

APLICABILIDAD DEL CONSENSO NACIONAL PARA EL MANEJO DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA DESDE NEFROLOGÍA: DIFERENCIAS Y SIMILITUDES ENTRE GALICIA Y EL RESTO DE ESPAÑA

*Martinón Martínez, José María (1); Prado Domínguez, Alberto (1); Izarra Navarro, Aitziber (1)
(1) AstraZeneca*

INTRODUCCIÓN

Se ha publicado a nivel nacional el “Documento de información y consenso para la detección y manejo de la enfermedad renal crónica”, elaborado por diez sociedades científicas. El objetivo del estudio es analizar la aplicabilidad de las recomendaciones de este.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se analizaron las valoraciones sobre la aplicabilidad del consenso nacional sobre ERC obtenidas en reuniones con 176 nefrólogos en 11 CCAA.

Estas valoraciones se codificaron numéricamente y los resultados de Galicia, obtenidos en una reunión con 17 nefrólogos, se compararon con la media nacional, obtenida a partir de las medias de cada CCAA.

RESULTADOS

El 88% de los nefrólogos participantes considera que la ERC está infradiagnosticada, similar al nivel nacional (86%). Tanto en Galicia (66%) como en España (72%) se percibe escasa detección rutinaria de albuminuria en pacientes con ERC en AP; además, el 81% en Galicia considera que se analiza en menos del 50%.

Tan sólo un 31% percibe que no se derive acorde a los criterios del consenso, resultado mejor que el nacional (47%). Además, se valora realizar consultas virtuales con nefrología para evitar derivaciones innecesarias. En Galicia, el 100% considera que se utilizan frecuentemente, siendo de nuevo, superior al nivel nacional (64%).

El consenso refleja que, hasta ahora, el bloqueo del SRAA era la única evidencia en el tratamiento y prevención de la ERC. Además, Dapagliflozina cuenta con indicación para el manejo de la ERC con y sin DM-2. El 76% de los nefrólogos gallegos utiliza iSRAA + Dapagliflozina de manera frecuente.

CONCLUSIÓN

Se observan unos datos bastante similares con respecto a los resultados analizados entre Galicia y el resto de España. A destacar que la percepción de cumplimiento de los criterios de derivación, así como la utilización de la e-consulta, es ligeramente superior en Galicia. Sin embargo, un alto porcentaje y similar en la comparativa, considera que la ERC está infradiagnosticada.

Esta información serviría para ayudar a focalizar aspectos a mejorar, y de guía a futuras intervenciones, permitiendo mejorar el diagnóstico y manejo de pacientes con ERC.

EXPERIENCIA DE UNA CONSULTA INTERDISCIPLINAR EN EL MANEJO DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA (IC) Y ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA (ERC)

*Bouza Piñeiro, Pablo (1); López Pérez, Manuel (1); García Rodríguez, Giannina E. (1); Mauriz Vigo, Montserrat (1); Tizon Bouza, Eva (1); Barredo Armada, Manuel (1); Marzoa Rivas, Raquel (1)
(1) CHU de Ferrol*

INTRODUCCIÓN

la ERC es frecuente en los pacientes con insuficiencia cardíaca IC y se asocia con una elevada mortalidad, integrándose ambas entidades en un espectro clínico común denominado síndrome cardiorenal (SCR). Su manejo terapéutico supone un reto debido a las alteraciones electrolíticas y al deterioro de la función renal secundarios al tratamiento, así como a la resistencia a la terapia descongestiva. Las unidades cardiorenales (UCR) representan un modelo cuyo objetivo es mejorar la atención facilitando el abordaje integral de los pacientes con SCR. El presente estudio intenta determinar si este abordaje multidisciplinar contribuye a la optimización del tratamiento farmacológico.

MATERIAL Y MÉTODOS

se recogieron los datos demográficos, clínicos, bioquímicos y tratamiento farmacológico de los 40 pacientes seguidos en la UCR de nuestro hospital durante su primer año de funcionamiento (junio-2022 a junio-2023). Los diferentes grupos farmacológicos (betabloqueantes -BB-, iSGLT2, sacubitrilo-valsartan -SV/VAL-, antagonistas del receptor mineralocorticoide -ARM-, IECA/ARA II y vericiguat) fueron comparados entre la primera visita y la visita final. Las variables numéricas se describen con mediana y cuartiles primero y tercero, las cualitativas con porcentajes. Comparación entre medias mediante la prueba T de Student; variables categóricas mediante Chi-cuadrado.

RESULTADOS

77,5% hombres, edad 71,5 (64,5-78,8) años, 62,5% diabéticos; IMC 28,1 (24,8-30,3) kg/m², FGe 29,1 (21-34,5) ml/min. Un 2,5% de los pacientes presentaba ERC G2; 2,5% ERC G3a; 42,5% ERC G3b; 42,5% ERC G4 y 10% ERC G5. El 45% tenían IC de origen isquémico, 15% valvular, 12% isquémico-valvular, 18% idiopático y 10% por otras causas. El 47% tenían FEVI reducida, 15% FEVI preservada y 38% FEVI mejorada.

El empleo de BB no se modificó entre la primera y la última visita. El uso de iSGLT2 aumentó en un 15%, SV/VAL en un 5%, ARM en un 5%, IECA/ARA II un 5% y vericiguat un 7,5%. En un 40% de los pacientes se efectuó una titulación de la dosis de SV/VAL. Los valores del peso, creatinina, FGe, potasio sérico y hemoglobina no mostraron diferencias estadísticamente significativas entre la primera visita y la visita final. No se encontraron diferencias con respecto a la edad, severidad de la ERC (FG <30 ml/min o superior) y la existencia de FEVI reducida y la optimización de la terapia.

