

Comunicaciones E-PÓSTERS

Salón de Actos | Sábado 28 | 13.30 h–14.30 h

27

RECIDIVA DE SÍNDROME DE SJÖGREN EN EL INJERTO RENAL, A PROPÓSITO DE UN CASO NO DESCRITO EN LA LITERATURA.

Rego Ojea, Otilia (1); Fidalgo Diaz, Manuel (1)

(1)CHUS

INTRODUCCIÓN:

El síndrome de Sjögren(SJ) es una enfermedad autoinmune crónica que, además de la afectación glandular, puede producir complicaciones renales, principalmente nefritis túbulointersticial crónica y en menor medida, glomerulopatías. En pacientes con progresión a enfermedad renal terminal, el trasplante renal es una alternativa eficaz. La recidiva de esta nefropatía en el injerto es un evento excepcional.

DESCRIPCIÓN DEL CASO:

Mujer 45 años.

AP: Exfumadora desde 2012. G1P1(parto eutócico) en 2012. Hipotiroidismo autoinmune detectado durante embarazo. Derivada a NEF en 2015 desde AP por insuficiencia renal en analítica ordinaria acompañado de sequedad ocular, oral y vaginal. BR(2015): nefropatía intersticial crónica con glomerulosclerosis con componente linfomonocitario, células plasmáticas y nódulos linfoides. Diagnóstico de SJ primario. Trasplante renal anticipado de donante vivo(esposo) en 2019.

Tratamiento: Prednisona(CC), Advagraf(FK), Myfortic (MMF), Eutirox.

EA: En julio-25 la paciente presenta un aumento de Cr a 1,33 mg/dl siendo su basal hasta la fecha 0,9-1,1 mg/dl. En agosto-25 Cr 1,41 mg/dl por lo que se decide biopsia renal. No manifestaciones glandulares.

PC:

-Orina: Prot tot negativas. Sedimento normal.

-Proteinuria de 24 h: 342 mg.

-Ig, complemento y proteinograma en sangre: normales.

-Antic anti-HLA I y II, virus JV, Bk y CMV: negativos.

-Anti-Ro y Anti-La positivos desde 2015.

-Niveles de Tacrolimus: en rango

-Ecografía (2025): sin hallazgos patológicos.

-BR injerto (agosto-25): Infiltrado inflamatorio intersticial en forma de agregados linfoides y numerosas células plasmáticas lo que unido a la presencia de antiRo y AntiLa sugieren recidiva de Síndrome de Sjögren como primera posibilidad. Sin datos de rechazo.

DIAGNÓSTICO:

Recidiva de SJ en injerto renal 5 años después del trasplante y con niveles adecuados de FK y toma correcta de MMF, y CC. Sin afectación clara glandular.

TRATAMIENTO:

-Se inicia tratamiento con dosis altas de CC, sin respuesta tras 1,5 meses. Se aumenta dosis de MMF, actualmente en espera de evolución.

REFLEXIONES:

-Recidiva de SJ en injerto renal a pesar de niveles adecuados de FK y toma correcta de CC y MMF, éste último tratamiento de primera línea de nefropatía por SJ.

-Podría tratarse de un caso relevante ya que no hemos encontrado reportes similares en las fuentes bibliográficas consultadas (PubMed, OpenEvidence), lo que sugiere una situación poco descrita o excepcional.

18

TRASPLANTE HEPATORRENAL COMBINADO PREVENTIVO. EXPERIENCIA DE UN CENTRO.

Sánchez Botana, Eva (1); Vázquez Iglesias, Fernando (1); Nercellas Rodríguez, Elvira Fe (1); Pérez Álvarez, Sara (1); Erráez Guerrero, Sara
Domenica (1); Cillero Rego, Sonia (1); Calvo Rodríguez, María (1); Fernández Rivera, Constantino (1)

(1)CHUAC

Introducción:

El trasplante hepatorenal combinado es una opción de tratamiento sustitutivo en pacientes que presentan simultáneamente insuficiencia renal y hepática, siendo posible realizarlo en pacientes en situación de prediálisis (THR preventivo). En el presente estudio analizamos si la indicación de trasplante combinado preventivo frente a aquellos en diálisis puede influir significativamente en los resultados clínicos y en la evolución postoperatoria.

Métodos:

Estudiamos retrospectivamente 30 pacientes con trasplante hepatorenal combinado realizados en nuestro centro entre 2009 y 2023, diferenciando aquellos que se realizó trasplante hepatorenal en diálisis y trasplante hepatorenal preventivo.

Resultados:

Analizamos 17 pacientes en el grupo de trasplante hepatorenal preventivo y 13 pacientes en el grupo de diálisis con una media de edad de 58.5 +/- 9 y 54.5 +/- 10 años respectivamente. La causa más frecuente tanto de enfermedad renal como hepática fue la PQHR en ambos grupos. Los pacientes con THR preventivo presentaron una menor incidencia de función retrasada del injerto (28% vs 61.5%), aunque no estadísticamente significativa. La principal causa de pérdida del injerto renal fue el fallecimiento del receptor, siendo el motivo más frecuente la enfermedad neoplásica en ambos grupos, sin diferencias estadísticamente significativas. Se observa una menor supervivencia en el grupo de THR preventivo vs THR en diálisis, sin alcanzar la significación estadística ($p = 0.467$), y observándose también una menor supervivencia del injerto hepático. No se observaron diferencias en la tasa de rechazo agudo renal ni hepático, ni en la incidencia de complicaciones infecciosas, neoplásicas ni cardiovasculares.

Conclusiones:

El trasplante hepatorenal preventivo se asoció en nuestra serie a una menor incidencia de función retrasada del injerto renal, sin encontrar diferencias significativas en cuanto a complicaciones infecciosas, cardiovasculares, neoplásicas ni inmunológicas. Se observa una menor supervivencia global en comparación con los pacientes trasplantados en diálisis, aunque sin alcanzar significación estadística y asociándose a una menor supervivencia del injerto hepático, que probablemente condicione el pronóstico vital de estos pacientes. La significación estadística del presente estudio está también limitada por el escaso tamaño muestral.

17

CONVERSIÓN DE INHIBIDORES DE CALCINEURINA A BELATACEPT EN TRASPLANTE RENAL: UNA SERIE DE CASOS SOBRE LA EXPERIENCIA EN EL CHUAC.

