

XI Congreso de la Sociedad Gallega de Nefrología

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

Comunicaciones orales

Salón de Actos | Viernes 28 | 19 h–20.15 h

16

FENOTIPOS ASOCIADOS A LOS DIFERENTES TIPOS DE VARIANTES GENÉTICAS EN HNF1B EN PACIENTES PROCEDENTES DE UNA COHORTE GALLEGA

Sánchez Cazorla, Eloísa (1); Urisarri Ruiz De Cortazar, Adela María (2); Fortes González, Pedro (1); Martos Gago, Verónica (3); Barcia De La Iglesia, Ana María (1); Núñez González, Laura (1); Rego Ojea, Otilia (4); García Murias, María (1); Carrera Cachaza, Noa (1); García González, Miguel (1)

(1)IDIS; (2)CHUS-Pediatría; (3)FPGMX; (4)CHUS

Antecedentes:

El gen *HNF1B* codifica un factor de transcripción crucial para el desarrollo prenatal y postnatal de múltiples órganos, incluidos los riñones, páncreas, hígado, intestinos y neuronas. Regula procesos biológicos clave como la nefrogénesis, el desarrollo de cilios primarios, la polaridad celular, las uniones estrechas, el transporte iónico y el metabolismo renal. Las variantes genéticas patogénicas en *HNF1B* alteran su función, dando lugar a un amplio espectro de manifestaciones renales y extrarenales en los portadores. Sus variantes genéticas pueden clasificarse en tres grupos: microdelección 17q12, mutaciones puntuales truncantes y mutaciones puntuales *missense*. El objetivo de este estudio es diferenciar la clínica asociada a cada tipo de variante, estableciendo, de esta forma, correlaciones genotipo-fenotipo en una cohorte predominantemente gallega (región del oeste de Europa con características geográficas, étnicas y de consanguinidad particulares que aumentan su valor genético).

Métodos:

Estudio retrospectivo, observacional y multicéntrico en donde se seleccionaron 53 individuos (50 casos índice y 3 familiares) portadores de variantes en *HNF1B*, analizados genéticamente por secuenciación masiva (NGS) y/o secuenciación de Sanger, de estos se recopilaron y analizaron características clínicas detalladas.

Resultados:

Entre los casos índice, el 44% presentaba la microdelección 17q12; el 16%, mutaciones truncantes; y el 40%, mutaciones *missense*. Los pacientes presentaron principalmente una reducción del filtrado glomerular estimado (eGFR), hiperuricemia, hipomagnesemia, anomalías ecográficas (principalmente quistes renales) y manifestaciones extrarenales. Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos, especialmente en relación con la prevalencia de manifestaciones prenatales, de alteraciones ecográficas y en el número de manifestaciones renales por individuo. También se han observado ciertas tendencias que no han alcanzado la significancia estadística en la prevalencia de hipomagnesemia, hiperuricemia, eGFR y manifestaciones extrarenales.

XI Congreso de la Sociedad Gallega de Nefrología

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

Conclusión:

Los datos obtenidos en este estudio sugieren que gran parte de la variabilidad asociada a las variantes genéticas en *HNF1B* se debe a la naturaleza de la alteración genética en este gen. Los portadores de variantes truncantes han mostrado mayor número y severidad de manifestaciones renales que los portadores de los otros dos grupos; los portadores de la microdeleción parecen tener una clínica más intermedia con mayor presentación de manifestaciones extrarenales; mientras que las variantes missense se relacionan con un fenotipo menos agresivo. Con esto, este estudio resalta la importancia del diagnóstico genético preciso para orientar el pronóstico, asesoramiento genético y el manejo clínico personalizado en función del tipo de mutación.



#SGAN2025

XI Congreso de la Sociedad Gallega de Nefrología

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

01

DESINFLANDO LA ENFERMEDAD: EL BLOQUEO DE VEGFR2 COMO NUEVA ESTRATEGIA TERAPÉUTICA EN LA ENFERMEDAD

POLIQUÍSTICA RENAL

Núñez-González, Laura (1); Tejedor-Santamaría, Lucía (2); Ouro, Alberto (3); Castro-Mosquera, Mónica (3); Pereira-Hernández, María (1); Barcia De La Iglesia, Ana María (1); Martínez-Pulleiro, Raquel (1); Ortiz, Alberto (4); Ruiz-Ortega, Marta (2); García-González, Miguel Á.(1) (1)Laboratorio de Nefroloxia (NefroCHUS), IDIS; (2)Laboratorio de Biología Celular en Enfermedades Renales. IIS-Fundación Jiménez Díaz, Universidad Autónoma Madrid; (3)Grupo NeuroAging (NEURAL), Laboratorio de Investigación en Neurociencias Clínicas (LINC), IDIS; (4)Servicio de Nefrología e Hipertensión, Fundación Jiménez Díaz (Instituto de Investigación Sanitaria) y Universidad Autónoma de Madrid (UAM).

