT y ERCA. Asimismo, los niveles de SDC-1 resultaron superiores en pacientes con ERC que desarrollaron una ECV tras la recogida de las muestras, en comparación con aquellos que no desarrollaron la enfermedad o que la experimentaron posteriormente. Del mismo modo, los pacientes con antecedentes de accidente cerebrovascular agudo (ACVA) presentaron niveles más altos de SDC1 que los que no habían sufrido este evento. Finalmente, los sujetos que fallecieron posteriormente por causas cardiogénicas mostraron concentraciones plasmáticas elevadas de SDC1 en relación con aquellos cuyo fallecimiento se debió a causas no cardiogénicas.

Conclusión

La ERC se asocia a una pérdida de la integridad del glicocáliz endotelial y a alteraciones en la liberación al plasma de moléculas de adhesión a endotelio. La degradación del glicocáliz endotelial se asocia a un mayor riesgo cardiovascular y puede ser propuesta como un indicador precoz de ECV en ERC.

Financiación: Instituto de Salud Carlos III (ISCIII) a través de los proyectos PI20/01321 y PI23/01109, cofinanciado por la Unión Europea. Financiación G.V.A: +12-AY200414-1.



Impacto de variantes genéticas relacionadas con la obesidad en el perfil inflamatorio de pacientes con ERC

María del Mar Rodríguez San Pedro¹, María Gabriela Ortiz Díaz², Gemma Valera Arévalo², Ana María Alaminos Torres³, María Dolores Marrodán Serrano³, Jara Caro Espada⁴, Enrique Morales Ruiz⁴, Natalia Guerra Pérez⁵, Julia Carracedo Añón⁵

1) Departamento de Genética, Fisiología y Microbiología, Facultad de Ciencias Biológicas, UCM. imas 12 (Madrid), 2) Departamento de Genética, Fisiología y Microbiología, Facultad de Ciencias Biológicas, UCM. imas12 (Madrid), 3) Grupo EPINUT, UCM. Departamento de Biodiversidad, Ecología y Evolución. Unidad de Antropología Física. Facultad de Ciencias Biológicas, UCM (Madrid), 4) Departamento de Nefrología del Hospital Universitario 12 de Octubre. imas12. RICORS2040-Renal Networking, ISCIII, (Madrid), 5) Departamento de Genética, Fisiología y Microbiología, Facultad de Ciencias Biológicas, UCM. imas12. RICORS2040-Renal Networking, ISCIII (Madrid).

Introducción

La enfermedad renal crónica (ERC) se asocia con envejecimiento prematuro, senescencia celular e inflamación. El estado nutricional, en particular la obesidad, influye en su desarrollo. La obesidad es una enfermedad multifactorial con base genética y se asocia a un estado de inflamación de bajo grado, en el que participan polimorfismos de un solo nucleótido (SNPs). Tanto la ERC como la obesidad se relacionan con un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular (ECV). El objetivo de este estudio es evaluar si SNPs asociados a obesidad contribuyen a la ERC y sus complicaciones mediante la modulación de la inflamación.

Material y Métodos

Se realizó un estudio transversal en 76 pacientes con ERC en diferentes estadios (18 ERCA, 17 diálisis peritoneal, 22 hemodiálisis, 19 trasplante renal) y 14 controles sanos. Se genotiparon 25 SNPs asociados a obesidad mediante tecnología iPLEX® Gold (MassARRAY, Agena Bioscience) en el Centro Nacional de Genotipado (CeGen) de la Universidad de Santiago de Compostela. Las moléculas inflamatorias plasmáticas se analizaron mediante Luminex®. El SNP rs55915917 presentó una frecuencia significativamente mayor en pacientes con ERC en comparación con los controles. En relación con ECV, varios SNPs mostraron una mayor frecuencia en pacientes con ERC y ECV, destacando rs11676272, con diferencias por sexo. Los pacientes con ERC presentaron niveles elevados de TNF-, IL-1, IL-6, MCP-1, sTNFR2 y de la ratio IL-1/sIL-1R1 frente a controles, observándose algunas diferencias entre tratamientos. Por otro lado, los portadores de alelos de riesgo de rs55915917 y rs11676272 mostraron concentraciones de moléculas inflamatorias elevadas, reflejando un estado proinflamatorio similar al observado previamente en pacientes con ERC frente a controles (Tabla asociada).

Conclusiones

Los resultados sugieren que algunos SNPs asociados a obesidad podrían contribuir al desarrollo y progresión de la ERC y sus complicaciones cardiovasculares, a través de mecanismos inflamatorios, apoyando un eje obesidad-genética-inflamación en esta patología.

Financiación: PI20/01321 y PI23/01109 (ISCIII, imas12)

Tabla asociada. Concentraciones de biomarcadores inflamatorios según polimorfismos rs11676272 y rs55915917 en ERC.

	Media $\pm$ DE	rs11676272		rs55915917	
		Homocigotos Alelo normal	Portadores Alelo riesgo	Homocigotos Alelo normal	Portadores Alelo riesgo
Citoquinas plasmáticas (pg/ml)	TNF- α	11,43 $\pm$ 10,75	24,53 $\pm$ 17,49 **	20,98 $\pm$ 18,09	23,66 $\pm$ 16,85
	IL-6	1,10 $\pm$ 0,98	2,76 $\pm$ 2,62 *	1,47 $\pm$ 1,45	1,91 $\pm$ 1,30
	MCP-1	277,50 $\pm$ 120,40	337,90 $\pm$ 127,10	308,00 $\pm$ 131,60	361,90 $\pm$ 148,10
	IL-1 α	27,98 $\pm$ 24,25	11,87 $\pm$ 8,99 *	12,83 $\pm$ 10,08	12,63 $\pm$ 9,07
	IL-1 β	6,40 $\pm$ 5,37	6,04 $\pm$ 5,25	4,03 $\pm$ 2,84	10,08 $\pm$ 8,22 ***
	TGF- β	2625,00 $\pm$ 2083,00	2696,00 $\pm$ 2039,00	2770,00 $\pm$ 1905,00	4958,00 $\pm$ 5057,00
Receptores funcionales (pg/ml)	sIL-1R1	49,23 $\pm$ 19,20	44,92 $\pm$ 11,56	50,15 $\pm$ 16,20	38,48 $\pm$ 6,87 **
	sTNFR2	9116 $\pm$ 5657	20086 $\pm$ 16512 *	16707 $\pm$ 13654	20259 $\pm$ 18042
Ratios	Ratio IL-1 α / sIL-1R1	0,6044 $\pm$ 0,5728	0,2173 $\pm$ 0,1469 *	0,2492 $\pm$ 0,2199	0,2909 $\pm$ 0,2223
	Ratio IL-1 β / sIL-1R1	0,1550 $\pm$ 0,1363	0,1200 $\pm$ 0,0972	0,1048 $\pm$ 0,0868	0,2085 $\pm$ 0,1477 **
	Ratio TNF- α / sTNFR2	0,0010 $\pm$ 0,0008	0,0014 $\pm$ 0,0012	0,0014 $\pm$ 0,0012	0,0010 $\pm$ 0,0009

IL-1 α , interleucina 1 alfa; IL-1 β , interleucina 1 beta; IL-6, interleucina 6; MCP-1, proteína quimioatrayente de monocitos 1; sIL-1R1, receptor soluble de interleucina 1 de tipo 1; sTNFR2, receptor soluble del factor de necrosis tumoral 2; TGF- β 1, factor de crecimiento tisular beta 1; TNF- α , factor de necrosis tumoral alfa. El código utilizado para identificar la variación es el código «rs» de la base de datos dbSNP del Centro Nacional de Información Biotecnológica (NCBI). * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$ vs. homocigotos para el alelo normal del polimorfismo correspondiente. (Prueba U de Mann-Whitney o T-student en función de si se ajustaban a la normalidad). Tamaños muestrales: rs11676272: homocigotos n = 16; portadores n = 49. rs55915917: homocigotos n = 41; portadores n = 25



***11º Premio de casos clínicos para
estudiantes de medicina de la comunidad
autónoma de Madrid – casos premiados***

26



Cuando el escudo se vuelve espada. Nuevos horizontes terapéuticos en glomerulopatías inmunomediadas

Andrés Xavier Cancela Fernández¹ y Antonio Cuesta Repice¹

1) Estudiantes de 6º curso de Medicina. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Universidad de Alcalá.

Introducción

La **glomerulonefritis membranoproliferativa** (GNMP) constituye un patrón histológico de lesión glomerular caracterizado por hiper celularidad mesangial y endocapilar, remodelado de la pared capilar glomerular y, en muchos casos, activación del sistema del complemento. En la actualidad, más que una entidad única, se considera un patrón morfológico final que puede obedecer a mecanismos patogénicos diversos, fundamentalmente mediados por inmunocomplejos o alteraciones primarias de la vía alternativa del complemento.^[1,2]

Dentro de este espectro, las formas mediadas por **inmunocomplejos con predominio de depósito de C3** suponen un reto diagnóstico particularmente interesante, ya que pueden compartir rasgos con las glomerulopatías asociadas a desregulación del complemento y obligan a una interpretación integrada de la clínica, la inmunología y la histopatología.^[2-4] La búsqueda de causas secundarias (infecciosas, autoinmunes, monoclonales o linfoproliferativas) resulta obligada^[2], así como la evaluación secuencial de la proteinuria, la hematuria, la función renal y los niveles séricos de complemento.

A continuación, se expone el caso de una paciente con síndrome nefrítico y nefrótico de inicio en 2023, estudio etiológico negativo y biopsia renal compatible con GNMP con **depósitos de inmunocomplejos** tipo III de Burkholder, **C3 dominante**. La evolución, marcada por una respuesta incompleta a la inmunosupresión convencional y la necesidad posterior de tratamiento dirigido al complemento, ilustra la dificultad del manejo de estas formas de solapamiento entre la GNMP mediada por inmunocomplejos y la enfermedad impulsada por activación persistente del complemento.

Exposición del caso

Mujer de 33 años que en julio de 2023 es diagnosticada de **hipertensión arterial** de difícil control, que precisa varios diuréticos por tendencia a sobrecarga de volumen y edemas.

Entre sus **antecedentes personales**, destaca una fractura humeral intervenida quirúrgicamente. No presentaba hábitos tóxicos ni reacciones adversas medicamentosas conocidas. Como antecedentes obstétrico-ginecológicos, había tenido gestaciones previas (G2P1A1) y anemia ferropénica atribuida inicialmente a metrorragias. Desde el punto de vista funcional, era independiente para las actividades básicas de la vida diaria y mantenía actividad laboral.

En agosto de 2023 debuta con **síndrome nefrítico y nefrótico** clínico y analítico. En el estudio inicial destacaban **proteinuria** de 2,36 g/24 h, **microhematuria** persistente y descenso de la tasa de filtrado glomerular estimada según CKD-EPI desde aproximadamente 90 ml/min hasta 70 ml/min. El estudio de **autoinmunidad** fue negativo, incluidos los anticuerpos antinucleares. El estudio del **complemento** mostró niveles bajos de C3, normales de C4, factor nefrítico negativo, niveles normales de factor H y factor I y ausencia de anticuerpos anti-factor H. Además, asociaba anemia sintomática con componente ferropénico e inflamatorio en relación con las metrorragias y el propio síndrome nefrótico, que precisó transfusión de dos concentrados de hematíes y posterior tratamiento con darbepoetina alfa y ferroterapia intravenosa. Asimismo, mostraba tendencia a sobrecarga de volumen y anasarca, alcanzando un peso de 78 kg desde un basal de 59 kg, y precisando en los primeros meses dosis elevadas de diuréticos, así como de varios fármacos antihipertensivos para el correcto control tensional.

