

210 NIVELES SÉRICOS ELEVADOS DE GAMMA-GLUTAMIL TRANSFERASA SON PREDICTORES INDEPENDIENTES DE MORTALIDAD EN LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

F. CARAVACA-FONTÁN¹, L. AZEVEDO², MA. BAYO¹, B. GONZALES-CANDIA¹, E. LUNA², F. CARAVACA²

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMÓN Y CAJAL (MADRID); ²NEFROLOGÍA. HOSPITAL INFANTA CRISTINA (BADAJOZ)

Introducción: Los niveles séricos elevados de gamma-glutamyl transferasa (GGT) se asocian con una mayor mortalidad en la población general, pero es incierto si esta asociación también ocurre en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC).

Los objetivos de este estudio fueron investigar las características clínicas de los pacientes con ERC y elevación de los niveles séricos de GGT, así como el valor de predicción de esta enzima sobre la mortalidad.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo de observación en una cohorte de pacientes adultos con ERC estadios 4-5 pre-diálisis. Se recogieron los parámetros demográficos, clínicos y bioquímicos de interés pronóstico y se utilizaron para caracterizar a los pacientes con elevación de GGT (>36 U/l). Mediante modelos de riesgo proporcional de Cox se analizó la asociación de los valores basales de GGT con la mortalidad y su independencia de otros factores de confusión, incluyendo la interacción con los niveles de fosfatasa alcalina (FA).

Resultados: Se incluyeron 909 pacientes (edad media 65±15 años, 53% varones). Niveles anormalmente elevados de GGT o FA fueron observados en 209 (23%) y 172 (19%) pacientes, respectivamente. En 68 (7%) pacientes la elevación de GGT y FA fue simultánea. Niveles elevados de GGT se asociaron con una mayor comorbilidad y un perfil bioquímico caracterizado por concentraciones séricas más elevadas de ácido úrico, triglicéridos, transaminasa glutámico-pirúvica, ferritina, y proteína C reactiva. Durante el periodo de estudio fallecieron 365 pacientes (40%) (mediana de tiempo supervivencia = 74 meses). Niveles elevados de GGT (hazard ratio [HR] = 1,39; IC95% 1,09-1,78, p=0,009), o de FA (HR = 1,31; IC95% 1,02 - 1,68, p=0,038) se asociaron de forma independiente con la mortalidad. Tras excluir del análisis a 27 pacientes diagnosticados de hepatopatías, la GGT mantuvo la asociación significativa con la mortalidad (HR=1,32; IC95% 1,02 - 1,71; p=0,037).

Conclusiones: Niveles séricos elevados de GGT o de FA son predictores independientes de mortalidad en pacientes con ERC.

211 LA MEDICION DE CISTATINA C ES MODIFICADA POR EL TIPO DE ENFERMEDAD RENAL

L. AZEVEDO¹, B. GONZALES CANDIA¹, MA. BAYO¹, J. LOPEZ GOMEZ², A. CIDONCHA³, NR. ROBLES¹, JJ. CUBERO¹

¹NEFROLOGIA. HOSP INFANTA CRISTINA (BADAJOZ); ²BIOQUIMICA CLINICA. HOSP INFANTA CRISTINA (BADAJOZ); ³BIOQUIMICA CLINICA. HOSP DON BENITO (DON BENITO)

Objetivo: En los últimos años se ha introducido la cistatina C como medida de la función renal alternativa a la creatinina que no se modifica por la edad, el sexo ni la masa muscular. No obstante, se ha sugerido que la excreción urinaria de cistatina C podría estar incrementada en los pacientes con enfermedades intersticiales.

Diseño y métodos: Se han evaluado 530 pacientes seguidos en la consulta de Nefrología del Hospital Infanta Cristina, de ellos 176 (30,3%) fueron usados como controles sin enfermedad renal. La edad media fueron 62,4±10,3 años, siendo el 60,8% varones. Se ha clasificado a los pacientes por su enfermedad renal y se ha realizado determinación de creatinina sérica y cistatina C. El filtrado glomerular se estimó por las formulas MDRD4-IDMS para la creatinina y Hoek para la cistatina C.

Resultados: La mediana de la cistatina C fue significativamente superior en los pacientes que presentaban nefropatías intersticiales o glomerulonefritis que en los controles. Sin embargo, el cociente cistatina C/creatinina en suero era menor en los pacientes con nefropatía intersticial (0,94, RI 0,81-1,11) que en los enfermos con glomerulonefritis (1,02, RI 0,85-1,25) y controles (1,02, RI 0,88-1,20) (p = 0,02). Cuando se calculaba el cociente entre el filtrado glomerular estimado por formula de Hoek y por MDRD4-IDMS este era superior en las nefropatías intersticiales (1,18, RI 1,03-1,36; glomerulonefritis: 1,03, RI 0,88-1,21; controles: 1,07, RI 0,88-1,20, p < 0,001).

Conclusiones: La causa de la insuficiencia renal, particularmente la afectación predominante de la zona intersticial renal, podría modificar significativamente la medición de la cistatina C sérica y, consecutivamente, la estimación del filtrado glomerular a partir de este parámetro.

212 INSOMNIO EN PACIENTES DE UNA POBLACIÓN RURAL CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA(IRC) Y EN DIALISIS SEGUIDOS EN NUESTRO HOSPITAL

AR. DE GRACIA NUÑEZ¹, BB. GIL CASARES², MM. MOYA³, MM. ESCUTIA³, SS. ROMERO PÉREZ³, D. RONCAL³, H. BELTRAN³

¹NEFROLOGIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL SURESTE (MADRID); ²NEFROLOGIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL SURESTE (MADRID); ³NEFROLOGIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL SURESTE (MADRID)

Introducción: El insomnio (INM) es una alteración del sueño muy común en pacientes con IRC y en diálisis. La incidencia y la prevalencia en la población rural ha aumentado en los últimos años y por tanto sus consecuencias. El insomnio se caracteriza por: INM-C, INM-M, despertar precoz, calidad del sueño, excesivo sueño diurno... Se considera que presentan insomnio si estos síntomas aparecen 3 o más veces por semana y están presentes al menos durante un mes. El diagnóstico de insomnio primero es clínico y posteriormente se usan cuestionarios y escalas de valoración del sueño

Métodos: Estudio observacional de 227 pacientes con IRC seguidos en consulta y en diálisis durante 16 meses de un área rural (área Sureste de Madrid). Prevalencia de INM en la población general(rango: 4% a 64%), con IRC aumenta (rango: 40%-80%). Se analizaron factores socio-demográficos, otros trastornos del sueño, causas de la IR, duración y calidad de la diálisis(con Kt/V), comorbilidades asociadas, medicación que toman...

Se realizaron cuestionarios sobre los trastornos del sueño: IRLSSG(International Restless Legs Syndrome Study Group), que estudian el síndrome piernas inquietas(SPI), ESS(Epworth Sleeping Scale): mide el excesivo sueño diurno, un score>10 indica aumento de somnolencia; el Cuestionario Berlín(para medir SAOS) con alto riesgo vs bajo riesgo, un score>10 indica SAOS, el PSQ(Pittsburgh Sleep Quality Index): mide la calidad del sueño donde un score>5 indica peor calidad. Análisis estadístico: SPSS v13. Un valor p<0,05 se consideraron estadísticamente significativos.

Resultados: En nuestro hospital, la prevalencia fue del 67,8%, con INM(n:138), la media de edad era 55.8 ± 17.7 años; 48,6% H/51,4% M.

El INM se relacionó con: el género femenino, estatus soltero/divorciado, hemodiálisis en turno de tarde, SPI, excesiva somnolencia diurna, (P-values: 0.05, 0.035, 0.01, 0.0001, 0.0001 y 0.0001 respectivamente.) Se relaciona también con IMC(43,8%), SAHS(83,8%), HTA(82%), Hb baja(55,3%), ferritina alta(66,4%), hiperfosforemia(43,9%) y diálisis inadecuada(89,9%); con estudios personas sin estudios o elementales(64,6%)

El insomnio altera su calidad de vida(CdV): afectación en su vida cotidiana, menor habilidad para aprender nuevas tareas, altera las interacciones familiares, provoca estrés emocional, ansiedad/depresión.