Introducción y objetivos

La enfermedad poliquística renal autosómica dominante (ADPKD por sus siglas en inglés) es un trastorno hereditario caracterizado por la formación y crecimiento progresivo de quistes en el parénquima renal con la consecuente disfunción de este órgano. Dichos quistes también aparecen a nivel hepático, siendo esta la principal manifestación extrarrenal. La patología es causada principalmente por mutaciones en *PKD1* y *PKD2*. Aunque se conocen sus bases genéticas, los mecanismos moleculares que impulsan la cistogénesis siguen siendo poco claros. El eje Gremlin-NOTCH-VEGFR2, implicado en patologías renales crónicas, podría desempeñar un papel relevante en la progresión de ADPKD. Este estudio analiza su activación y evalúa el bloqueo de VEGFR2 como posible tratamiento.

Métodos

Se estudió la expresión de la vía Gremlin-NOTCH-VEGFR2 en un modelo murino ortólogo (*B6.Pkd1^{flox/flox};Tarn-Cre*) y en muestras de biopsia renal de pacientes. La inhibición de VEGFR2 se evaluó mediante Semaxinib en modelos murinos de progresión rápida y lenta. La evolución de la enfermedad se monitorizó mediante resonancia magnética (RM) y parámetros bioquímicos. Se realizaron análisis moleculares mediante western blot, inmunohistoquímica y qPCR.

Resultados

Se observó una activación constante del eje Gremlin-NOTCH-VEGFR2 en tejidos, orina y líquido quístico de pacientes con ADPKD, existiendo una correlación entre esta activación y la progresión de la patología. En el modelo de progresión rápida, el tratamiento a corto plazo con Semaxinib mejoró la función renal, evidenciada por la disminución del nitrógeno ureico en sangre (BUN) y una reducción significativa del área quística. Además, Semaxinib atenuó la inflamación y la fibrosis renales, reflejadas en la disminución de marcadores proinflamatorios y fibróticos. En el modelo de progresión lenta, la administración prolongada redujo el volumen renal total y frenó la expansión de los quistes, confirmado por RM. Adicionalmente, se ve un efecto beneficioso sobre el área quística a nivel hepático. A nivel molecular, semaxinib suprimió la señalización de la vía Gremlin-NOTCH-VEGFR2 y sus efectores directos, restaurando parcialmente la expresión de NOTCH1 y Gremlin, lo que posiciona la modulación de esta vía como una ruta determinante en la patogénesis de la enfermedad.

Conclusión

Estos resultados demuestran la activación patológica de la vía Gremlin-NOTCH-VEGFR2 en la ADPKD y respaldan la inhibición de VEGFR2 como estrategia terapéutica prometedora. La reducción de la carga quística indica que dirigir este eje podría contribuir a ralentizar la progresión de la enfermedad.

02

ANÁLISE PROTEÓMICA DOS MECANISMOS MOLECULARES ALTERADOS NA POLIQUISTOSE RENAL AUTOSÓMICA DOMINANTE EMPREGANDO CÉLULAS MIMCD3

Martínez-Pulleiro, Raquel (1); Barcia De La Iglesia, Ana María (1); Núñez-González, Laura (1); Bravo, Susana (1); Köttgen, Michael (2); Carrera, Noa (3); Allegue, Catarina (4); García-González, Miguel Ángel (1)

(1)Instituto de Investigación Sanitaria de Santiago de Compostela (IDIS); (2)Department of Medicine IV-Nephrology and Primary Care, Faculty of Medicine and Medical Center, University of Freiburg, Freiburg, Germany; (3)Instituto de Investigación Sanitaria de Santiago de Compostela (IDIS); (4)Centro Singular de Investigación en Medicina Molecular y Enfermedades Crónicas (CIMUS)

A Poliquistose Renal Autosómica Dominante (PRAD)

É a enfermidade renal hereditaria máis frecuente, provocada principalmente por mutacións nos xenes *PKD1* e *PKD2*. Esta patoloxía caracterízase pola formación progresiva de quistes nos riles, o que leva á deterioración gradual da función renal. A pesar dos avances cien tíficos, persisten importantes limitacións no diagnóstico e tratamento, así como unha comprensión incompleta da súa patoxénese molecular.

Co obxectivo de profundar nos mecanismos implicados na PRAD, realizouse unha análise proteómica comparativa entre células mIMCD3 (WT) e tres clons co xene *Pkd1* inactivado (KO). As proteínas foron analizadas mediante espectrometría de masas (LC-MS/MS), empregando dous enfoques complementarios: DDA (cualitativo) e SWATH (cuantitativo). Aplicáronse criterios estatísticos (p valor < 0,05 e cambio de expresión > 1,5) e ferramentas bioinformáticas como STRING e Heatmapper para o estudo funcional.

A análise de compostos principais (PCA) evidenciou unha clara separación entre os grupos WT e KO. O enfoque SWATH identificou 334 proteínas diferencialmente expresadas: 165 sobreexpresadas, 118 subexpresadas e 51 exclusivas do grupo KO. Pola súa parte, o DDA detectou 765 proteínas, das cales 291 coincidiron entre ambos métodos.

Os estudos de enriquecemento funcional revelaron unha forte implicación das mitocondrias e de procesos relacionados co ARN. As proteínas sobreexpresadas nas células KO asociáronse a alteracións mitocondriais e a unha maior demanda enerxética, mentres que as subexpresadas estaban vinculadas a procesos metabólicos diversos. Aínda que non se identificaron termos específicos do ril na análise por tecidos, si se observaron asociacións con outros órganos.