CONCLUSIONES: en nuestra experiencia, el abordaje multidisciplinar de la UCR contribuyó a la optimización del tratamiento farmacológico de los pacientes con SCR, sin observar cambios significativos en la función renal ni en la caemia

CALCIFILAXIS EN HEMODIÁLISIS: UN PROBLEMA SIN RESOLVER.

*Canto Calviño, Adriana (1); López-peláez Hamann, Lucía (1); Santaclara Pousada, Belén (1); Toledo Cepero, Claudia Verónica (1); Moreiras Plaza, Mercedes (1); Fernández Cusicanqui, Jeanette (1); Fernández Fleming, Francisco (1); Lamas Barreiro, José María (1); Fijó Prieto, Ana (1)
(1) Hospital Álvaro Cunqueiro*

INTRODUCCIÓN

La calcifilaxis es una patología poco frecuente, pero con una gran mortalidad, entre el 30-80% según la localización y las comorbilidades del paciente. Se trata de una calcificación de la capa media de las arteriolas de la dermis y tejido celular subcutáneo, que ocurre sobre todo en pacientes en terapia renal sustitutiva, debido a que suelen concentrar los principales factores de riesgo para su desarrollo.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un paciente de 73 años con ERC secundaria a nefropatía diabética, en hemodiálisis desde 2015, que ingresa por presentar úlceras necróticas en miembro inferior izquierdo con mala evolución y dolor de difícil control a pesar de opioides mayores y bloqueo del plexo lumbar. Se realizaron biopsias de las lesiones cutáneas que no aportaron diagnóstico concluyente. Dada la alta sospecha clínica de calcifilaxis, sumada a pruebas de imagen muy sugestivas, se inician medidas para evitar la calcificación ectópica: se suspendió sintrom, se intensificó el control de niveles de calcio, fósforo y PTH, se incrementó la dosis de diálisis realizando sesiones diarias y se optimizó el perfil nutricional. Además, se inició tratamiento con tiosulfato tres veces por semana durante la última hora de diálisis. Hubo que volver a pauta estándar de sesiones en días alternos al cabo de un mes debido al excesivo descenso en los valores de fósforo. El paciente evolucionó bien, con buen control del dolor al alta e importante mejoría de las lesiones hasta casi su desaparición, tras tratamiento con tiosulfato durante los últimos cuatro meses.

DISCUSIÓN

La calcificación de los pequeños vasos de la piel da lugar a isquemia, necrosis y formación de úlceras muy dolorosas, por lo general con mala respuesta al tratamiento, y con peor pronóstico si existe afectación de regiones corporales proximales, como abdomen o muslos.

El tiosulfato de sodio es el fármaco utilizado en primera línea para la calcifilaxis, aunque su eficacia no está demostrada con estudios prospectivos. Como tratamiento complementario se recomienda evitar precipitantes de la calcificación ectópica (exceso de calcio, fósforo, PTH, sintrom, quelantes de fósforo con base cálcica y análogos de vitamina D), el manejo adecuado de las lesiones con curas, y en casos resistentes incluso el uso de bifosfonatos.

Lo inusual de este caso es la buena evolución, pese a la gravedad de las lesiones iniciales, lo cual no es frecuente por la alta mortalidad y mala respuesta al tratamiento que presenta esta patología.

CLÍNICA NEUROLÓGICA EN PACIENTES EN DIÁLISIS PERITONEAL

Blanco Pardo, Marta (1); Rodríguez Magariños, Catuxa (1); Cao Vilariño, Mercedes (1); Sánchez Botana, Eva (1); Saleta Canosa, Claudia (1); Sierra Castro, Diego (1); Vázquez Iglesias, Fernando (1); Rodríguez-carmona De La Torre, Ana (1); Pérez Fontán, Miguel (1)
(1) Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

Mujer de 61 años, sin alergias, exfumadora. Antecedente de hipertensión arterial, enfermedad renal crónica secundaria a síndrome nefrótico corticorresistente, con debut en 2007 y biopsia compatible con enfermedad de cambios mínimos en 2007, tratada con esteroides, micofenolato, ciclosporina y ciclofosfamida sin respuesta y biopsia en 2012 con patrón histológico de hialinosis focal y segmentaria. Progresión a enfermedad renal crónica avanzada, en programa de diálisis peritoneal continua ambulatoria desde septiembre de 2022.

Acude a unidad de diálisis peritoneal por desconexión húmeda, dificultades con tratamiento domiciliario y deorientación. Sin otra clínica. EF sin hallazgos. En analítica destaca anemización y trombopenia, con elevación de LDH y frotis con esquistocitos, haptoglobina indetectable. ADAMTS-13 y Coombs negativos. Se realizó fondo de ojo compatible con hipertensión maligna. Dada las alteraciones neurológicas y sospecha de microangiopatía trombótica en forma de síndrome hemolítico urémico atípico, se solicita tratamiento con eculizumab iv. Buena evolución clínica, con desaparición de la clínica neurológica y mejoría de parámetros de hemólisis hasta la normalización. Se recibe estudio genético de patología glomerular y de variantes del complemento, que resulta negativo. Se decidió no continuar con Eculizumab en fase de mantenimiento.

Tres semanas después, cuadro de desorientación e imposibilidad para realización de técnica adecuadamente en domicilio por lo que ingresa. Se objetivan cifras de presión arterial de hasta 200/100 y se realiza analítica que muestra anemia, trombopenia, y elevación de LDH, sugestiva de nuevo brote de microangiopatía trombótica. Dada la presencia de clínica neurológica se realiza además TAC cerebral y angioRMN, con hallazgo de infarto crónico en núcleo caudado derecho y posible foco agudo a nivel parietooccipital derecho. Es valorada por NRL que recomienda control estricto de factores de riesgo cardiovascular. Se inicia antiagregación e hipolipemiente.

Se reinicia con Eculizumab semanal iv con mejoría progresiva desde el punto de vista neurológico y con buen control progresivo de las cifras de presión arterial. Se decide mantener Eculizumab en fase de mantenimiento.