No se encontró asociación significativa entre el insomnio con el tabaquismo, DM, ingesta de cafeína etiología de la IR, duración de la diálisis

Conclusión: Hay un aumento de prevalencia del insomnio en la población rural del sureste de Madrid con IRC y en diálisis. Esto tiene consecuencias negativas en la CdV percibida por el paciente. El personal sanitario debe valorar este tipo de alteraciones y tratar lo antes posibles para mejorar su calidad de vida

213 CAMBIOS EN LA INGESTA PROTEICA Y SUPERVIVENCIA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA NO EN DIÁLISIS. LA RESTRICCIÓN PROTEICA EN POBLACIÓN ESPAÑOLA PODRÍA SER PELIGROSA

P. MOLINA¹, JL. GÓRRIZ², B. VIZCAÍNO¹, S. BELTRÁN¹, V. ESCUDERO¹, M. MONTOMOLI¹, M. GONZÁLEZ-MOYA¹, I. SANCHIS¹, J. ROLDÁN¹, LM. PALLARDÓ¹

¹NEFROLOGIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DR PESET (VALENCIA); ²UNIDAD DE DIETÉTICA. ALICER TURIA (VALENCIA)

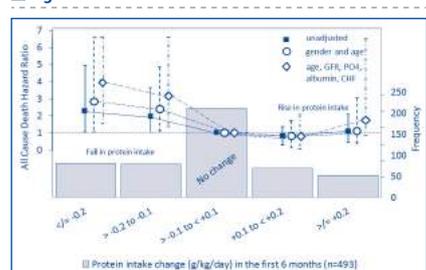
Introducción: Aunque las guías clínicas sugieren realizar restricción proteica en pacientes con enfermedad renal crónica no en diálisis (ERC-ND) para enlentecer la progresión, dicha restricción podría afectar a su supervivencia. El objetivo de este estudio fue analizar si cambios longitudinales en la ingesta proteica (IP) pueden asociarse de manera independiente con la mortalidad en pacientes con ERC-ND.

Material y método. La relación entre los cambios en la IP durante 6 meses, y la supervivencia y la progresión renal se estudió de manera prospectiva en una cohorte de 493 pacientes con ERC-ND estadios 3-5 (edad media: 68±14 años; hombres: 61%; diabetes: 35%; FGe basal: 20.6±5.2 ml/min/1.73m²) mediante análisis de regresión de Cox. La IP se estimó mediante la determinación del nitrógeno ureico en orina de 24h según fórmula de Maroni. Se excluyeron pacientes con IP<0.6g/kg/d.

Resultados. La IP en el momento basal fue de 0.89±0.20 g/kg/d. Tras una mediana de seguimiento de 31(RIQ:18-37) meses, 72(15%) pacientes fallecieron (causa cardiovascular: 53%) y 151(31%) iniciaron terapia renal sustitutiva. La mejor supervivencia se observó en los pacientes con una IP basal >1.0g/kg/d (p=0.011), mientras que una IP de 0.6-0.8 g/kg/d se asoció de manera independiente con mayor mortalidad en la mayoría de los modelos. El grupo de pacientes que aumentaron la IP de 0.1 a 0.2 g/kg/d durante los 6 primeros meses presentaron la mejor supervivencia, mientras que la disminución en la IP se asoció de manera independiente con la mortalidad (ver figura). La incidencia de terapia renal sustitutiva fue similar entre los grupos.

Conclusiones. La IP sugerida por las guías (0.6-0.8 g/kg/d), o un descenso en la IP en el tiempo se asocian a peor supervivencia en pacientes con ERC-ND, sin asociarse a beneficios en la necesidad de iniciar diálisis. Si esta relación es causal deberá ser explorada en ensayos clínicos específicamente realizados en esta población.

Figura.



Resúmenes

Enfermedad renal crónica - Epidemiología y clínica

214 RIESGO DE FRACTURAS (FRAX) MAS ALLA DE PARAMETROS BIOQUIMICOS. PAPEL DE LA SARCOPEÑIA

S. CIGARRAN¹, A. SANJURJO¹, M. HERNANDEZ¹, J. LATORRE¹, Y. TENG¹, I. ACAL², R. CERDÁ³, J. CALVIÑO⁴
¹NEFROLOGÍA. EOXI-LUGO-CERVO-MONFORTE (BURELA), ²NUTRICIÓN HUMANA Y DIETÉTICA. UNIVERSIDAD DE SANTIAGO DE COMPOSTELA (SANTIAGO DE COMPOSTELA), ³NEFROLOGÍA. EOXI-LUGO-CERVO-MONFORTE (LUGO)

La población con ERC avanzada tiene un alto riesgo de fracturas. Se conoce poco el riesgo de fracturas en estadios 3-5 y si la composición corporal (CC) tiene algún tipo de influencia. La OMS ha validado un test de riesgo (FRAX) validado para la población con ERC. El objetivo de este estudio transversal es evaluar la influencia de la composición corporal mediante bioimpedancia y función muscular mediante dinamometría en una población con ERC 2-5.

Se incluyeron 411 pacientes mayores de 70 años (mediana 75 años, 40% diabéticos, 44.4% mujeres) de nuestra Unidad de ERC (Estadio 2 19%; Estadio 3A 39%; Estadio 3B 73%; Estadio 4 25% y Estadio 5 2%) a los que se ha realizado el test FRAX (OMS). Se consideró alto riesgo de fractura vertebral a 10 años > 10% y riesgo de fractura de cadera a 10 años >3%. La CC se evaluó mediante bioimpedancia vectorial (BiaVector, Akern, Fl Ita) y el Bioscan 920 (Maltron London UK). La fuerza en ambos miembros superiores se realizó mediante dinamometría (Akern, Fl, Ita). Se determinaron marcadores bioquímicos de metabolismo óseo (Ca, P, PTHi, Mg, Vitamina D, Índice Excreción de P y Ca). La función renal se determinó mediante CKD-EPI y MDRD. Riesgo cardiovascular mediante cociente albúmina/creatinina en orina espontánea, fibrinógeno. Los marcadores nutricionales fueron Albumina, Prealbúmina e ingesta proteica mediante nPNA.

Los datos fueron procesados mediante SPSS 21 para Windows. Las variables paramétricas se evaluaron mediante T-student. Las no paramétricas mediante Chi-cuadrado. Se utilizó test de spearman y el análisis multivariante según fue apropiado. Se consideró la significancia estadística para una "p".

162 pacientes (39.2%) evidenciaron alto riesgo de fracturas vertebrales y de cadera. Comparando bajo con alto riesgo significativamente ha resultado la edad (72.8 ± 9.18 vs 75.48 ± 7.0, p <0.001) y el sexo (varones 18.5% vs 81.5%. p<0.001). Agua Total (51.2 ± 5.9% vs 47 ± 6.2%; p<0.001). A.Extracelular % (48.8 ± 5 vs 50.2 ± 5.0, p =0.008); A.Intracelular % (51.2 ± 5.5 vs 49.7 ± 5%), Fluido intersticial (litros) (13.1 ± 2.56 vs 11.1 ± 2.6 L; p= 0.008); Fuerza brazo dominante(Kg) (29.2 ± 8.7 vs 20.4 ± 7.0 Kg); Fuerza Brazo no dominante Kg (26.2 ± 0.6 Kg; p <0.001); masa muscular % (40.2 ± 7.3 vs 36.4 ± 6.5 Kg). A. Fase o (5.480 ± 1.1vs 5.190 ± 0.9; p 0.001). No encontramos significancia estadística con los marcadores bioquímicos de metabolismo óseo, nutricionales e inflamatorios.

Concluimos que la sarcopenia y el estado de hidratación son 2 componentes importantes en la predisposición a fracturas tanto vertebrales como de cadera. La promoción del ejercicio físico al objeto de aumentar la tracción sobre el hueso y con ello el músculo y la matriz ósea constituye un importante pilar en los pacientes con ERC.

215 ALTERACIÓN PROGRESIVA DE LA PRESIÓN ARTERIAL AMBULATORIA CON EL ESTADO DE SEVERIDAD DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA: EL PROYECTO HYGIA

A. OTERO¹, J.J. CRESPO², M. DOMINGUEZ-SARDIÑA³, MT. RIOS⁴, PA. CALLEJAS⁵, L. POUASA⁶, A. MONTÓN⁷, JR. FERNÁNDEZ⁸, DE. AYALA⁹, RC. HERMIDA³
¹NEFROLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO (OURENSE), ²AP. SERGAS (VIGO), ³LAB. BIOINGENIERÍA Y CRONOBIOLOGÍA. UNIVERSIDAD DE VIGO (VIGO)

La comunicación corresponde a un grupo de trabajo o un estudio multicéntrico:

Investigadores del Proyecto Hygia

Introducción: La hipertensión nocturna y el patrón no-dipper determinados mediante monitorización ambulatoria (MAPA) de la presión arterial (PA) son frecuentes en la enfermedad renal crónica (ERC) y se han asociado consistentemente con mayor riesgo cardiovascular (CV). Hemos evaluado la prevalencia de estas alteraciones en la regulación de la PA en pacientes con ERC participantes en el Proyecto Hygia, diseñado para valorar prospectivamente riesgo CV mediante MAPA en centros de atención primaria de Galicia.