Vázquez Iglesias, Fernando (1); Andrés, López Muñiz (1); Fernández Rivera, Constantino (1); Erraez Guerrero, Sara (1); Cillero Rego, Sonia (1); Calvo Rodríguez, María (1); Sánchez Botana, Eva (1); Elvira Fe, Nercellas Rodríguez (1); Pérez Álvarez, Sara (1); Pérez Fontán, Miguel (1)
(1)CHUAC

INTRODUCCIÓN:

Belatacept es un inmunosupresor que bloquea la coestimulación de linfocitos T y se plantea como alternativa a los inhibidores de calcineurina (ICN) para reducir su toxicidad renal y cardiovascular. Además de su uso inicial, se ha empleado como estrategia de conversión en pacientes con efectos adversos a ICN. El principal riesgo asociado es el desarrollo de síndrome linfoproliferativo postrasplante (PTLD).

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio descriptivo retrospectivo de 14 pacientes del CHUAC convertidos de ICN a belatacept como terapia de rescate. Se recogieron variables de función renal, perfil metabólico y cardiovascular y de seguridad (rechazo, eventos cardiovasculares, neoplasias o infecciones) presentes en la historia clínica electrónica desde el 17.10.2018 hasta el 2.10.2025.

RESULTADOS:

Nueve pacientes (64,3%) se convirtieron por nefrotoxicidad, dos por neurotoxicidad, uno por dolor asociado a anticalcineurínicos, una por MAT y otro por inestabilidad en los niveles de anticalcineurínicos. La conversión fue temprana en el 50% y tardía en el otro 50%. En los casos por nefrotoxicidad, el FG en el momento del cambio fue de 12,04 mL/min/1,73m² (mediana 11,4). En este grupo, la conversión se realizó a los 4,84 meses de media (mediana 2,9). Las variaciones medias de FG (mL/min/1,73m²) respecto al inicio fueron de +3,55 al mes, +5,99 a los 3 meses, +2,24 a los 6 meses y +2,86 al año. En los pacientes con FG <15, la mejoría media global fue de +2,23 (mediana 1,99). El tiempo hasta la pérdida de función del injerto en este subgrupo osciló entre 0,5 y 19 meses (media 6,91; mediana 4). Todos recibían además micofenolato y prednisona. Se realizó biopsia del injerto en todos los pacientes convertidos por nefrotoxicidad: el 44,4% presentaba fibrosis intersticial y atrofia tubular. Se registró un único episodio de rechazo. La TAS y la TAD disminuyeron ligeramente (—4 y —5 mmHg, respectivamente). El colesterol aumentó de media únicamente 8,42 mg a pesar de no haber cambios en el tratamiento en la mayoría de casos. Las infecciones que requirieron ingreso hospitalario fueron la complicación más frecuente (35%). La prevalencia de infección por CMV fue del 21,4%. No se registraron casos de infección por virus BK, PTLD, eventos cardiovasculares ni neoplasias no cutáneas.

CONCLUSIÓN:

Según la experiencia de nuestro centro, belatacept parece una alternativa segura y eficaz en pacientes con toxicidad por inhibidores de calcineurina.

23

INNOVACIÓN EN EL MANEJO DEL LINFOCELE POSTRASPLANTE RENAL: LA LINFOGRAFÍA COMO NUEVA HERRAMIENTA TERAPÉUTICA

Rañó Santamaría, Óscar (1); Fenández Rivera, Constantino (1); Vázquez Iglesias, Fernando (1); Erráez Guerrero, Sara Domenica (1); Calvo Rodríguez, María (1); Cillero Rego, Sonia (1); Sánchez Botana, Eva (1); Nercellas Rodriguez, Elvira Fe (1); Pérez Álvarez, Sara (1); Pérez Fontán, Miguel (1)
(1)CHUAC

Introducción:

El linfocèle constituye una complicación relativamente frecuente tras el trasplante renal. Aunque la mayoría de los casos son asintomáticos, algunos pueden presentar síntomas o complicaciones que prolongan la estancia hospitalaria y afectan la función del injerto. Tradicionalmente, su manejo se ha basado en el drenaje percutáneo, la escleroterapia o la intervención quirúrgica. En los últimos años, la linfografía se ha postulado como una alternativa diagnóstica y terapéutica mínimamente invasiva. En este trabajo, describimos la experiencia de nuestro centro en el empleo de la linfografía como tratamiento del linfocèle postrasplante renal desde el año 2024.

Material y métodos:

Se realizó un análisis retrospectivo de los registros clínicos de ocho pacientes (seis varones y dos mujeres; edad media: $55 \pm 19,6$ años) sometidos a linfografía diagnóstico-terapéutica por linfocèle postrasplante renal entre 2024 y 2025. Se recogieron variables demográficas, comorbilidades, tipo de trasplante, duración quirúrgica y parámetros analíticos relevantes. Asimismo, se evaluaron el tiempo de evolución del linfocèle hasta la realización de la linfografía, el tiempo hasta su resolución y el intervalo hasta la recuperación de la creatinina basal.

Resultados:

De los ocho pacientes, uno presentaba obesidad; todos eran hipertensos y siete (87,5%) diabéticos. Dos pacientes fueron receptores de trasplante renopancreático y los seis restantes de trasplante renal aislado. La hipoalbuminemia se observó en seis casos (75%). La duración media de la cirugía fue de $2,2 \pm 0,7$ horas. El tiempo medio desde el diagnóstico del linfocèle hasta la linfografía fue de $29,2 \pm 26,6$ días, y el tiempo medio hasta su resolución posterior fue de $7,6 \pm 6,2$ días. Tres pacientes mantuvieron su creatinina basal y los restantes la recuperaron en un promedio de $6,5 \pm 3,2$ días.

Conclusiones:

En nuestra experiencia, la linfografía se muestra como una técnica eficaz y segura para el manejo del linfocèle postrasplante renal, asociándose con una resolución más rápida y una baja tasa de recidiva. No obstante, son necesarios estudios prospectivos y comparativos con cohortes más amplias que confirmen estos hallazgos preliminares.