VALIDACIÓN DE LA SEGUNDA EDICIÓN DEL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK EN PACIENTES RENALES EN TRATAMIENTO EN DIÁLISIS PERITONEAL O CON TRASPLANTE RENAL

García-becerra, Lorena (1); Vázquez Rodríguez, Isabel (1); Calviño Varela, Jesús (2); Otero Alonso, Pablo (2); Bouza Piñeiro, Pablo (3); Alfaro Sánchez, Christian (4); Arza Arza, María Dolores (5); Cunha Mera, Mónica (3); López Diz, Alicia (4)

(1) Facultad de Psicología, Universidade de Santiago de Compostela; (2) Servicio de Nefrología, Hospital Universitario Lucus Augusti; (3) Servicio de Nefrología, Hospital Arquitecto Marcide; (4) Diaverum Santiago de Compostela; (5) Servicio de Nefrología, Hospital Clínico Universitario de Santiago

INTRODUCCIÓN

La depresión es altamente prevalente en pacientes renales lo que hace necesario disponer de instrumentos de cribado eficientes y válidos que faciliten su detección. La segunda edición del Beck Depression Inventory (BDI-II) constituye una importante revisión del BDI y permite recoger todos los síntomas que definen el episodio depresivo mayor en el DSM-5. Sin embargo, los estudios de validación del BDI-II en pacientes renales son escasos y solo se han llevado a cabo para población en hemodiálisis.

OBJETIVO

Validar el BDI-II para el cribado de la depresión en enfermos renales en diálisis peritoneal (DP) o con trasplante renal (Tx) y establecer el punto de corte óptimo para cada grupo de pacientes.

MÉTODO

Se seleccionaron pacientes renales adultos en DP o Tx atendidos en centros de A Coruña y Lugo. Cada paciente cumplimentó el BDI-II y un psicólogo general sanitario, ciego a las puntuaciones del cuestionario, administró la Structured Clinical Interview (SCID-I) para el diagnóstico de depresión.

RESULTADOS

Participaron 95 pacientes (63,51 + 12,57 años, 62,1% hombres; 39 en DP y 56 Tx). Siguiendo criterios de la SCID-I la prevalencia de depresión fue del 17,9% en pacientes en DP y del 21,4% en Tx, sin diferencias significativas entre ambos grupos ($p > 0,05$).

El BDI-II presentó buena consistencia interna tanto en DP ($\alpha = 0,891$) como en Tx ($\alpha = 0,888$). El BDI-II mostró un rendimiento diagnóstico alto (área bajo la curva ROC 0,942 en DP y 0,999 en Tx).

El punto de corte que ofrecía un mejor compromiso entre los valores de sensibilidad y especificidad fue un BDI-II ≥ 16 para los dos grupos. Con este punto de corte los valores de sensibilidad, especificidad y valores predictivos positivo y negativo fueron 100%, 90,6%, 70,0% y 100% para DP y 100%, 97,7%, 92,3%, 100% para Tx, respectivamente.

CONCLUSIÓN

El BDI-II es un instrumento válido para el cribado de la depresión en pacientes renales en DP o Tx. En estas modalidades de tratamiento renal sustitutivo se ha identificado un punto de corte más elevado (BDI-II ≥ 16) que el establecido como valor de referencia para población española (BDI-II ≥ 14) lo que permite solventar el sobrediagnóstico que se produciría por el solapamiento de los síntomas físicos que se presentan tanto en la depresión como en la enfermedad renal.

Desarrollado en colaboración con ALCER-Coruña

Financiación: "Programa de ayudas á etapa predoutoral Xunta de Galicia"

EVOLUCIÓN DE PACIENTES FALLECIDOS TRAS ELECCIÓN DE TRATAMIENTO CONSERVADOR EN CONSULTA ERCA

Rivas Oural, Alba (1); Millan Diaz, Beatriz (1); Lopez Arsuaga, Lide (1); Hernansanz Perez, Maria (1); Perez Melon, Cristina (1)
(1) CHUO

INTRODUCCIÓN

La prevalencia de la ERC se está incrementando progresivamente en los últimos años, sobre todo en mayores de 75 años. En este grupo de edad, la progresión de la enfermedad y la valoración riesgo/beneficio de la entrada en terapia renal sustitutiva (TRS) en términos de supervivencia y calidad de vida no está clara. Por este motivo, hemos realizado un estudio retrospectivo de los pacientes fallecidos dentro del programa ERCA conservador en nuestra área sanitaria con el fin de analizar variables demográficas, sociales y clínicas que tengan impacto.

OBJETIVOS

Determinar la supervivencia en este grupo de pacientes, sus características clínicas y las situaciones psico-sociales que puedan influir en la toma de decisión

MATERIAL Y MÉTODOS

Se analizaron datos de pacientes fallecidos entre julio 2020 y agosto 2013, seguidos en consulta ERCA y que, tras información de las diferentes opciones de TRS, se opta por tratamiento conservador (TC).

RESULTADOS

Se estudian 43 pacientes (63% varones) con edad media de $79,9 \pm 6,19$ años y con etiología de enfermedad renal 18 no filiada, 12 nefropatía diabética, 7 vascular, 2 glomerulares, 2 enfermedades quísticas y 2 NTIC.

El 74,4% de los pacientes fueron derivados a la Consulta ERCA desde el Servicio de Nefrología, el 18,6% desde Primaria y resto desde otras especialidades.

Todos los pacientes fueron informados sobre las diferentes opciones de TRS, siendo el TC la opción escogida. En la mitad de los casos la elección fue consensuada entre médico y paciente (o en su defecto un familiar o tutor ya que un tercio de los pacientes presentaban deterioro cognitivo), en un 39,5% de los casos el criterio fue médico y en el resto fue decidido por el paciente.