Métodos: En este estudio transversal evaluamos 7.452 pacientes con ERC (filtrado glomerular estimado [FGe] <60 ml/min/1.73 m² y/o albuminuria al menos dos veces en 3 meses), 4.325 hombres/3.127 mujeres, de 65,3±13,5 años de edad y con PA entre la normotensión e hipertensión de acuerdo a criterios de MAPA. La PA se monitorizó cada 20 minutos entre las 07:00 y las 23:00h y cada 30 minutos en la noche durante 48h.

Durante los días de MAPA, los sujetos cubrieron un diario apuntando su horario de actividad y descanso.

Resultados: Se documentó un aumento progresivo y significativo (P<0,001) en la media de descanso de la PA sistólica (PAS) con el aumento en la severidad de la ERC, es decir, disminución de FGe. La media de actividad de la PAS, sin embargo, no cambió consistentemente con los distintos estadios de la ERC. En consecuencia, la profundidad de la PAS (descenso relativo en media de descanso con respecto a la media de actividad) disminuyó progresiva y significativamente (P<0,001) con el descenso de FGe. La proporción de pacientes con perfil riser y, por ello, de mayor riesgo CV, aumentó significativamente desde el 5,8% de los pacientes con estadio 1 hasta un 33,7% de los pacientes con estadio 5.

Conclusiones: Los resultados de este estudio, el mayor reportado hasta la fecha con MAPA de 48h en ERC, documentan la alta prevalencia de un perfil de la PA alterado en pacientes con ERC. Lo que es más importante, la prevalencia del patrón riser, asociado con el mayor riesgo CV entre todos los posibles perfiles de PA, es muy elevado, entre el 20% en pacientes con estadios 3A-3B y el 34% en pacientes con enfermedad renal terminal. Estos resultados indican que, en la ERC, la MAPA debe considerarse como requisito asistencial imprescindible para estratificación de riesgo CV y para establecer del esquema terapéutico más idóneo que permita controlar adecuadamente la PA durante el sueño, aumentar la profundidad de la PA y reducir así el riesgo CV en estos pacientes.

216 TRATAMIENTO CONSERVADOR EN EL PACIENTE ERCA: NO ES LO MISMO ELECCIÓN QUE INICIO

M. ORTEGA DÍAZ¹, M. PUERTA CARRETERO¹, R. ALCAZAR ARROYO¹, R. PÉREZ-GARCÍA¹, E. CORCHETE PRATS¹, C. RUIZ CARO¹, P. SEQUERA ORTIZ¹, M. ALBALATE RAMÓN¹
¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL INFANTA LEONOR (MADRID)

Introducción: Uno de los objetivos del seguimiento en una consulta ERCA es el cuidado integral del paciente, incluidos aquellos en los que se opta por tratamiento conservador (TC)

Objetivos: Valorar las características del paciente ERCA que decide e inicia TC.

Métodos: Pacientes ERCA que iniciaron TC o TRS entre FEB/08 y ABR/16. Se recogieron edad, sexo, seguimiento, comorbilidades, índice de Charlson, dependencia, deterioro cognitivo, técnica de elección (TE), técnica de inicio (TI), motivo de elección TC, FG de inicio (FGI), supervivencia, causa de éxito.

Resultados: 141 pacientes. 67% hombres. 24 iniciaron TC y su edad media fue mayor que los de TRS 79,7(9,2) vs 64(15,2) años (p=,0000).

El seguimiento en ERCA fue 11,8(13,8) meses y el FGI 9,56(3,3)ml/min sin diferencias en ambos grupos. La TE: HD 56,7%, DP 17%, Tx anticipado 5%, TC 19,1%.

La TI: HD 72,3 %, DP 9,2%, Tx anticipado 1,4 %, TC 17%. 12,5% de los que eligieron TC iniciaron HD y 22,2% de los que eligieron HD iniciaron TC (p<0,000)

Motivo final de TC: Decisión del paciente 54,2%, enfermedad grave 20,8%, deterioro funcional 12,5% y deterioro cognitivo 12,5%. En el grupo de TC el 35% tenía una dependencia leve, 20% moderada y 15% severa con diferencias con los que inician TRS. 41,7% de los pacientes en TC fueron derivados al Equipo de Soporte a Domicilio.

Influyen en el inicio de TC respecto al resto de TRS la edad, el índice de Charlson, el grado de dependencia y la existencia de deterioro cognitivo. En el análisis multivariante la edad OR 1,128 (IC95% 1,044-1,219) y el tener algún grado de dependencia OR 3,956 (IC95% 1,097-14,259) La supervivencia en TC fue a los 12 meses 49,6% y a los 24 meses 20,7%. En HD 89,6% a los 12 meses, 81,7% a los 24 meses y 70,2% a los 36 meses (log Rank 0,000).

El seguimiento medio hasta el exitus o final del estudio fue en TRS 38,4(24,8) meses y en TC 8,1(8,6) meses (p=0,000).

La causa de éxito difiere en el grupo de TC respecto al de TRS (p 0,00) siendo en TC: Uremia 50%, tumoral 18,8%, CV 18,8%, Infecciosa 12,5% y en TRS: CV 42,4%, infecciosa 24,2%, tumoral 21,2%.

Conclusiones: La edad y la dependencia son los factores más importantes para el inicio de TC, la comorbilidad y el deterioro cognitivo también influyen. La mitad de los pacientes que inician TC lo hacen por decisión propia sin tener una contraindicación absoluta para el TRS. La ET en un número significativo de casos no coincide con la TI. El 50% de los pacientes en TC fallece por otras causas distintas a la uremia.

217 CAMBIOS EN LA EXCRECIÓN URINARIA DE CREATININA Y SUPERVIVENCIA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA NO EN DIÁLISIS

M. GONZÁLEZ MOYA¹, P. MOLINA¹, B. BIZCAINO¹, S. BELTRÁN¹, J. PANTOJA¹, A. ÁVILA¹, M. MONTOMOLI¹, I. SANCHIS¹, LM. PALLARDÓ¹, JL. GÓRRIZ¹
¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DR PESET (VALENCIA)

Introducción: La excreción de creatinina en orina de 24h (CrU) es un marcador subrogado de masa muscular. El objetivo de este estudio fue analizar si cambios longitudinales en la CrU pueden asociarse de manera independiente con la mortalidad y la progresión renal en pacientes con enfermedad renal crónica no en diálisis (ERC-ND).

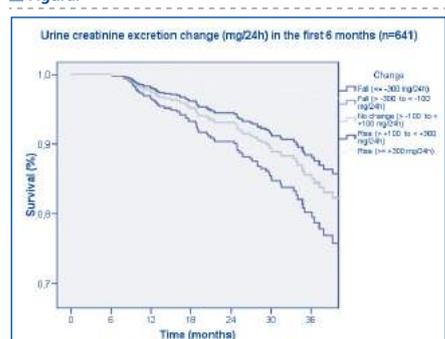
Material y método: La relación entre los cambios en la CrU durante 6 meses, y la supervivencia y la progresión renal se estudió de manera prospectiva en una cohorte de 641 pacientes con ERC-ND estadios 3-5 (edad media:64±16 años; hombres:61%; diabetes:35%; FGe basal:20.4±5.2 ml/min/1.73m²) mediante análisis de regresión de Cox.

Resultados: Los pacientes con una CrU inferior a la mediana (960 mg/24h) eran más mayores, con mayor proporción de mujeres y presentaron menor peso, ingesta proteica, niveles de albúmina y proteinuria. Tras una mediana de seguimiento de 31(RIQ:18-37) meses, la CrU disminuyó desde 1012±371 mg/24h al inicio del estudio a 952±383 mg/24h (p<0.001) al final del mismo. Durante la evolución, 95(15%) pacientes fallecieron (causa cardiovascular: 50%) y 197(31%) iniciaron terapia renal sustitutiva. Tras ajustar por edad, sexo, albúmina, peso, filtrado glomerular e ingesta proteica, el tertíl inferior de CrU se asoció de manera independiente con peor supervivencia [HR 2.261(IC95%:1.076-4.752);p=0.036]. El grupo de pacientes que aumentaron la CrU durante los 6 primeros meses presentaron la mejor supervivencia [HR 0.126(IC95%:0.026-0.612);p=0.003], mientras que la disminución en la CrU se asoció de manera independiente con la mortalidad (ver figura).

En el análisis multivariante la CrU no se asoció a la incidencia de terapia renal sustitutiva.

Conclusiones. En pacientes con ER-ND la masa muscular estimada mediante CrU disminuye con el tiempo. Un descenso de la CrU predice mayor riesgo de muerte en esta población. Si esta relación es causal deberá ser explorada en ensayos clínicos específicamente realizados en esta población.

Figura.