Detectáronse alteracións en rutas metabólicas como a glicólise, a oxidación de ácidos graxos e a fosforilación oxidativa. En contraste co descrito na literatura, as células KO conservaron a capacidade de utilizar osíxeno. A tinción específica de mitocondrias revelou unha maior masa mitocondrial e potencial de membrana nas células KO en comparación coas WT.

19

¿ES ÚTIL SOLICITAR ESTUDIO GENÉTICO PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA MICROHEMATURIA EN PACIENTES ADULTOS ATENDIDOS EN LA CONSULTA DE NEFROLOGÍA?

Castro Vilanova, María Jesús (1); García Murias, María (2); Carrera Cachaza, Noa (2); Santos Nores, Juan (1); Conde Rivera, Olaia (1); Pazmiño Zambrano, Diana Flor (1); Feijoo Piñeiro, Diana (1); Novoa Fernández, Enrique (1); Cuiña Barja, Luz María (1); Pelaez Pérez, Enrique (3)
(1)CHU Pontevedra; (2)Laboratorio de Genética de enfermedades renales (NEFROCHUS); (3)CH Pontevedra

Introducción:

La microhematuria constituye un motivo de consulta frecuente en Nefrología, y puede reflejar diversas enfermedades renales, incluyendo nefropatías asociadas al colágeno tipo IV. La disponibilidad creciente de estudios genéticos ha mejorado el diagnóstico de estas entidades. En este contexto, en los últimos años hemos incorporado el análisis genético en la evaluación de pacientes con microhematuria en nuestra consulta.

Objetivo:

Evaluar el rendimiento diagnóstico del estudio genético en pacientes con microhematuria de causa no filiada atendidos en nuestra consulta.

Material y Métodos:

Se incluyeron pacientes adultos evaluados entre octubre de 2017 y noviembre de 2024, a los que, tras descartar otras causas de microhematuria, se les solicitó estudio genético. Se recopilaron datos demográficos, antecedentes familiares de enfermedad renal, presencia de manifestaciones clínicas asociadas (hipertensión arterial, proteinuria o quistes renales), tipo de análisis genético realizado y sus resultados (presencia o no de mutaciones que justifiquen patología renal y tipo de mutación).

Resultados:

Se solicitaron estudios genéticos a 101 pacientes (58 mujeres), con una edad media de $48,5 \pm 12,2$ años (rango 18–78). El 32,7 % presentaba antecedentes familiares de enfermedad renal; el 58 % hipertensión arterial; el 36 % proteinuria; el 22 % algún grado de insuficiencia renal y el 7 % quistes renales. Los estudios genéticos solicitados fueron: panel de enfermedades glomerulares (76 %), panel enfermedades renales hereditarias (12 %) y panel enfermedades del colágeno (11 %). En 46 pacientes el resultado fue negativo y en 27 no concluyente (variantes de significado incierto o mutaciones recessivas en heterocigosis). En 28 pacientes (27,7 %) se identificaron mutaciones que sí podrían justificar las manifestaciones renales, principalmente en los genes colágeno: COL4A3 (12 casos), COL4A4 (10), COL4A5 (2). En 2 GLA, en 1 CFH y 1 CFI-FANCA. No se observaron diferencias significativas en edad, sexo, hipertensión, insuficiencia renal, proteinuria o quistes entre los grupos con resultados positivos, negativos y no concluyentes. Sin embargo, sí se hallaron diferencias en los antecedentes familiares de enfermedad renal (57 % en positivos, 19,6 % en negativos y 29,6 % en no concluyentes; $p < 0,05$).

Conclusiones:

El estudio genético en adultos con microhematuria permitió identificar mutaciones causales en $\approx 28\%$ de los casos, predominantemente en genes de colágeno tipo IV. La presencia de antecedentes familiares de enfermedad renal aumentó la probabilidad de resultados positivos. El análisis genético se muestra como una herramienta diagnóstica útil en la evaluación de la microhematuria persistente en nuestra consulta.

04

ESTABILIZACIÓN A LARGO PLAZO DE LA FUNCIÓN RENAL (TASA DE FILTRADO GLOMERULAR ESTIMADA) CON IPTACOPÁN EN PACIENTES CON GLOMERULOPATÍA C3

Cavero, Teresa (1); Kavanagh, David (2); Licht, Christoph (3); Smeets, Serge (4); Israni, Rubeen (5); Keefe, Deborah (5); Ansari, Soudeh (5); Liu, Junhao (5); Nester, Carla M. (6)

(1)Hospital 12 de octubre, Madrid, España; (2)National Renal Complement Therapeutics Centre, Newcastle upon Tyne Hospitals National Health Service Foundation Trust, Newcastle upon Tyne, Reino Unido; Complement Therapeutics Research Group, Translational and Clinical Research Institute, Newcastle ; (3)Division of Nephrology, The Hospital for Sick Children, University of Toronto, Toronto, Ontario, Canadá; (4)Novartis Pharma AG, Basel, Suiza; (5)Novartis Pharmaceuticals Corporation, East Hanover, NJ, Estados Unidos; (6)Department of Pediatrics, Stead Family Children's Hospital, University of Iowa, Iowa City, Iowa, Estados Unidos

Introducción

La GC3 es una glomerulonefritis primaria ultra-rara causada por la sobreactivación de la vía alternativa (VA) del complemento. Iptacopán, un inhibidor oral del complemento proximal, se une al Factor B para inhibir selectivamente la VA. En enfermedades glomerulares, la pendiente de la TFGe (tasa de descenso en el tiempo) se acepta como variable indirecta. Previamente reportamos la estabilización de los parámetros de la TFGe con iptacopán en estudios de Fase 2-3. Este análisis pretende demostrar la estabilización a largo plazo de la TFGe con iptacopán en pacientes con GC3 nativa.