En cuanto al entorno social de los pacientes, un 84% de los pacientes vivían en familia, resto institucionalizados. Un 37,2% de los pacientes hacían vida cama-sillón y 16% precisaban silla de ruedas.

Solamente 4 pacientes no precisaron ingreso hospitalario desde la elección y 10 más de 4 ingresos.

CONCLUSIONES

En nuestro estudio solo un 25% fallecieron por causa renal (la causa de éxitus mayoritaria fue infecciosa) con un FG el último mes de 9,7 mL/min/1.72m² con una supervivencia media desde elección de TC de 17 meses. Esto indica que con adecuada valoración en todas las esferas para decantarnos por TC conlleva un menor impacto en la situación global del paciente sin incurrir en procedimientos invasivos que acaben generando un desgaste progresivo al paciente y a su entorno.

A IMPORTANCIA DA ECOGRAFÍA PARA O NEFRÓLOGO

Portas Betanzos, Ezequiel (1); Oliveros Martínez, Pilar (1); Muñoz Cárdenas, Viviana Vanesa (1); Becerra Mosquera, Vanesa (1); Arhda, Nisrine (1)
(1) CHUS

Na medicina actual, cos avances na tecnoloxía de imaxe, é sinxelo pecar de exceso e solicitar de entrada probas de última xeración, con maior definición e incluso máis cruentas, pero que cremos que nos van a dar o diagnóstico que desexemos. No caso proposto, veremos que non debería ser así, e que ás veces é mellor ir paso a paso e comezar polo máis sinxelo.

Muller de 53 años que acude a urxencias con malestar xeral de 24h de evolución, febre de 38°C, náuseas y vómitos, hematuria e dor en flanco esquerdo. Como antecedentes, destaca o diagnóstico de PQHRAD tipo PKD1, sen ingresos previos. Diagnostícase de insuficiencia renal aguda (Cr basal en torno a 2,35 mg/dl; Cr actual de 3,18 mg/dl) e sepse urinaria (procalcitonina de 24,17 ng/ml, sedimento urinario con 1163 hematíes/ul e 59 leucocitos/ul). Ante a sospeita de que o foco sexa un quiste sobreinfectado, solicítase un TC abdominal, no que os radiólogos informan da presenza dun quiste no ril esquerdo de 10x10 cm que distende a fascia y asocia signos inflamatorios; non observan dilatación do sistema pielocalicial. Con eses datos, iniciamos antibioterapia e manexo sintomático, e solicitamos interconsulta aos urólogos para valoración. Comentan que non sería necesario seguimento estreito pola súa parte, pero que se podería valorar a drenaxe do quiste se mal control sintomático.

Ante la persistencia da febre e da dor, decídese realizar ecografía abdominal para drenaje do quiste, pero con esta proba o que informaron os radiólogos foi da presenza de importante dilatación pielocalicial con ecos móbiles no seu interior compatibles con detritus y que suxire o diagnóstico de hidronefrose con pionefrose. Realizan derivación urinaria urxente mediante nefrostomía percutánea esquerda, con boa tolerancia y evolución posterior da paciente favorable

Con este caso, podemos obter varias conclusións interesantes:

1. A importancia de facer un diagnóstico axeitado para o correcto manexo, pois neste caso, se non se decidise drenar o quiste, non se vería a dilatación e a clínica podería empeorar drasticamente, coa gravidade que implica unha sepse que se deixa evolucionar.
2. A importancia de non esquecer as probas máis básicas en aras da tecnoloxía, pois quizais, se se fixese primeiro a ecografía en vez de o TC directamente, se diagnosticaría antes da pionefrose e se trataría precozmente.
3. A importancia específica da ecografía para o nefrólogo, unha proba incruenta, rápida e sinxela que pode aportar moita información.

POLIQUISTOSIS RENAL ATÍPICA

Muñoz Cárdenas, Viviana Vanesa (1); Oliveros, Pilar (1); Portas, Ezequiel (1); Rego, Otilia (1); Novoa, Daniel (1); Diaz, Cándido (1)
(1) Hospital Universitario de Santiago de Compostela

La poliquistosis renal autosómica dominante es la cuarta causa principal de enfermedad renal terminal en todo el mundo. Se caracteriza por el desarrollo de quistes renales, que provocan agrandamiento de los riñones y fallo renal en el 50% a los 60 años. Sin embargo, existe un fenotipo clínico con riñones quísticos no agrandados que a menudo evolucionan a atrofia renal con entrada en fallo renal después de los 60 años.

Paciente de 69 años remitido desde atención primaria por disminución del filtrado sin proteinuria y sedimento normal. Antecedentes personales de hipertensión arterial, en seguimiento de cribado de cáncer de páncreas por un TPMI de rama lateral y portadora de la mutación BCRA2. Con historia familiar de hermano trasplantado renal con diagnóstico de fallo renal por nefropatía diabética, cáncer de páncreas en Abuelo (86 años) y dos hermanas (67-68 años), tía Materna con cáncer de mama bilateral. A la exploración sin hallazgos relevantes. Ecografía abdominal con riñones disminuidos de tamaño (RD 9 cm y RI de 9,5 cm en sus ejes longitudinales) con cortical heterogénea y desestructurada, hígado con quistes simples de 12 mm en segmento II, 13 mm en el segmento VIII, 6 y 9 mm en el V. Posteriormente en Colangio-RM se evidencia múltiples quistes renales bilaterales, alguno hiperintenso en T1 en posible relación con contenido proteico/hemorrágico, RD de 9.7 cm y RI de 8.8 cm.

Ante los hallazgos en imágenes se solicita panel diagnóstico para las enfermedades quísticas. Se realiza exoma completo a genes conocidos asociados con enfermedad quística (196 genes) y se detecta heterocigosis en el gen DNAJB11, adicionalmente se identifica otra variante en el gen HYDIN que podría interactuar genéticamente con la identificada en el gen DNAJB11 modulando el posible fenotipo asociado.