218 FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR CLÁSICOS EN LOS PACIENTES QUE ACUDEN POR PRIMERA VEZ A LA CONSULTA DE NEFROLOGÍA

S. ROCA¹, J. ABELLAN², RM. DE ALARCÓN¹, M. ALBALADEJO¹, MS. ROS¹, GM. ALVAREZ¹, MJ. NAVARRO¹, MA. GARCÍA¹, M. MOLINA¹
¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA LUCÍA (CARTAGENA),²CATEDRA RIESGO CARDIOVASCULAR. UNIVERSIDAD CATOLICA SAN ANTONIO (MURCIA)

Introducción: La enfermedad renal crónica (ERC) es considerada un factor de riesgo cardiovascular (FRCV) independiente, tanto por el descenso del filtrado glomerular (FG) como por la presencia de microalbuminuria (MAU). La enfermedad cardiovascular (ECV) es la principal causa de morbimortalidad en el paciente con ERC. Objetivo: analizar los FRCV y su control en una población incidente en la consulta de nefrología (CNEF).

Pacientes y métodos: 100 pacientes obtenidos por muestreo aleatorio simple (1:10) en 2015 remitidos por primera vez a CNEF. Variables: parámetros clínicos y analíticos relacionados con FRCV. Análisis estadístico: SPSS 13.0. Contraste de hipótesis: chi-cuadrado y t-student.

Resultados: 67,2 (16,6) años. 36% más de 75 años. 53% mujeres. 75% remitidos por ERC. 60% desde atención primaria.

Más del 50% de los pacientes son remitidos en estadios avanzados de ERC (4 o 5), estando presente MAU en el 46%.

82% HTA. Control>140/90 28%. 2,2 fármacos por paciente. 3 o más fármacos 28,1%. 70,7% tratados con bloqueadores del sistema renina-angiotensina (SRAA), 59,8% con diuréticos. El bloqueo SRAA no se ve acondicionado por ninguna de las variables en estudio. El tratamiento con diuréticos es más frecuente en mujeres (p=0,027) y pacientes añosos (p<0,001). Las mujeres llevan más fármacos hipotensores (p=0,013).

DM en el 39%. 70% tratados con antihipertensivos orales, 60% con Metformina, aunque más de la mitad de los tratados presentan ERC en estadios avanzados. 38,5% presentan HbA1C>7,5%. 43% presentan un IMC>30.

69% presentan dislipemia. 57% tratados. 54% presentan LDL>100 (p=0,048), solo 14 pacientes tienen LDL<70. (p=0,021).

32% presentan ECV previa., especialmente los más añosos (p=0,009), 100% son HTA (p=0,001), llevan más hipotensores prescritos (P=0,001), especialmente diuréticos (p=0,024), 62,5% DM (p=0,001), con mal control lipídico (p=0,048)

Conclusiones: Los pacientes son remitidos a CNEF de forma tardía, presentando un elevado riesgo cardiovascular, no solo por ERC sino por un deficiente control de los FRCV clásicos.

219 APLICACIÓN DE LA ECUACION DE CALCULO DE RIESGO DE INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA TERMINAL (IRCT) EN POBLACION ESPAÑOLA

L. AZEVEDO¹, NR. ROBLES¹, D. FERNANDEZ-BERGES², FJ. FELIX³, L. LOZANO⁴, I. MIRANDA⁵
¹NEFROLOGIA. HOSP. INFANTA CRISTINA (BADAJOS),²CARDIOLOGIA. UNIDAD DE INVESTIGACION DON BENITO-VILLANUEVA DE LA SERENA. (VVA DE LA SERENA),³MFYC. CS VILLANUEVA DE LA SERENA (VVA DE LA SERENA),⁴MFYC. CS MERIDA I (MERIDA),⁵CARDIOLOGIA. HOSP. DON BENITO-VVA DE LA SERENA (DON BENITO)

Objetivos: Comparar en la muestra del estudio poblacional HERMEX los resultados del uso de una fórmula de estimación de riesgo de evolución a IRCT con los resultados de la aplicación de la tabla de predicción KDIGO y la ecuación HUGO.

Diseño y métodos: De una muestra poblacional de 2.813 personas fueron validos los datos de 113 sujetos con filtrado glomerular < 60 ml/min. En todos los pacientes se calculó el riesgo de progresión a IRCT, el riesgo estimado por la tabla KDIGO y la puntuación de la fórmula HUGO.

Resultados: Usando la tabla KDIGO el 73,5% de los pacientes personas se encontraban en riesgo leve de progresión, 20,4% en riesgo elevado y 6,19% en riesgo muy elevado de progresión de la IRC. Por otra parte, usando la ecuación que calcula el riesgo de IRCT 108 personas (95,6%) tenían un riesgo bajo de progresión a 2 años y el resto un riesgo de progresión moderado o elevado. Según la estimación de la fórmula H.U.GE solamente 33 de los pacientes padecían insuficiencia renal (29,2%); de ellos 5 presentaban riesgo de progresión según la ecuación de cálculo de riesgo de IRCT.

Conclusiones: No existe buena correlación entre la tabla KDIGO de riesgo de progresión de la enfermedad renal y las fórmulas publicadas recientemente de cálculo de riesgo de progresión a IRCT. La tabla de riesgo debe seguir siendo usada para la decisión de remisión del enfermo a Nefrología. Por el contrario, la fórmula HUGO presenta una excelente correlación con la tabla de riesgo KDIGO.

220 EVALUACIÓN NUTRICIONAL DE LOS PACIENTES ANCIANOS CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA AVANZADA

ME. PORTILLA FRANCO¹, A. SHABAKA², F. TORNERO², JA. HERRERO CALVO², P. GIL GREGORIO¹
¹GERIATRÍA. HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS (MADRID),²NEFROLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS (MADRID)

Introducción: La desnutrición en el paciente anciano con enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) representa un factor importante relacionado con el desarrollo de fragilidad y la ocurrencia de eventos adversos. En la actualidad se dispone de diferentes métodos de evaluación, aunque no hay ningún método específico del anciano. El objetivo del presente trabajo es describir el estado nutricional en pacientes con ERCA, y evaluar la relación entre los parámetros nutricionales y clínicos.

Material y métodos: Se evaluaron a los pacientes mayores de 65 años atendidos en las Consultas Externas de ERCA de nuestro Servicio de Nefrología durante un periodo de 6 meses, con Filtrado Glomerular (FG) medido por fórmula CKD-EPI <20 ml/min. Se excluyeron los pacientes en situación de estrés agudo o ingreso reciente (< 1 mes). Se analizaron los datos sociodemográficos, parámetros funcionales (índices de Barthel, Lawton, Functional Ambulation Classification), comorbilidad (CIRS-G), etiología de la enfermedad renal, fármacos, datos antropométricos, Índice de Masa Corporal (IMC) tanto la versión de la OMS como la versión adaptada al anciano (SENEP), Mini Nutritional Assessment (MNA), Test de Ulibarri y parámetros analíticos.

Resultados: Se incluyeron 80 pacientes; 60% varones, edad media 78,3 (7,4) años. Situación funcional Barthel > 80: 80%, Lawton >4: 37,5%, FAC<3: 13,8%. Etiología de la enfermedad renal: Nefropatía diabética 30%, Vascular 18,8%, Glomerular 7,5%, Nefropatía Intersticial Crónica 5%, No filiada 23,8%, Otras 15%. MNA: 62,5% con estado nutricional normal, 33,8% con riesgo de malnutrición, 3,8% con malnutrición. IMC (SENEP): normopeso 76,3%, obesidad grado I 12,5%, peso insuficiente 3,8%. IMC (versión OMS): normopeso 30%, sobrepeso 50%, obesidad grado I 12,5%. La escala de Ulibarri mostró: estado nutricional normal 44,4%, desnutrición leve 42,5%, desnutrición moderada 11,3%. Al contrastar los diferentes métodos de evaluación nutricional con los parámetros clínicos, se observó que la situación nutricional en rango de normalidad para el IMC (SENEP) y el MNA, se asociaban con un Barthel >80 (IMC SENEPE: p= 0,013 y para el MNA p= 0,019).

Conclusiones: 1) La mayoría de los pacientes con ERCA presentan una adecuada situación nutricional, medida por diferentes métodos. 2) Existe una amplia variabilidad entre los tests para la evaluación del estado nutricional en el anciano. 3) La versión de IMC de la OMS podría sobreestimar los valores de sobrepeso en el paciente mayor. 4) Una situación nutricional óptima evaluada mediante IMC adaptada al anciano (SENEP) y el MNA, se relacionan con una mejor situación funcional.