Material y métodos

Este análisis exploratorio agrupado combina datos de hasta 57 meses: Estudio X2202(Fase 2), APPEAR-C3G(Fase 3) y Estudio B12001B(Fase 3b, extensión). La mejora de la función renal mediante estabilización a largo plazo de la TFGe se evaluó comparando el cambio en la pendiente desde antes hasta después de iniciar iptacopán (200mg *bid*) en la población general del estudio y en subgrupos en función de la TFGe basal <90mL/min/1,73m² vs \geq 90mL/min/1,73m² (rango normal). Los datos de creatinina sérica recopilados hasta 2 años antes de la aleatorización permitieron calcular la TFGe mediante CKD-EPI. Antes de iniciar el tratamiento con iptacopán se asumió una pendiente común de la TFGe para todos los brazos de tratamiento.

Resultados

En este análisis agrupado se incluyeron 90 pacientes con GC3 nativa (TFGe basal \geq 90mL/min/1,73m², n=47; <90mL/min/1,73m², n=43). En la población general del estudio se observó una mejora en la pendiente tras iniciar iptacopán (cambio: 7,62mL/min/1,73m²/año, p<0,0001). Los análisis de subgrupos demostraron una mejora en la pendiente tras iniciar iptacopán en participantes con TFGe basal <90mL/min/1,73m² (cambio: 12,98mL/min/1,73m²/año, p<0,0001), pero no en participantes con TFGe basal \geq 90mL/min/1,73m² (cambio: 0,57mL/min/1,73m²/año, p=NS). En el subgrupo con TFGe \geq 90mL/min/1,73m² la pendiente fue solo mínimamente negativa en el periodo previo a iptacopán, manteniéndose sin cambios tras iniciar iptacopán. Estos datos agrupados son consistentes con las pendientes de la TFGe de los estudios individuales.

Conclusiones

En pacientes con GC3 nativa, iptacopán 200mg *bid* estabilizó la trayectoria de la TFGe, con un cambio significativo en aquellos pacientes con al menos insuficiencia renal leve en la basal (<90mL/min/1,73m²) y mantuvo estable la TFGe en pacientes con valores normal en la basal (\geq 90mL/min/1,73m²). El análisis de la pendiente de la TFGe ha demostrado ser valioso para monitorizar la función renal en el tiempo, y estos datos sugieren que iptacopán tiene un impacto positivo, clínicamente relevante y sostenido en la función renal.

31

LOS INHIBIDORES DEL COTRANSPORTADOR SODIO-GLUCOSA TIPO 2 (iSGLT2) REDUCEN A LARGO PLAZO LA PROTEINURIA EN EL TRASPLANTE RENAL

Rañó Santamaría, Óscar (1); Paredes Cárdenas, Gonzalo Iván (1); Miravete Lagunes, Karla (1); Rivera Chávez, Lizet Lorena (1); García Marcote, Yanina Edith (1); Astudillo Jarrín, Daniela Estefanía (1); Sierra Castro, Diego (1); Otero Alonso, Pablo (1); González Tabarés, Lourdes (1); Calviño Varela, Jesús ángel (1)

(1)HULA

Introducción:

Los iSGLT2 han demostrado efectos beneficiosos cardiovasculares y renales, ralentizando la progresión de la enfermedad renal crónica (ERC). El trasplante renal (TR) constituye un modelo de hiperfiltración glomerular en el que estos fármacos podrían ejercer un papel protector adicional. No obstante, la evidencia sobre su seguridad y eficacia en receptores de TR sigue siendo limitada. En este trabajo se describe la experiencia de nuestro centro en pacientes con TR tratados con iSGLT2.

Material y métodos:

Se analizaron retrospectivamente los registros clínicos de 51 pacientes, 38 varones y 13 mujeres, de 67 ± 9.3 años, trasplantados desde al menos 9 meses y con función renal estable, tratados con iSGLT2 en el contexto de diabetes, insuficiencia cardíaca y/o albuminuria. Se evaluaron los cambios en la función renal, albuminuria, control glucémico, peso, anemia, electrolitos, metabolismo calcio-fósforo al inicio y a los 12 meses de tratamiento.

Resultados:

De los 51 pacientes, 29 (56,9%) eran diabéticos y 19 pacientes (37,3%) recibían inhibidores de imTOR. Tras 12 meses de tratamiento, la creatinina aumentó de $1,61 \pm 0,6$ a $1,77 \pm 0,7$ mg/dL ($p < 0,01$) y el FGe descendió de $47 \pm 17,4$ a $42 \pm 16,5$ mL/min ($p < 0,01$). La albuminuria se redujo significativamente (497 ± 625 vs 273 ± 396 mg/g; $p < 0,01$), especialmente en pacientes con valores basales ≥ 300 mg/g, (1099 ± 635 vs 539 ± 525 mg/g; $p < 0,01$) y en aquellos en tratamiento con imTOR (629 ± 643 vs 302 ± 291 mg/g; $p = 0,019$). Se observaron incrementos en calcio (9.37 ± 0.44 vs 9.57 ± 0.50 ; $p < 0,01$), fósforo (3.32 ± 0.54 vs 3.55 ± 0.55 ; $p = 0.038$) y magnesio sérico (1.78 ± 0.27 vs 1.93 ± 0.23 ; $p < 0,01$), sin correlación con los valores de PTH, vitamina D ni con variaciones en el tratamiento. Además, se registró un descenso significativo de peso y presión arterial, junto a un aumento de la hemoglobina. Los efectos adversos fueron leves y poco frecuentes.