Ante la persistencia del cuadro, se realizó **biopsia renal** el 16 de noviembre de 2023. El estudio

anatomopatológico fue compatible con **GNMP** con depósitos de **inmunocomplejos** tipo III de Burkholder, con **C3 dominante**. Se identificaron 49 glomerulos, ninguno de ellos esclerosado. Los glomerulos viables mostraban engrosamiento difuso de la pared capilar, defectos de tinción de plata en la membrana basal glomerular y proyecciones espiculares sugestivas de depósitos, junto con expansión y proliferación mesangial global y difusa, con aspecto apolillado con la técnica de plata. No se observó proliferación extracapilar. En 17 glomerulos (35%) existía hiper celularidad endocapilar, frecuentemente con macrófagos en la luz capilar. En el compartimento tubulointersticial se objetivaron signos focales de daño tubular agudo incipiente, sin necrosis tubular aguda franca, y la atrofia tubular y fibrosis intersticial representaban menos del 5% del volumen del compartimento [Figura 1]. En la inmunofluorescencia se observaron **depósitos de C3 (3+)**, IgG (2+), IgM (2+) y kappa (1+) a nivel mesangial, subendotelial y subepitelial, sin restricción de cadenas ligeras, siendo negativos IgA, lambda y fibrinógeno.

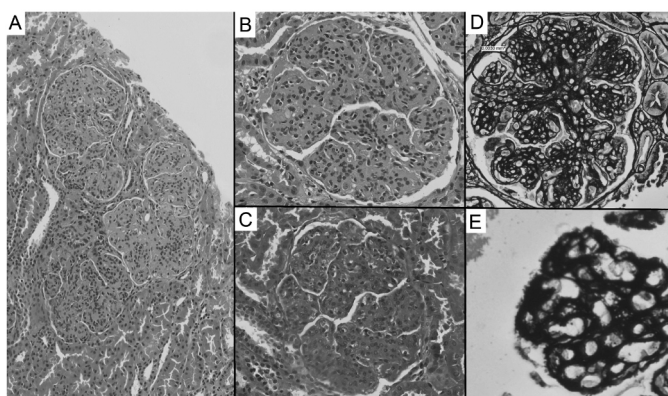


Figura 1. Biopsia renal.

(A) Hematoxilina-Eosina (HE) x20: Glomerulos hipertróficos, con tendencia a la lobulación, que presentan marcada expansión de la matriz mesangial, proliferación mesangial e hiper celularidad endocapilar.

(B) HE x40: Mayor detalle en el que se aprecian las luces obstruidas por células inflamatorias mononucleadas.

(C) PAS x40: Con la técnica del ácido peryódico de Schiff, se observa como el aumento de la matriz mesangial se debe a un material PAS positivo.

(D) Plata metenamina x40: Se observan áreas de dobles contornos (círculo azul).

(E) Plata metenamina x100: En algunos de los glomerulos, de manera segmentaria, se observan proyecciones espiculares (spikes) hacia el espacio urinario.

El estudio etiológico no encontró asociación con procesos infecciosos, enfermedades autoinmunes o procesos linfoplasmocitarios. La ausencia de picos monoclonales en el proteinograma descarta una enfermedad por cadenas ligeras. Tampoco se identificaron mutaciones genéticas del complemento mediante el panel genético básico habitual.

Tras el diagnóstico, la proteinuria, de tipo glomerular selectiva, alcanzó los 6,68 g/24 h en enero de 2024. Por este motivo, se administra una primera dosis de **rituximab** el 22 de enero de 2024, y una segunda el 6 de febrero de 2024. Días después, el 24 de febrero inició tratamiento con micofenolato sódico 360 mg cada 12 horas y prednisona 30 mg al día, descendéndose lentamente hasta la actualidad. La **evolución no fue favorable**: la proteinuria, que inicialmente había descendido desde 6,68 g/24 h

hasta 1 g/24 h en agosto de 2024, volvió a aumentar de forma progresiva hasta 2 g/24 h en abril de 2025, acompañándose de deterioro progresivo de la función renal, con descenso de la tasa de filtrado glomerular estimada hasta 63 ml/min, y persistencia de actividad de la enfermedad. Ante esta evolución, se planteó **tratamiento dirigido frente al complemento**, realizando un primer intento terapéutico limitado con iptacopán en mayo de 2025, que fue suspendido tras finalizar el breve periodo de administración autorizado por uso compasivo. En la reevaluación posterior se objetivó un nuevo empeoramiento analítico, con incremento de la proteinuria, descenso del C3, que previamente había llegado a normalizarse, y persistencia del síndrome nefrítico-nefrótico, motivo por el que, finalmente, el 21 de octubre de 2025 se inició tratamiento con **pegcetacoplán**, 1080 mg subcutáneos dos veces por semana [Figura 2].



Figura 2. Secuencia temporal de los principales acontecimientos clínicos.

En el control de enero de 2026 la paciente había experimentado una **mejoría clínica** clara, refiriendo encontrarse sintomáticamente bien y sin edemas. En la analítica destacaban hemoglobina de 9,5 g/dl con ferropenia, creatinina sérica de 0,96 mg/dl, filtrado glomerular estimado de 78 ml/min, albúmina sérica de 25,2 g/L, colesterol total de 269 mg/dl, y proteinuria de 4,74 g/24 h [Figura 3]. En el sedimento urinario persistía microhematuria, en una muestra obtenida durante la menstruación. Los niveles de C3 eran de 513 mg/dl por efecto del tratamiento [Figura 4]. Los niveles de C4 siempre fueron normales, compatible bien con activación de la vía alterna o con consumo compensado de la clásica.

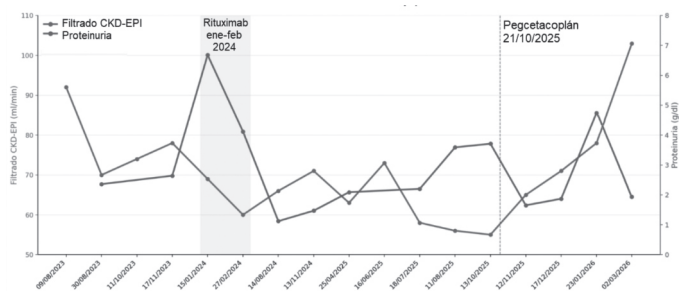


Figura 3. Evolución del filtrado glomerular estimado y de la proteinuria de 24 horas a lo largo del seguimiento.

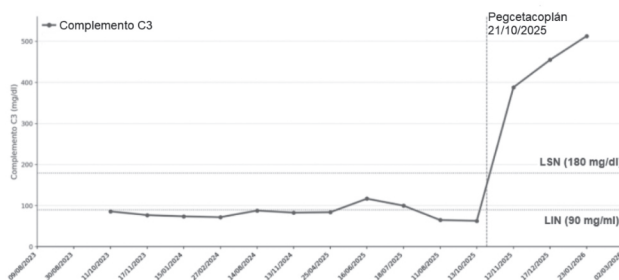


Figura 4. Evolución de los niveles séricos de complemento C3.

Obsérvese la drástica elevación de los niveles de C3, muy por encima del límite de la normalidad, debido al bloqueo proximal de la vía de activación del complemento.

En marzo de 2026, el filtrado había alcanzado los 103 ml/min, con una proteinuria de 2,18 g/24 h, sin microhematuria, y habiendo corregido también la anemia (15 g/dl de hemoglobina) tras recibir ferroterapia intravenosa. Asimismo, presentaba buen control tensional, disminuyendo sus necesidades de fármacos antihipertensivos, y desaparición de los edemas, con pérdida de peso de 15 kg, hasta situarse en los 63 kg, aproximadamente su peso basal.

Discusión

La glomerulonefritis membranoproliferativa (GNMP) constituye hoy un patrón histológico y no un diagnóstico etiológico cerrado.^[1,2] Por ello, la interpretación del caso debe apoyarse menos en la clasificación clásica en tipos I, II y III, de carácter descriptivo sin implicaciones patogénicas, y más en el mecanismo predominante de lesión, definido por la inmunofluorescencia, la microscopía electrónica y el contexto clínico. En nuestra paciente, la biopsia renal mostró una GNMP con depósitos de inmunocomplejos tipo III de Burkholder, con predominio de C3 y depósitos concomitantes de IgG e IgM en mesangio, subendotelio y subepitelio. Este hallazgo no encaja con una glomerulopatía C3 pura en sentido estricto, pero sí sitúa el caso en una zona de solapamiento en la que la activación del complemento parece desempeñar un papel patogénico relevante sobre un sustrato de enfermedad mediada por inmunocomplejos.

Ese carácter fronterizo del caso tiene interés clínico real. La presencia simultánea de inmunoglobulinas y C3 obliga a clasificar la lesión como **GNMP mediada por inmunocomplejos con C3 dominante**; sin embargo, el claro predominio de C3 en la biopsia, el consumo mantenido de complemento durante buena parte de la evolución y la reaparición de actividad clínica tras una respuesta terapéutica inicial relevante pero no sostenida, sugieren que la disregulación del complemento no fue un fenómeno accesorio, sino un impulsor clave en la persistencia del daño glomerular. Esta interpretación es coherente con la evidencia actual, que muestra que la separación entre GNMP mediada por inmunocomplejos y glomerulopatía C3 no siempre es nítida, y que existen patrones patogénicos mixtos^[3,4] con activación preferente del complemento en distintos compartimentos.

Otro elemento destacable del caso es la **ausencia de una causa secundaria** identificable. En esta paciente se descartaron causas infecciosas, autoinmunes o hematológicas, como gammapatía monoclonal o procesos linfoplasmocitarios, y el estudio inicial del complemento tampoco identificó un desencadenante claro.^[2,4]

Dado que el estudio genético básico del complemento también resultó negativo en nuestra paciente, se ha decidido realizar un **estudio de exoma** completo para identificar posibles variantes genéticas no detectadas en el panel inicial. Esta información podría ser determinante para decidir la duración del tratamiento con pegcetacoplán, máxime habida cuenta de su elevado coste, ya que, en caso de identificarse una causa genética, probablemente se requeriría tratamiento indefinido, mientras que, si la causa fuese adquirida y potencialmente reversible, podría plantearse la retirada del fármaco tras un periodo de remisión sostenida. Además, previsiblemente, será preciso **rebiopsiar** a la paciente para confirmar la mejoría histopatológica con el tratamiento y así conseguir prorrogar su autorización de uso. Precisamente, en lo relativo al manejo clínico, la ausencia de causas secundarias de glomerulopatía claramente identificables repercute en la toma de decisiones terapéuticas, impidiendo actuar sobre un factor causal corregible y obliga a guiar el tratamiento por la combinación de actividad histológica, proteinuria, evolución de la función renal y comportamiento del complemento.

Desde el punto de vista **anatomopatológico**, la biopsia fue decisiva para justificar un tratamiento activo. La identificación de 49 glomérulos, ninguno de ellos esclerosado, junto con una fibrosis intersticial y atrofia tubular inferiores al 5%, indicaba una cronicidad todavía escasa y, por tanto, una ventana potencial de reversibilidad. Frente a ello, la hiper celularidad endocapilar en el 35% de los glomérulos, el remodelado de la pared capilar y la carga de depósitos revelaban una actividad inflamatoria significativa.

Esta combinación de elevada actividad inflamatoria y escasos datos histológicos de cronicidad apoyaron un **abordaje inmunosupresor precoz** con rituximab, micofenolato y corticoides. Sin embargo, la respuesta fue solo parcial: aunque la proteinuria descendió inicialmente de forma marcada, la mejoría no se consolidó y reaparecieron la proteinuria y otros datos de actividad, lo que indica que la inmunosupresión convencional no fue suficiente para controlar de manera estable el proceso. Este comportamiento no es excepcional en estas entidades, cuya evolución sigue siendo muy heterogénea pese al tratamiento inmunosupresor. De hecho, debemos resaltar que la evidencia para rituximab en GNMP es limitada y procede en gran medida de series pequeñas y casos aislados, mientras que el uso de micofenolato se apoya sobre todo en series observacionales y extrapolaciones de su empleo en glomerulopatía C3.^[5-7]

En ese contexto refractario a inmunosupresión convencional, la utilización de **pegcetacoplán** resulta coherente con la base fisiopatológica del caso. Pegcetacoplán es un **inhibidor de C3/C3b** que bloquea la activación del complemento en un punto proximal^[8,9] y amplio de la cascada, lo que lo diferencia de estrategias dirigidas exclusivamente al tramo terminal. Su empleo ante datos biológicos de activación persistente del complemento, como en este caso, supone el paso a una terapia dirigida, fisiopatológicamente razonada y respaldada por evidencia, y no una decisión empírica desesperada.