221 ESTUDIO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA AVANZADA QUE INGRESAN EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

E. MERINO GARCÍA¹, MA. MARTINEZ ARCOS², FJ. BORRERO UTIEL³, MC. SANCHEZ PERALES³
¹NEFROLOGIA. COMPLEJO HOSPITALARIO JAÉN (JAÉN),²UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. COMPLEJO HOSPITALARIO JAÉN (JAÉN),³NEFROLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO JAÉN (JAÉN)

Introducción: Los diferentes motivos de ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos son cuadros de shock seguidos de patología cardiológica, neurológica, insuficiencia respiratoria aguda y cuadros sépticos. Los principales estudios publicados datan de la población en general. Destaca la escasa literatura descrita sobre pacientes con enfermedad renal crónica asociada a ingreso en estas Unidades.

Material y métodos: Se establecen 5 grupos de pacientes: 1. Cardiológicos (arritmia, EAP, SCA, taponamiento); 2. Sépticos (endocarditis, post-Qx abdominales, otros); 3. Enf. cerebrovascular (ACV hemorrágico); 4. Shock hemorrágico (post-Qx urológicos, vasculares, hemorragia digestiva,...) y 5. Otros (pancreatitis, insuf. respiratoria, fallo hepático y colestiasis).

Resultados: Se analizaron 99 pacientes con 58.6% varones. Edad media de 70±12 años. APACHE II medio de 22.8±9.2 puntos. La estancia media fue de 7.3±13.4 días. Al analizar estas tres variables según motivo de ingreso se encontraron diferencias para la edad entre las cardiológicas vs sépticos (73.3±10.3 en cardiológicos; p=0.003), y para el APACHE entre cardiológicos vs (ECV) enf, cerebrovascular (31±8.3 en ECV; p=0.004). En los varones fue más frecuente el SCA (p=0.012) y en las mujeres el EAP (p=0.058). La principal causa de ingreso por sexo fue la cardiológica. En cuanto al motivo de ingreso observamos: 57.6% en cardiológicos, 17.2% en sépticos, 12.1% en ECV, 6.1% en shock hemorrágico y 7.1% en otros. La mortalidad global de la población fue del 34.3% (siendo mayor en el grupo de ECV con un 91.7% y menor en cardiológicos 21.1%; p<0.001). La mortalidad fue similar entre varones y mujeres. Al analizarla por edad, APACHE y estancia se observaron diferencias significativas en cuanto al APACHE, siendo este mayor en los exitus (p<0.001), y una estancia en días mayor en los exitus (p=0.083). En el grupo cardiológicos, aquellos ingresados por arritmia tuvieron mayor incidencia de exitus (19.4%; p=0.018). El resto no alcanzaron la significación estadística. En el grupo sépticos no se observaron diferencias.

En cuanto a las técnicas de depuración se observó que un 78.9% (n=79) no se realizaron ninguna técnica, en el 15.2% (n=15) se realizaron técnicas de hemofiltración y en el 5.1% (n=5) hemodiálisis. Los sépticos se realizaron con más frecuencia dichas técnicas (52.9%; p=0.007)

Conclusiones:

- La edad al ingreso es elevada en los cardiológicos y el APACHE en el grupo de ECV
- El Síndrome Coronario Agudo y la arritmia es más frecuente en varones, siendo la arritmia seguido del Edema Agudo de Pulmón en mujeres
- La mortalidad es mayor en el grupo ECV y menor en cardiológicos
- El APACHE y estancia en días es mayor en los exitus
- Las técnicas de depuración son mayores en el grupo de los sépticos

Resúmenes

Enfermedad renal crónica - Epidemiología y clínica

222 ENFERMEDAD VASCULAR Y SU RELACIÓN A ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA: "EL EBOLA DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN ÁFRICA"

ME. RAOLA SÁNCHEZ¹

¹MEDICINA FAMILIAR Y NEFROLOGÍA. INSTITUTO DE NEFROLOGÍA (LA HABANA)

La enfermedad vascular global constituye una Pandemia universal, existe una interrelación creciente entre esta enfermedad y la enfermedad renal crónica (ERC), en África especial Angola constituye el Ebola de las enfermedades crónicas no transmisibles.

Objetivo: determinar la prevalencia e interrelación entre enfermedad vascular y enfermedad renal crónica.

Material-Método: Estudio epidemiológico prospectivo de corte transversal durante cuatro años de seguimiento en clínica Sagrada Esperanza. Universo: 947 pacientes con enfermedad crónica vascular y renal. Muestra: 921 pacientes. Variables: edad, sexo, factores de riesgo tradicionales y no tradicionales, aplicación de escala de riesgo vascular para ERC (KDIGO) según velocidad de filtración glomerular (VFG) y albuminuria.

Conclusiones: Identificamos una fuerte relación entre enfermedad vascular global y ERC, a medida que disminuye la VFG y presencia de albuminuria el riesgo relativo de daño vascular es mayor en la población estudiada.

Recomendaciones: Realizar estudios multicéntricos en diferentes países de Afaca enfocados en el daño vascular y las enfermedades renales crónicas que aporten más datos a la verdadera realidad del continente africano.

■ **Tabla.** Riesgo Relativo de daño vascular (VFG) ml/min

Albuminuria 10-29 mg/dl	Albuminuria 30-300 mg/dl	Albuminuria ≥ 300 mg/dl	90-100
0,6	1,2	2,3	60-89
1,4	1,8	3,1	45-59
1,7	1,8	3,6	30-44
2,3	2,2	4,9	15-29
3,6	3,3	6,6	

223 INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN PACIENTES HIPERTENSOS ATENDIDOS EN EL CONSULTORIO 22 DEL POLICLÍNICO "CRISTÓBAL LABRA". HABANA. CUBA

C. GARCÍA RAOLA¹, ME. RAOLA SÁNCHEZ²

¹MEDICINA FAMILIAR Y NEFROLOGÍA. POLICLÍNICO CRISTOBAL LABRA (LA HABANA),²MEDICINA FAMILIAR Y NEFROLOGÍA. INSTITUTO DE NEFROLOGÍA (LA HABANA)

Introducción: La identificación precoz de la insuficiencia renal crónica oculta (IRCO) permite limitar la progresión del daño renal y modificar los factores que contribuyen al aumento de la morbilidad. En esta labor el papel clave la juegan los equipos de atención primaria.

Objetivo: Caracterizar a los pacientes hipertensos con diagnóstico de IRCO atendidos en el Consultorio 22 del Policlínico Docente "Cristóbal Labra".

Metodología: Se realizó un estudio en 197 pacientes hipertensos en el periodo comprendido entre noviembre del 2014 y febrero del 2015. Se estudiaron las variables: presencia de IRCO, estadios y factores de riesgo para la enfermedad renal crónica (ERC). Se consideró que los pacientes presentan IRCO cuando el filtrado glomerular (FG) fue menor de 60 ml/min/1.73m² y los valores de creatinina normales. El FG se calculó por la ecuación derivada del estudio Modification of Diet in Renal Disease. Para estratificar la ERC se utilizó la clasificación de la National Kidney Foundation y los factores de riesgo estudiados fueron la edad de mayor de 60 años, historia familiar con ERC, bajo peso al nacer, raza negra y diabetes.

Resultados: 33 pacientes fueron diagnosticados con IRCO (16.7 %). Aproximadamente el 85 % de ellos se encuentran en el estadio 3, 12 % en el estadio 4 y 3 % en el estadio 5. En casi el 85% de ellos la edad superó los 60 años; el 70% tenía como antecedentes diabetes mellitus y los pacientes de color negro de la piel constituyeron el 52% de la muestra. El 84.8 % presentaron dos o más factores de riesgo y casi el 50 % más de tres factores.

Conclusiones: Identificamos un número significativo de hipertensos con IRCO dentro de los que predominó el estadio 3 de la ERC y en los cuales de los factores de riesgo para padecerla resultaron más frecuentes la edad superior a los 60 años, los antecedentes de diabetes mellitus y el color negro de la piel. Presentaron dos o más factores de riesgo casi la totalidad de los pacientes y a medida que se incrementó el número de factores de riesgo se agravó la insuficiencia renal crónica.