10

UN NUEVO ENFOQUE PARA AUMENTAR LA SENSIBILIDAD DE DETECCIÓN DE LA HIPOURICEMIA RENAL HEREDITARIA MEDIANTE LA RELACIÓN ENTRE EL ÁCIDO ÚRICO SÉRICO Y SU EXCRECIÓN FRACCIONADA

Fortes González, Pedro (1); Urisarri Ruiz De Cortázar, Adela (2); Carrera Cachaza, Noa (1); Sánchez Cazorla, Eloísa (2); García Murias, María (1); Barcia De La Iglesia, Ana María (1); Díaz Rodríguez, Cándido (2); García González, Miguel (1)
(1)IDIS; (2)CHUS

Introducción

La Hipouricemia Renal Hereditaria (HRH) se caracteriza por bajos niveles de Ácido Úrico Sérico (SUA) y alta Excreción Fraccional de Ácido Úrico (FEUA) debido a una reabsorción tubular de urato defectuosa. Generalmente asintomática, puede causar lesión renal aguda; y aunque la incidencia global es baja, los estudios japoneses (población con mayor prevalencia) han identificado fenotipos más leves que los canónicamente descritos, lo que sugiere un posible infradiagnóstico. Planteamos la hipótesis de que el cociente entre SUA y FEUA (cociente SUFE) podría mejorar la sensibilidad diagnóstica de la HRH, y lo analizamos junto con SUA, FEUA y SUA2 (un proxy del cociente SUFE) en una cohorte pediátrica de nuestro centro (cohorte de estudio) y casos publicados (cohorte de validación), así como correlaciones genotipo-fenotipo.

Métodos

La Cohorte de Estudio incluyó 12 pacientes HRH y 58 Controles con función renal normal, mientras que la Cohorte de Validación consistió en 45 Casos de la Literatura. Se evaluó la correlación SUA-FEUA y se compararon casos y controles mediante las pruebas de Kruskal-Wallis, Dunn y Fisher con p-valores ajustados por Bonferroni. Se generaron curvas ROC para evaluar los umbrales diagnósticos con AUC y varios puntos de corte para cada parámetro, empleando tests de pAUC para comparar los rendimientos de los predictores en valores de sensibilidad altos.

Resultados

SUA y FEUA mostraron una fuerte correlación negativa en ambas Cohortes. Todos los predictores difirieron significativamente entre los casos y los controles ($p < 0,001$). Los resultados de SUA, SUA2 y SUFE Ratio fueron comparables: se alcanzaron sensibilidades del 100% con especificidades $\geq 90\%$, mientras que FEUA mostró una tendencia hacia un rendimiento diagnóstico ligeramente inferior. El aumento del umbral de diagnóstico de SUA a ~ 3 mg/dL mejoró drásticamente la sensibilidad, en consonancia con Kawamura et al. (2021). La correlación genotipo-fenotipo reflejó la de este último estudio para las mutaciones SLC22A12 pero no para las variantes heterocigotas SLC2A9, lo que abre la posibilidad de que existan factores genéticos no reconocidos en nuestras cohortes.

Conclusiones

Nuestro estudio propone y valida de manera preliminar nuevos marcadores diagnósticos para HRH y apoya el ajuste de los umbrales SUA para mejorar la sensibilidad, especialmente en poblaciones infradiagnosticadas. Estos hallazgos pueden ayudar a reducir los falsos negativos y prevenir complicaciones en los pacientes. Es necesario seguir investigando para perfeccionar las estrategias diagnósticas, especialmente en poblaciones no japonesas.

CONTRIBUCIÓN DE LA CONSULTA TELEMÁTICA EN EL MANEJO DEL ENFERMO RENAL

Perez Melon, Cristina (1); Hermansanz Perez, Maria (1); Millan Diaz, Beatriz (1)

(1)CHUO

Introducción :

En nuestra área sanitaria se creó un grupo de trabajo entre profesionales de Nefrología y de Atención Primaria con una médico referente en cada centro de salud. Se elaboraron protocolos conjuntos así como perfiles analíticos (Febrero 2023) con el fin de disminuir la variabilidad clínica y optimizar la atención de la ERC.

Objetivo:

El objetivo de nuestro estudio es valorar el impacto que las medidas realizadas por el grupo de trabajo han tenido sobre la atención sanitaria.

Material y Métodos:

Se revisan todas las e-consultas recibidas desde AP desde Abril 2022 hasta Agosto 2025. Se realiza el estudio durante tres periodos: Abril-Diciembre 2022, año 2023, año 2024 y Enero-Agosto 2025.

Se analiza el número de e-consultas recibidas, porcentaje que precisa consulta presencial y pacientes a seguimiento compartido.

Tras un año de realización de los perfiles analíticos se analizan 272 e-consultas para valorar el grado de detección de ERC en paciente de riesgo.

Resultados:

Con la información clínica y analítica aportadas desde AP, se evalúa la necesidad de ampliar estudio y modificar actitudes terapéuticas; realizando un informe clínico adecuado con el consejo terapéutico por parte de Nefrología si no precisa valoración presencial. En caso contrario, el paciente es citado en la consulta correspondiente, previa la realización de pruebas diagnósticas solicitadas por el Servicio de Nefrología. En caso de que el paciente presente una elevada comorbilidad y/o dificultad para su traslado se realiza "seguimiento compartido" entre Nefrología/AP.

En la *tabla 1* se muestra el número de consultas realizadas durante todo el periodo estudiado y el porcentaje que precisaron revisión presencial; así como el número de paciente con seguimiento compartido.

Interconsultas	Abr-Dic 2022	2023	2024	Ene-Ago 2025
Totales	1.038	1.894	2.178	1.638
Citadas	34,58%	28,56%	24,24%	23,93%
Seguimiento compartido	0%	0%	0,32%	5,43%

Tabla 1

Total e-consultas revisadas	272
Factor de riesgo para ERC	82,35%
Determinación de microalbuminuria	76,10%

Tabla 2

En la *tabla 2* se muestra el porcentaje de cribado de ERC en pacientes que se realiza e-consulta a Nefrología.

Conclusiones:

Existe una creciente demanda de e-consulta nefrológica procedente de AP, en la mayoría de los casos se trata de consejo terapéutico y no precisan valoración presencial.

Existe un aumento progresivo de pacientes en seguimiento compartido con ERC que antes eran valorados de forma presencial en consulta ERCA.

El trabajo multidisciplinar de Nefrología y AP se traduce en una mejora de calidad y optimización de recursos.