Conclusiones:

En nuestra cohorte de receptores de trasplante renal, el tratamiento con iSGLT2 se asoció con una reducción significativa de la albuminuria, especialmente en pacientes con albuminuria elevada o bajo tratamiento con inhibidores de imTOR. El descenso del FGe fue discreto y compatible con el efecto hemodinámico esperado. Además, se observaron reducciones de peso y presión arterial, y aumentos de hemoglobina, calcio, fósforo y magnesio. La tolerancia fue adecuada, sin eventos adversos graves. Estos hallazgos respaldan la seguridad y potencial beneficio de los iSGLT2 en el contexto del trasplante renal, si bien se requieren estudios prospectivos y controlados para confirmarlo

XI Congreso de la Sociedad Gallega de Nefrología

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

Comunicaciones orales

Aula 3 | Viernes 28 | 19 h–20.15 h

33

APLICACIÓN DE UN ALGORITMO A LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA PARA LA DETECCIÓN DE ENFERMEDAD RENAL DIABÉTICA (ERD). RESULTADOS DE UN ESTUDIO PILOTO

Bouza Piñeiro, Pablo (1); González Lorenzo, Mª Portal (2); Pérez Hermida, Pablo (3); Leira Vivero, Julia (4); Mauriz Vigo, Montserrat (1); González Pérez, Juan Manuel (5); Bellido Guerrero, Diego (6)

(1)Nefroloxía, AS Ferrol; (2)A. Primaria, Narón-O Val; (3)A. Primaria, As Pontes; (4)A. Primaria, Narón; (5)Subdirección de Sistemas de Tecnoloxías e Información, AS Ferrol; (6)Endocrinología, AS Ferrol

La aplicación a la historia clínica electrónica de algoritmos basados en reglas (ABR) permite la identificación de pacientes con patologías previamente codificadas en combinación con otros criterios de búsqueda, como los resultados de pruebas diagnósticas. Presentamos los resultados de un estudio piloto consistente en la aplicación de un ABR para la detección de pacientes diabéticos que carezcan de seguimiento analítico en el último año, permitiendo al médico de A. Primaria (AP) su identificación para implementar planes de cuidados y solicitar análisis para la detección de ERD, con el objetivo de realizar un manejo óptimo.

MATERIAL y MÉTODOS:

Aplicación en tres cupos de AP ($n = 3.347$ pacientes) de un ABR previamente definido que combina el diagnóstico de diabetes mellitus (DM, codificación CIAP-2) y la ausencia en el último año de análisis que incluyan determinaciones de creatinina (Cr) sérica, FG estimado, cociente albúmina/Cr (CAC) y HbA1c. El algoritmo generó listados de pacientes para su revisión por el médico responsable; tras eliminar los pacientes incorrectamente diagnosticados de DM y aquellos en los que el estudio no se consideró indicado (ausentes, encamados, etc.), se solicitó un perfil analítico preestablecido de detección de ERD que, una vez revisado, permitió el estadiaje de ERC y la citación del paciente para las intervenciones oportunas.

RESULTADOS:

Se detectaron 439 pacientes codificados con DM, de los cuales 99 (22,9%) carecían de análisis. Tras descartar a los pacientes incorrectamente diagnosticados y aquellos en los que la intervención no se consideró indicada, se identificaron 63 candidatos de los cuales 59 completaron el estudio.

La causa más frecuente de no disponer de análisis fue la ausencia de CAC (84,7%), seguido de la HbA1c (61%) y de la Cr/FG (39%). Tras los análisis, 44 pacientes (74,6%) presentaron ERC estadios G1-G2 A1 (74,6%); los 15 restantes (25,4%) mostraron diferentes estadios de ERC susceptibles de intervención (cambios terapéuticos, plan de cuidados y/o seguimiento).

CONCLUSIONES:

El ABR mostró ser una herramienta útil para identificar pacientes diabéticos sin seguimiento adecuado, facilitando la solicitud de análisis para la detección de ERD y establecer así medidas terapéuticas y seguimiento correctos. Dicho algoritmo es fácilmente generalizable al resto de cupos de A. Primaria, siendo la codificación de DM en la historia electrónica un aspecto a mejorar.

13

EL INFRADIAGNÓSTICO DE LA DEPRESIÓN EN PACIENTES RENALES EN TRATAMIENTO RENAL SUSTITUTIVO: PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS

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

(1)Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología. Universidad 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. Universidad de Santiago de Compostela

Introducción:

La depresión es muy prevalente en pacientes con tratamiento renal sustitutivo (TRS) y se asocia a mayor morbilidad, mortalidad y peor calidad de vida. Sin embargo, frecuentemente está infradiagnosticada en el contexto actual de la atención sanitaria al paciente nefrológico.