224 INSUFICIÊNCIA RENAL AGUDA E MALARIA EM UNIDADES NA CUIDADOS INTENSIVOS. ESTUDO MULTICÊNTRICO. LUANDA. ANGOLA

ME. RAOLA SÁNCHEZ¹, C. GARCÍA RAOLA², M. DANIEL³

¹MEDICINA FAMILIAR Y NEFROLOGÍA. INSTITUTO DE NEFROLOGÍA (LA HABANA),²MEDICINA FAMILIAR Y NEFROLOGÍA. POLICLÍNICO CRISTOBAL LABRA (LA HABANA),³NEFROLOGÍA. CLÍNICA SAGRADA ESPERANÇA (LUANDA)

Introdução: De acordo com estimativas recentes, em 2014 houve 198 milhões de casos de malária (com um intervalo de incerteza de entre 124 milhões e 283 milhões) que causou a morte de cerca de 584 000 pessoas (com um intervalo de incerteza de entre 367 000 e 755 000). A taxa de mortalidade por malária caiu em mais de 47% desde 2000, a nível mundial, e em 54% na Região Africana. A insuficiência renal aguda (IRA) é multicausal e resulta um preditor independente de alta mortalidade. **Objetivos:** Determinar a prevalência da malária e IRA asem como as diferentes opções terapêuticas da reemplazo da função renal nas unidades de terapia intensiva (UTI). **Métodos:** Estudo descritivo, prospectivo e transversal de 536 pacientes que tiveram malária grave e complicada em cuidados intensivos nas diferentes unidades na cidade de Luanda, Angola. Foram hospitalizados casos de malária grave e complicado. Estudo conduzido de outubro 2012 até maio de 2015. Procedendo como muitos casos de banco da emergência e transferido de províncias pobres.

Resultados: A idade mais afetada foi entre 15 a 45 anos, predominantemente do sexo feminino em 58,1%, o tempo de internação na UTI do que 5--13 dias na maioria casos. O quadro clínico predominante foi o mal-estar, dor de cabeça, febre, calafrios, choque séptico e multifactorial asem como disfunção multi-organo, gota espessa foi positiva para o P. falciparum 93,01% dos casos asem como test imunocromatogeno. Iniciou-se quinina intravenosa combinada com clindamicina em 96,3% dos casos. As complicações mais frequentes foram: anemia grave (41,9), a malária cerebral (25,3%) falência de múltiplos órgãos (23%), as modalidades terapêuticos no tratamento da insuficiência renal aguda foram estendidos hemodialises diários e hemodiafiltration, em casos com vasculites foram necessário o uso de plasmaférese.

Conclusão: A insuficiência renal aguda é um factor de mau prognóstico em malária complicada, o início da terapia de substituição renal em um estágio inicial diminuiu a mortalidade e melhoraram as taxas de sobrevivência população estudada.

Palavras-chaves: malária grave e complicada, insuficiência renal aguda, hemodialises, hemodiafiltration.

225 REMISSÃO TARDIA A PROGRAMAS DE DIALISES EM PACIENTES COM ENFERMIDADE RENAL CRONICA

ME. RAOLA SÁNCHEZ¹, M. DANIEL², C. GARCÍA RAOLA³

¹MEDICINA FAMILIAR Y NEFROLOGÍA. INSTITUTO DE NEFROLOGÍA (LA HABANA),²NEFROLOGÍA. CLÍNICA SAGRADA ESPERANÇA (LUANDA),³MEDICINA FAMILIAR Y NEFROLOGÍA. POLICLÍNICO CRISTOBAL LABRA (LA HABANA)

Introducción: A Enfermidade Renal Crónica está considerada como um dos grandes problemas de saúde pública, afeta a milhões de pessoas, que poderiam beneficiar-se de uma deteção temprana, dependendo do estágio de sua enfermidade e de um tratamento precoce.

Objetivos: Determinar as características gerais e morbimortalidade dos pacientes com enfermidade renal crónica associados à remissão precoce e tardia a especialidade nefrologia.

Material e Métodos: Realizou-se um estudo prosectivo analítico no período comprendido de dezembro 2011 a 31 de janeiro de 2016 em serviços de diálise da Clínica Sagrada Esperança. O universo de estudo esteve constituído por 697 pacientes com falha renal crónica, maiores de 18 anos que foram incluídos em programa de diálise crónica. recolheram-se dados sócio-demográficos, valoración clínica e analítica ao início do tratamento, trimestre, semestral e anual. Os pacientes se classificaram em precoce e tardio dependendo do tempo de transferência a consulta de nefrologia. A informação obtida se processou utilizando o programa SPSS versão 15.0. convecionaram-se tabelas e gráficos; analisadas por frequências absolutas e frequências relativas. Determinando a meia e separação padrão assim como se realizaram as provas de hipótese correspondentes. Do ponto de vista inferencial se aplicou a prova do Chi Quadrado (χ²) Utilizaram-se os níveis significatansivos do 0,05; 0,01.

Resultados: O maior número de pacientes da Enfermidade Renal Crónica encontraram-se em Estádio V sem preparação previa, 68,2%, a remissão tardia ao nefrólogo se apresentou em 82,3%, com predominio nos pacientes maiores de 40 anos. As causas mais frequentes a nefropatia vascular hipertensiva, 47,2%, nefropatia diabética 23,6% e não fichada 17,2%, outras causam 12% onde se destrancam as oncológicas. O acesso vascular transitivo para a primeira hemodiálise preponderou no 87,3, a comorbilidade vascular, cardíaca e cerebrovascular constituiu o 61,3%. A hemodiálise constituiu a modalidade de tratamento empregada em todos os pacientes, por não disponibilidade de outras técnicas depurativas. 76,5% referência tardia, 68,2% apresentou major numero de internamentos e menos aderência ao proceder e maior mortalidade nos primeiros 6 meses que os remetidos preços.

Conclusiones: A remissão tardia ao nefrólogo tem n efeito nefasto na sobrevivência e morbi-mortalidade nesta população.

Palavras-chaves: insuficiência renal cronica, remissão tardia, morbi-mortalidad.

226 INFLUENCIA DE LA CONSULTA ERCA EN EL CRECIMIENTO DE UNA UNIDAD DE DIÁLISIS PERITONEAL: CUATRO AÑOS DE EXPERIENCIA

R. RUIZ FERRÚS¹, D. GONZÁLEZ FERRI¹, I. MARTÍNEZ SANTAMARÍA¹, E. COTILLA DE LA ROSA¹, V. ANDRONIC¹, E. BARÓ SALVADOR¹

¹NEFROLOGÍA. H. VINALOPÓ (ELCE)

Introducción: Entre los objetivos de la consulta ERCA se encuentra dar apoyo al paciente en la decisión sobre la técnica de tratamiento renal sustitutivo por la cual optará llegado el momento. Para ello, es fundamental administrar información de forma individualizada, clara y concreta sobre las modalidades de TRS: Hemodiálisis/Diálisis peritoneal/Trasplante renal/Tratamiento conservador.

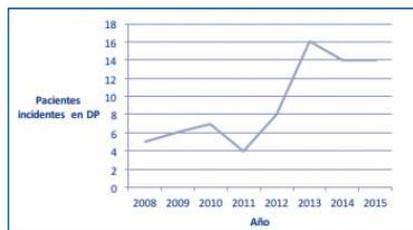
Nuestra unidad de Nefrología la constituyen los Servicios de dos centros Hospitalarios, el H. Vinalopó y H. Torreveja. Entre ambos dan cobertura a una población de 320.000 personas. En Julio 2013, se crea en ambos centros la consulta ERCA, donde se valoran pacientes con CICr \leq 25 ml/min/1.73 m², todos ellos con historia clínica realizada por enfermería y nefrología prediálisis, con un censo de los pacientes incluidos en la consulta y una actividad de cuidados e información protocolizados.

Objetivo y métodos: Nuestro objetivo es comprobar si la creación de la consulta ERCA, con el trabajo conjunto de enfermería y medicina enfocados a pacientes prediálisis y proporcionando información protocolizada sobre técnicas de tratamiento renal sustitutivo, ayuda a incrementar la incidencia de pacientes en diálisis peritoneal. Para ello se realiza un estudio observacional retrospectivo sobre la incidencia de pacientes en DP desde 2008 hasta 2015, valorando el crecimiento de los mismos tras la creación de la consulta ERCA en Enero 2013.

Resultados (Figura 1)

Conclusiones: En nuestra experiencia, tras la creación de la consulta ERCA se objetiva un crecimiento lineal de la DP en nuestros centros. La consulta de enfermería y nefrología prediálisis fueron los lugares donde se informó a los pacientes de manera verbal, con material audiovisual en algunas ocasiones y dando a conocer las instalaciones de ambas técnicas.

Figura.



227 PAPEL DEL NEFRÓLOGO EN LA REMISIÓN TEMPRANA VS TARDÍA DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA AVANZADA (ERCA) Y SU ASOCIACIÓN CON LA FORMA DE INICIO DE TRATAMIENTO RENAL SUSTITUTIVO (TRS)

C. LÓPEZ APERADOR¹, I. CHAMORRO BUCHELI¹, Y. RIVERO VIERA¹, N. DÍAZ NOVO¹, E. BOSCH BÉÑITEZ-PARODI¹, A. TOLEDO GONZÁLEZ¹, M^a. LAGO ALONSO¹, S. GUINEA SOLORZANO¹, F. BATISTA GARCÍA¹, C. GARCÍA CANTÓN¹

¹SERVICIO DE NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO INSULAR DE GRAN CANARIA. UNIVERSIDAD LAS PALMAS DE GRAN CANARIA (LAS PALMAS DE GRAN CANARIA)

Introducción: Los cuidados en Consulta ERCA tienen un impacto en la forma de inicio de TRS y en los resultados posteriores. Nuestro objetivo fue evaluar dichos cuidados en nuestro hospital, para identificar oportunidades de mejora.