20

SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN PACIENTES CON TRATAMIENTO RENAL SUSTITUTIVO: PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS

García Becerra, Lorena (1); Calviño Varela, Jesús (2); Otero Alonso, Pablo (2); Bouza Piñeiro, Pablo (3); Arza Arza, María Dolores (4); Salgado Barreira, ángel (1); Vázquez Rodríguez, Isabel (1)

(1)Universidade de Santiago de Compostela; (2)Hospital Universitario Lucus Augusti; (3)Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol; (4)Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela

Introducción:

Los síntomas depresivos son frecuentes en los enfermos renales en Tratamiento Renal Sustitutivo (TRS), con cifras de prevalencia que varían según el contexto. Distintos estudios han señalado que diversas variables sociodemográficas y clínicas se relacionan con la sintomatología depresiva. El objetivo de este estudio es determinar la prevalencia de los síntomas depresivos y los factores asociados en la población española de enfermos renales en hemodiálisis (HD), diálisis domiciliaria (DD) y trasplante utilizando como instrumento de evaluación el *Beck Depression Inventory-II* (BDI-II).

Método:

Estudio observacional, transversal y multicéntrico con pacientes renales adultos en HD en centro, DD y trasplante renal. En cada paciente se recogieron datos sociodemográficos y clínicos y se administró el BDI-II para evaluar los síntomas depresivos. Se analizaron las diferencias en la puntuación total del BDI-II entre las tres modalidades de TRS ajustando por variables sociodemográficas y clínicas. Los factores asociados a la sintomatología depresiva ($\text{BDI-II} \geq 16$) se determinaron mediante regresión logística binaria, incluyendo en el modelo variables sociodemográficas y clínicas con $p < 0,20$ en el análisis bivariado.

Resultados:

Participaron 199 pacientes en TRS ($63,7 \pm 12,4$ años; 64,8% hombres) de los cuales 61 (30,7%) estaban en HD en centro, 59 (29,6%) en DD y 79 (39,7%) con trasplante renal. La prevalencia de síntomas depresivos ($\text{BDI-II} \geq 16$) en la muestra total fue del 22,6%. Los pacientes en HD en centro mostraron puntuaciones en el BDI-II más elevadas que los pacientes en DD y trasplante, encontrando asociación significativa entre HD en centro y síntomas depresivos ($p = 0,030$). Los factores asociados al $\text{BDI-II} \geq 16$ fueron ser mujer (OR = 2,130; 95% IC 1,037 – 4,377; $p = 0,039$) y menor apoyo social percibido (OR = 0,950; 95% IC 0,925 – 0,977; $p < 0,001$).

Conclusión:

La prevalencia de sintomatología depresiva fue elevada en los enfermos renales en TRS. Los pacientes en HD en centro obtuvieron puntuaciones más elevadas en el BDI-II que los pacientes en DD y trasplante, indicando mayor malestar emocional. Ser mujer y percibir menor apoyo social percibido se relacionan con mayor sintomatología depresiva. Dada la elevada prevalencia de sintomatología depresiva, en nuestra opinión sería necesario incluir su cribado sistemático en la práctica clínica rutinaria, además del fortalecimiento de las redes de apoyo a los pacientes en TRS entre las intervenciones dirigidas al abordaje de la depresión.

Desarrollado en colaboración con ALCER-Coruña

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

ANÁLISIS COMPARATIVO DE INSTRUMENTOS PARA EL CRIBADO DE LA DEPRESIÓN EN PACIENTES CON TRASPLANTE RENAL

Vázquez Rodríguez, Isabel (1); García Becerra, Lorena (2); Calviño Varela, Jesús (3); Bouza Piñeiro, Pablo (4); Otero Alonso, Pablo (3); Arza Arza, María Dolores (5); Salgado Barreira, Ángel (6)

(1)Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología. Universidade de Santiago de Compostela; (2)Asociación para la Lucha Contra las Enfermedades del Riñón (ALCER), Pontevedra; (3)Servicio de Nefrología. Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo; (4)Servicio de Nefrología. Hospital Arquitecto Marcide, Ferrol; (5)Servicio de Nefrología, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela; (6)Departamento de Salud Pública. Universidade de Santiago de Compostela

Introducción:

La depresión es una comorbilidad frecuente en pacientes con trasplante renal, pero a menudo está infradiagnosticada, lo que hace necesario disponer de herramientas de cribado válidas y eficientes. El Beck Depression Inventory-Second Edition (BDI-II) es el único cuestionario con evidencia preliminar de su capacidad diagnóstica en esta población, pero su extensión limita su uso en la práctica clínica. Cuestionarios breves como el Beck Depression Inventory-FastScreen (BDI-FS) y la subescala de depresión de Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-D) podrían ser una alternativa al BDI-II, pero su eficacia para el cribado de la depresión en pacientes con trasplante renal no ha sido establecida.

Objetivo:

Analizar el rendimiento diagnóstico y determinar los puntos de corte óptimos de los cuestionarios BDI-II, BDI-FS y HADS-D para el cribado de la depresión en pacientes con trasplante renal.

Método:

Se incluyeron pacientes adultos con trasplante renal a quienes se les administraron los cuestionarios BDI-II, BDI-FS y HADS-D. Una psicóloga, desconocedora de las puntuaciones de los cuestionarios, aplicó la Structured Clinical Interview (SCID-I).

Resultados:

Participaron 79 pacientes con trasplante renal (edad media = 59,9 años; 65,8% hombres). El 19% de los pacientes presentaba depresión según criterios SCID-I. Todos los instrumentos mostraron un buen nivel de fiabilidad (alfa > 0,70) y alto rendimiento diagnóstico tomando la SCID-I como referencia (áreas bajo la curva ROC > 0,90). Los puntos de corte con mejor índice Youden fueron BDI-II ≥ 16 ; BDI-FS ≥ 4 y HADS-D ≥ 6 . Con estos puntos de corte la sensibilidad, especificidad y valores predictivos positivo y negativo para el BDI-II fueron 100%, 98,4%, 93,7% y 100%; para el BDI-FS 93,3%, 92,2%, 73,7% y 98,3; y para la HADS-D 86,7%; 84,4%; 56,5% y 96,4%, respectivamente.

