

**COMUNICACIONES ORALES****-AFÉRESIS TERAPÉUTICA EN UN SERVICIO DE NEFROLOGÍA. EXPERIENCIA DE 28 AÑOS**

Iglesias Lamas, Elena; Álvarez Escudero, Carolina; Hernánsanz Pérez, María; Iglesias Forneiro, Alfonso; Crucio López, María; Ferreiro Álvarez, Beatriz; Borrajo Prol, María Paz; Camba Caride, María Jesús; Millán Díaz, Beatriz  
C.H.U. de Ourense

**INTRODUCCIÓN:** La aféresis terapéutica es una modalidad terapéutica que tiene como objetivo eliminar componentes patógenos de la sangre a través de un dispositivo extracorpóreo. Es una técnica utilizada en patologías de diversa etiología con el objetivo de resolver o mejorar síntomas clínicos de la enfermedad.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Analizamos mediante un estudio descriptivo retrospectivo las sesiones de aféresis terapéutica que se realizaron en nuestro centro desde abril/1996 hasta diciembre/2023, factores demográficos, indicación, líquido y volumen reposición, acceso vascular y evolución. También analizamos la evolución de las causas a lo largo del tiempo.

**RESULTADOS:** Realizamos 1.470 sesiones a 164 pacientes (50% mujeres) con edad media 58.19(18-91) años. Las indicaciones fueron:

- \* Neurológicas(58 pacientes): 25 Guillen Barré, 18 Miastenia Gravis, 8 Esclerosis Múltiple, resto otras causas.
- \* Hematológicas(47 pacientes): 18 SHU, 14 PTT, 7 crioglobulinemia, 7 síndrome hiperviscosidad por diversas causas, 1 por síndrome antifosfolípido.
- \* Nefrológicas(43 pacientes): 11 vasculitis ANCA, 3 Good Pasture, 3 Lupus, resto otras causas.
- \* Digestivas(11 pacientes): Hipertrigliceridemia
- \* Dermatológicas(3 pacientes): 1 pénfigo vulgar, 1 crisis esclerodérmica, 1 dermatomiositis.
- \* Otras causas(1 paciente): hemorragia pulmonar sin afectación renal
- \*\* Destacar dos pacientes a los que se le realizó aféresis terapéutica tras infección por Sars-COV: Uno por SHU secundario y otro por patología neurológica incapacitante tras COVID persistente.

El número medio de sesiones fue 8.96(1-53) por paciente durante el seguimiento de su enfermedad, con una media de 2.13 horas/sesión. 51 pacientes fueron tratados en Unidades de Cuidados Intensivos y el resto en la Unidad de Agudos de Nefrología, en 141 pacientes a través de catéter femoral temporal.

El líquido de reposición mayoritario fue la albúmina al 5%, seguida del plasma fresco congelado. Las patologías que más sesiones han precisado fueron las de etiología neurológica y las vasculitis ANCA.

95 pacientes(57.9%) evolucionaron a una total recuperación, 33(20.1%) a una recuperación parcial, 27(16.5%) fueron éxitus y en 7 pacientes hubo que suspender el tratamiento por diversas causas. La causa más frecuente de éxitus fue la infecciosa(33.3%) seguida de la progresión de la enfermedad de base(25.9%), causa cardiovascular, fallo multiorgánico y respiratoria(11.1% cada una) y 2 otras causas.

**CONCLUSIONES:** La aféresis terapéutica ha demostrado ser una técnica eficaz para la mayoría de los pacientes tratados. En nuestra serie hemos visto que la indicación más frecuente es la neurológica, con un alto porcentaje de recuperación total de la causa que la motiva, seguido de indicación en patología autoinmune.

**-PREVALENCIA DE ERC EN RESIDENTES CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL EN CAPD DE SARRIA**

Fernández Rodríguez, Yaribel; Pardo Fernández, Luis; Varela Rodríguez, Lucía; Vázquez Méndez, Matilde; Calviño Varela, Jesús  
*CAPD de Sarria; H.U. Lucus Augusti, Lugo*

**Introducción:** La Enfermedad Renal Crónica (ERC) tiene una gran repercusión en la calidad de vida de las personas afectadas y su entorno, especialmente en una población vulnerable como los residentes en centros sanitarios con discapacidad intelectual severa. Estos pacientes frecuentemente presentan comorbilidades, polifarmacia y enfermedades agudas intercurrentes con riesgo de desarrollar enfermedad renal, aunque los estudios sobre ERC en población discapacitada intelectual son escasos.

**Objetivo:** Conocer la prevalencia de ERC (según estadios KDIGO) y determinar los factores asociados al deterioro de la función renal en población residente en el Centro Atención a Personas Discapacitadas Intelectuales (CAPD) de Sarria.

