

EVALUACIÓN DE LA SITUACIÓN DEL PACIENTE ONCOLÓGICO CON AFECTACIÓN RENAL DURANTE UN INGRESO HOSPITALARIO

Verónica Ruth Mercado Valdivia, Gabriel Ledesma Sánchez, Ángel Gallegos Villalobos, Yesika María Amezcua Orjuela, Yolanda Hernández Hernández, Diego Barbieri Merlo, Raquel Diaz Mancebo, Rocío Echarri Carrillo, M Covadonga Hevia Ojanguren, Antonio Cirugeda García
Servicio de Nefrología, Hospital Universitario Infanta Sofía.

INTRODUCCIÓN

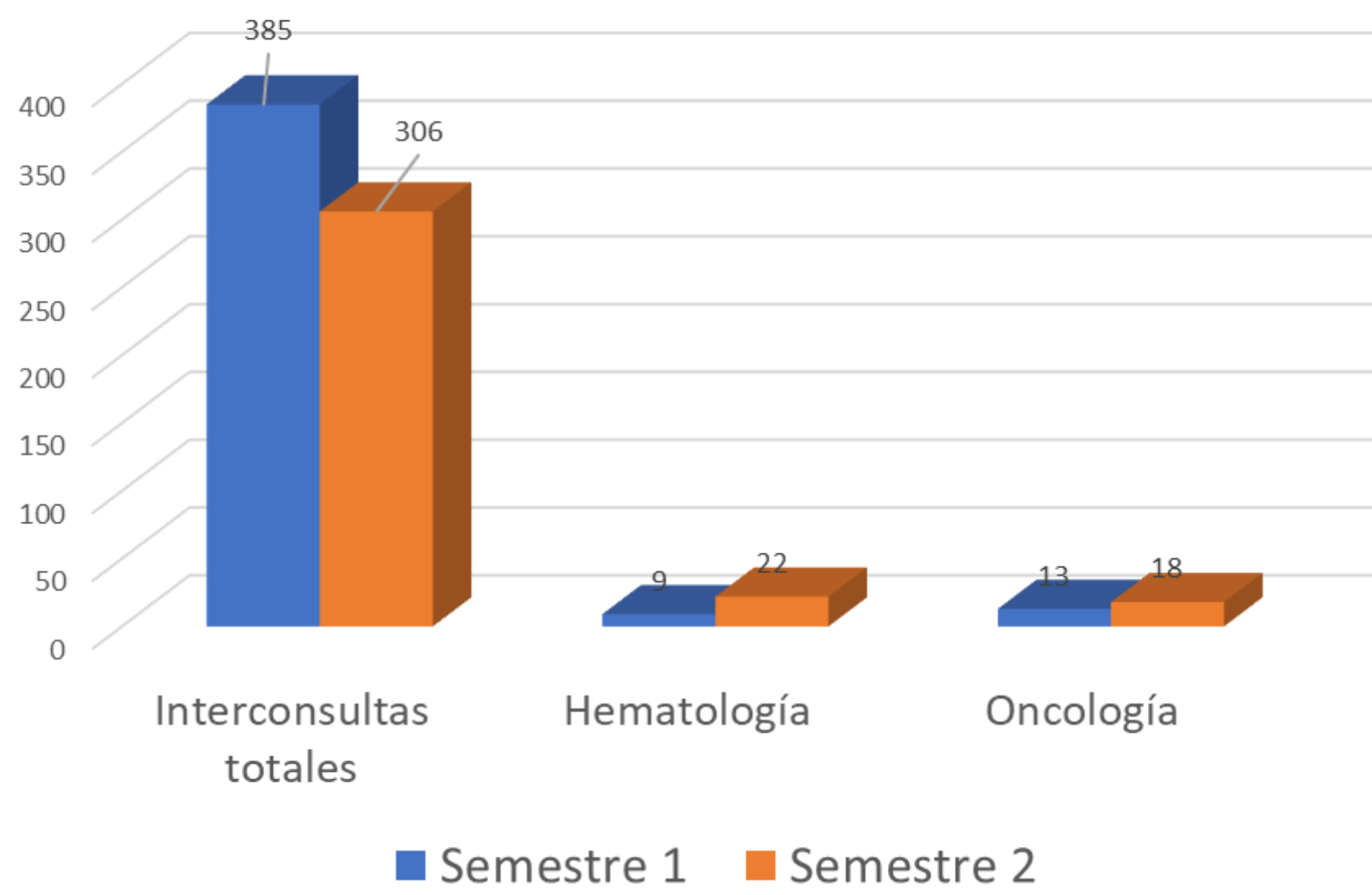
- Campo Multidisciplinar
- Generar consultas monográficas de Onconeurología.
- Hospitalización > estancia hospitalaria, complicaciones.
- DRA
- En 5 años de neoplasias puede desarrollarse un DRA hasta en 27% de los pacientes.