El ensayo clínico en fase 3 VALIANT ha demostrado que, en pacientes con glomerulopatía C3 o GNMP primaria mediada por inmunocomplejos, el fármaco logra una reducción de la proteinuria

significativamente superior a placebo a las 26 semanas; además, un porcentaje mayor de pacientes alcanza una reducción de al menos el 50% del cociente proteína/creatinina urinario, así como un objetivo renal que combina reducción de proteinuria y estabilidad del filtrado glomerular.^[9]

A partir de estos resultados, pegcetacoplán ha sido aprobado por la FDA para reducir la proteinuria en pacientes adultos y pediátricos de 12 años o más con glomerulopatía C3 o GNMP primaria mediada por inmunocomplejos, y la EMA autorizó su uso en adultos y adolescentes de 12 a 17 años, en combinación con bloqueo del sistema renina-angiotensina salvo contraindicación.^[10,11]

En enfermedades donde el fenotipo está dominado por C3, el empleo de inhibidores del complemento de acción distal en la cascada (p.ej. eculizumab) ha mostrado resultados variables, siendo necesaria la **inhibición proximal** de la cascada mediante fármacos como el pegcetacoplán [Figura 5], con utilidad demostrada en el ensayo VALIANT.

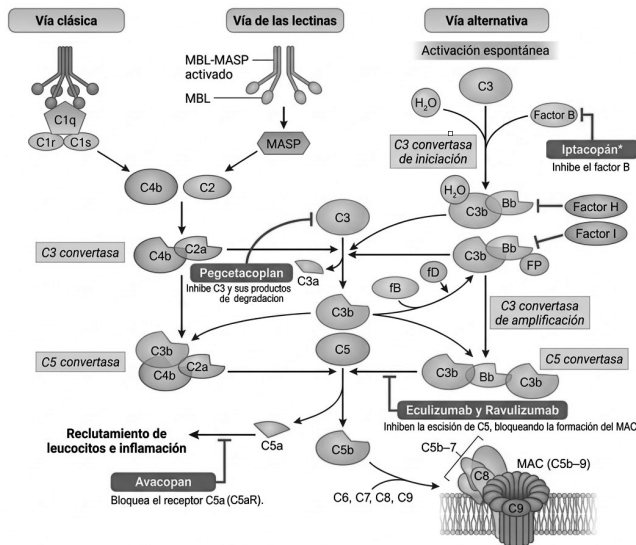


Figura 5. Mecanismo de acción de los fármacos frente al complemento.

El bloqueo a este nivel de las vías del complemento explica la elevación de los niveles de C3 una vez comenzado el tratamiento, que no debe interpretarse como una contradicción, sino como un hallazgo compatible con el efecto farmacodinámico del bloqueo del complemento, sin actividad funcional.^[8,10] Por ello, la evolución clínica debe valorarse integrando proteinuria, función renal y sedimento, antes que con un valor aislado de complemento.

Debemos recalcar que la indicación de pegcetacoplán no debe interpretarse como un sustituto del tratamiento nefroprotector de base, sino como parte de una **estrategia integral** que incluya bloqueo del sistema renina-angiotensina, control estricto de la presión arterial, manejo del edema y optimización global del riesgo renal y cardiovascular; en pacientes seleccionados, también puede considerarse la asociación de otras medidas antiproteinúricas según el contexto clínico.

Asimismo, el inicio de un inhibidor proximal del complemento exige extremar las medidas de seguridad, en especial la **vacunación** frente a bacterias encapsuladas (meningococo, neumococo y *H. influenzae* tipo b) al menos 2 semanas antes de iniciar el tratamiento y, si este no puede demorarse, deberá acompañarse de profilaxis antibiótica hasta 2 semanas después de completar la vacunación, así como de vigilancia clínica estrecha, dado que la vacunación reduce, pero no elimina por completo, el riesgo de infección grave.

Conclusiones

Este caso ilustra que la GNMP sigue siendo un reto de integración clínico-patológica incluso en la era de la medicina de precisión. Subraya el valor central de la biopsia renal para definir el patrón de lesión, la necesidad de una búsqueda etiológica sistemática de causas secundarias y la importancia del seguimiento longitudinal de la proteinuria, la función renal y los parámetros del complemento. También enfatiza que en algunos casos clasificados histológicamente como GNMP mediada por inmunocomplejos desempeña un papel activo la biología del complemento, lo cual condiciona el manejo terapéutico al poder beneficiarse de novedosas estrategias farmacológicas dirigidas contra esta vía cuando la inmunosupresión convencional no logra un control sostenido de la enfermedad.^[9,12]

1. Sethi S, Fervenza FC. Membranoproliferative glomerulonephritis: a new look at an old entity. *N Engl J Med*. 2012;366(12):1119-1131.
2. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Glomerular Diseases Work Group. KDIGO 2021 Clinical Practice Guideline for the Management of Glomerular Diseases. *Kidney Int*. 2021;100(4 Suppl):S1-S276.
3. Iatropoulos P, Daina E, Curreri M, Terazzi M, Mele C, Noris M, et al. Cluster analysis identifies distinct pathogenetic patterns in C3 glomerulopathies/immune complex-mediated membranoproliferative GN. *J Am Soc Nephrol*. 2018;29(1):283-294.
4. Noris M, Donadelli R, Remuzzi G. Autoimmune abnormalities of the alternative complement pathway in membranoproliferative glomerulonephritis and C3 glomerulopathy. *Pediatr Nephrol*. 2019;34(8):1311-1323.
5. Rudnicki M. Rituximab for treatment of membranoproliferative glomerulonephritis and C3 glomerulopathies. *Biomed Res Int*. 2017;2017:2180508.
6. Dillon JJ, Hladunewich M, Haley WE, Sethi S, Fervenza FC. Rituximab therapy for type I membranoproliferative glomerulonephritis. *Clin Nephrol*. 2012;77(4):290-295.
7. Rabasco C, Caverio T, Román E, Rojas-Rivera J, Cabello V, Moliz C, et al. Effectiveness of mycophenolate mofetil in C3 glomerulonephritis. *Kidney Int*. 2015;88(5):1153-1160.
8. Dixon BP, Greenbaum LA, Huang L, Kim S, Laine L, Sarno G, et al. Clinical safety and efficacy of pegcetacoplan in a phase 2 study of patients with C3 glomerulopathy and other complement-mediated glomerular diseases. *Kidney Int Rep*. 2023;8(11):2284-2293.
9. Fakhouri F, Bombardieri AS, Ariceta G, Al-Rabadi L, Barbour S, Griffin S, et al. Trial of pegcetacoplan in C3 glomerulopathy and immune-complex MPGN. *N Engl J Med*. 2025;393(22):2210-2220.
10. U.S. Food and Drug Administration. Empaveli (pegcetacoplan) [prescribing information]. Waltham, MA: Apellis Pharmaceuticals; 2025.
11. European Medicines Agency. Aspaveli (pegcetacoplan). Summary of product characteristics. Amsterdam: EMA; 2025.
12. Kavanagh D, Ariceta G, Vivarelli M, Schaefer F, Caravaca-Fontán F, Frémeaux-Bacchi V, et al. Current and Emerging Therapies for C3 Glomerulopathy and Primary (Idiopathic) Immune Complex Membranoproliferative Glomerulonephritis. *Kidney Int Rep*. 2025;11(1):17-31. eCollection 2026 Jan.

Agradecimientos

Queremos agradecer al doctor Gabriel de Arriba y al doctor Serafín Tallón, del Servicio de Nefrología del Hospital Universitario de Guadalajara, por incentivarnos a enviar el caso a este concurso, y por tutorizar nuestro trabajo.

También nos gustaría agradecer la colaboración de la doctora Sara Palomo y del doctor Javier Carrillo, del Servicio de Anatomía Patológica de nuestro hospital, por facilitarnos las imágenes del estudio anatomopatológico de la biopsia renal que se incluyen en el caso.

Por último, queremos agradecer la labor que realiza la Sociedad Madrileña de Nefrología fomentado este tipo de concursos con enorme interés científico y académico para los estudiantes de Medicina.

128C Debut de lupus eritematoso sistémico en el embarazo

Ana Jiménez del Peso¹ y Cristina Vega Cabrera²

1) Estudiante de 4º curso. Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid, 2) Tutor, facultativo especialista de nefrología. Hospital Universitario la Paz. Madrid.

128

C

Introducción

El debut de lupus eritematoso sistémico (LES) en el embarazo representa un reto en la práctica clínica debido a su difícil diagnóstico y manejo, riesgo vital y alta agresividad. Su complejidad se debe al solapamiento clínico, entre otras, con la preeclampsia y a la gran diferencia de estrategias terapéuticas entre ambas entidades.

En este trabajo se presenta el caso clínico de una gestante de 21+4 semanas, que presentó un debut de LES con afectación sistémica. Por un lado, se expone el proceso de diagnóstico diferencial elaborado, destacando la importancia de la interpretación de los datos analíticos y de la exploración física debido a que la realización de la biopsia no siempre es posible. Además, se detalla el manejo terapéutico implantado y el valor de un abordaje multidisciplinar precoz en este contexto.

El objetivo final es demostrar cómo la individualización terapéutica y el control precoz de la actividad lúpica son determinantes para evitar la progresión hacia la enfermedad renal crónica y optimizar el pronóstico tanto materno como fetal. Asimismo, se presenta la evolución clínica de la paciente tras un seguimiento de 4 años.

Historia clínica

Mujer de 35 años, gestante de 21+4 semanas, que acude al servicio de Urgencias del Hospital Universitario La Paz, por un cuadro de hipertensión arterial, disnea de esfuerzo, fotopsias, cefalea y dolor torácico, por lo que es ingresada en el servicio de Ginecología y Obstetricia.

Como antecedentes personales, la paciente presentaba hipotiroidismo en tratamiento con levotiroxina. Tres gestaciones previas (1 parto vaginal sin complicaciones y dos abortos espontáneos en las semanas 6 y 8, respectivamente). En la semana 19 de la actual gestación (4ª), fue diagnosticada de hipertensión arterial, en probable relación con Preeclampsia, por lo que se inició tratamiento con ácido acetilsalicílico y alfametildopa.

A su ingreso en el hospital, se objetivaron cifras tensionales elevadas (TA 142/82 mmHg), disnea de grandes esfuerzos, dolor torácico, fotopsias, artralgias, cefalea y edemas en miembros inferiores.

Ante el mal control de cifras de presión arterial y proteinuria, se solicita valoración por Nefrología. En la anamnesis dirigida realizada, la paciente refería artralgias en manos desde el inicio del embarazo, acompañado de cambios de coloración durante el invierno en dedos de las manos, compatibles con fenómeno de Raynaud. En la exploración física, destacaba la presencia de eritema malar, disminución de ruidos cardíacos, hipofonesis en ambas bases pulmonares y edemas con fovea grado I/IV en ambos miembros inferiores.