Conclusiones:

En pacientes con trasplante renal el BDI-II, el BDI-FS y la HADS-D son instrumentos válidos para el cribado de la depresión. En el BDI-II y la HADS-D se identificaron puntos de corte específicos para esta población que difieren de los estándares convencionales y permiten una detección más precisa. Dada su brevedad, el BDI-FS y la HADS-D son alternativas útiles al BDI-II en la práctica clínica. Sin embargo, el BDI-FS presenta mayor capacidad discriminativa, es más fácil de aplicar y evaluar, y permite identificar a los pacientes en riesgo de suicidio, por lo que podría considerarse el cuestionario de elección para el cribado de la depresión en contextos clínicos.

Xunta de Galicia (ED481A e IN606A)

Comunicaciones E-Posters

Aula 3 | Sábado 29 | 13.30h-14.30h

25

MORTALIDAD POR ERC EN GALICIA Y SU EVOLUCIÓN EN LOS ÚLTIMOS AÑOS

Martinón Martínez, José María (1); álvaro Alonso, Carlos (1); Villarroel Vargas, Aida (1); De Las Heras, Alejandra (2); Pimentel De Francisco, Belén (1); Vázquez Campos, Alberte (3); Barreiro Lijo, Simón (4); Oliveros Martínez, Pilar (5); Rivas Gómez, Carlos (5); Fernández Pérez, Lucía (5)
(1)AstraZeneca España; (2)MediClin-IQVIA, Madrid, España; (3)Centro de Saúde San Roque; (4)Centro Integral de Saúde Lalín; (5)Hospital Clínico Universitario Santiago de Compostela

INTRODUCCIÓN

La enfermedad renal crónica (ERC) representa una preocupación significativa para la salud pública debido a su impacto en la calidad de vida y a las tasas de mortalidad asociadas. La progresión de la ERC a estado terminal puede ralentizarse con intervenciones que mejoren los resultados clínicos de los pacientes y disminuyan la carga de la enfermedad para los sistemas sanitarios.

OBJETIVO

El objetivo es presentar la mortalidad por ERC en España y Galicia, así como las diferencias regionales en 2023 y su evolución en los últimos años.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se utilizaron datos públicos disponibles en el Ministerio de Sanidad (Fuente: Ministerio de Sanidad. Subdirección General de Información Sanitaria. Mortalidad por causa de muerte.) e Instituto Nacional de Estadística, obtenidos en junio de 2024.
Se presenta la tasa bruta y ajustada por edad de mortalidad por ERC (CIE-10: N18) en los años 2014-2023 en España y Galicia. Se calcula el número de muertes por ERC por 100.000 habitantes en las provincias de Galicia en el año 2023.

RESULTADOS

En el año 2023, se registraron un total de 5.130 defunciones causadas por ERC en España (53,18% mujeres, 97,21% >65 años), mientras que en Galicia se registraron 253 (53,75% mujeres, 96,44% >65 años). La tasa bruta de mortalidad por ERC en Galicia fue 9,37/100.000 habitantes, por debajo de la tasa nacional (10,64/100.000 habitantes). Se presenta una cierta variabilidad entre las diferentes provincias, con una mortalidad mayor a la regional en Ourense y Lugo, incluso superior a la nacional en ambos casos (Tabla 1).

Tabla 1. Número de defunciones por ERC en Galicia en 2023

Provincia	Número de defunciones*	Población**	Muertes por ERC por 100.000 habitantes
Ourense	47	294.702	15,95
Lugo	39	318.039	12,26
A Coruña	104	1.083.080	9,60
Pontevedra	63	918.157	6,86

*Fuente: Ministerio de Sanidad. Subdirección General de Información Sanitaria. Mortalidad por causa de muerte: <https://pestadistico.inteligenciadegestion.sanidad.gob.es/publicoSNS/N/mortalidad-por-causa-de-muerte/causas-cie>

**Fuente: Instituto Nacional de Estadística (Población residente 01 Julio 2022): <https://www.ine.es>

CONCLUSIONES

XI Congreso de la **Sociedad Gallega de Nefrología**

28 y 29 de noviembre
Aula Magna Edificio Docente
Roberto Novoa Santos – USC

Los datos muestran un ligero aumento de la mortalidad por ERC en España y Galicia en los recientes años. La progresión de la ERC se podría ralentizar con intervenciones que mejoren los resultados clínicos de los pacientes. Así, se disminuiría la carga de la enfermedad para el Sistema de Salud público y se impactaría positivamente en la mortalidad que la ERC lleva asociada.



#SGAN2025

05

LA MONITORIZACIÓN COMO ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN: FACTORES ASOCIADOS A LA PÉRDIDA DE PERMEABILIDAD EN FÍSTULAS ARTERIOVENOSAS

Barcia Odor, Verónica Andreina (1); Marín Franco, Antonio José (2); Muñoz Cardena, Viviana Vanesa (2)

(1)Diaverum Villagarcía; (2)Diaverum Santiago

Introducción y objetivos

El mantenimiento de la permeabilidad de la fístula arteriovenosa (FAV) es esencial para garantizar la eficacia del tratamiento hemodialítico y reducir complicaciones. La identificación de parámetros de seguimiento con valor predictivo puede optimizar la detección precoz de disfunciones. El objetivo de este estudio fue analizar la influencia de variables ecográficas, bioquímicas y de monitorización en tiempo real sobre la permeabilidad de las FAV en una cohorte multicéntrica de pacientes en hemodiálisis crónica.

Material y métodos

Se realizó un estudio observacional retrospectivo multicéntrico en pacientes en programa de hemodiálisis periódica. Se registraron variables demográficas, clínicas y de acceso vascular a partir de la historia clínica digital. Se incluyeron parámetros ecográficos (flujo del acceso (Qa), índice de resistencia, (IR)), bioquímicos (tasa de reducción de urea (TRU), KT/V) y de monitorización del monitor (presiones arteriales y venosas medias). Se valoró la característica de las variables mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov y se realizaron pruebas estadísticas paramétricas y no paramétricas para determinación de relación de variables. A su vez, se utilizó la regresión de Cox para determinar posibles factores que influyen en la pérdida de permeabilidad.