METODO

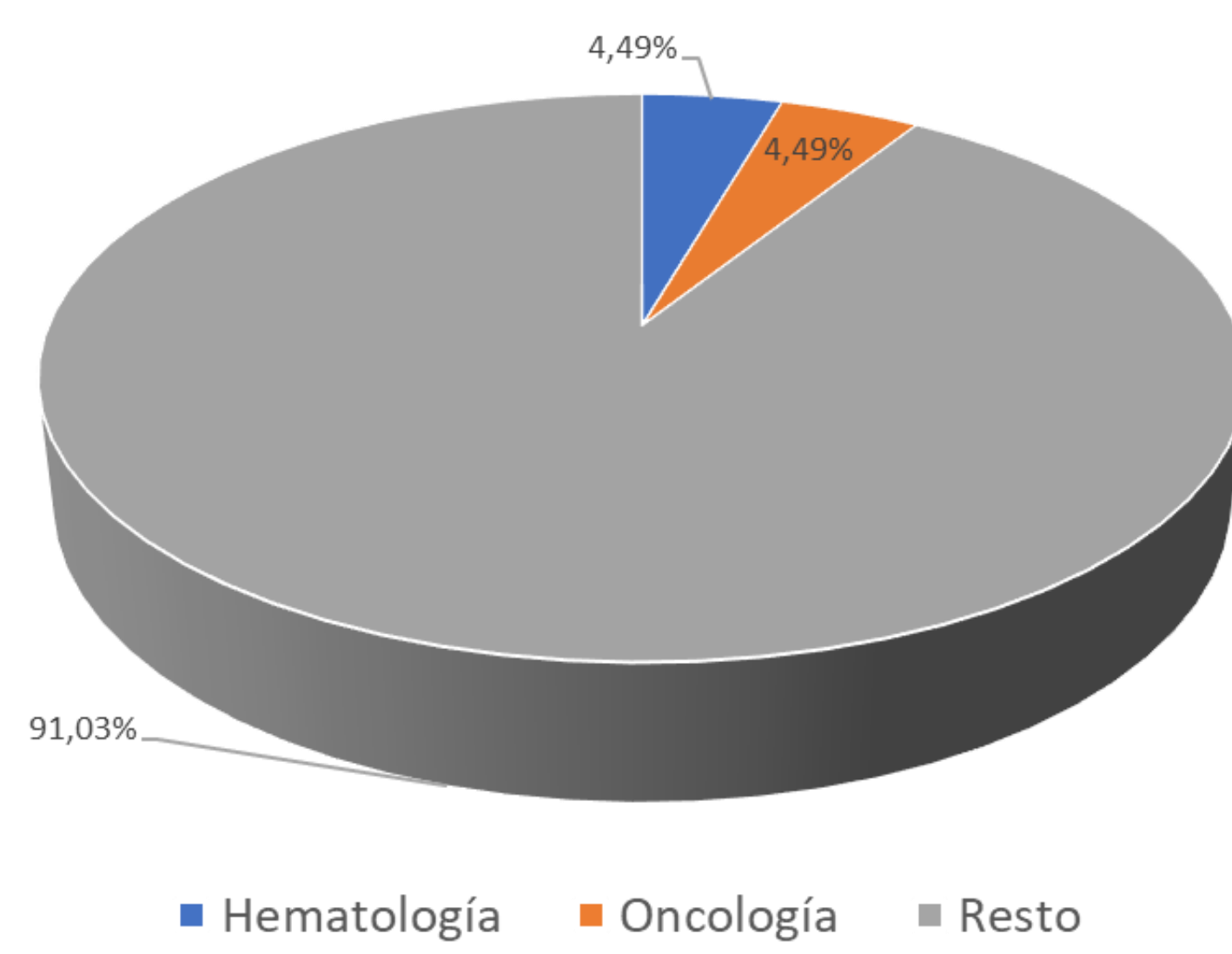
- Estudio retrospectivo y descriptivo
- ITCs Hosp. Julio 2021 a Noviembre 2021
- Motivos de derivación
- Variables demográficas
- Causas de DRA, tiempo medio de derivación desde la detección del DRA.