**Material y Método:** Estudio observacional y transversal realizado en los 116 pacientes (95 varones y 21 mujeres) residentes CAPD de Sarria en el último año. Se analizaron las características clínicas, analíticas y los principales factores de riesgo (FR) de ERC de la información obtenida del IANUS.

**Resultados:** La edad media de los residentes fue de 49,3 años (ente 15 y80 años. La prevalencia global de ERC (cualquier estadio) fue del 18.6%. Los FR más frecuentes fueron la edad más de 60 años (31.6%), la obesidad (12.9%) , dislipemia (12.9%) y la ITU (7,75%). Otras comorbilidades asociadas a ERC fueron otras enfermedades crónicas (32.7%), epilepsia (21.5%), esquizofrenia (9.84%)y enfermedades raras (9.84%).

**Conclusiones:** A diferencia de lo que cabría esperar, la prevalencia global de ERC en la población discapacitada intelectual no es mucho mayor que la descrita para la población general. No obstante, es importante su diagnóstico precoz, seguimiento e instauración de medidas de nefroproteccion adecuadas a sus características, considerando además que el tratamiento conservador es su principal opción

**-RELACIÓN ENTRE ÁCIDO ÚRICO PLASMÁTICO Y SU EXCRECIÓN FRACCIONAL:  
¿HACIA UN NUEVO MARCADOR DE CRIBADO PARA LA HIPOURICEMIA RENAL  
HEREDITARIA?**

Fortes González, Pedro; Urisarri Ruiz De Cortaza, Adela; Carrera Cachaza, Noa; García González, Miguel Ángel

*Instituto de Investigación de Santiago, C.H.U. de Santiago*

**INTRO:** La hipouricemia renal hereditaria (HRH) se caracteriza por niveles bajos de ácido úrico sérico (sUA) y alta excreción fraccional urinaria (FEUA). Es causada por una mala reabsorción de ácido úrico en los túbulos renales, generalmente asintomática, aunque en ocasiones provoca fallo renal inducido por ejercicio. Su baja incidencia en poblaciones caucásicas contrasta con su creciente estudio en el este asiático, donde se ha sugerido la presencia de fenotipos más moderados y, posiblemente, un infradiagnóstico general. Nuestra hipótesis es que la ratio entre sUA y FEUA podría mejorar el diagnóstico de HRH. Para evaluarla, reclutamos sendas cohortes de Casos y Controles y comparamos en ellas varios predictores de HRH.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Se incluyeron 14 casos (con sospecha, alteración confirmada o familiar) y 57 controles con función renal normal. sUA y FEUA se ajustaron para eliminar el efecto de edad y sexo, se imputaron por la media para ponderar las observaciones desiguales y se calculó la Ratio. Se calculó la correlación sUA-FEUA, la estadística descriptiva y el test de Kruskal-Wallis (con corrección de Bonferroni y test de Dunn) para comparar sUA, FEUA y Ratio entre Casos y Controles. Además, se introdujo el Marcador Convencional de Riesgo Acumulado (MCRA) para combinar sUA y FEUA en un solo valor predictivo y generar curvas ROC con cuatro marcadores (sUA, FEUA, Ratio y MCRA), donde se determinaron los puntos de corte óptimos mediante el Índice de Youden (solo en Controles y Casos con alteración confirmada). Se compararon las Áreas Bajo la Curva parciales (pAUC) entre la Ratio y otros marcadores utilizando un test de permutación del paquete pROC de R.

**RESULTADOS:** sUA y FEUA mostraron una correlación negativa alta (Spearman = -0.72). Se vieron diferencias significativas entre Casos y Controles, especialmente para Casos con variantes confirmadas ( $p < 0.001$ ) y la Ratio fue el predictor con las diferencias más marcadas. En las curvas ROC, la Ratio obtuvo la mayor AUC de todos los predictores. Aunque no se observaron diferencias significativas en los test de pAUC, las tendencias estadísticas sugieren que la Ratio distingue los Casos mejor que otros marcadores. Para nuestros datos, un valor de Ratio = 0.19 proporciona una sensibilidad y especificidad cercanas al 100%.

**CONCLUSIONES:** Este estudio preliminar propone un nuevo marcador predictivo para HRH, que podría mejorar la detección de pacientes con variantes patogénicas, facilitando el diagnóstico y mejorando su calidad de vida.