En el estudio analítico realizado (ver Tabla 1), se evidenció anemia, leucopenia, hipoalbuminemia y proteinuria en rango nefrótico con microhematuria y leucocituria. La función renal, el perfil hepático, los niveles de haptoglobina, LDH, ácido úrico y el cociente sFlt-1/PlGF fueron normales. Ante la baja posibilidad de preeclampsia, debido a la normalidad de marcadores angiogénicos, manifestaciones renales y extrarrenales e inicio de cuadro clínico previo a la semana 20 de gestación, se solicita estudio inmunológico. Destaca la presencia de hipocomplementemia C3 y C4, ANA 1/5125, AntiDNAs y Coombs directo positivo.

Dada la presencia de disnea, dolor torácico y ruidos cardíacos disminuidos se realiza ecocardiograma que objetivó derrame pericárdico severo sin compromiso de cavidades cardíacas y derrame pleural bilateral.

Con estos datos, se estableció el diagnóstico de probable LES, cumpliendo 23 criterios clasificatorios (EULAR 2019) con afectación renal, hematológica, serositis e inmunológica, por lo que se inició tratamiento con bolus de metilprednisolona en 3 días consecutivos (250 mg/día) para continuar con prednisona (1mg/kg/día), hidroxicloroquina (200mg/12h) y trombopprofilaxis con heparina de bajo peso molecular.

Para el control de la TA, requirió hidralazina, labetalol y amlodipino.

Durante el ingreso, dado el brote lúpico grave y la la imposibilidad de confirmación histológica con biopsia renal por el riesgo de complicaciones, un equipo multidisciplinar (Obstetricia, Nefrología, Reumatología) estableció el plan terapéutico agregando al tratamiento previo Tacrólimus, inmunoglobulinas G intravenosas (IgG iv), Colchicina (como tratamiento del derrame pericárdico) y betametasona para la maduración pulmonar fetal. Tras la infusión de IgG, la paciente presenta cefalea abrupta, acompañada de náuseas y vómitos, descartándose afectación neurológica por LES tras valoración por el servicio de neurología (fondo de ojo normal y ausencia de signos meníngeos).

Posteriormente, se mantuvo estable clínica y hemodinámicamente, presentando mejoría de los parámetros de actividad inmunológica (normalización del complemento y descenso de los títulos de anticuerpos anti-DNA).

En la semana 23 de gestación, la paciente presentó rotura prematura de membranas por lo que se inició tratamiento antibiótico con cefuroxima y azitromicina. En la semana 26+4 de gestación, comienza sangrado transvaginal en relación a placenta previa con realización de cesárea urgente. El recién nacido con peso bajo al nacer (1000g) que ingresa en Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales con buena evolución posterior.

En el periodo postparto, tras la estabilización de la paciente, se redujo progresivamente la dosis de hipotensores, objetivándose descenso progresivo de la proteinuria y mejoría del derrame pericárdico. Finalmente, se decidió el alta hospitalaria, manteniendo el esquema terapéutico inmunosupresor multitarget con esteroides y tacrolimus, a los que se añadió micofenolato mofetil (evitando la lactancia tras consenso con la paciente y la Unidad de Neonatología).

A los 14 días postparto, se realiza biopsia renal, que confirmó el diagnóstico de nefritis lúpica clase IV (ISN/RPS), con índice de actividad 9/24 y cronicidad 2/12 (presencia de 2 semilunas celulares menores 20%) (Figura 1). Se modifica tratamiento inmunosupresor, se suspende Tacrolimus para continuar con doble terapia con Prednisona+ ácido micofenólico.

A los 14 meses del diagnóstico, la paciente se encuentra en remisión completa de la nefritis lúpica SLEDAI:0 (función renal normal, ratio proteína/creatinina en orina 400 mg/g, ausencia de microhematuria, normalización de parámetros inmunológicos) por lo que se suspenden esteroides y se mantiene con ácido micofenólico durante 4 años. Dada la aparición de compromiso articular (artritis) se decide inicio de Belimumab que posteriormente se suspende por intolerancia (cefalea). En el momento actual, la paciente se encuentra en remisión completa sin tratamiento inmunosupresor, manteniendo tratamiento con Hidroxicloroquina. En la Figura 2, se resume el cronograma terapéutico utilizado.

Diagnóstico final

Debut de lupus eritematoso sistémico grave en el embarazo, con afectación renal (proteinuria en rango nefrótico, sedimento activo con función renal normal), serositis (derrame pericárdico severo y derrame pleural), anemia hemolítica autoinmune y artritis.

Discusión

El caso clínico presentado muestra la complejidad diagnóstica del debut de LES con afectación renal grave en el embarazo, siendo clave el diagnóstico diferencial precoz con la preeclampsia. Además, destaca la necesidad de un enfoque multidisciplinar para optimizar el manejo y el pronóstico, tanto materno como fetal.

Diagnóstico diferencial LES y Preeclampsia

Uno de los aspectos más relevantes del caso es el desafío que supuso establecer el diagnóstico diferencial entre nefritis lúpica (NL) y preeclampsia (PE). Ambas entidades pueden presentarse con hipertensión arterial y proteinuria, especialmente en el 2º y 3º trimestre de gestación. En la práctica clínica, la aparición de estos signos suele sugerir la PE como primer diagnóstico. Sin embargo, debemos considerar la posibilidad de un debut o un brote de nefritis lúpica o la coexistencia de ésta con PE.

En el caso de nuestra paciente, hay diversos datos que fueron claves para llegar al diagnóstico definitivo. En primer lugar, se estableció la sospecha de PE por la presencia de hipertensión arterial y proteinuria que presentaba al ingreso. No obstante, el diagnóstico de PE antes de la semana 20 es excepcional. La presencia de marcadores angiogénicos dentro de los límites de normalidad excluye la presencia de esta entidad en el 98% de los casos. Posteriormente, la existencia de un sedimento urinario activo, junto con ANA+, hipocomplementemia marcada y elevación de anticuerpos anti-ADN y anti-Sm, orientaban hacia la posibilidad de actividad lúpica.

El momento de presentación clínica es un factor determinante para orientar la etiología. En nuestro caso, el debut (semana 21+4) coincide con el periodo de máxima incidencia de patologías como la PE o el síndrome HELLP, pero también es el momento en el que la nefropatía lúpica o la microangiopatía trombótica suelen manifestarse con mayor agresividad. La determinación del cociente sFlt1/PlGF resultó fundamental en nuestra valoración inicial. En un cuadro de PE clásico, la hipoxia placentaria induce la liberación de grandes cantidades de tirosina quinasa 1 soluble (sFlt-1, antiangiogénico), que antagoniza el efecto del factor de crecimiento placentario (PlGF, proangiogénico), provocando una disfunción endotelial sistémica, responsable de la hipertensión arterial durante la gestación. Por ello, en una PE grave en la semana 21 de gestación, esperaríamos encontrar valores muy elevados de dicho cociente, como reflejo de una insuficiencia placentaria ya instaurada. Sin embargo, en nuestro caso, el cociente era normal, sugiriendo que, en ese momento, el origen principal del daño era inmunológico y no una disfunción placentaria primaria. Además, la presencia de sedimento urinario activo orientaba hacia el diagnóstico de NL, en ausencia de biopsia renal. Este hecho fue fundamental para decidir el abordaje terapéutico, ya que el manejo difiere de forma significativa entre ambas entidades, siendo la inmunosupresión el pilar fundamental en el LES activo. Además, el inicio del tratamiento de forma precoz permitió que el feto consiguiera semanas críticas de maduración bajo un control estrecho.

No obstante, la PE y la NL no son mutuamente excluyentes, ya que la NL activa, por su naturaleza inflamatoria, crea un entorno de daño endotelial que facilita el desarrollo de preeclampsia sobreañadida. En la Tabla 2, se muestran los perfiles típicos de ambas patologías y los de nuestra paciente.

El LES con afectación renal, es una enfermedad que afecta principalmente a los vasos sanguíneos, pudiendo dañar el endotelio fenestrado de los capilares glomerulares. Además del filtrado de la sangre, este endotelio cumple otras importantes funciones, como la producción de sustancias vasodilatadoras, que puede verse comprometida por la activación del complemento y el depósito de inmunocomplejos. Como consecuencia de ello, el riñón pierde la capacidad de aumentar el flujo plasmático renal y la tasa de filtración glomerular, cambios fisiológicos que son propios de la gestación. En estos casos, el daño renal se produce por un doble golpe. El primer impacto renal sería de origen inmunológico: la microangiopatía lúpica, que provoca daño en la barrera de filtración y se manifiesta por proteinuria en rango nefrótico y sedimento activo. El segundo impacto, sería de origen angiogénico. El endotelio, ya dañado, es incapaz de soportar el estrés oxidativo placentario propio del desarrollo del embarazo, lo que conlleva un fallo a nivel sistémico, que se manifiesta por hipertensión arterial severa y fracaso renal. Por ello, ante un paciente con sospecha de PE junto con signos sugestivos de LES, debemos considerar la posibilidad de un cuadro concomitante de ambas patologías. En el caso de nuestra paciente, el cuadro clínico se atribuyó únicamente al debut de LES, sin PE concomitante, siendo confirmado tras el parto con la biopsia renal, que evidenció nefritis lúpica clase IV con alto índice de actividad. Este hallazgo explica la severidad del cuadro y valida el enfoque terapéutico adoptado.

Evolución y pronóstico

A nivel hematológico, durante la evolución presentó anemia severa con test de Coombs directo positivo, compatible con anemia hemolítica autoinmune secundaria a LES. En el contexto de la gestación de nuestra paciente, uno de los diagnósticos a descartar era una microangiopatía trombótica, pero la ausencia de esquistocitos y trombocitopenia, los niveles normales de haptoglobina y LDH y bilirrubina normal, hacían poco probable esta entidad. También fue valorada, dada la historia obstétrica adversa, la posibilidad de síndrome antifosfolípido, que fue descartado ante la negatividad de los anticuerpos antifosfolípidos: anticoagulante lúpico y anticuerpos anticardiolipina y B2glicoproteínas.

Por otro lado, la presencia de derrame pericárdico severo y derrame pleural se interpretó como una manifestación de serositis lúpica en el contexto de alta actividad de la enfermedad, siendo tratada con tratamiento antiinflamatorio e inmunosupresor. El episodio de cefalea tras la administración de IgG iv se interpretó como migraña secundaria al fármaco, descartándose la presencia de neurolupus tras la realización de una exploración neurológica completa y estudio del fondo de ojo.

Desde el punto de vista renal, a diferencia de lo que podría esperarse en un debut tan agresivo de la enfermedad, la paciente mantuvo en todo momento función renal conservada. Aunque la biopsia confirmó una NL altamente activa, con un control estricto y con la estrategia terapéutica "multitarget" (corticoides, tacrolimus y posteriormente micofenolato) logró alcanzar la remisión completa (SLEDAI 0). Actualmente, tras cuatro años desde el diagnóstico, la paciente permanece con función renal preservada y sin necesidad de tratamiento inmunosupresor activo. Esto demuestra que un diagnóstico diferencial preciso y un tratamiento precoz adecuado pueden prevenir la evolución hacia la enfermedad renal crónica.

Nefropatía lúpica y el dilema terapéutico.

La nefritis lúpica está considerada una de las complicaciones más graves del LES, afectando al 25-60% de los pacientes. Constituye una importante causa de morbilidad y mortalidad, y puede progresar a insuficiencia renal irreversible. Su patogénesis es compleja, basándose en una disregulación de la inmunidad. La pérdida de tolerancia inmunológica permite el depósito de inmunocomplejos circulantes y la unión de anticuerpos anti-ADN a autoantígenos, como anexina II o alfa-actinina, presentes en las células mesangiales y podocitos. Dicha interacción activa vías inflamatorias y fibróticas, aumentando la secreción de moléculas proinflamatorias y el depósito de proteínas de matriz, que contribuyen al daño del parénquima renal. Por ello, los niveles de estos anticuerpos se correlacionan con la actividad de la enfermedad.