- Características oncológicas y líneas de tratamiento recibidas.
- Afectación renal, creatinina inicial y final, presencia de proteinuria y/o hematuria, alteraciones metabólicas, trastornos hidroelectrolíticos.
- Presencia de ERC y/o TRS asociada

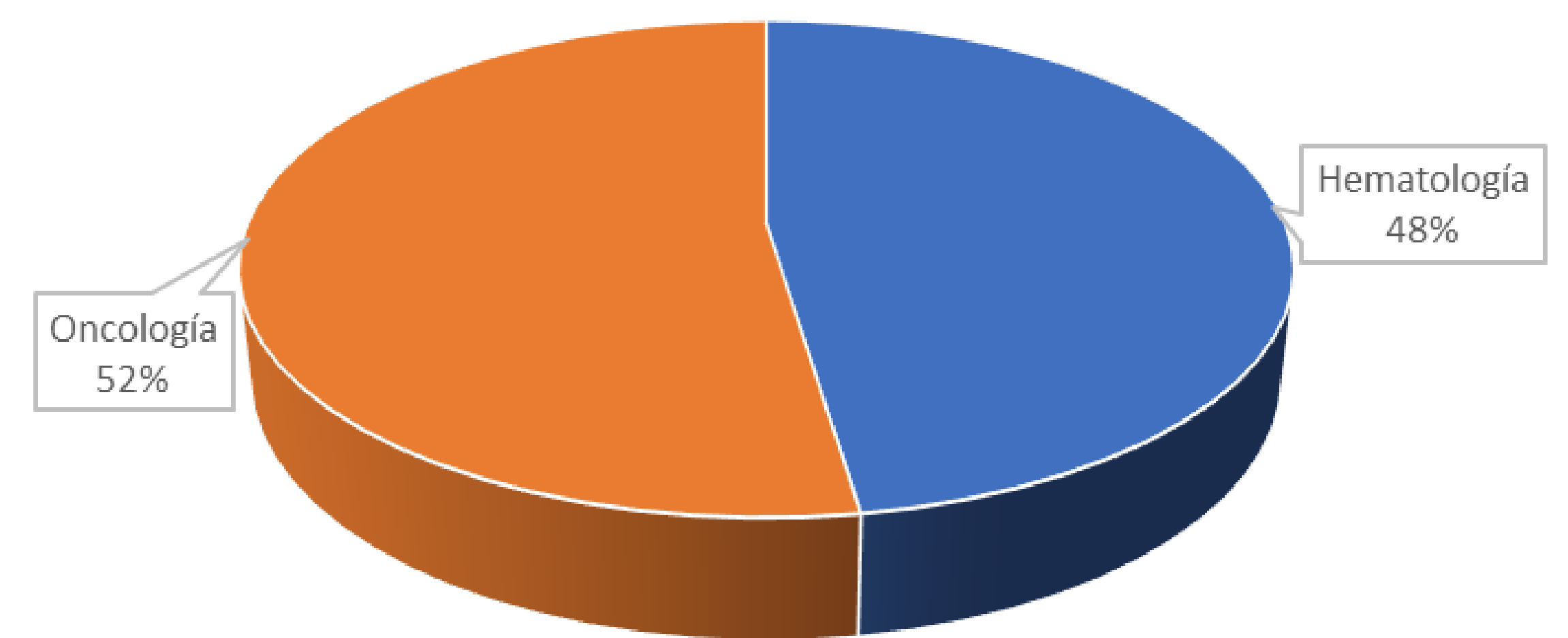
Interconsultas



Interconsultas



DERIVACIÓN



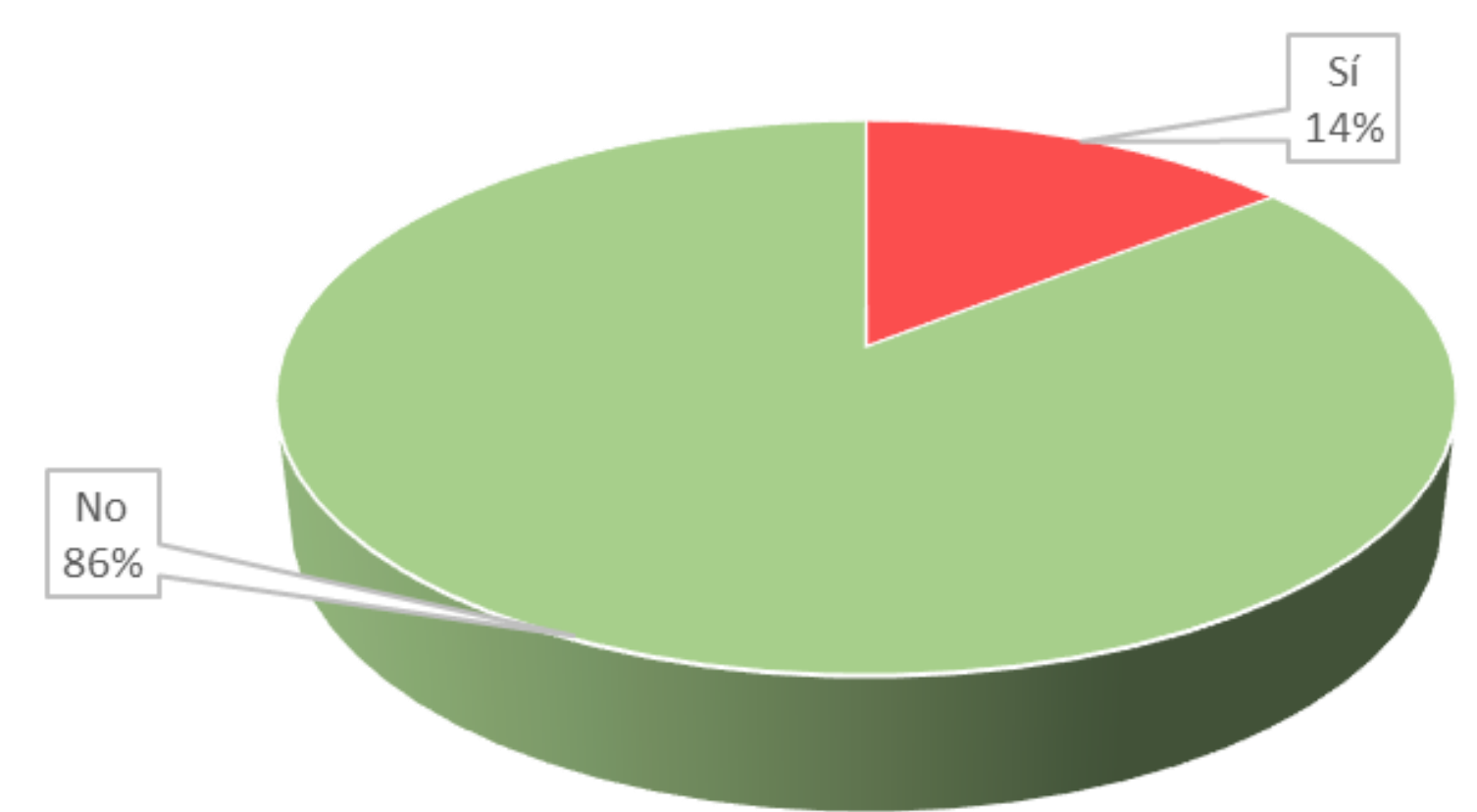
Características de los pacientes derivados

Total pacientes	21
Edad (años)	69 (47-82)
Sexo (%H - %M)	57 / 43
ERC previa (%)	42,86
Tumor sólido/hematológico, n (%)	52 / 48
Enfermedad metastásica, n (%)	33,33
Tiempo desde el diagnóstico oncológico hasta la derivación a la consulta (días), Md	2 (1-20)
Línea de tratamiento, n (%)	
Primera línea	61,90
Segunda línea	19,05
Tercera línea o más	19,05
Antineoplásico en el momento de la derivación, n (%)	
Quimioterapia	57,14
Hormonoterapia	0
Inmunomoduladora	4,76
Terapias dirigidasb	38,10
Inhibidores de checkpointc	19,05
CAR T-cell	0