DNAJB11 es una chaperona clave en el retículo endoplásmico que controla el plegamiento, el tráfico y la degradación de proteínas. El plegamiento de proteínas es el paso más propenso a errores.

La enfermedad asociada a DNAJB11 es un híbrido fenotípico de ADPKD y ADTKD, caracterizada por riñones quísticos de tamaño normal y fibrosis intersticial progresiva que resulta en fallo renal de aparición tardía

Los quistes renales pueden pasar desapercibidos en individuos más jóvenes, por lo tanto, los criterios de diagnóstico dependientes de la edad de la PQRAD basados en resonancia magnética o ecografía no se pueden utilizar para excluir el diagnóstico en jóvenes en riesgo.

¿CÓMO IMPACTA EL EJERCICIO FÍSICO INTRADIALISIS EN PACIENTES PREVALENTES EN HEMODIALISIS?

González, Adrián (1); García, Marcos (1); Peinado, Carmen (1); Sánchez, Mluz (1); Dapena, Fabiola (1); Arenas, Mdoles (1)
(1) Fundación renal Íñigo Álvarez de Toledo

INTRODUCCIÓN

La aptitud física es uno de los predictores más fuertes de supervivencia pacientes en diálisis, con bajos niveles de actividad física y deterioro del rendimiento físico asociado con un aumento riesgo de mortalidad en esta población

OBJETIVOS

Estudiar el impacto sobre el rendimiento físico de un programa de ejercicio intradiálisis.

MÉTODOS

Se realiza un programa de entrenamiento supervisado y llevado a cabo por un profesional del ejercicio intradiálisis que incluye dos temporadas de 8 meses de duración cada una. Consiste en sesiones de ejercicio entre 30 minutos y 1 hora (con progresión individualizada y personalizada por paciente) de fuerza y/o aeróbico, una o dos veces por semana durante las dos primeras horas de la sesión de diálisis, mediante pelotas de foam, gomas elásticas, lastres para los tobillos y pedalinas. La intensidad a la que se trabaja corresponde a 12-14 puntos de la escala de Borg, que equivale a un 70% de la intensidad máxima. Se comparan los resultados en el rendimiento físico medido al inicio y final de la temporada. Las pruebas físicas fueron: Fuerza miembros superiores mediante dinamometría (HG), fuerza miembros inferiores mediante 10-To Sit- to-stand (STS10), capacidad aeróbica con The six-minute walk test(6MWT) y velocidad de marcha (VM), equilibrio (pies juntos, semitándem y tándem), riesgo de caídas mediante The Timed-Up and Go test (TUG), Short Physical performance Battery (SPPB). Se incluyen pacientes prevalentes en HD de 6 centros de diálisis.

RESULTADOS

521 pacientes en HD iniciaron programa de ejercicio de HD en el periodo. Edad media 64 (17,1). 61% varones.19.5% migrantes. 86,7% en programa de deporte intradiálisis y el resto con receta deportiva. 308 pacientes completan el programa y se les realiza las pruebas post. A nivel global mejoró de forma significativa la Fuerza de prensión manual de ambas manos ($p=0,002$ derecha y $p=0,006$ izquierda), el riesgo de caída ($p<0,001$), la fuerza en extremidades inferiores ($p<0,001$) y la capacidad aeróbica ($p=0,014$), así como disminuyó el riesgo de discapacidad ($p=0,001$).

CONCLUSIONES

El ejercicio intradiálisis indujo mejoras significativas sobre el rendimiento físico, aumentando la fuerza muscular en las extremidades inferiores, la presión manual, la velocidad de la marcha y disminuyendo el riesgo de discapacidad.

MORTALIDAD PRECOZ EN HEMODIALISIS: ESTUDIO RETROSPECTIVO

Dapena, Fabiola (1); Sánchez, Mluz (1); Miranda, Blanca (2); Carneiro, Damián (1); Yetman, Delfina (1); Sobrado, Jose (1); Lorenzo, Graciela (1); Pereira, Concepción (1); Beato, Laura (1); Arenas, Mdolores (1)

(1) Fundación renal Íñigo Álvarez de Toledo (2) Sociedad Española de Nefrología

INTRODUCCIÓN

La mayoría de los estudios que evalúan la mortalidad anual de los pacientes con ERC en hemodiálisis no incluye los primeros 90 días de iniciada la terapia. Conocer los factores que favorecen la mortalidad precoz en hemodiálisis puede ser de utilidad en la toma de decisiones.

OBJETIVO

Estimar la mortalidad precoz (<90 días) de pacientes que se incluyen en programa de hemodiálisis de crónicos e identificar los causas y factores asociados.

MÉTODOS

Se estudió una cohorte retrospectiva mediante la evaluación de historias clínicas de los pacientes que fueron dializados en 15 centros de hemodiálisis a lo largo de los últimos 10 años (enero 2012- diciembre 2022). Se registró la edad, sexo, fecha de ingreso a hemodiálisis, etiología de la ERC, presencia de comorbilidades, tipo de acceso vascular, causa de fallecimiento,

RESULTADOS

Se incluyeron los 3426 pacientes que estuvieron en hemodiálisis en el periodo estudiado. Un total de 1102 pacientes (32,2%) fallecieron, 98 de ellos (2,9%) antes de los 90 días y 149 antes de los 180 días (4,3%).

Los pacientes que fallecieron antes de los 90 días habían recibido una media de $12,13 \pm 12,2$ sesiones de diálisis (entre 1 y 63 sesiones). La edad media fue significativamente superior en los que fallecieron antes de los 90 días (73,6 vs 69,1 año, $p:0,003$) al igual que el IC Charlson ($9,7 \pm 1,7$ vs $7,9 \pm 3,1$); $P < 0,001$). 67 pacientes eran varones (68%) y no hubo diferencias significativas con el resto de pacientes (68,4% vs 66,9%, $P:0,764$).