La biopsia renal es la prueba fundamental para el diagnóstico, así como para la caracterización de los patrones histológicos de lesión. Según la clasificación histológica, se reconocen 6 clases morfológicas:

- Clase I: mesangial mínima, sin características de proliferación.
- Clase II: mesangial proliferativa.
- Clase III: focal, con hiper celularidad endocapilar en menos del 50% de los glomérulos.
- Clase IV: difusa, con hiper celularidad endocapilar en más del 50% de los glomérulos.
- Clase V: membranosa, aislada o coexistente con clase III o IV.
- Clase VI: esclerosis avanzada, con esclerosis global en más del 90% de los glomérulos.

En nuestro caso, la confirmación histológica de una nefritis lúpica membranoproliferativa difusa (clase IV), con un índice de actividad elevado (9/24) y la presencia de semilunas celulares, demostró la alta agresividad del brote.

Desde el punto de vista terapéutico, el manejo del LES durante la gestación representa un desafío clínico, ya que no solo requiere el control de la enfermedad materna, sino que debe garantizar también la seguridad fetal.

La estrategia inicial en nuestro caso se basó en tres pilares: esteroides, tacrolimus, Inmunoglobulinas e hidroxicloroquina. La utilización de esquemas combinados es fundamental en el manejo, ya que permite reducir la exposición a esteroides, cuyo uso se ha asociado a un mayor riesgo de rotura prematura de

membranas, que, a pesar de ello, presentó nuestra paciente. Por otra parte, la hidroxiclороquina está ampliamente recomendada, dado que ha demostrado disminuir el riesgo de brotes de la enfermedad y mejorar el pronóstico gestacional. A ello se añade que el tacrolimus constituye una alternativa eficaz y segura como terapia de inducción o como parte de esquemas combinados durante el embarazo, especialmente en formas graves de NL. No obstante, fue necesario el ajuste de dosis dado el aumento fisiológico del volumen plasmático. Esto muestra la importancia de la monitorización estrecha, con el fin de reducir la toxicidad y optimizar la eficacia. Por el contrario, la ciclofosfamida y el ácido micofenólico (o micofenolato mofetil), pese a su potente efecto inmunosupresor, debe evitarse durante la gestación debido a su elevado potencial teratogénico, reservándose, la ciclofosfamida, exclusivamente para situaciones de extrema gravedad.

La paciente evolucionó favorablemente con el tratamiento, aunque, dada la complejidad del caso, fue necesario individualizar las decisiones terapéuticas de forma continua. En este sentido, se inició tratamiento con inmunoglobulina intravenosa como estrategia inmunomoduladora, ante la elevada actividad de la enfermedad y las limitadas opciones terapéuticas seguras durante la gestación. Sin embargo, dicho tratamiento tuvo que ser suspendido debido a la aparición de efectos adversos. Las inmunoglobulinas constituyen habitualmente una herramienta terapéutica esencial en gestantes con anticuerpos anti-Ro o anti-La positivos, dado que éstos son capaces de atravesar la barrera placentaria y provocar cardiopatías en el feto. Su uso es fundamental para reducir la transferencia de anticuerpos patogénicos. No obstante, en nuestro caso, con negatividad de dichos anticuerpos, su uso fue planteado por la elevada actividad inmunológica y la gravedad de la afectación orgánica.

La biopsia renal durante el embarazo

La biopsia renal es una prueba fundamental para el diagnóstico, pronóstico y la clasificación de la NL. Sin embargo, su realización durante el embarazo plantea un dilema clínico y requiere una evaluación cuidadosa del riesgo-beneficio. En general, es relativamente segura cuando se realiza en el momento adecuado, siendo el ideal antes de la semana 26-28 de gestación. No obstante, el riesgo de complicaciones mayores aumenta desde la semana 23-24.

Las principales indicaciones en gestantes incluyen situaciones en las que el resultado modificará el manejo clínico, considerándose necesaria en los siguientes escenarios:

- Proteinuria significativa de novo que aparece antes de la semana 20 de embarazo, sin otra explicación.
- Deterioro agudo de la función renal con sedimento urinario activo sin causa clara.
- Diferenciación entre brote de actividad renal previa y preeclampsia, cuando ambas entidades son posibles y el diagnóstico cambiará el manejo. Los marcadores angiogénicos elevados no serán muy valorables ante la presencia de enfermedad renal previa.

En el caso de nuestra paciente, aunque presentaba criterios clínicos que podrían haber justificado la realización de una biopsia renal (síndrome nefrótico, sedimento urinario activo y sospecha de debut de LES), se optó por una actitud conservadora. Esta decisión se basó en varios aspectos. En primer lugar, la edad gestacional (semana 21-26) se encontraba en un periodo limítrofe para la aparición de complicaciones asociadas a la biopsia. A ello se añade la posibilidad de llegar a un diagnóstico clínico de alta sospecha sin necesidad de confirmación histológica inmediata. La presencia de sedimento urinario activo, hipocomplementemia, positividad de anti-Sm y anti-DNA, junto con normalidad del cociente sFlt-1/PlGF, orientaban el cuadro a un origen inmunológico. Esto hacía poco probable la preeclampsia aislada como causa patogénica principal. Por tanto, el resultado de la biopsia no modificaría la actitud terapéutica inicial. De hecho, retrasaría el inicio del tratamiento en la espera de confirmación histológica, pudiendo haber supuesto un peor pronóstico materno y fetal. Además, la evolución clínica tórpida (disnea, ortopnea, imposibilidad para el decúbito) de la paciente reforzó la decisión de postponer la biopsia.

Finalmente, se realizó la biopsia renal tras el parto, cuando las condiciones fueron más seguras. Los hallazgos histológicos validaron tanto la sospecha clínica inicial como la estrategia terapéutica adoptada.

Conclusión

El caso ejemplifica un difícil diagnóstico diferencial con importantes consecuencias tanto maternas como fetales. Para su manejo, ha resultado fundamental la valoración conjunta por diferentes especialistas: Ginecología y Obstetricia, Nefrología y Reumatología. La rapidez diagnóstica y de medidas terapéuticas ha resultado crítica para la favorable evolución.

Categoría	Parámetro	Resultado	Significado Clínico
Hematología	Hemoglobina	7.3 - 7.4 g/dl	Anemia severa.
	Linfocitos	710 / μ l	Linfopenia.
	Plaquetas	190.000/ μ L	Normal.
	Test de Coombs	Positivo (2+)	Hemólisis de base autoinmune.
Bioquímica	LDH	188 U/L	Normal.
	Urea	17 mg/dL	Normal.
	Ácido úrico	4.7 mg/dL	Normal.
	Proteinuria	3.5 g/24h	Rango nefrótico persistente.
Función Renal	Sedimento	Hematuria (3+) y Leucocituria (1+)	Sedimento activo.
	Creatinina	0.71 mg/dL	Normal.
	ANA	1/5120	Título muy elevado, marcador de autoinmunidad.
Inmunología	Anti-DNA	Positivos (>400 / Positivo)	Marcadores específicos de actividad lúpica.
	Anti-Sm	Positivos	Marcadores específicos de lupus.
	Anti-Ro	Negativos	Normal.
	Anti-La	Negativos	Normal.
	Antifosfolípidos	Negativos	Normal.
	Anti-histonas	Positivos	Marcadores no específicos asociados a lupus.
	Complemento C3	32 mg/dl	Hipocomplementemia severa por consumo.
	Complemento C4	5.5 mg/dl	Hipocomplementemia severa por consumo.
Marcadores Gestacionales	Cociente sFlt-1/PlGF	6.3	Niveles bajos, no sugestivo de preeclampsia.

Tabla 1. Parámetros analíticos relevantes.

Parámetro	Preeclampsia (PE)	Nefropatía Lúpica (NL)	Hallazgos en la Paciente
Momento de aparición	>20 semanas habitualmente	Cualquier momento	Semana 21+4
Hipertensión arterial	Presente	Presente	Presente
Proteinuria	Presente	Presente	Presente (3,5gr/24h)
Autoanticuerpos Anti-DNA	Negativos	Positivos (título elevado)	Positivos (>400)
Autoanticuerpos Anti-Sm	Negativos	Positivos	Positivos
Autoanticuerpos ANA	Negativos	Positivos	Positivos (1/5120)
Sedimento urinario	Inactivo	Activo	Activo (3+ hematíes)
Ácido úrico	Elevado	Normal	Normal
Plaquetas	Normal/Bajo	Normal/Bajo	Normal
Complemento (C3/C4)	Normal	Bajo	Muy bajo (C3 32, C4 5.5)
Cociente sFlt-1/PlGF	Elevado (>38-85)	Normal o bajo	Bajo (6.3)
Manifestaciones extrarrenales	Edemas, cefalea, fotopsias.	Artritis, serositis, alopecia.	Ambas
Respuesta a corticoides	No	Sí	Sí
Tratamiento	Finalizar gestación	Inmunosupresión	Mejoría con inmunosupresión

Tabla 2. Comparación de los perfiles típicos de Preeclampsia y Nefropatía lúpica.

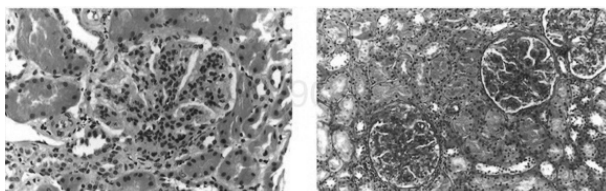


Figura 1. Biopsia renal.

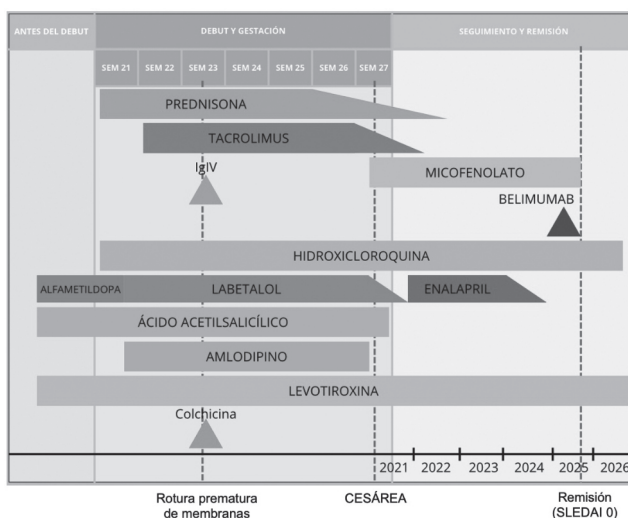


Figura 2. Cronograma del abordaje terapéutico.

Bibliografía

1. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Dashe JS, Hoffman BL, Casey BM, Spong CY, editores. Trastornos hipertensivos (Capítulo 40). En: Williams Obstetricia. 25ª ed. México: McGraw-Hill; 2019. p. 710-745.
2. Fakhouri F, Vercel C, Frémeaux-Bacchi V. Obstetric Nephrology: AKI and Thrombotic Microangiopathies in Pregnancy. Clin J Am Soc Nephrol. 2012;7(12):2100-2106. doi: 10.2215/CJN.13121211.
3. Praga M, Morales E. Nefritis lúpica (Capítulo 26). En: Avendaño LH, Aljama P, Arias M, Egido J, Lamas S, editores. Nefrología Clínica. 4ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2018. p. 331-344.
4. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO). KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Management of Lupus Nephritis. Kidney International. 2024;105(1S): S1-S69.
5. Tsokos GC. Lupus eritematoso sistémico (Capítulo 348). En: Jameson JL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Loscalzo J, editores. Harrison. Principios de Medicina Interna. 20ª ed. Ciudad de México: McGraw-Hill; 2018. p. 2515-2525.
6. Lewis JB, Neilson EG. Glomerulopatías (Capítulo 312). En: Jameson JL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Loscalzo J, editores. Harrison. Principios de Medicina Interna. 20ª ed. Ciudad de México:



McGraw-Hill; 2018. p. 2176-2196.