Resultados

Se analizaron 158 pacientes (70,3% varones; edad media $70,7 \pm 1,2$ años; 49,4% con diabetes mellitus tipo 2). El 61,4% de las FAV fueron proximales y el 77,2% en el brazo izquierdo. Durante el seguimiento, el 25,9% presentó complicaciones (estenosis o trombosis). Las FAV con complicaciones mostraron menor Qa (600 vs. 900 ml/min; $p<0,05$), menor KT/V (1,4 vs. 1,61; $p<0,05$) y TRU más baja (0,76 vs. 0,78; $p<0,05$). En el análisis de Cox, $Qa < 600$ ml/min (HR: 2,00; IC95%: 1,03–3,89; $p=0,04$) y $TRU < 0,8$ (HR: 3,05; IC95%: 1,37–6,77; $p=0,006$) se asociaron a mayor riesgo de pérdida de permeabilidad, mientras que las FAV distales presentaron menor riesgo (HR: 0,39; IC95%: 0,19–0,79; $p=0,01$).

Conclusiones

La monitorización combinada ecográfica, bioquímica y funcional proporciona una visión integral del acceso vascular y permite identificar de forma temprana las FAV en riesgo de disfunción. Los parámetros Qa y TRU actúan como predictores independientes de pérdida de permeabilidad, lo que respalda la necesidad de incorporar un seguimiento protocolizado y multidimensional en la práctica clínica habitual.

06

¿CUÁNTOS PACIENTES ANTICOAGULADOS EN HEMODIÁLISIS ESTÁN REALMENTE EN RANGO TERAPÉUTICO?

Muñoz Cárdenas, Viviana Vanesa (1); Marin Franco, Antonio Jose (1); Barcia Odor, Veronica Andreina (2)

(1)Diaverum Santiago de Compostela; (2)Diaverum Vilagarcía

Introducción y objetivos

El control de la anticoagulación oral con antagonistas de la vitamina K (AVK), medido mediante el tiempo en rango terapéutico (TTR), es determinante para minimizar eventos tromboembólicos y hemorrágicos. En pacientes en hemodiálisis, el manejo del acenocumarol resulta especialmente complejo por la variabilidad del INR, interacciones fármaco-nutricionales y alteraciones metabólicas. Estudios previos describen TTR subóptimos (<65–70%) en esta población. El objetivo del presente trabajo fue evaluar la calidad de la anticoagulación mediante TTR en pacientes en hemodiálisis tratados con acenocumarol.

Material y métodos

Estudio observacional, multicéntrico y retrospectivo, realizado en dos unidades de hemodiálisis. Se incluyeron pacientes ≥ 18 años en programa de hemodiálisis durante al menos 3 meses y tratados con acenocumarol con objetivo de INR 2.0–3.0. Se analizaron 40 pacientes con ≥ 6 meses de seguimiento de INR. El TTR se calculó mediante interpolación lineal diaria (método de Rosendaal). Se consideró control aceptable TTR $\geq 65\%$ y óptimo $\geq 70\%$. Se exploró la relación entre TTR y variables clínicas.

Resultados

El 65% de los pacientes eran varones, edad media $72,93 \pm 1,58$ años. El 57,5% eran diabéticos. La principal indicación de anticoagulación fue por fibrilación auricular (75%), 12,5% de los pacientes estaban a su vez antiagregados, 10% presentaban historia previa de trombosis venosa profunda, 10% presento alguna hemorragia mayor, 22,5% presento algún tipo de hemorragia menor.

Solo el 25% de los pacientes alcanzaron TTR $\geq 65\%$ y el 7,5% TTR $\geq 70\%$. No se hallaron diferencias estadísticamente significativas al comparar el logro de TTR $\geq 65\%$ según indicación de anticoagulación, presencia de diabetes, o historia de hemorragia mayor o no mayor ($p>0,05$), aunque en todos los casos el objetivo se alcanzó en menos del 26% de cada subgrupo.

Conclusiones

La mayoría de los pacientes en hemodiálisis tratados con acenocumarol presentan un control anticoagulante subóptimo, con TTR inferior al umbral de calidad recomendado. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de estrategias específicas de optimización (mayor frecuencia de control de INR, educación terapéutica y coordinación interdisciplinaria) en este grupo de alto riesgo. Se propone consolidar un plan regional de mejora de la calidad de anticoagulación en los pacientes de hemodiálisis.

29

Comparación de un dializador con punto de corte medio con uno de alta ultrafiltración.

Fijo Prieto, Ana (1); Santaclara Pousada, Belén (1); Toledo Cepero, Claudia Veronica (1); Jimenez Rendon, Sebastian (1); Gandara Martínez, Argimiro (1); Palomares Solla, Luisa (1); Najera Del La Garza, Walfred (1); Fleming Fernandez, Francisco (1); Alonso Suárez, Mario (1); Lamas Barreiro, José María (1)
(1)CHUVI

Objetivo:

Analizar la eficacia y seguridad de la hemodiálisis extendida (HDx) comparada con la hemodiálisis (HD) de alta ultrafiltración (UF).

Material y métodos:

Se compararon dializadores de polietersulfona (Elisio HDx-Nipro), en HDx y dializadores de polietersulfona (Elisio HF-Nipro), en HD alta UF con superficies entre 1,9 y 2,1 m². La pauta en ambos grupos fue de 4 horas/sesión, 3 sesiones/semanales. Se utilizaron monitores Surdial X-Nipro.

Participaron durante 12 meses 54 pacientes tratados con HD en un hospital general durante más de 3 meses, > 18 años, aleatorizados en dos grupos de 27 pacientes (similares en cuanto a las variables consideradas), excluidos aquellos con mala adherencia al control hídrico.

Se midió la tasa de eliminación de moléculas medias (MM) (B2microglobulina, cadenas ligeras lambda y kappa) y albúmina en la mitad de la 2ª semana los meses 1º, 6º y 12º. Se cuantificó la pérdida de albúmina al dializado en ambos dializadores. Se controlaron al inicio y final del 6º y 12º mes la albúmina, prealbúmina, MM consideradas, IL6 y FNT alfa, además de los controles habituales en HD.

Se registraron flujos de sangre y UF e incidencias clínicas habituales en las sesiones de HD y variables clínicas generales: calidad de vida percibida (cuestionario SF12), fuerza (dinamómetro), infecciones, eventos cardiovasculares, ingresos hospitalarios, éxitos y abandonos del estudio.

Los grupos se compararon al final de estudio y en los puntos intermedios definidos en cuanto a su situación clínica, calidad de vida relacionada con la salud, incidencias intra-HD y generales y parámetros analíticos definidos. El análisis estadístico se realizó por intención de tratar, utilizando el software SPSS, análisis de la Varianza, t de Student, Chi-2 y prueba exacta de Fisher.