Objetivo:

Determinar el grado de detección de la depresión y los factores asociados a su reconocimiento diagnóstico en la práctica clínica habitual en pacientes en TRS.

Método:

Se incluyeron pacientes renales en TRS atendidos en cuatro centros de Galicia. Una psicóloga general sanitaria aplicó la versión española de la Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-I). En aquellos pacientes que cumplieron los criterios diagnósticos de la SCID-I se recogieron datos sociodemográficos y clínicos, se administraron la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria y la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido, y se revisó la historia clínica para verificar el registro de diagnóstico de depresión.

Resultados:

Se aplicó la entrevista SCID-I a 199 pacientes renales (60,3% en diálisis y 39,7% con trasplante renal), de los cuales 37 (18,6%) cumplieron criterios de depresión. De los pacientes con depresión identificada mediante la SCID-I, 25 (67,6%) no tenían registrado este diagnóstico en su historia clínica, siendo la ausencia de registro significativamente mayor en los pacientes en diálisis (86,4%) que en los transplantados (40%) ($p < 0,01$). No se encontraron asociaciones significativas entre el reconocimiento diagnóstico de la depresión en la historia clínica y las variables sociodemográficas, la intensidad de los síntomas emocionales, el apoyo social percibido ni las variables clínicas, con excepción de los niveles de hemoglobina, que fueron inferiores en los pacientes sin diagnóstico registrado (media= 11,5g/dL vs. media = 12,9g/dL; $p < 0,05$). En el análisis de regresión logística binaria, únicamente la condición de paciente transplantado se asoció con una mayor probabilidad de reconocimiento diagnóstico de la depresión en la historia clínica ($OR = 9,5$; IC 95%: 1,9–46,9).

Conclusiones:

La depresión tiene un escaso reconocimiento diagnóstico en los pacientes en TRS, especialmente en aquellos en diálisis. El infradiagnóstico de este trastorno no se relaciona con las características sociodemográficas, clínicas o psicosociales de los pacientes, lo que pone de manifiesto la necesidad de implementar cribados sistemáticos de depresión en toda la población en TRS. La detección temprana y el abordaje de la depresión permitiría optimizar los resultados clínicos y mejorar la calidad de vida en estos pacientes.

Financiación Xunta de Galicia (ED481A e IN606A)

07

TACROLIMUS EN TRASPLANTE RENAL, ESTUDIO COMPARATIVO DE DOS FORMULACIONES: TACROLIMUS DE LIBERACIÓN RÁPIDA VS TACROLIMUS LCPT

Fernandez Rivera, Constantino (1); Erraez Guerrero, Sara Domenica (1); Iglesias Vazquez, Fernando (1); Rañó Santamaría, Óscar (1); Cillero Rego, Sonia (1); Calvo Rodriguez, María (1); López Muñiz, Andrés (1); Cao Vilariño, Mercedes (1); Perez Fontán, Miguel (1)
(1)CHUAC

Introducción

Tacrolimus es el agente mayormente empleado en trasplante renal. En los últimos años han surgido distintas formulaciones, en general como administración una vez daría, lo que permitiría mejor adherencia y comodidad al paciente. Existen pocos estudios que comparan su eficacia y seguridad respecto a la administración dos veces al día

Objetivo

Comparar la eficacia de dos formulaciones de tacrolimus en los últimos 10 años en un único centro
Material y métodos. Se estudian los pacientes que recibieron un trasplante renal en nuestro centro. Se dividieron en dos grupos en función de la formulación de tacrolimus administrada: Grupo Tacrolimus de liberación rápida (Prograf®) y tacrolimus LCPT (Envarsus®). Variables de eficacia: Supervivencia paciente, injerto y presencia de rechazo agudo. Seguridad: Función retrasada, Infecciones, eventos cardiovasculares, neoplasias, diabetes. Estadística: t student, Chi cuadrado, supervivencia según Kaplan Meier y estudio multivariado de Cox.

Resultados

Desde 2014 hasta 2023, se estudiaron 893 pacientes, 471 recibieron Prograf (2014-2018) y 422 Envarsus (2019-2023). Basalmente, la edad era mayor en el grupo de envarsus ($p=0,001$), así como el CPRA ($P=0.001$). La distribución por género no existían diferencias. Había menos trasplantes de donante vivo ($p<0,001$), mayor nº de donantes en asistolia ($p=0.001$) y en PATHI ($p=0,001$) en el grupo de envarsus. Tras un seguimiento de al menos de un año, la supervivencia del injerto era ligeramente inferior en el grupo de prograf (92% vs 95,7% al 4º años; $p=0,04$). No encontramos diferencias en la probabilidad de rechazo agudo (8,9% vs 6,6%) y muerte del paciente (12,3% vs 10,9%), aunque el seguimiento es diferente. La función renal al año fue similar. Encontramos menos función retrasada del injerto en envarsus (47% vs 39%; $p=0,01$, similar CMV 26,7% vs 26,1%; BK: 8,3% vs 7,1%; Neoplasias 6,2% vs 5,7%; eventos cardiovasculares 11,9% vs 8,5% y más diabetes postrasplante 7,9% vs 14,9%, posiblemente debido a diferencias poblacionales (mayor edad, mayor nº hipersensibilizados, menor trasplante donante vivo). En el análisis multivariado no encontramos diferencias en supervivencia del injerto y presencia de rechazo agudo en función del tipo de tacrolimus.