Material y métodos: Estudio de corte transversal de los pacientes que inician TRS entre 2013 y 2015 desde Consulta ERCA. Se estudió formas y causas de inicio urgente no programado y se comparó resultados del subgrupo con menos de 6 meses (<6m) de seguimiento, realizando análisis retrospectivo del proceso de derivación.

Resultados: De 242 pacientes que iniciaron TRS, 168 comenzaron desde Consulta ERCA. 93% recibió educación para elección de TRS y de éstos, 91% inició por la técnica elegida. 72% empezó diálisis de forma programada ambulatoriamente, en modalidad de Hemodiálisis (HD) 66% (35% catéter tunelizado/65% acceso vascular desarrollado), 29% Diálisis Peritoneal y 5% trasplante renal donante vivo anticipado. Sin embargo, 28% empezó de forma urgente hospitalizado y el 100% abordaron HD (62% catéter tunelizado/10% catéter temporal/28% acceso vascular desarrollado). La principal causa de inicio urgente fue Insuficiencia Cardíaca Congestiva (ICC) en más de 50%, seguida de rápida progresión de ERC asociada a eventos cardiovasculares o procesos infecciosos. 16.1% habían tenido seguimiento <6m en ERCA con proporción significativamente mayor de inicio urgente desde ingreso hospitalario y mayor utilización de catéteres venosos. No se encontró diferencia significativa en la modalidad de inicio con el resto de pacientes. Del grupo con <6m de seguimiento, 52% procedía de Consultas de Nefrología y 48% de Atención Primaria u otras especialidades. De aquellos procedentes de Nefrología, 79% fueron derivados correctamente al alcanzar grado 4 y el seguimiento corto se debió a rápida progresión, sólo 3 pacientes pueden considerarse remisión tardía por Nefrología. De los pacientes no remitidos por Nefrología, 46.5% habían sido derivados en alguna ocasión pero el paciente no acudió o había abandonado seguimiento.

Conclusiones: La adecuada remisión a Consulta ERCA tiene impacto positivo en la forma de inicio del TRS. Se consideró óptima dicha remisión desde otras áreas del Servicio de Nefrología. En los pacientes con transferencia tardía, se observó un alto índice de abandono del seguimiento; por lo que habría que implementar estrategias para recuperar el control de los pacientes no comparecientes. En nuestra área, se observó una alta incidencia de ICC como causa de inicio no programado, por lo que habría que instaurar mejoras en el manejo de esta patología en Consulta ERCA.

228 PREVALENCIA DE HIPERTENSIÓN ENMASCARADA EN PACIENTES HIPERTENSOS TRATADOS CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA: EL PROYECTO HYGIA

RC. HERMIDA¹, A. OTERO², A. MOYÁ³, SM. GOMARA⁴, E. SINEIRO⁵, MC. CASTIÑEIRAS⁶, JJ. SÁNCHEZ⁷, A. MOJÓN⁸, JR. FERNÁNDEZ⁹, DE. AYALA¹

¹LAB. BIOINGENIERÍA Y CRONOBIOLOGÍA. UNIVERSIDAD DE VIGO (VIGO); ²NEFROLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO (OURENSE); ³AP. SERGAS (PONTEVEDRA); ⁴AP. SERGAS (LUGO); ⁵AP. SERGAS (SANTIAGO)

La comunicación corresponde a un grupo de trabajo o un estudio multicéntrico:

Investigadores del Proyecto Hygia

Introducción: Estudios independientes han concluido que la media de la presión arterial (PA) durante el sueño es mejor predictor de riesgo cardiovascular (CV) que las medidas clínicas de PA y las medias de actividad o de 24h derivadas de la monitorización ambulatoria (MAPA). Por ello, los individuos con hipertensión enmascarada (HTEM; PA clínica normal y ambulatoria elevada) tienen alto riesgo CV. Además, la media de descanso de la PA es un predictor significativo de desarrollo de enfermedad renal crónica (ERC). Hemos evaluado la prevalencia de HTEM en pacientes con ERC bajo tratamiento antihipertensivo participantes en el Proyecto Hygia, diseñado para valorar prospectivamente riesgo CV mediante MAPA en centros de atención primaria de Galicia.

Métodos: En este estudio transversal evaluamos 5.996 pacientes hipertensos tratados y con ERC (filtrado glomerular estimado [FGe] ml/min/1.73 m² y/o albuminuria al menos dos veces en 3 meses), 3.518 hombres/2.478 mujeres, de 67,0 \pm 12,6 años de edad. De ellos, 1.187 (19,8%); 673 hombres/514 mujeres, de 66,0 \pm 13,4 años) tenían la PA clínica controlada (<140/90 mmHg en PA sistólica/diastólica [PAS/PAD]). La PA se monitorizó cada 20 minutos entre las 07:00 y las 23:00h y cada 30 minutos en la noche durante 48h.

Resultados: Los pacientes con PA clínica controlada estaban tratados en promedio con 2,3 \pm 1,2 fármacos (rango 1-6, mediana 2). La prevalencia de HTEM fue muy elevada, un 66,3% de la muestra, aumentando desde el 59,8% de los pacientes con estadio 3A hasta el 82,5% en estadio 5. El factor más contribuyente de la presencia de HTEM fue la elevada PA durante el sueño. Así, el 91,7% de los pacientes con HTEM tenían hipertensión nocturna (media de descanso de la PAS/PAD \geq 120/70 mmHg), mientras que sólo el 61,6% de ellos tenía hipertensión diurna (media de actividad de la PAS/PAD \geq 135/85 mmHg).

Conclusiones: En pacientes con ERC, la prevalencia de HTEM y, por tanto, de elevado riesgo CV a pesar de presentar PA clínica aparentemente bajo control, es extremadamente elevada y aumenta con el estadio de la enfermedad. El factor más predominante de ausencia de control adecuada de la PA ambulatoria es la alta PA durante el sueño, a su vez el marcador pronóstico más significativo de elevado riesgo CV. Estos resultados indican que, en pacientes con ERC, la medida de PA en la clínica es totalmente inadecuada para determinar el grado de control de la PA. En estos pacientes, debido además a la alta prevalencia de hipertensión nocturna, la MAPA debe considerarse como un requisito asistencial imprescindible para estratificación de riesgo CV y valoración de la respuesta del paciente al tratamiento.

229 EFECTOS DE LA HORA DE INGESTA DEL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO SOBRE EL PATRÓN CIRCADIANO DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA: EL PROYECTO HYGIA

JJ. CRESPO¹, A. MOYÁ², A. OTERO³, M. DOMÍNGUEZ-SARDIÑA¹, C. DURÁN¹, JL. SALGADO¹, A. MOJÓN⁴, JR. FERNÁNDEZ⁵, DE. AYALA⁶, RC. HERMIDA¹

¹AP. SERGAS (VIGO); ²AP. SERGAS (PONTEVEDRA); ³NEFROLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO (OURENSE); ⁴LAB. BIOINGENIERÍA Y CRONOBIOLOGÍA. UNIVERSIDAD DE VIGO (VIGO)

La comunicación corresponde a un grupo de trabajo o un estudio multicéntrico:

Investigadores del Proyecto Hygia

Introducción: Diversos estudios prospectivos han reportado diferencias clínicamente relevantes en la eficacia para reducir la presión arterial (PA) ambulatoria (MAPA), duración del efecto terapéutico y perfil de seguridad de la mayoría de los antihipertensivos en función de la hora de su administración. Además, se ha documentado que la ingesta de la dosis completa de al menos un antihipertensivo al acostarse, en comparación con la ingesta de todos ellos al levantarse, reduce significativamente el riesgo cardiovascular (CV), tanto en población general como, en particular, en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC). Por ello, hemos evaluado la influencia de la hora de tratamiento sobre el patrón de la MAPA en pacientes con ERC participantes en el Proyecto Hygia, diseñado para valorar prospectivamente riesgo CV mediante MAPA en centros de atención primaria de Galicia.

Métodos: En este estudio transversal evaluamos 5.996 pacientes hipertensos tratados y con ERC (filtrado glomerular estimado [FGe] ml/min/1.73 m² y/o albuminuria al menos dos veces en 3 meses), 3.518 hombres/2.478 mujeres, de 67,0 \pm 12,6 años de edad. De ellos, 2.313 ingerían toda la medicación antihipertensiva en dosis única al levantarse, 2.586 tomaban la dosis completa de al menos un fármaco al acostarse y el resto al levantarse y los 1.095 restantes tomaban toda la medicación al acostarse. La PA se monitorizó cada 20 minutos entre las 07:00 y las 23:00h y cada 30 minutos en la noche durante 48h. Durante los días de MAPA, los sujetos cubrieron un diario apuntando su horario de actividad y descanso.