7. Rojas-Rivera Jorge E., Praga Terente Manuel, Nefropatía Lúpica. Lupus Eritematoso Sistémico. En: Lorenzo V., López Gómez JM (Eds). Nefrología al día. ISSN: 2659-2606. Disponible en: <https://www.nefrologiaaldia.org/589>.

8. Parodis, I., Rovin, B.H., Tektonidou, M.G. et al. Lupus nephritis. Nat Rev Dis Primers 11, 69 (2025). <https://doi.org/10.1038/s41572-025-00653-y>.

¿Infección o emergencia inmunológica? Mimetismo clínico en el debut de una vasculitis anca-pr3

Paula Martín González¹

1) Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid.

129

C

Introducción

Las vasculitis asociadas a anticuerpos anticitoplasma de neutrófilo (ANCA) constituyen un grupo de trastornos sistémicos autoinmunes con afectación de pequeño y mediano vaso. Se caracterizan por una inflamación necrosante de los vasos, lo que condiciona un daño irreversible en diversos órganos. Dentro de ellas, el patrón ANCA citoplasmático (c-ANCA) es producido principalmente por anticuerpos dirigidos contra la proteinasa 3 (PR3)¹. La afectación pulmonar en este contexto representa una de las manifestaciones más críticas, presentándose frecuentemente en forma de hemorragia alveolar difusa (HAD), y supone una emergencia con necesidad de ingreso en la unidad de cuidados intensivos².

Presentamos un caso de un paciente, ingresado inicialmente bajo sospecha clínica de neumonía atípica por *Mycoplasma pneumoniae*, que finalmente se diagnostica de una vasculitis ANCA-PR3 con afectación renal y pulmonar.

Exposición del caso

Varón de 65 años que acude a Urgencias por un cuadro de 3 semanas de evolución de malestar general, artromialgias, odinofagia, tos seca y sensación distérmica con febrícula. Refiere empeoramiento en los últimos 2 días, con mayor astenia, a lo que se añaden anorexia, náuseas sin vómitos, disnea y dolor pleurítico en hemitórax derecho exacerbado por la tos.

Como antecedentes personales del paciente, destacan una lumbociática crónica en tratamiento con pregabalina, y una hemorragia digestiva secundaria a úlcera duodenal con anemia en 2011, sin episodios de recurrencia recientes. Como único factor de riesgo cardiovascular presenta hipertensión arterial controlada con enalapril (que actualmente no toma por buen control tensional), sin hábitos tóxicos. Carece de antecedentes nefrológicos de interés, con una función renal previa conservada con creatinina (Cr) de 1.20 mg/dL, sin proteinuria ni hematuria en el último control del que se dispone (2024). A la exploración física presenta buen estado general. Se encuentra eupneico en reposo, con leve taquipnea con el esfuerzo. La saturación de oxígeno es del 98%, la auscultación cardíaca es rítmica a 80 lpm, en la auscultación pulmonar se objetiva un murmullo vesicular disminuido en base y campo medio derechos, y presenta una faringe hiperémica sin exudados. El resto de la exploración es normal. Analíticamente, destaca en el hemograma la presencia de anemia normocítica normocrómica con hemoglobina de 11.30 g/dL, trombocitosis de 847 miles/mm³, y leucocitosis de 12.69 miles/mm³ con desviación izquierda. En la bioquímica preventiva elevación de reactantes de fase aguda con proteína C reactiva (PCR) de 15.10 mg/dL, fibrinógeno de 777 mg/dL con el resto de coagulación normal, y LDH de 316 U/L; y deterioro tanto de la función hepática (bilirrubina total de 1.30 mg/dL, aspartato aminotransferasa (GOT/AST) de 49 U/L y alanina aminotransferasa (GPT/ALT) de 43 U/L) como de la función renal (urea de 60 mg/dL, Cr de 2.10 mg/dL y tasa de filtración glomerular estimada (TFGe) de 36.06 mL/min/1.73m²). El test antigénico para gripe y COVID es negativo.

En la radiografía de tórax (*Imagen 1*) se observa una asimetría de densidad entre ambos hemitórax, secundaria a la presencia de infiltrados alveolares parcheados en regiones centrales de los campos medio e inferior derechos. No se evidencia derrame pleural significativo.

Ante sospecha clínica de neumonía atípica, se decide ingreso a cargo del servicio de Medicina Interna, iniciándose sueroterapia y antibioterapia empírica con ceftriaxona. Se amplía además el estudio etiológico mediante una batería microbiológica, nuevos controles analíticos en sangre y orina, y una ecografía abdominal reglada.

Imagen SEQ Figura * ARABIC1. Radiografía de tórax PA en Urgencias que muestra infiltrados alveolares

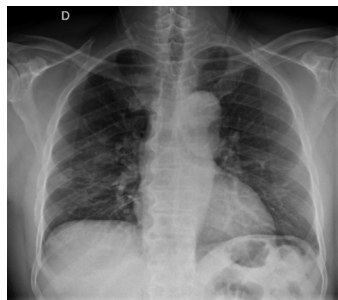


Imagen 1. Radiografía de tórax PA en Urgencias que muestra infiltrados alveolares

La analítica tras 24 horas de tratamiento presenta hemograma similar al previo, con empeoramiento de citólisis hepática y deterioro de la función renal. El análisis de orina revela un sedimento urinario activo, destacando una hematuria franca (200 eritrocitos/ μ L en tira reactiva, confirmados en el sedimento microscópico) y leucocituria, en ausencia de nitritos. La evaluación bioquímica muestra una proteinuria significativa con un cociente proteína/creatinina (CPC) de 1.75 g/g y cociente albúmina/creatinina (CAC) de 1040 mg/g. El estudio del sedimento evidenció la presencia de uratos amorfos y eritrocitos dismórficos (43%), sin otros hallazgos de interés. Por otro lado, se solicia igualmente el antígeno prostático específico (PSA), resultando este patológico en 57.67 ng/mL.

El estudio microbiológico muestra finalmente una seropositividad para IgM e IgG frente a *Mycoplasma pneumoniae*, por lo que se mantiene tratamiento antibiótico durante 24 horas más. Se realiza control analítico posterior en el que persisten tanto el fracaso renal como la persistencia de proteinuria y hematuria.

En la ecografía abdominal se evidencian unos riñones de tamaño normal (ambos de 12 cm), pero con un aumento difuso de la ecogenicidad y pérdida de la diferenciación corticomedular, hallazgos sugerentes de nefropatía médica. Además, como hallazgo incidental se observa una marcada hipertrofia prostática (con un volumen estimado de 112 cc). Ante este último hallazgo, y dada la elevación de los niveles de PSA en un paciente sin antecedentes ni sintomatología prostática previa, se solicita valoración por el servicio de Urología que, tras un tacto rectal sospechoso de malignidad, programa una biopsia prostática.

Dada la escasa mejoría de la función renal en esas 48 horas iniciales, se solicita un estudio inmunológico completo que resulta positivo para ANCA-PR3, con unos títulos muy elevados de 9709.70 UI/mL. Ante la alta sospecha clínica de vasculitis ANCA-PR3, se decide realizar un cambio de adjudicación a Nefrología para la realización de una biopsia renal e inicio de tratamiento específico con bolos de metilprednisolona de 125 mg diarios durante 3 días².

La biopsia renal se realizó sobre un cilindro renal con 15 glomérulos, de los cuales solo tres mantenían una morfología conservada sin proliferación mesangial ni hiper celularidad endocapilar. El resto de la muestra evidenció una afectación severa: un glomérulo presentaba esclerosis global, mientras que de los restantes, siete mostraban necrosis con formación de semilunas epiteliales y cuatro presentaban lesiones necrotizantes segmentarias. Además, se identificaron focos de tubulitis con cambios regenerativos epiteliales y presencia de eritrocitos intratubulares, junto a una leve inflamación crónica intersticial con mínima fibrosis (5%). Se confirma así el diagnóstico definitivo de granulomatosis con poliangitis (GPA) mediante el hallazgo de una glomerulonefritis necrotizante pauciinmune³ con formación de semilunas, sin depósito de inmunocomplejos.

Así, se administra una primera dosis de rituximab de 1 g, programando la siguiente pasados 14 días².

No obstante, una semana tras el ingreso, presenta deterioro respiratorio con necesidad de oxigenoterapia a dosis crecientes, lo que condiciona la petición de una nueva radiografía de tórax (*Imagen 2*) que pone en evidencia un marcado empeoramiento respecto a la primera radiografía, con infiltrados alveolares bilaterales de distribución preferentemente perihiliar y en campos superiores, más extensos en el pulmón izquierdo.

Ante estos hallazgos y la alta sospecha de HAD, se confirma mediante fibrobroncoscopia y se inician recambios plasmáticos. El manejo se vio dificultado por el diagnóstico simultáneo de gripe A, considerada causa potencial de la claudicación respiratoria y factor de demora para la plasmaféresis. Tras completar tratamiento con oseltamivir, la infección respiratoria remitió sin complicaciones.

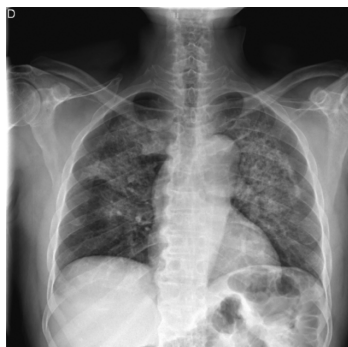


Imagen 2. Radiografía de tórax PA tras primer deterioro respiratorio

A pesar de ello, presenta empeoramiento clínico y radiológico, con mayor diseminación de infiltrados en pulmón derecho (*Imagen 3*). Se realiza TC de tórax que muestra hallazgos similares (*Imagen 4*).

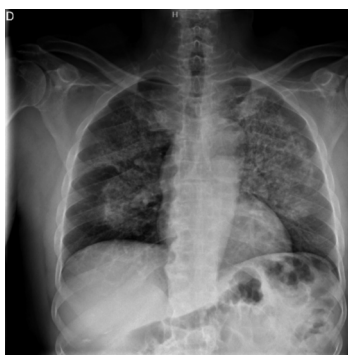


Imagen 3. Radiografía de tórax PA tras segundo deterioro respiratorio

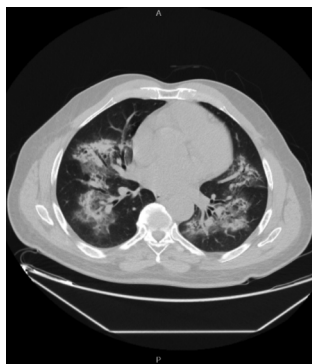


Imagen 4. TC de tórax que muestra infiltrados alveolo-intersticiales centrales bilaterales

En la radiografía de control tras la última sesión de plasmaféresis (*Imagen 5*), se observa una gran mejoría y desaparición casi total de los infiltrados alveolares, en paralelo con una evolución favorable de la clínica.

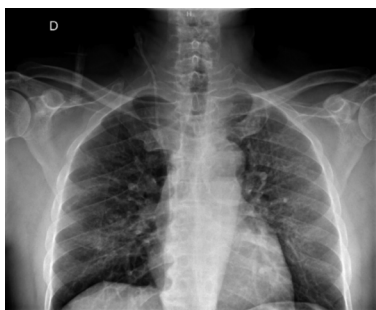


Imagen 5. Radiografía de tórax PA que evidencia desaparición casi total de los infiltrados

Durante el ingreso, se realizaron un total de 6 sesiones de plasmaféresis en intervalos de 48 horas^{2,4}, y en el contexto de la anemia se precisó transfusión de hemoderivados en 3 ocasiones. En cuanto al tratamiento corticoideo, tras los 3 bolos diarios de metilprednisolona de 125 mg, se inició pauta PEXIVAS⁵ ("Plasma Exchange and Glucocorticoids in Severe Antineutrophil Cytoplasmic Antibody-Associated Vasculitis") con prednisona durante 3 semanas hasta el alta en dosis descendentes: 75 mg diarios durante la primera semana, 40 mg en la segunda, y 30 mg durante la tercera. Por último, se administraron 2 dosis de 1 g de rituximab separados por 14 días^{2,4}. Igualmente, dado el curso agresivo y actividad de la vasculitis, así como la edad del paciente de cara a recibir tratamiento corticoideo prolongado, se decide el inicio de tratamiento con avacopan^{2,4}, haciendo a su vez desescalada de la dosis de prednisona hasta su suspensión.