La utilización del catéter como acceso vascular fue significativamente mayor en el grupo de pacientes con mortalidad precoz (86,7% vs 44,5%; $p < 0,001$). Las causas de muerte

antes de 90 días fueron: cardiaca (35; 35,7%), cese de tratamiento (23; 23,5%), infecciosa (17;17,3%) (5 COVID), no determinada (9;9,2%), neoplasia (6; 6,1%), deterioro cognitivo/demencia (4; 4,1%), hepatopatía severa (2; 2%) y otros (2; 2%).

El cese de tratamiento se realizó en $16,7 \pm 19,5$ días y fue más frecuente en centros hospitalarios que en periféricos (22; 95,7% vs 2 ;4,3%). Los factores implicados en el mismo fueron mala tolerancia a la HD (18 pac, 78,3%; $p < 0,001$) y dolor incoercible (11 pac, 47,8%; $p: 0.003$). La patología subyacente más importante en los pacientes que cesaron el tratamiento fue: cardiaca (25,5%), y neoplásica (21,7%). Un 17,4% procedía de ERCA. La mortalidad precoz se ha mantenido estable a lo largo de los años.

CONCLUSIONES

El 3 % de los pacientes que inicia hemodiálisis fallece antes de los 90 días. El hecho de que el cese de tratamiento sea una de las causas más frecuentes de mortalidad precoz en hemodiálisis debe hacernos reflexionar sobre la indicación de la técnica en determinados pacientes con patologías de grado severo como la cardiaca o neoplasia.

DISTRÉS Y CALIDAD DE VIDA EN PARTICIPANTES EN UN TALLER GRUPAL PARA EL MANEJO DE LA ANSIEDAD EN PACIENTES EN HEMODIALISIS

Santos-ascarza Bacariza, Jose Luis (1); Seijo Sánchez, Marina (1); Isorna Porto, Natividad (1); Pérez Barcala, Sandra (1); Dapena Vielba, Fabiola (1); Arenas Jiménez, Maria Dolores (1)

(1) Fundación Renal Íñigo Álvarez de Toledo

INTRODUCCIÓN

La presencia de síntomas de ansiedad y depresión (distrés) en pacientes en hemodiálisis (HD), es frecuente. La calidad de vida en la ERC se ve afectada de forma negativa y disminuye respecto a la población general. La psicoeducación es una técnica en el tratamiento inicial de la ansiedad y los grupos de apoyo de pacientes renales han mostrado sus beneficios en el tratamiento de la misma.

OBJETIVOS

General:

Mejorar el afrontamiento de la ansiedad en pacientes en HD

Específicos:

Aumentar su conocimiento sobre las emociones y ansiedad

Aprender técnicas cognitivo-conductuales para el control de la ansiedad

Metodología:

Se diseñó una intervención grupal de 8 horas (sábado de 16-19 y domingo de 10-14) en la que se abordaron de forma participativa los siguientes temas: emociones, ansiedad, técnicas de relajación y autocompasión. Asimismo, se llevaron a cabo actividades de ocio. Las pruebas de evaluación inicial empleadas fueron:

PHQ4: Cribado de síntomas de ansiedad y depresión (distrés)

KDQOL36: Cuestionario de calidad de vida en la enfermedad renal

Cuestionario de conocimientos temáticos

RESULTADOS

Se estudian 11 pacientes en HD pertenecientes a 6 centros de HD. Sexo: 9 H y 2 M. Media edad: 55 años. T. HD: 21 meses. El 45% presentaron síntomas de ansiedad y el 27% de depresión. Un 36% presentó un nivel de distrés medio y un 27% moderado. Los componentes de calidad de vida físico y mental se situaron en 10 puntos por debajo de la media en población general (percentil 20).

La carga o interferencia en la vida de la ERC se valoró como elevada, las molestias por presencia de síntomas y los efectos se valoraron como moderados.

Los conocimientos sobre los temas tratados aumentaron una media de 2,2 puntos sobre 10 (4,8 a 6,9).

La satisfacción con la actividad obtuvo una valoración media de 4,8 sobre 5.
Destacaban, ante todo, los efectos de identificación, cohesión grupal y catarsis.

CONCLUSIONES

La presencia media-moderada de distrés emocional debe ser abordada para incidir de forma positiva en la calidad de vida del paciente.

El aumento en el nivel de conocimientos y la elevada satisfacción de los participantes aconseja realizar acciones psicoeducativas de carácter grupal para abordar otras problemáticas psicosociales de los pacientes renales en HD

Los cuestionarios empleados, presentan buenas propiedades psicométricas, responden adecuadamente a las necesidades de evaluación inicial y sirven de punto de partida para desarrollar nuevas intervenciones en la mejora de la calidad de vida.

VASCULITIS CON DOBLE POSITIVIDAD: ANCA Y ANTI-MEMBRANA BASAL GLOMERULAR

Sánchez Botana, Eva (1); Saleta Cobos, Claudia (1); Sierra Castro, Diego (1); Vázquez Iglesias, Fernando (1); Rodríguez Magariños, Catuxa (1); Blanco Pardo, Marta (1); Da Cunha Naveira, Marta (1); Azaña Garcia, Claudia Ivette (1); López Vázquez, Margarita (1) (1) Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

La vasculitis ANCA y la vasculitis por anticuerpos anti-MBG se caracterizan por la afectación renal y/o pulmonar, asociando o no otras manifestaciones sistémicas. La positividad de ambos anticuerpos es infrecuente y comparte características de ambas entidades. A propósito de una sorprendente agregación de casos en nuestro servicio, realizamos la presentación de estos y revisión de la patología.