Conclusiones

No encontramos diferencias en la eficiencia y seguridad entre las dos formulaciones de tacrolimus en el estudio multivariado. Existe alguna tendencia a menor incidencia de rechazo en el grupo de envarsus a pesar de que es un grupo con mayor porcentaje de hipersensibilizados, menor trasplante de donante vivo y mayor nº de trasplantes de donantes en asistolia.

08

INCIDENCIA DE REPLICACIÓN VIRUS BK en pacientes sometidos a desensibilización HLA y ABO

Fernandez Rivera, Constantino (1); Cillero Rego, Sonia (1); Erraez Guerrero, Sara Domenica (1); Vazquez Iglesias, Fernando (1); Calvo Rodriguez, María (1); Rañó Santamaría López Muñiz, Óscar (1); Cao Vilariño, Mercedes (1); López Muñiz, Andrés (1); Perez Fontán, Miguel (1)
(1)CHUAC

Introducción

La aparición de replicación del virus BK en trasplante renal ocasiona modificaciones en el tratamiento inmunosupresor que conjuntamente con la aparición de nefropatía BK puede condicionar el pronóstico.

OBJETIVO: Conocer la incidencia de BK en pacientes sometidos a protocolos de desensibilización y comparar los resultados en función del tipo de trasplante HLA y ABO .

Material y métodos

Se incluyen los pacientes sometidos a programas de desensibilización HLA:Donante fallecido (DD), Donante vivo(LD) y ABO. El protocolo de desensibilización consiste en Rituximab 375 mg/m² un mes previo al trasplante, salvo en DD que es al finalizar las aféresis , inmunoglobulinas, aféresis (Intercambio plasmático y/o Inmunoadsorción HLA (THERASORB), y para ABOi (GLICOSORB). Los pacientes recibieron Inmnoglobulinas CMV específicas (MEGALOTEC) 100 mg/kg después de cada sesión de aféresis en pacientes HLA i (LD), 100 mg/kg de inmunoglobulina inespecífica en HLA i (DD) y recibieron una sola dosis de inmunoglobulinas inespecíficas (FLEBOGAMMA) de 400 mg/kg previo al trasplante en ABOi

RESULTADOS:Estudiamos 121 pacientes sometidos a desensibilización edad media 50,2±12 años, (57 hombres). Clase de desensibilización : HLA i(LD) N=30, HLAi (DD)N=16 y ABOi n=75. Tras 58,3±55 meses de seguimiento, observamos 10 pacientes con replicación BK,: ABOi n=7, HLA(DD) N=3,y HLA i (LD) N=0. . La probabilidad de infección BK al año era 8,4% en ABOi y de 19,6% en HLA i (DD) y 0% en HLAi (LD). Observamos replicación BK en aquellos que solo recibían aféresis frente a inmunoadsorción ($p=0,03$). Inducción: los HLAi (DD) 100% recibieron timoglobulina, el 16,7% en HLAi (LD) y 4,8% en ABOi ($p<0,001$). La probabilidad de replicación BK al año era ausente en los pacientes que recibieron Ig CMV específica vs 11% Ig inespecífica ($p=0,05$). La aparición de replicación BK fue más temprana en HLAi (DD) que en los ABOi, aunque no alcanzó significación estadística ($p=0,09$)

Conclusiones

La incidencia de replicación viral BK en los pacientes de alto riesgo inmunológico es más elevada en ABOi respecto a los HLA i (LD), y resulta menor que el pacientes HLAi (DD). En donante vivo encontramos diferencia significativa en aquellos pacientes que reciben Inmunoglobulina CMV específica aunque su papel está por definir. La utilización de técnicas de inmunoabsorción no lleva asociado la aparición de infección BK

32

FÍSTULA O CATÉTER EN HEMODIÁLISIS DOMICILIARIA: ¿OPCIÓN o ELECCIÓN ?

Sierra Castro, Diego (1); Garcia Marcote, Yanina (1); Raño Santamaría, Óscar (1); Paredes Cardenas, Gonzalo (1); Rivera Chave z, Lorena (1); Astudillo Jarrín, Daniela (1); Garcia Enriquez, Alba (1); Gonzalez Tabares, Lourdes (1); Otero Alonso, Pablo (1); Calviño Varela, Jesús (1)
(1)Hospital Lucus Augusti

Introducción:

La fistula arteriovenosa (FAV) es el acceso de elección, frente al catéter (CVC), para los pacientes en hemodialisis (HD) y probablemente también en los de HD domiciliaria (HDD). No obstante, el reciente crecimiento de la HDD con monitor portátil y sus peculiaridades (mayor número de sesiones, autopunción/aprendizaje, comorbilidades, etc.) hacen que esta afirmación pueda ser controvertida. Por ello, nos hemos propuesto analizar los resultados en lo que se refiere al acceso vascular en nuestro programa de HDD durante los últimos 10 años.

Material y métodos:

Se incluyeron en el estudio a 58 pacientes (50 varones y 8 mujeres) de 58 ± 11.0 (34–78) años. Analizamos el tipo de acceso vascular inicial y final (a la salida de programa), manejo, tiempo de aprendizaje, comorbilidades y complicaciones (trombosis, infección, hospitalización, etc).