Al alta tras 14 días de ingreso, se continúa con la desescalada de la corticoterapia en las siguientes 3 semanas hasta suspender, manteniendo avacopan^{2,4} y tratamiento de mantenimiento con rituximab.

Discusión y Conclusiones

Las vasculitis asociadas a ANCA constituyen un grupo de trastornos sistémicos crónicos de etiología autoinmune con afectación de pequeño y mediano vaso. Se caracterizan por infiltrados inflamatorios que provocan la destrucción y necrosis de la pared vascular, así como la oclusión de la luz del vaso, produciendo isquemia y daño irreversible en los órganos irrigados. Este proceso es desencadenado por la presencia de autoanticuerpos contra la región citoplasmática del neutrófilo^{1,6}.

Existen dos variantes principales de estos anticuerpos, clasificadas según el antígeno específico que reconocen dentro del neutrófilo. Por un lado, el patrón c-ANCA se asocia a anticuerpos dirigidos contra la PR3. Por otro, el patrón p-ANCA se vincula estrechamente a la mieloperoxidasa (MPO). La positividad para ANCA-PR3 aparece en el 90% de los pacientes con GPA, y además en el 85 al 90% de los casos se presenta con afectación pulmonar¹.

En Europa, se estima una prevalencia de vasculitis asociadas a ANCA de entre 46 y 184 casos por cada millón de habitantes, aunque en determinadas regiones esta cifra puede superar los 250 casos por millón. El pico de incidencia de la enfermedad se da entre los 65 y los 74 años⁷.

La clínica de la vasculitis es el resultado del proceso de inflamación sistémica que la caracteriza, predominando signos y síntomas similares a los evidenciados en este paciente: fiebre o febrícula, astenia, anorexia, pérdida de peso, artralgias o artritis. Además, hay algunas manifestaciones específicas que suponen un riesgo del órgano afectado, como la HAD o la glomerulonefritis rápidamente progresiva, presentes en este caso.

La coexistencia de afectación renal y pulmonar, manifestada por la combinación de glomerulonefritis rápidamente progresiva y HAD, recibe el nombre de síndrome renopulmonar. La fisiopatología subyacente radica en una capilaritis necrosante que a nivel pulmonar provoca la disrupción de la barrera alveolo-capilar con el consecuente paso de eritrocitos al espacio alveolar, mientras que a nivel renal se manifiesta como una insuficiencia renal aguda con sedimento activo^{8,9}.

En este caso, la HAD representó la manifestación extrarrenal más crítica del paciente y además supuso un desafío diagnóstico, ya que su sintomatología prodrómica (malestar general, tos seca, disnea o sensación distérmica) es indistinguible inicialmente de cuadros infecciosos respiratorios como la neumonía, que fue la sospecha clínica inicial. Sumado a esto, radiológicamente la HAD se manifestó en forma de infiltrados parcheados que a su llegada a urgencias fueron interpretados como focos pulmonares infecciosos, apoyados por una serología positiva para *Mycoplasma pneumoniae*, que luego resultó ser un falso positivo. Sin embargo, la ausencia de respuesta al tratamiento antibiótico y la persistencia del deterioro de la función renal obligaron a replantear el diagnóstico. Y es que la presentación de vasculitis asociada a HAD condiciona la clasificación del cuadro como vasculitis generalizada grave, situación que requiere un diagnóstico precoz y tratamiento agresivo², y que fue manejada con inmunosupresión a altas dosis y posteriormente con plasmaféresis.

Además, durante el ingreso resultó determinante el solapamiento clínico con la infección por el virus de la gripe, el cual actuó como un confusor diagnóstico generando dudas acerca de la atribución del fracaso respiratorio al proceso infeccioso o al debut de la vasculitis en forma de HAD.

Así, siguiendo las recomendaciones de las guías de práctica clínica^{2,4}, el paciente fue catalogado como vasculitis grave con riesgo de fallo orgánico debido a la afectación renal y pulmonar, y se inició terapia de inducción a la remisión con pulsos de metilprednisolona (seguidos de una pauta descendente), rituximab, y plasmaféresis como terapia adyuvante. Si bien la ciclofosfamida constituye una alternativa válida como tratamiento de inducción, se optó por rituximab dado que el fenotipo ANCA-PR3 presenta una respuesta superior a este fármaco y que existía una infección viral activa y alta sospecha de neoplasia de próstata. No obstante, tras analizar la severidad de la afectación y la tórpida evolución a nivel respiratorio que presentó, se planteó de forma retrospectiva que una terapia combinada con rituximab y ciclofosfamida podría haber ofrecido un control más agresivo y precoz de la enfermedad, acorde con las tendencias actuales en pacientes con riesgo vital inmediato.

Por otro lado, la evidencia aportada por el ensayo clínico PEXIVAS⁵ sustenta el uso de dosis reducidas

de glucocorticoides en el tratamiento de inducción de las vasculitis, al demostrar una eficacia equivalente a las pautas con dosis altas, con una disminución significativa de la tasa de infecciones graves y efectos adversos. Esta estrategia cobra especial relevancia en este caso, dado el proceso infeccioso activo que presentaba el paciente durante el ingreso y los antecedentes personales de sangrado digestivo alto.

Tras ser dado de alta, se está realizando seguimiento en consultas sucesivas de Nefrología, manteniéndose estable clínicamente en los siguientes 3 meses. Además, dada la ausencia de malignidad en la biopsia prostática con niveles anormalmente elevados de PSA, se ha propuesto su seguimiento analítico para verificar su descenso en paralelo con la resolución del cuadro sistémico, apoyando así la hipótesis de una prostatitis vasculítica, manifestación extrarrenal infrecuente¹⁰.

En definitiva, este caso clínico pone de manifiesto la complejidad del diagnóstico diferencial en patologías sistémicas con afectación multiorgánica, como pueden ser las vasculitis sistémicas. El debut de una vasculitis ANCA-PR3 bajo un mimetismo infeccioso ilustra la necesidad de una reevaluación constante de la sospecha inicial para garantizar una mayor precisión diagnóstica.

Bibliografía

1. Fauci AS, Kasper DL, Hauser S, Loscalzo J, Jameson JL. *Harrison's Principles of Internal Medicine*. McGraw-Hill Education / Medical; 2025
2. Morales E, Iñigo Rúa-Figueroa, Callejas L, Bernabéu AA, Alonso RB, Cid MC, et al. Recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de las vasculitis asociadas a anticuerpos anticitoplasma de neutrófilo. *Nefrología [Internet]*. 2024 Aug 1 [cited 2024 Oct 21]; Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0211699524000754>
3. Enfermedades Sistémicas y Riñón. Vasculitis [Internet]. *Nefrologiaaldia.org*. 2024. Disponible en: <https://www.nefrologiaaldia.org/es-articulo-enfermedades-sistemicas-y-rinon-vasculitis-186>
4. KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Management of Antineutrophil Cytoplasmic Antibody (ANCA)-Associated Vasculitis [Internet]. Disponible en: <https://kdigo.org/wp-content/uploads/2024/02/KDIGO-2024-ANCA-Vasculitis-Guideline.pdf>
5. Odler B, Riedl R, Geetha D, Szpirt WM, Hawley C, Uchida L, et al. The effects of plasma exchange and glucocorticoids on early kidney function among patients with ANCA-associated vasculitis in the PEXIVAS trial. *Kidney international [Internet]*. 2025 Mar;107(3):558–67. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39708998/>
6. VILLA-FORTE.ALEXANDRA. Generalidades sobre la vasculitis [Internet]. *Manual MSD versión para profesionales. Manuales MSD*; 2019. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-de-los-tejidos-musculosquel%C3%A9tico-y-conectivo/vasculitis/generalidades-sobre-la-vasculitis>
7. Rymarz A, Jones R, Jayne D, Małyżko J. Advances in the treatment of antineutrophil cytoplasmic antibody associated vasculitis: current recommendations, clinical trials and real word data. *Polish Archives of Internal Medicine [Internet]*. 2026 Mar 11 [cited 2026 Mar 17]; Disponible en: <https://www.mp.pl/paim/issue/article/17249/>
8. Lee J. Síndrome pulmonar-renal [Internet]. *Manual MSD versión para profesionales. Manuales MSD*; 2025 [cited 2026 Mar 17]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-pulmonares/hemorragia-alveolar-difusa-y-s%C3%ADndrome-pulmonar-renal/s%C3%ADndrome-pulmonar-renal?query=vasculitis%20anca%20pr3>
9. De neutrófilos positivo SP-RS a. VAA. Síndrome pulmón-riñón secundario a vasculitis anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos positivo [Internet]. *Org.ar*. [citado el 17 de marzo de 2026]. Disponible en: https://www.villavicencio.org.ar/ALMACEN/archivos/publicaciones_00000000719.pdf
10. Jain N, Roy D, Mysore S, Negigowdru MM, Rao VKR. Uncommon presentation of granulomatosis with polyangiitis: Prostate involvement. *International journal of rheumatic diseases [Internet]*. 2024 Jan;27(1):e14831. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37424167/>

Hiponatremia grave en paciente oncológica: cuando el siadh no es lo que parece

María de la Candelaria Cuberta González¹, David Guerra Ortega¹, Álvaro Herrero Mejías¹ y Paloma Ruiz López-Alvarado²

1) Autores. Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid.

2) Tutora. Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid.

130

C

Introducción

La hiponatremia ($[Na] < 135$ mEq/L) constituye el trastorno electrolítico más frecuente en la práctica clínica, especialmente en pacientes hospitalizados, con una prevalencia que puede alcanzar el 15–30% [1]. Su importancia radica no solo en su elevada frecuencia, sino también en su asociación con un aumento de la morbimortalidad, prolongación de la estancia hospitalaria y peor pronóstico, particularmente en pacientes oncológicos [2].

Desde el punto de vista fisiopatológico, la hiponatremia refleja una alteración en la homeostasis del agua más que del sodio, mediada fundamentalmente por la acción de la hormona antidiurética (ADH). La clasificación de la hiponatremia en función de la osmolaridad plasmática y del estado de volemia resulta clave para orientar su diagnóstico etiológico. En este contexto, la hiponatremia hipoosmolar euvolémica es una de las formas más frecuentes, siendo el síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética (SIADH) su causa predominante (25–40%) [3].

No obstante, el diagnóstico diferencial de la hiponatremia puede resultar complejo, ya que diversas entidades pueden presentar perfiles clínicos y analíticos superponibles. Entre ellas, las alteraciones endocrinas, como la insuficiencia suprarrenal o el hipotiroidismo, así como el uso de fármacos que actúan sobre el eje de la ADH, pueden simular un SIADH. En particular, la desmopresina, un análogo sintético de la ADH ampliamente utilizado en el tratamiento de la diabetes insípida central, puede inducir retención hídrica y desarrollar hiponatremia, especialmente en situaciones de disminución de la ingesta o alteración del equilibrio hídrico.

Presentamos el caso de una paciente con neoplasia activa y panhipopituitarismo en contexto de hipofisitis inmunomediada secundaria a tratamiento con inhibidores de checkpoint en tratamiento con desmopresina que desarrolla una hiponatremia grave con características analíticas compatibles con SIADH, en la que la integración del contexto clínico y terapéutico resultó fundamental para establecer el diagnóstico etiológico y orientar el manejo.