Mujer de 49 años que ingresa por HTA, proteinuria y fracaso renal con necesidad de TRS. Detectándose ANCA-MPO+ y anti-MBG+, se inicia tratamiento inmunosupresor y se traslada a nuestro centro para plasmaféresis. La biopsia renal confirma la presencia de proliferación extracapilar. Mala evolución pese a tratamiento, presentando un cuadro de hemólisis intravascular compatible con SHUa, añadiendo al tratamiento Eculizumab. En una segunda biopsia se confirman los hallazgos de la primera, asociando lesiones compatibles con MAT. Tras bloqueo del complemento, mejoría progresiva de la función renal que permite suspender TRS.

Mujer de 49 años que ingresa por daño renal anúrico con necesidad de TRS urgente (creatinina hasta 8 mg/dL) e insuficiencia respiratoria secundaria a hemorragia alveolar anemizante. Se inició tratamiento con corticoides por sospecha de vasculitis sistémica y tras la doble positividad anti-MBG y ANCA-MPO, se asoció ciclofosfamida y plasmaféresis. La biopsia renal mostró depósito lineal de IgG en la membrana basal glomerular. Recuperación progresiva de diuresis y mejoría de función renal, pudiendo suspenderse la hemodiálisis.

Varón de 79 años con cuadro de síndrome general de 1 mes de evolución, que ingresa por daño renal anúrico con necesidad de HD al ingreso (creatinina plasmática hasta 18,2 mg/dL). Tras evidencia de doble positividad (ANCA + antiMBG) se inicia ciclofosfamida y se traslada a nuestro servicio para plasmaféresis. En la biopsia renal, afectación compatible con enfermedad anti-MBG. Actualmente tras tratamiento, permanece anúrico y con necesidad de TRS.

Las vasculitis ANCA y anti-MBG son patologías de evolución muy agresiva y mortalidad muy elevada sin tratamiento. Los casos de doble positividad se tratan con inmunosupresión con fase de inducción y mantenimiento por los ANCA, así como plasmaféresis hasta negativización de los anti-MBG. Comparte con las vasculitis ANCA la

edad de aparición, la afectación sistémica frecuente y el riesgo de recaídas; y con la enfermedad anti-MBG la afectación severa renal y pulmonar con un peor pronóstico. La fisiopatología se desconoce, pero parece que el daño por los ANCA expone el colágeno IV en los glomérulos, favoreciendo la producción de anti-MBG en pacientes predispuestos.

HIPERFOSFATEMIA ESPURIA

Santaclara Pousada, Belén (1); López-pelaez Hamann, Lucía (1); Canto Calviño, Adriana Milagros (1); Toledo Cepero, Claudia Verónica (1); Fijo Prieto, Ana (1); Fernández Fleming, Francisco (1); Fernández Cusicanqui, Jeanette (1); Moreiras Plaza, María Mercedes (1); Lamas Barreiro, José María (1)

(1) HAC

Los trastornos electrolíticos graves son frecuentes en pacientes oncológicos, ya sea provocados por el propio cáncer o secundarios a fármacos. La hiperfosfatemia, en este contexto, puede ser una alteración espuria, por lo que es importante confirmar este trastorno electrolítico.

El fosfato es un anión cuyas concentraciones séricas se mantienen entre 2,5-4,5 mg/dL. Reguladas principalmente por la excreción urinaria de fósforo. El enfoque diagnóstico inicial ante una elevación del fósforo sérico, especialmente en pacientes con función renal normal, debe tener en cuenta posibles interferencias en su medición que podrían causar una falsa hiperfosfatemia, sobre todo cuando no se identifica una causa, o si se trata de un paciente con enfermedad oncológica.

CASO

Se presenta una paciente de 57 años diagnosticada de mieloma múltiple, con función renal conservada y niveles normales de calcio, vitamina D y PTH, que desarrolla hiperfosfatemia severa (10,2 mg/dL). Se repitió la determinación analítica usando la técnica de dilución que confirmó un valor de fosfatemia normal.

DISCUSIÓN

El mieloma múltiple puede asociarse con diferentes alteraciones del fósforo, pudiendo causar hipofosfatemia secundaria a Sd. De Fanconi o hiperfosfatemia por fracaso renal. Ya ha sido descrita la interferencia de las paraproteínas en la determinación de la fosfatemia con hiperfosfatemia o hipofosfatemia espurias.

En el método habitual de determinación de fosfatemia, el fosfato reacciona con el molibdato de amonio para formar fosfomolibdato, que es detectado por espectrofotometría. Las altas concentraciones de inmunoglobulinas o paraproteínas pueden precipitar con este reactivo sobreestimando el resultado. La dilución de la muestra o el ultrafiltrado de proteínas son los métodos más utilizados para evitar la interferencia.

Otras causas posibles de pseudohiperfosforemia son: la hiperlipidemia, la hiperbilirrubinemia, el tratamiento con altas dosis de anfotericina B, con soluciones salinas que contienen fosfato, o la contaminación de la muestra con heparina ó rTPA. Por tanto, en pacientes con paraproteinemia es importante considerar la posibilidad de interferencia en la medición del fósforo sérico para evitar estudios diagnósticos, tratamientos innecesarios ó iatrogenia.

GENETICS BEHIND THE PHENOTYPIC SPECTRUM OF POLYCYSTIC KIDNEY DISEASE.

Martínez Pulleiro, Raquel (1); Barcia De La Iglesia, Ana María (1); Carrera Cachaza, Noa (1); Allegue Toscano, Catarina (2); García González, Miguel ángel (1)
(1) Instituto de Investigación Sanitaria de Santiago de Compostela; (2) Centro Singular de Investigación en Medicina Molecular y Enfermedades Crónicas

INTRODUCTION

Polycystic kidney disease is an inherited disease with a wide phenotypic spectrum. The most common form is autosomal dominant polycystic kidney disease (ADPKD), which is due to mutations in the *PKD1* or *PKD2* genes, usually appears in adulthood and is characterized by the progressive development of bilateral cysts throughout the renal parenchyma, enlargement of the kidneys and the onset of end-stage chronic kidney disease (ESKD). Autosomal recessive polycystic kidney disease (ARPKD) is rarer and more severe, caused by mutations in the *PKHD1* gene and usually appears in childhood or adolescence. In addition to these classic types, there are atypical presentations that do not fit the established clinical or genetic criteria for the diagnosis of the disease such as: the absence of family history, a renal imaging pattern different from the usual, different degrees of renal impairment, intrafamilial phenotypic variability or syndromic presentations. These atypical phenotypes may have different explanations at the genetic level.