## **-OPTIMIZACIÓN DEL ACCESO DE PACIENTES HIPERSENSIBILIZADOS AL TRASPLANTE RENAL DE DONANTE FALLECIDO. DELISTING Y DESENSIBILIZACIÓN POSTRASPLANTE.**

Erráez Guerrero, Sara Doménica; Fernández Rivera, Constantino; Lopez Muñiz, Andrés; Cao Vilariño, Mercedes; Cillero Rego, Sonia; Calvo Rodríguez, María; Sanchez Botana, Eva; Cid Fernández, José Javier; García Moreno, Elena; Pérez Fontán, Miguel  
*C.H.U. de A Coruña*

### **Introducción al tema y objetivos:**

El Delisting consiste en aceptar anticuerpos donante específicos (DSA) preformados pretrasplante, y la posibilidad de desensibilización postrasplante, como estrategias para mejorar el acceso al trasplante en pacientes con alto riesgo inmunológico.

### **Materiales y métodos:**

Analizamos los datos de pacientes incluidos en el programa PATHI desde el año 2015. La selección de los pacientes se hizo desde ONT y confirmada posteriormente en el servicio de Inmunología por CDC, citometría y DSA

Se realizó inducción con Timoglobulina y Metilprednisolona, seguido de Tacrolimus, Derivados del Ácido Micofenólico y Prednisona.

La presencia de dsa preformados fue admitida desde 2021. La desensibilización postrasplante se consideró en pacientes con dos o más DSA con MFI < 3000, o un único DSA con MFI > 3000. El protocolo se realizó con Plasmaféresis (PF) a días alternos, Inmunoglobulina Inespecífica postplasmaféresis (IGIV), y una única dosis de Rituximab.

### **Resultados:**

Se estudiaron 46 pacientes en total, 40 del programa PATHI y 6 de la lista de espera local con un seguimiento de 24 meses. Un total de 16 pacientes presentaron DSA positivos pretrasplante, 8 precisaron desensibilización postrasplante.

La media de edad de los receptores fue  $53 \pm 20$  años en el grupo desensibilización vs.  $56 \pm 12$  años no desensibilización. La media de MFI y RIS de los DSA preformados fue mayor en el grupo de desensibilización: MFI  $5805,1 \pm 3192,3$  vs. MFI de  $2812,5 \pm 1434,7$  ( $p=0,7$ ) y RIS de  $6,4 \pm 4$  vs. RIS de  $2,9 \pm 1,3$  ( $p=37$ ). El cPRA fue similar en ambos grupos:  $99,75 \pm 0,46$  en grupo de desensibilización vs.  $99,13 \pm 1,4$  ( $p=0,6$ )

Se realizó una media de 6 sesiones de PF y administración de IGVI a todos los pacientes desensibilizados; 6 precisaron Rituximab. Cuatro pacientes de cada grupo presentaron disfunción retrasada del injerto ( $p=0,7$ ). Se documentaron 2 casos de Rechazo Agudo en cada uno de los grupos ( $p=0,75$ ).

No hubo casos de infección por BK en el grupo de desensibilización vs. 2 en el otro grupo ( $p=0,23$ ). En ambos grupos no hubo diferencias de infección por Citomegalovirus y JC. Se consiguió duplicar el acceso del número de pacientes hipersensibilizados en el año 2023 y 2024, con 7 casos respectivamente. La supervivencia renal fue del 100% en el grupo de desensibilización vs 93% ( $p=0,4$ ).

### **Conclusiones:**

El delisting y la desensibilización postrasplante son estrategias válidas para pacientes hipersensibilizados, con buenos resultados globales de supervivencia renal.

## **-EFECTO AGUDO DEL CAMBIO DE LÍQUIDO DE DIÁLISIS CON ACETATO A CITRATO ENRIQUECIDO CON MAGNESIO 0,75 MMOL/L**

Audije Gil, Julia; Antonova, Antonia; Burgos Villullas, Marina; Hernán Gascueña, David; González Horna, Alicia; Guerrero Rodriguez, Elena; Audije-gil, Julia; Sánchez-tocino, María Luz; Manso, Paula; Dapena, Fabiola; Arenas Jiménez, María Dolores.  
*Fundación Renal Íñigo Álvarez de Toledo;*

### **INTRODUCCIÓN**

El LD con citrato (LDC) se considera una alternativa más biocompatible al clásico baño con ácido acético (LDA). Ya se han descrito cambios electrolíticos asociados al cambio de LDA a LDC con Magnesio 0,5 mmol/l, pero se desconocen los resultados sobre otros parámetros. Objetivo: Comparar el efecto agudo de la HD con LDC con Magnesio 0,75 mmol/l vs LDA sobre el metabolismo del calcio, fósforo y magnesio, equilibrio ácido base, coagulación, sintomatología, y la percepción del paciente (resultados reportados por los pacientes, PROMS; y calidad de vida relacionada con la salud, CVRS).

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Estudio prospectivo en pacientes en HD que cambian LDA 3 mmol/l a LDC con 1 mmol/l de citrato, 1,75 de calcio y 0,75 mmol/L de Mg. Se recogieron datos epidemiológicos, de diálisis, bioquímica pre- y posdiálisis, y se compararon sintomatología y scores de coagulación diarios durante 90 días antes y después del cambio. También se midieron PROMS y CVRS con láminas Coop-Wonca.