Exposición del caso

Mujer de 71 años con antecedentes personales de carcinoma de mama triple negativo con afectación metastásica cutánea, pulmonar, retroperitoneal, paratraqueal y hepática en tratamiento activo, así como panhipopituitarismo secundario, en tratamiento sustitutivo con hidrocortisona, levotiroxina y desmopresina.

Acude a urgencias derivada por su médico de atención primaria por cuadro de mucositis severa en relación con el tratamiento quimioterápico, refractaria a manejo ambulatorio con mycostatin, fluconazol y dexametasona, que condiciona una disminución significativa de la ingesta oral en los días previos. A su llegada presenta imposibilidad total para ingesta vía oral, por lo que se inicia sueroterapia y tratamiento intravenoso con amoxicilina-clavulánico, fluconazol, dexametasona y aciclovir para el tratamiento de la mucositis. Se mantuvo tratamiento habitual con levotiroxina y desmopresina. Se le realiza una analítica en Urgencias en la que presenta una creatinina de 0.9 mg/dL, filtrado glomerular estimado de 64 mL/min, hiponatremia de 129 mEq/L, osmolaridad plasmática de 283 mOsm/kg.

Durante el ingreso, a pesar de presentar mejoría de la mucositis la paciente presentó deterioro progresivo del estado general, con astenia, bradipsiquia y leve desorientación temporoespacial, sin focalidad neurológica asociada.

Ante estos datos y bajo la sospecha de hiponatremia secundaria a desmopresina se suspendió dicho fármaco y se inició tratamiento con restricción hídrica y medidas convencionales, con suplementos de sal. Tras 48 horas de ingreso presenta episodio de mareo a la bipedestación y caída al incorporarse sin pérdida de conciencia. A la exploración física se encontraba hemodinámicamente estable, normotensa, afebril y presentaba edemas bimaletales con fovea.

En la analítica destacaba empeoramiento de hiponatremia de 120 mEq/L, con osmolaridad plasmática disminuida de 267 mOsm/kg. El estudio de orina mostraba osmolaridad urinaria inapropiadamente elevada de 394 mOsm/kg y sodio urinario elevado de 126.5 mmol/L, hallazgos compatibles con hiponatremia hipoosmolar.

Dada la ausencia de respuesta al tratamiento inicial y la situación de hiponatremia sintomática se administró suero salino hipertónico a 10mL/h y furosemida 40 mg cada 12 horas. Con ello presentó resolución de clínica neurológica y mejoría del estado general, consiguiendo corrección de natremia a 128 mEq/L en las siguientes 24 horas. No obstante, a pesar de haber resuelto el episodio agudo, la presentación clínica de la hiponatremia y el empeoramiento a pesar de haber suspendido la desmopresina generaban contradicciones respecto a la etiología de esta. Inicialmente se planteó como posible diagnóstico la posibilidad de encontrarnos ante un SIADH puesto que la bioquímica urinaria era compatible con dicha entidad, sin embargo, el hecho de que la paciente se encontrara en situación de hipervolemia descartaba esta opción. Por ello, se decidió reinterrogar de nuevo a la paciente, indicando esta encontrarse aun en tratamiento con desmopresina a pesar de haberse suspendido por indicación médica por un error de comunicación.

Ante esta nueva situación se suspendió definitivamente la desmopresina y se retiraron la sueroterapia con salino hipertónico y el tratamiento diurético. Con ello y como era predecible la paciente presentó mejoría y normalización de natremia en las siguiente 24 horas.

En las siguientes horas se monitorizó de cerca el volumen de diuresis y la natremia puesto que al haber retirado la desmopresina la paciente presentó aumento progresivo de diuresis osmótica en contexto de la diabetes insípida central y precisó reiniciar a sus dosis habituales la desmopresina.

Discusión

El cáncer de mama triple negativo (CMTN) representa el 10–15% de los cánceres de mama y se caracteriza por la ausencia de receptores hormonales (estrógenos y progesterona) y de HER2. Es un subtipo biológicamente heterogéneo y clínicamente más agresivo, con alta tasa de proliferación, mayor riesgo de recaída temprana y peor pronóstico, concentrándose las recurrencias en los primeros tres años y la mortalidad en los primeros cinco años tras el diagnóstico.

A nivel molecular, engloba diversos subtipos con perfiles genómicos e inmunológicos distintos, lo que condiciona respuestas variables al tratamiento. La quimioterapia ha sido históricamente el pilar terapéutico, aunque en los últimos años la inmunoterapia dirigida contra PD-1/PD-L1 ha demostrado beneficio en determinados subgrupos.

No obstante, estas terapias pueden producir eventos adversos inmunorrelacionados, entre ellos la hipofisitis inmunomediada. El proceso inflamatorio resultante puede causar hipopituitarismo parcial o completo, siendo este último el que presentaba nuestra paciente. El manejo del panhipopituitarismo se basa fundamentalmente en la terapia de reemplazo hormonal dirigida a los ejes deficitarios, con el objetivo de restaurar la homeostasis endocrina, minimizar la sintomatología y mejorar la calidad de vida del paciente.

El déficit de ACTH constituye la alteración más urgente desde el punto de vista clínico, por el riesgo potencial de insuficiencia suprarrenal y crisis adrenal. Por ello, el tratamiento debe iniciarse de forma precoz con glucocorticoides, siendo la hidrocortisona en dosis divididas el fármaco de elección para imitar el ritmo circadiano fisiológico del cortisol.

Posteriormente, y una vez asegurada la cobertura glucocorticoidea, debe iniciarse el tratamiento del hipotiroidismo central mediante levotiroxina. Es fundamental destacar que la reposición tiroidea nunca

debe preceder al inicio de glucocorticoides, ya que podría precipitar una crisis suprarrenal al aumentar el metabolismo del cortisol.

El reemplazo de otros ejes hormonales debe individualizarse. En el caso del hipogonadismo, se valorará la terapia sustitutiva con esteroides sexuales en función de la edad, el sexo y los objetivos reproductivos del paciente, mientras que la deficiencia de hormona de crecimiento puede tratarse con GH recombinante en casos seleccionados. Asimismo, en presencia de diabetes insípida central, el tratamiento de elección es la desmopresina [6].

Todo esto implica que en pacientes con panhipopituitarismo, la aparición de un episodio agudo requiere un ajuste adecuado del tratamiento sustitutivo y un seguimiento clínico estrecho, con el fin de prevenir descompensaciones y complicaciones asociadas. Para ello requiere un enfoque individualizado y multidisciplinar, con monitorización periódica de la función hormonal y ajuste del tratamiento sustitutivo.

En este caso nuestra paciente fue valorada tanto por oncología como por endocrinología y nefrología. Por ello se ajustó inicialmente el tratamiento para el eje según la tolerancia a vía oral que presentaba la paciente y los requerimientos hormonales.

En lo que respecta a la hiponatremia, este caso se interpretó inicialmente como hiponatremia severa compatible con SIADH en contexto neoplásico activo y tratamiento oncológico.

Siguiendo el algoritmo diagnóstico [7] se confirmó que nos encontrábamos ante una hiponatremia hipotónica al descartar hiperglucemia (96 mg/dL) y situación de potomanía o sobreingesta de agua libre tras obtener una osmolaridad urinaria elevada. Acorde al sodio en orina de 126.5 mmol/L y a la presencia de edemas se descartó SIADH, dado que este requiere situación de euvolemia. Igualmente se confirmó la correcta suplementación hormonal lo que descartaba hipotiroidismo e hiperaldosteronismo como causa de hiponatremia y se decidió suspender el tratamiento con desmopresina por sospecha de hiponatremia en este contexto.

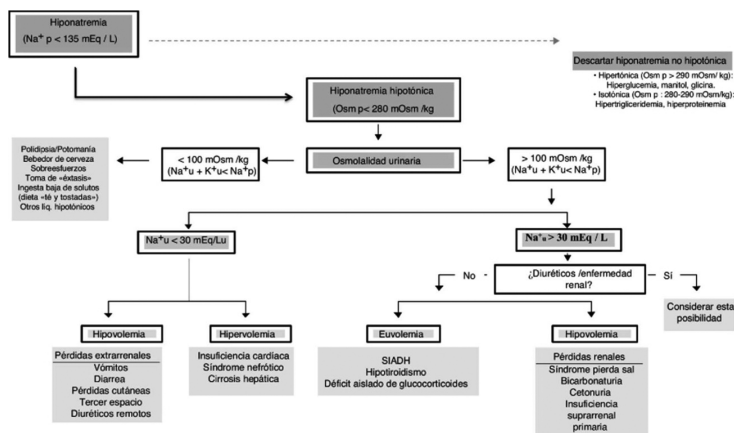


Figura 1. Algoritmo hiponatremia [7].

No obstante, la paciente mantuvo ingesta de desmopresina, pero simultáneamente recibió sueroterapia intravenosa por la intolerancia a la vía oral en contexto de mucositis severa, lo que podría explicar junto con la reposición progresiva de corticoides a dosis altas la persistencia de edemas por efecto acumulativo de ADH exógena (concentración urinaria inapropiada), volumen iatrogénico (sueros) e hipocortisolismo.



Este caso es muy interesante porque resalta la importancia de una historia clínica detallada en pacientes oncológicos complejos con hiponatremia hipotónica sintomática grave, evidenciada por edemas y hiposmolaridad. La ingesta persistente inadvertida de desmopresina, pese a su suspensión indicada, combinada con sueroterapia IV por mucositis y ajuste de corticoides, originó complicaciones iatrogénicas que podrían haberse evitado mediante una comunicación más efectiva con el paciente y conciliación farmacológica rigurosa. Este caso demuestra la necesidad de mantener un seguimiento cercano para prevenir iatrogenias en estos contextos.

Bibliografía

1. Martín-Navarro JA, et al. Trastornos del Agua. Disnatremias. Nefrol Día. 2023.
2. Verbalis JG, Adler NM. Hyponatremia: pathophysiology, diagnosis, and treatment. N Engl J Med. 2007;356(23):2243-9. doi:10.1056/NEJMcp066837.
3. Adrogué HJ, Madias NE. The syndrome of inappropriate antidiuresis. N Engl J Med. 2023;389(16):1499-1509. doi:10.1056/NEJMcp2210411
4. Agostinetti E, Losurdo A, Nader-Marta G, Santoro A, Punie K, Barroso R, et al. Progress and pitfalls in the use of immunotherapy for patients with triple negative breast cancer. Expert Opin Investig Drugs. 2022;31(6):567-91. doi: 10.1080/13543784.2022.2049232.
5. Scheinfeld EG, Lovazzano S, Ramajo MF. Endocrinopatías por inmunoterapia oncológica. Rev Hosp Ital B. Aires. 2020;40(3):95-104.
6. Alexandraki K, Grossman A. The medical management of hypopituitarism. J Clin Med. 2019;8(12):2153. doi: 10.3390/jcm8122153.
7. Delgado A, Suárez C, Coca A, et al. Guía de práctica clínica sobre el diagnóstico y tratamiento de la hiponatremia. Nefrología. 2019;39(2):139-54. doi:10.1016/j.nefro.2018.10.007. (Figura 1).

Notas

Notas

Notas



Empresas Colaboradoras

Alexion

Astellas Pharma

AstraZeneca

B Braun Medical

Boehringer Ingelheim

CSL Vifor Pharma

Fresenius Medical Care

GlaxoSmithKline

Nipro Medical Spain

Novartis

Novo Nordisk

Otsuka Pharmaceutical

Palex Medical

Roche Farma

Samsung Bioepics

Swedish Orphan Biovitrum Sobi

Vantive Health

 Colaboraciones Especiales

AstraZeneca 

B | BRAUN

CSL

GSK

 **NOVARTIS**


novo nordisk®

 **Otsuka**

 **sobi**
rare strength