MATERIAL AND METHOD

A retrospective cohort study was performed. Inclusion criteria were 1) having a request for genetic analysis specifying the condition of atypical polycystic disease or mentioning the presence of multiple cysts among its clinical manifestations, 2) having a pathogenic variant in one of the less common cystic genes after genetic analysis, regardless of clinical suspicion.

RESULTS

The provisional total number of patients in our cohort is 144. Of these patients, 53.5% have been genetically diagnosed, in 30.5% of cases no mutation was detected (NMD) and the remaining 16% are inconclusive cases with testing still pending. Preliminary data indicate that 27% of cases of atypical polycystic disease are caused by mutations in the *PKHD1* gene. Consistent with the literature, the disease affects both the kidney and liver, but usually does not cause renal failure. 30% of cases are due to mutations in the collagen genes *COL4A3* and *COL4A4*. In these cases, patients present with bilateral renal cysts accompanied by microhematuria.

The next gene that explains more atypical cases is *HNF1B*, which shows great phenotypic heterogeneity. Other genes mutated in patients in our cohort include *ALG8*, *GANAB*, *IFT140*, *DNAJB11*, *PKD1*, *SEC63* and *TSC1*.

CONCLUSIONS

Collagen genes are responsible for a large percentage of cases of atypical polycystic disease.

Knowing the genetic diagnosis, a better prognosis of the evolution of the disease can be made.

Broad panel sequencing of genes or exomes are recommended, especially in cases of clinical suspicion of atypical polycystic disease.

PAPEL DE LA MEDICIÓN AMBULATORIA DE PRESIÓN ARTERIAL (MAPA) EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA (IC) CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN DE VENTRÍCULO IZQUIERDO (FEVI) REDUCIDA CON HIPOTENSIÓN EN CONSULTA Y POTENCIAL RIESGO DE DESARROLLAR INSUFICIENCIA RENAL

Alvarez Escudero, Carolina (1); Millán Díaz, Beatriz (1); Soto Loureiro, Fernando (1); Pérez Melón, Cristina (1)
(1) CHUO

INTRODUCCIÓN

El tratamiento de la IC con FEVI reducida contempla el empleo de fármacos con efecto hipotensor y sobre función renal. Es frecuente que se retiren fármacos con medición de tensión arterial en consulta, lo que conlleva una merma del teórico beneficio pronóstico.

OBJETIVOS

Identificar un perfil de riesgo de pacientes evaluando de forma integral la presencia de patrones tensionales patológicos y su relación con el desarrollo de insuficiencia renal.

MATERIAL Y MÉTODOS

33 pacientes de la consulta de IC con afectación eje cardiorrenal que presentaban hipotensión y tratados con cuádruple terapia de IC en un período de siete meses desde enero/2023 a julio/2023.

RESULTADOS

11 mujeres (34,4%) con edad media 71.6(67.8-75.30; $p < 0,05$) años. El 53.1% del total presentaban miocardiopatía dilatada isquémica. Respecto a factores de riesgo: 21 hipertensos a tratamiento (65,6%), 8 diabéticos (21,9%); 18 dislipémicos(56,2%), 20 pacientes no habían presentado fibrilación auricular(62.5%), 21 con clase NYHA I-II(65,6%), 5 habían presentado síncope(12.5%) y en los 20 pacientes que se realizaron maniobras para inducir ortostatismo sólo fue positivo en 8.

En cuanto a los resultados del MAPA de 48 horas el 69% presentaron patrones desfavorables (no dipper o riser). No existió un deterioro acusado de la función renal con valores de creatina 1.12 ± 0.4 mg/dL y filtrado glomerular de 66.7 ± 20.70 mL/min/1,72m² ni tampoco de los valores de potasio (4.7 ± 0.4 mEq/L) o hemoglobina (14.4 ± 1.6 g/dL). Sólo uno de los pacientes analizados presentaba microalbuminuria.

Tras los resultados obtenidos (valores de MAPA en tabla adjunta) se optimizó la dosis de betabloqueante en 15 pacientes, de sacubitrilo/valsartan en 14 y en 11 pacientes de antagonistas de receptor de aldosterona.

CONCLUSIONES

En pacientes con IC que se encuentran en proceso de optimización terapéutica, pero con sospecha de hipotensión basada en cifras de domicilio o medición en consulta sin deterioro de la función renal, es útil confirmar la ausencia de hipotensión significativa mediante MAPA para optimizar las dosis del tratamiento y conseguir objetivos marcados en guías de práctica clínica. Pueden revelarse patrones desfavorables en el estudio con MAPA que pasen inadvertidos en la práctica clínica diaria cuyo papel en el pronóstico está por estudiar en estos enfermos.

Parámetros del MAPA

| | |
|-------------------------------|--------------------------------|
| Pico tensional (Media) | 135.4 (128.3-142.5); p < 0,05 |
| Pico tensional diurno (Media) | 133.1 (125.7-140.6); p < 0,05) |
| Media tensional diurna | 79.4 (76.1-82.8); p < 0,05 |
| Pico tensional nocturno | 122.5 (116.2-128.8); p < 0,05 |
| Media tensional nocturna | 75.1 (72.2-78.0); p < 0,05 |
| Frecuencia cardíaca media | 66 (63-69) lpm; p < 0,05 |