Resultados:

No hubo diferencias significativas clínicas ni analíticas, incluida albúmina, entre ambos grupos ni entre los niveles de albúmina pre y post-intervención de cada uno. Tampoco en las pérdidas de albúmina al dializado. El dializador de punto de corte medio consiguió una mayor tasa de reducción de MM pero sin diferencias en los niveles finales entre ambos grupos.

Conclusiones:

La HDx es una opción de tratamiento segura que no produce pérdida de albúmina ni incidencias clínicas relevantes respecto a la HD de alta UF. Consigue una mayor depuración de MM aunque sin demostrar beneficios clínicos significativos en el plazo analizado.

21

Del reemplazo valvular al soporte renal: trayectoria crítica de un paciente frágil

Toledo Cepero, Claudia (1); Santaclara Pousada, Belén (1); Jiménez Rendón, Sebastián (1); Fijo Prieto, Ana (1); Lamas Barreiro, José María (1)
(1)Álvaro Cunqueiro

INTRODUCCIÓN

El implante de válvula aórtica transcathéter ha transformado el tratamiento de la estenosis aórtica severa en pacientes con alto riesgo quirúrgico. Sin embargo, en individuos frágiles, las complicaciones pueden tener consecuencias significativas. La lesión renal aguda post-TAVI es frecuente y puede ser favorecida por hipotensión, embolización renal, uso intensivo de contraste y comorbilidades previas. La migración valvular con afectación del origen de las arterias renales es una complicación extremadamente rara, con incidencia menor al 1% según series recientes, que exige actuación inmediata y manejo multidisciplinar.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 85 años con hipertensión, diabetes mellitus 2 y enfermedad coronaria. Ingresó por estenosis aórtica severa sintomática. Se realizó implante de válvula TAVI transfemoral. En días posteriores, la prótesis migró hacia el ventrículo izquierdo, lo cual se detectó de forma incidental en ecocardiograma de control. Ante la imposibilidad de recolocación fue desplazada de forma intencional hacia aorta abdominal distal, con intención de no comprometer arterias viscerales. Desde ese momento el paciente desarrolló fracaso renal anúrico complicado con edema agudo de pulmón, requiriendo soporte ventilatorio no invasivo e inicio de hemodiálisis de forma urgente. El fracaso renal se interpretó inicialmente como secundario a nefrotoxicidad por CIV, sin embargo ante persistencia de anuria en días posteriores y datos de isquemia, se solicitó una tomografía que mostró que la TAVI se encontraba con la zona recubierta del anillo obstruyendo la salida de ambas arterias renales. Se estima que el tiempo de isquemia renal fue de aproximadamente 48h. Se realizó un segundo procedimiento de recolocación, reestableciendo el flujo renal bilateral.

RESULTADOS

Tras el segundo procedimiento, el paciente persistió en anuria y requirió continuar sesiones de hemodiálisis. Tras dos semanas, presentó mejoría respiratoria y recuperación progresiva de la diuresis, permitiendo suspender la diálisis; no obstante, la función renal sigue comprometida y se mantiene bajo seguimiento para valorar grado de recuperación.

CONCLUSIONES

Este caso evidencia que incluso procedimientos consolidados como el TAVI pueden generar complicaciones graves a nivel renal. La causa más frecuente de lesión renal tras cualquier procedimiento endovascular es con diferencia la nefrotoxicidad por CIV, pero siempre debe tenerse en consideración la etiología isquémica derivada de complicaciones del propio procedimiento. En estos casos es de vital importancia la celeridad en el diagnóstico y su resolución siempre que sea posible, puesto que las posibilidades de recuperación a nivel renal estarán en gran medida condicionadas por el tiempo de isquemia renal.

11

PERFIL METABOLÓMICO E INFLAMATORIO DE PACIENTES EN HEMODIÁLISIS: UN ESTUDIO COMPARATIVO CON POBLACIÓN GENERAL

Arenas, M Dolores (1); Manso, Paula (1); Gil-redondo, Ruben (2); Audije-gil, Julia (1); Embade, Nieves (2); Rodriguez, Solmar (1); Millet, Oscar (2); Sánchez, Mónica (1); Dapena, Fabiola (1); Mato, José Maria (2)

(1)Fundación renal española; (2)CIC Biogune

Resumen:

Grupo de trabajo FRAGILDIAL y Grupo de Trabajo de la Fundación Renal Española

Introducción

La metabolómica, herramienta clave en medicina de precisión, permite identificar metabolitos relevantes para caracterizar enfermedades y evaluar perfiles metabólicos. Este estudio comparó el perfil metabolómico de pacientes en hemodiálisis con el de una cohorte de población general.

Material y método

Se analizaron dos cohortes equilibradas por edad y género: A) 750 pacientes en hemodiálisis; B) 750 población general. Se cuantificaron 41 metabolitos y marcadores inflamatorios (GlycA, GlycB) y cardiovasculares (SPC-A, SPC-B) en suero mediante Resonancia Magnética Nuclear (RMN) y 32 aminoácidos y metabolitos relacionados mediante Cromatografía Líquida Acoplada a Espectrometría de Masas (LC-MS/MS). Las comparaciones se realizaron con R-software, considerando significación $\leq 0,05$.

Resultados

El análisis metabolómico reveló diferencias significativas en metabolitos y marcadores inflamatorios entre pacientes en hemodiálisis y controles (Figura 1A). Se observó un aumento de ácido acético (alteraciones en metabolismo energético o microbiota intestinal), colina y TMAO (disfunción renal, riesgo cardiovascular), glucosa y ácido 2-oxoglutarico (alteraciones en glucólisis, ciclo de Krebs), creatinina, N,N-dimetilglicina y prolina (catabolismo, estrés osmótico o disfunción mitocondrial) (Figura 1B). Disminuyeron significativamente el ácido 2-aminobutírico y ácido láctico (metabolismo muscular o estrés oxidativo), etanol (fermentación microbiana o detoxificación hepática), ornitina y creatina (ciclo de la urea, metabolismo energético muscular). En aminoácidos, aumentaron prolina y treonina (síntesis de colágeno, metabolismo o estrés celular), mientras que glutamina y leucina disminuyeron (catabolismo muscular o respuesta inflamatoria adaptativa). Los marcadores inflamatorios mostraron activación: Glyc/SPC y GlycA aumentados (inflamación crónica), y SPC reducido (inflamación avanzada), indicando alteración en la señalización celular y respuesta al daño tisular.