### **RESULTADOS**

Se estudian 46 pacientes con una edad media de 67,2 (13,9) años. 59,6% varones. 30% con diabetes. Tras el cambio de LDA a LDC enriquecido con Mg (0,75 mmol/l) se observaron diferencias significativas en los valores prediálisis de Mg y Ca; en los valores post diálisis de Mg, Ca y P y en el delta de Mg y Ca. No hubo diferencias significativas en los niveles de PTH prediálisis ni en el bicarbonato pre y post. Se analizaron 3652 sesiones de HD, media de 37,6 (9,8) sesiones por paciente/periodo, registrando menos episodios de coagulación del sistema con LDC sin diferencias en la dosis de heparina y menos sesiones con síntomas, destacando menos calambres y cefaleas. No hubo diferencias significativas en el número de hipotensiones. Tras el cambio de LDA a LDC, los PROMS mostraron una disminución significativa en el cansancio y en la percepción de sintomatología durante y postsesión de HD. La CVRS mejoró significativamente en todas las dimensiones ( $p < 0,05$ ), excepto en apoyo social.

### **CONCLUSIONES**

La diálisis con LDC-0,75 mg modifica de forma significativa el magnesio y el calcio pre y post diálisis, pero no se observa impacto inmediato sobre la PTH prediálisis. El LDC tiene impacto positivo sobre la coagulación y la sintomatología durante la diálisis, así como en los resultados reportados por los pacientes en la sintomatología registrada en las sesiones de HD y en la CVRS.

**-RESULTADOS DE DOS DÉCADAS DE TRASPLANTE RENO PANCREÁTICO.**

Cillero Rego, Sonia; Fernandez Rivera, Constantino; Erraez Guerrero, Sara Domenica; Calvo Rodriguez, Maria; Sanchez Botana, Eva; Lopez Muñoz, Andres; Cao Vilarino, Mercedes; Perez Fontan, Miguel

C.H.U. de A Coruña

**INTRODUCCION:**

Los resultados del trasplante reno pancreático han mejorado en los últimos años paralelamente a mejoras en el manejo quirúrgico y del postoperatorio siendo el mejor tratamiento para DM1 con ERC VD.

**MATERIAL Y METODOS:**

Estudiamos la serie de trasplante pancreático del CHUAC entre 2000-2024. Estudiamos la supervivencia del paciente, de ambos injertos, episodios de rechazo y complicaciones médicas y quirúrgicas. Estadística SPSS. T student. Chi cuadrado. Kaplan Meier y Log Rank.

**RESULTADOS:**

Analizamos 105 trasplantes pancreáticos; 86 Tx reno pancreáticos simultáneos (TRP), 17 Tx páncreas post TR (PAK) y un caso de trasplante de páncreas aislado (PTA).

La comorbilidad previa a inclusión en LE (35.2% tenían gastroparesia DM, el 84.8 % Retinopatía, 16.2% cardiopatía, 13.3% arteriopatía y 3% ACV). La edad media del receptor 41.8 años, el 61% de los receptores fueron varones. El tiempo medio en diálisis fue de 25.6 m en los TRP y 14.7 m en los PAK. El 40% DP y el 60% en HD.

El tiempo de isquemia fría (TIF) fue 10.5 h en el páncreas. 19% NTA que precisaron TSR 5.5 días de media.

Precisaron reintervención quirúrgica el 56.2% (15.2% hematoma, 4.8% trombosis, 1.9% nefrectomía, 6.7% pancreatectomía, 3.8% fistula entérica y 16% otras).

La supervivencia del páncreas es del 81% al primer año, 78% al 2º año y 66% a los 10 años. Las pérdidas del injerto pancreático fueron trombosis (8.6%), infección (5.7%), pancreatitis (3.8%), rechazo agudo 8.8% y crónico 3.8%. La supervivencia es mejor en TRP simultáneo vs PAK.

La supervivencia del injerto renal es del 90% el primer año, 88% 2º año y 76.8% a 10 años. Las causas de pérdida del injerto renal fueron trombosis 5.7%, rechazo 8.6%, infección 5.7% y otras 2.9%.

La supervivencia del paciente es 95.2% 1º año, 92.1% 2ª año y 88.9% al 5º año.

Las causas de mortalidad en el TRP más frecuente es la infecciosa seguida de la cardiovascular.

**CONCLUSIONES:**

Los resultados de nuestro estudio son superponibles a las series publicadas tanto del registro nacional como internacional por lo que consideramos el TRP la mejor opción de tratamiento de pacientes con Diabetes 1 y ERC VD.