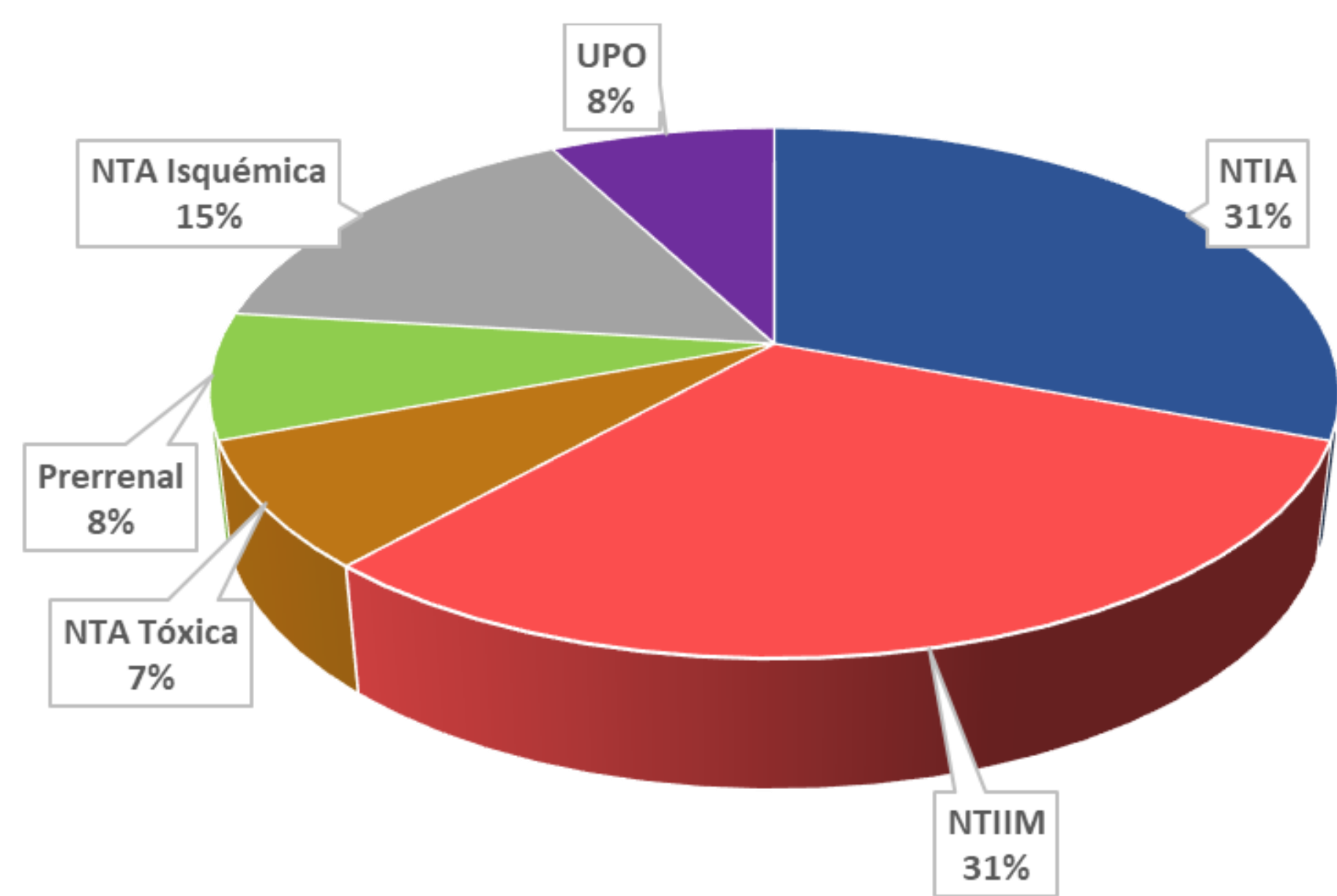
Características de la afectación renal

Creatinina sérica (mg/dl) inicial	3,1 (0,6-6,1)
Creatinina sérica (mg/dl) final	1,55 (0,8-4)
Pacientes derivados por DRA (%)	17 (81)
Filtrado glomerular (ml/min/1,73m2)a	26,6 (7-89)
Proteinuria (mg/día), Md	635 (120-4000)
CPC mg/g, Md	762 (130-9000)
Hematuria, n (%)	5 (24)
Alteraciones hidroelectrolíticas, n (%)	
Hiponatremia	2 (10)
Acidosis metabólica	16 (76)
Hipomagnesemia	0
Hiperpotasemia	0
Hipercalcemia	2 (10)
Hipocalcemia	3 (14)
Hipertensión arterial, n (%)	1 (5)