Conclusiones

La población en hemodiálisis muestra un perfil metabólico alterado, con marcadores de inflamación crónica, disfunción mitocondrial y estrés oxidativo. Metabolitos como TMAO, colina y creatinina refuerzan la conexión entre la uremia y la inflamación sistémica y riesgo cardiovascular. Estos hallazgos podrían orientar la búsqueda de biomarcadores de fragilidad y nuevas dianas terapéuticas.

12

ASOCIACIÓN ENTRE CRITERIOS DE FRAGILIDAD Y PERFILES METABOLÓMICOS EN PACIENTES EN HEMODIÁLISIS

Arenas, M Dolores (1); Manso, Paula (1); Gil-Redondo, Ruben (2); Audije-Gil, Julia (1); Embade, Nieves (2); Rodríguez, Solmar (1); Millet, Oscar (2); Sanchez, Monica (1); Dapena, Fabiola (1); Mato, José Maria (2)

(1)Fundación renal española; (2)CIC Biogune

El trabajo corresponde a un grupo de trabajo o un estudio multicéntrico: Grupo de trabajo FRAGILDIAL - Fundación Renal Española.

Introducción

La fragilidad es una condición compleja y heterogénea con especial relevancia en pacientes en hemodiálisis. Comprender su base biológica puede facilitar el desarrollo de estrategias diagnósticas y terapéuticas personalizadas. Este estudio explora la relación entre perfiles metabólicos y distintos tipos de fragilidad en esta población. Objetivo: Analizar las diferencias en los perfiles metabólicos e inflamatorios en función de tres criterios clínicos de fragilidad: FRAIL, SARC-F e índice de comorbilidad de Charlson ($CCI \geq 8$), con el fin de identificar patrones bioquímicos específicos asociados a cada uno.

Material y método

Se evaluó una cohorte de 800 pacientes en hemodiálisis. Se cuantificaron 41 metabolitos, marcadores inflamatorios (GlycA, GlycB) y cardiovasculares (SPC-A, SPC-B), así como 32 aminoácidos/metabolitos relacionados, mediante Cromatografía Líquida Acoplada a Espectrometría de Masas (LC-MS/MS) y Resonancia Magnética Nuclear (RMN). La fragilidad se midió con los cuestionarios FRAIL, SARC-F y el índice CCI. Se compararon los perfiles metabólicos entre los grupos de mayor y menor fragilidad para cada criterio. La significación estadística se estableció en $p \leq 0,05$.

Resultados

Los pacientes clasificados como frágiles según el criterio FRAIL no mostraron diferencias significativas en sus perfiles metabólicos. Sin embargo, SARC-F evidenció alteraciones en metabolitos relacionados con el metabolismo energético y muscular, como aumento de glucosa y colina, y disminución de creatinina, dimetilglicina y fenilalanina. El grupo con $CCI \geq 8$ presentó múltiples alteraciones significativas en metabolitos y marcadores inflamatorios, reflejando una disfunción metabólica e inflamatoria sistémica, caracterizada por estrés oxidativo, desequilibrio nitrogenado y menor capacidad para síntesis proteica.

Conclusión

Cada criterio de fragilidad se asocia con un perfil bioquímico distinto. FRAIL detecta fases tempranas con escasa repercusión metabólica, SARC-F se relaciona con alteraciones en metabolismo muscular y energético y CCI indica un perfil de fragilidad más sistémica y grave, con marcada disfunción metabólica e inflamatoria. Estas diferencias subrayan la importancia de adaptar las estrategias diagnósticas y terapéuticas según el tipo de fragilidad y muestran el potencial del perfil metabólico como herramienta para personalizar el tratamiento en hemodiálisis.

22

PAPEL DE LOS ANTICUERPOS ANTI-NEFRINA EN EL DIAGNÓSTICO DE LAS PODOCITOPATÍAS PRIMARIAS EN RIÑÓN NATIVO Y TRASPLANTADO

Pérez Álvarez, Sara (1); Crespo González, David; Cordal Martínez, Teresa (2); Rodríguez Magariños, Catuxa (1); Sánchez Botana, Eva (1); Vázquez Iglesias, Fernando (1); Nercellas Rodríguez, Elvira Fe (1)
(1)C.H.U. de A Coruña; (2)C.H.U. de Santiago

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El síndrome nefrótico es la expresión clínico-analítica del daño glomerular. El diagnóstico definitivo de las glomerulopatías recae fundamentalmente sobre el estudio anatomopatológico de las muestras obtenidas mediante biopsia renal. El avance en el conocimiento acerca de la fisiopatología de las glomerulopatías y, en particular, de las podocitopatías primarias, abre las puertas a la detección de anticuerpos específicos como complemento e incluso alternativa a la biopsia.

El objetivo es evaluar el papel diagnóstico y de seguimiento de la medición en suero o en tejido renal de los niveles de anticuerpos anti-nefrina en pacientes con podocitopatía primaria.

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión sistemática de estudios (revisiones sistemáticas, ensayos clínicos, estudios de cohortes, estudios de casos y controles, series de casos, estudios piloto y revisiones narrativas) publicados en español o inglés entre 2015 y 2024. La población y condición de interés son pacientes pediátricos y adultos con diagnóstico histológico de podocitopatía primaria en riñón nativo o en injerto renal.

Se obtuvieron 123 artículos, tras la eliminación de duplicados y la revisión en tres fases para la selección por título, resumen y texto completo, se seleccionaron 9 artículos. Estos artículos se sometieron a una evaluación de la calidad y de los sesgos.

RESULTADOS

La media de positividad de los anticuerpos en fase activa de la enfermedad fue del 51%. La media de los niveles de anticuerpos en fase activa de la enfermedad fue 899U/ml y en remisión 155U/ml. Hay asociación entre los niveles de anticuerpos, las recaídas y las remisiones.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Estos resultados sugieren un valor potencial de los anticuerpos anti-nefrina como biomarcador dinámico de actividad, su presencia se asocia con la fase activa de la enfermedad y su disminución con la remisión clínica. Además, en el contexto del trasplante renal podrían actuar como factor de riesgo para la recurrencia de la enfermedad en el injerto. A pesar de las limitaciones, esta revisión sistemática proporciona una base para futuras investigaciones para validar su uso clínico rutinario y establecer puntos de corte diagnósticos y pronósticos.