Resultados:

Al inicio de programa, 38 pacientes (66%) lo hicieron a través de FAV. La ubicación RCI era la más frecuente (80%). En todos los casos se utilizaba button-hole y solo 3 pacientes (8%) precisaban ayuda para la punción. 20 pacientes (34%) empezaron por un catéter tunelizado (CVC) precisando ayuda para su uso en 7 casos (35%). El tiempo de entrenamiento fue de 39 ± 15.5 días para el CVC y 46 ± 15.7 días para la FAV. A la salida de programa, 41 pacientes (71%) mantenían una FAV funcional. En 9 casos se trombosó la FAV (parcial o total), precisando en 12 la colocación de un CVC hasta resolución o para mantenimiento en programa. 21 pacientes (48%) precisaron (al menos en una ocasión) una reparación endovascular. El 30 % de los pacientes con CVC tuvieron que recambiarlo en algún momento por disfunción o complicación. Los pacientes con CVC se caracterizaban por una frecuencia significativamente mayor de Diabetes, Charlson y hospitalizaciones por cualquier causa ($p < 0.05$). En cuanto a infecciones/bacteriemias, en 7 casos (18%) se relacionaron con FAV y 7 (35%) con catéter.

Conclusión:

En nuestra serie, el AV (FAV o CVC) constituye una opción electiva para el acceso a la HDD ("home first") tanto por supervivencia como por seguridad. Aunque se asocia a una mayor hospitalización, el CVC es una opción válida para aquellos pacientes más comorbidos, aquellos que inician programa (< periodo de entrenamiento) o los que así lo prefieren, y también para aquellos que desean permanecer en la técnica cuando precisan de ayuda para realizarla.

34

UTILIDAD DEL REGISTRO DE PERITONITIS Y COMPLICACIONES ASOCIADAS A LA IMPLANTACIÓN DEL CATÉTER PERITONEAL EN UNA UNIDAD DE DIÁLISIS PERITONEAL.

Rentería González, Nohemi Carolina (1); Millan Diaz, Beatriz (1); Vázquez Freijeiro, Andrea (1); Pérez Melón, Cristina (1); Hernánsanz Pérez, María (1)
(1)CHUO

Las guías de la Sociedad Internacional de Diálisis Peritoneal (ISPD) y las de la Sociedad Española de Nefrología (SEN) nos la realizar un registro anual de las peritonitis asociadas a la técnica.

Además, las guías de la ISPD de creación y mantenimiento del catéter peritoneal también nos indican unos ítems que deberíamos cumplir para el control de complicaciones asociadas a la intervención quirúrgica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Analizamos las peritonitis y las complicaciones asociadas a la implantación de catéter en nuestra Unidad, desde el 1 de enero de 2020 al 31 de diciembre de 2024

RESULTADOS

En la tabla 1 se exponen los resultados del registro del control de las peritonitis, así como los objetivos que nos indica la SEN.

	2024 (N=55)	2023 (N=64)	2022 (N=65)	2021 (N=75)	2020 (N=74)	Objetivos SEN
Total pacientes en DP/año						
Ratio (episodios/año riesgo)	0.37	0.4	0.38	0.29	0.18	< 0.5
Ratio S. aureus (episodios/año riesgo)	0.02	0.02	0.04	0.02	0.02	< 0.03
Ratio ECN (episodios/año riesgo)	0.09	0.07	0.06	0.03	0.04	< 0.03
% curación	87,5%	100%	70%	76.5%	100%	>80%
% pacientes libres de peritonitis	80%	67%	72.3%	81.3%	89%	>80%
% Cultivo negativo	6.25%	9.5%	5%	17.6%	0%	<10%
% Gram +	75%	71.4%	55%	41.1%	70%	60%-70%
% Gram -	18.75%	19.04%	35%	35.3%	30%	10%-30%
% Hongos	0%	0%	5%	6%	0%	<5%

Tabla 1.ECN:Staphylococcus coagulasa negativo

En la tabla 2 se exponen los resultados de las complicaciones asociadas a la implantación de catéter.

	2024 (N= 9)	2023 (N=14)	2022 (N=12)	2021 (N=13)	2020 (N=22)	Objetivos ISPD
Año (número de catéteres)						
Permeabilidad del catéter	78.8%	100%	92%	100%	100%	>80%
IOS/tunelitis (<30 días)	0%	0%	0%	7.7%	9%	<5%
Peritonitis	0%	0%	0%	0%	0%	<5%
Daño visceral	0%	0%	0%	0%	4.5%	<1%
Hemorragia	0%	0%	0%	0%	0%	<1%

Tabla 2.IOS:Infección de orificio de salida

CONCLUSIONES

La auditoría de las complicaciones en las Unidades de Diálisis Peritoneal es útil para comprobar el grado de cumplimiento de los protocolos existentes y la idoneidad de los mismos en la práctica clínica habitual de los Centros.

El método de cuantificación estándar de las peritonitis es la tasa de infección en forma de episodios/paciente-año de riesgo. En las guías SEN se recomienda utilizar también otros métodos de registro ya que en algunas ocasiones la tasa no es suficiente para detectar posibles errores y mejorar la supervivencia de la técnica.