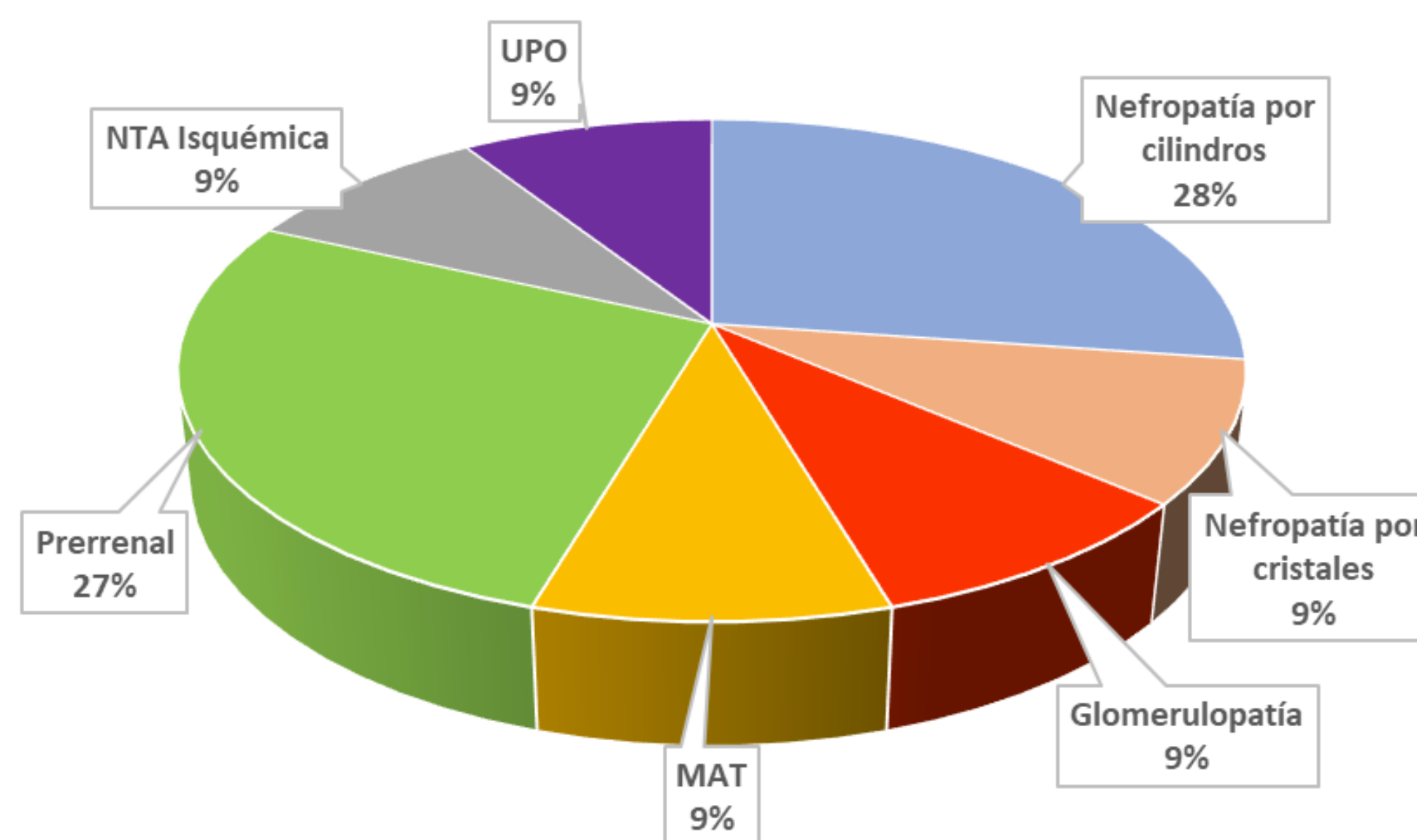
BIOPSIA



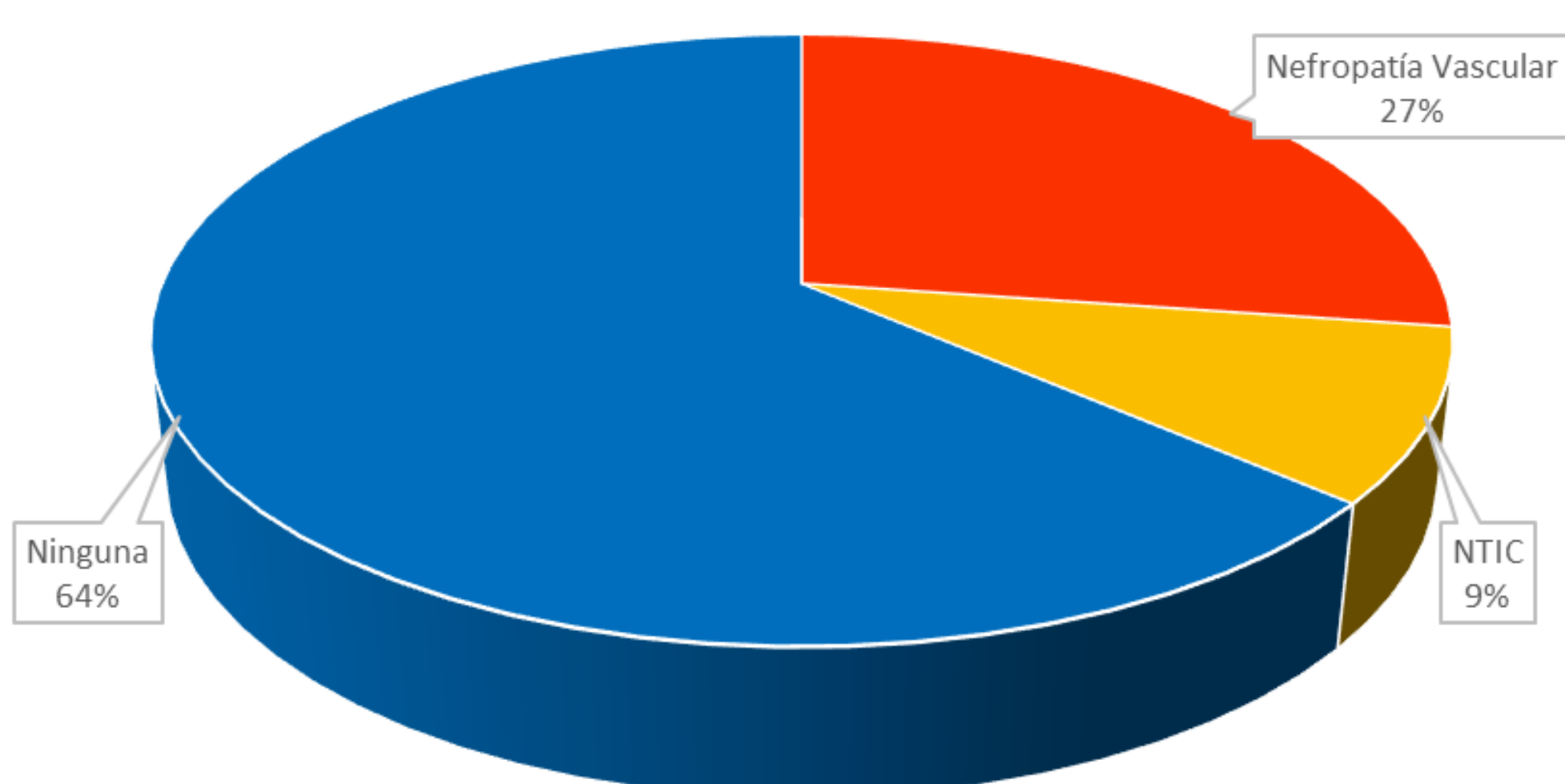
CAUSAS DE DRA EN TUMOR SÓLIDO



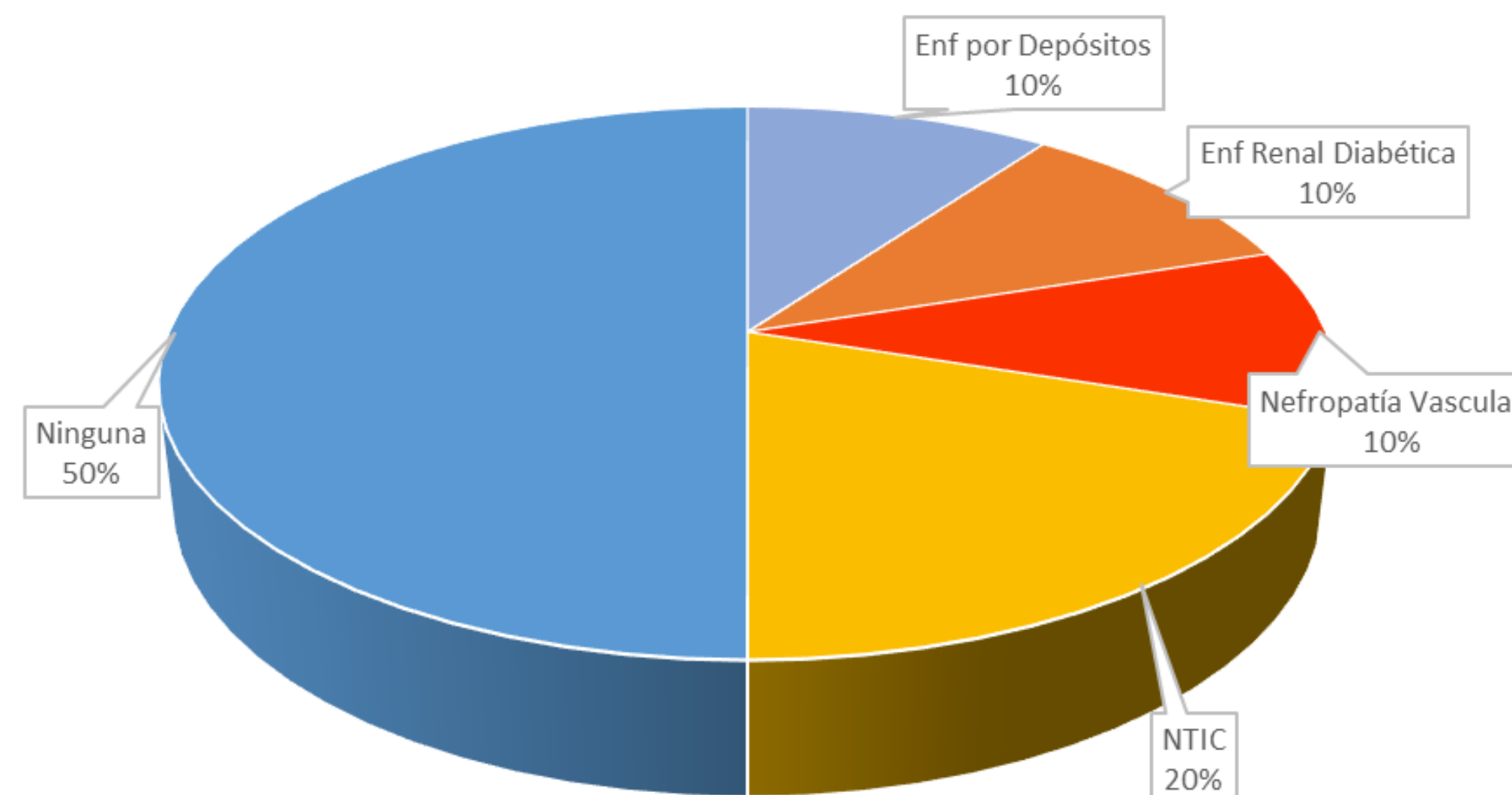
CAUSAS DE DRA EN TUMOR HEMATOLOGÍA



CAUSAS DE ERC-ONCOLOGÍA



CAUSAS DE ERC- HEMATOLOGÍA



RESULTADOS

- 306 interconsultas de hospitalización (5 meses)
- 40 Desde Oncología y Hematología
- 21 pacientes, tasa de recurrencia de ITC de 1.9.
- Alto porcentaje de ERC previa, 42% +1- Mtxs= Pacientes vulnerables.
- El DRA fue la mayor causa de derivación, 81%.
- El 62% de DRA en el tumor sólido fue la NTIA y NTIIM.
- DRA en hematológico, 28% nefropatía por cilindros y 27% prerenales
- Un 14% (3) fueron biopsiados, 1 nefropatía por cilindros y 2 con NTIA.

CONCLUSIONES

El DRA en el paciente oncohematológico tiene una relevancia importante que puede influir en el pronóstico de la enfermedad. Consideramos que se debe tener un abordaje multidisciplinar con el objetivo de optimizar la toma de decisiones y realizar un adecuado manejo global del paciente