Resultados: La profundidad de la PA sistólica fue significativamente menor (P<0,001) y la prevalencia del patrón no-dipper (profundidad <10%) mayor con toda la medicación al levantarse (64,9%) que con algún fármaco al acostarse (61,2%) y mucho menor en los pacientes que tomaban toda la medicación al acostarse (50,8%; P<0,001 entre grupos). La prevalencia del patrón riser (profundidad <0%) fue mucho mayor (19,4%) en los pacientes que tomaban toda la medicación al levantarse que en los que tomaban todos los fármacos al acostarse (10,9%; P<0,001).

Conclusiones: Los resultados documentan que la prevalencia del patrón no-dipper/riser, con independencia del estadio de severidad de ERC, está significativamente atenuada en pacientes que ingieren toda su medicación antihipertensiva al acostarse. Estos resultados indican que el tratamiento al acostarse, junto con la valoración con MAPA para establecer el correcto diagnóstico de hipertensión y evaluar la eficacia del tratamiento, debería ser el esquema terapéutico de preferencia en los pacientes con ERC.

Resúmenes

Enfermedad renal crónica - Epidemiología y clínica

230 CALCULO DE FILTRADO GLOMERULAR A PARTIR DE LA BETA-2-MICROGLOBULINA (B2M) PLASMÁTICA.L. AZEVEDO¹, B. GONZALES CANDIA¹, MA. BAYO¹, J. LOPEZ GOMEZ², S. BARROSO¹, R. HERNANDEZ GALLEGO¹, NR. ROBLES¹, JJ. CUBERO¹¹NEFROLOGÍA. HOSP INFANTA CRISTINA (BADAJOZ), ²BIOQUÍMICA CLÍNICA. HOSP INFANTA CRISTINA (BADAJOZ)**Objetivos:** La estimación del filtrado glomerular (FG) es uno de los principales problemas de la nefrología clínica. Recientemente se ha descrito una fórmula para calcular este parámetro a partir de los niveles séricos de B2M. Se ha intentado correlacionar sus resultados con la ecuación CKD-EPI y la cistatina sérica.**Diseño y métodos:** El estudio incluyó 80 pacientes atendidos en la Consulta de Nefrología. En todos los pacientes se realizó determinación de creatinina, cistatina C y B2M en plasma. El FG fue estimado a partir de la creatinina sérica mediante la fórmula CKD-EPI adaptada para edad y sexo. A partir de la cistatina C plasmática se calculó el FG usando la fórmula de Hoek; por último, el FG se estimó a partir de B2M usando la ecuación descrita por Inker et al. (Am J Kidney Dis, 2016).**Resultados:** El FG CKD-EPI medio fue 48,4±29,3 ml/min, medido por B2M fue 43,4±21,7 ml/min y según la fórmula de Hoek 52,2±25,6 (p = 0,001 frente a FG-B2M). Las correlaciones obtenidas entre las tres eran muy elevadas (Hoek-CKD-EPI, r = 0,831, p < 0,001; Hoek-B2M r = 0,870, p < 0,001; B2M-CKD-EPI r = 0,817, p < 0,001). En cuanto al diagnóstico de insuficiencia renal (FG < 60) las formulas B2M y CKD-EPI coincidían en el 86% de los casos (coeficiente de contingencia 0,489, p < 0,001), mientras que la ecuación de Hoek solo coincidía en el 60% de los casos con la B2M (un 37,5% no eran considerados como insuficiencia renal, coeficiente de contingencia 0,310, p = 0,003) y en el 61,3% con la ecuación CKD-EPI (coeficiente de contingencia 0,347, p < 0,001).**Conclusiones:** El cálculo del filtrado glomerular a partir de la B2M muestra buena concordancia con los resultados de la ecuación CKD-EPI pero no con la estimación del FG a partir de la cistatina C. La capacidad pronóstica de esta fórmula debe ser evaluada en el futuro.**231** TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA HEPATITIS C CON TERAPIAS LIBRE DE INTERFERÓN EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA CON FILTRADO GLOMERULAR ESTIMADO ENTRE 60 Y 90 ML/MIN/1.73M2. RESULTADOS DE PRÁCTICA CLÍNICAS. PIZARRO¹, M. CASANOVA CABRAL², S. MENENDEZ MALDONADO³, R. ESTERAS¹, JC. PORRES¹, J. EGIDO¹, B. POLO LORDUY², E. GONZALEZ PARRA¹¹NEFROLOGÍA. FUNDACION JIMENEZ DIAZ (MADRID), ²APARATO DIGESTIVO. FUNDACION JIMENEZ DIAZ (MADRID), ³MEDICINA INTERNA. FUNDACION JIMENEZ DIAZ (MADRID)

Los nuevos tratamientos frente al virus de la hepatitis C (VHC) han demostrado tener una influencia sobre la función renal en pacientes con filtrado glomerular estimado (FGe) inferior a 60 ml/min. Sin embargo, no es bien conocido el efecto de los distintos tratamientos empleados actualmente sobre la función renal en pacientes con insuficiencia renal crónica y FGe superior a 60 ml/min.

Se realizó un estudio retrospectivo para evaluar la función renal según el filtrado glomerular estimado (FGe) mediante la fórmula CKD-EPI a las 12 semanas post-tratamiento en 82 pacientes de práctica clínica con infección crónica por VHC e insuficiencia renal crónica con FGe basal entre 60 y 90 ml/min/1.73m2 tratados con antivirales de acción directa sin interferón.

Las conclusiones fueron que los tratamientos sin interferón contra el VHC pueden producir un empeoramiento de la función renal hasta en el 40% de los casos con insuficiencia renal crónica y FGe basal 60 – 90 ml/min/1.73m2. Esta incidencia es mayor en los pacientes tratados con pautas que incluyen sofosbuvir. La mayoría tiene valores de creatinina normales a pesar de tener un FGe disminuido.

232 CONTROL DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS (DM) TIPO II Y ENFERMEDAD RENAL (ER)U. VERDALLÉS¹, M. GOICOECHEA¹, S. GARCÍA DE VINUESA¹, T. LINARES¹, A. GARCÍA PRIETO¹, E. VERDE¹, A. PÉREZ DE JOSÉ¹, J. LUÑO¹¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN (MADRID)

Los pacientes diabéticos con ER son un grupo de altísimo riesgo cardiovascular(CV), donde cobra gran importancia el control de factores de riesgo.

El objetivo de nuestro estudio es analizar las características de los pacientes diabéticos prevalentes con ER, su grado de control metabólico, lipídico y de presión arterial (PA).

Estudio descriptivo observacional de una cohorte de 460(320 H, 140 M) pacientes diabéticos prevalentes (edad media: 69,6±11,4 años) con ER (estadios II-IV). Las características de estos pacientes fueron: FGe: 42,6±16,1 ml/min/1.73m², índice albumina/creatinina (UACR): 374±742 mg/g, IMC: 28,2 kg/m², 97,4% hipertensos (PAS 138±14 y PAD 73±10 mmHg), 59,8% antecedentes de enfermedad CV, duración media de la DM: 12,2±6,8 años, 29,8% retinopatía diabética y 51,5% de los pacientes cumplía criterios de paciente frágil (objetivo de HbA1c <8%, frente HbA1c <7% en el resto de pacientes).

77,8% de los pacientes presentaron adecuado control metabólico (81,9% en frágiles). Recibían tratamiento dietético 4,6%, antihipertensivos orales (ADO) 49,6%, insulina 30% e insulina+ADO 15,9%. Los ADO más utilizados fueron metformina 37,2% y gliptinas 39,1%. 73,3% tuvieron un adecuado control tensional, recibiendo 2,6±1,1 antihipertensivos/paciente, 81,5% bloqueantes del SRAA. Un 34,3% tuvieron adecuado control lipídico: LDL-colesterol

En un modelo ajustado para edad, sexo y FGe, los factores asociados con un adecuado control glucémico fueron: menor IMC ((OR: 0,87 p=0,04), ausencia de retinopatía (OR:0,41, p=0,01) y tratamiento con metformina (OR: 1,22, p=0,02) o asociación ADO+insulina(OR: 1,34 p=0,02). Los factores asociados con un correcto control de PA fueron mejor FGe (OR: 1,81, p=0,04), menor UACR (OR: 0,98 p=0,03) y menor IMC (OR: 0,81, p=0,03). Los factores asociados con control lipídico fueron: antecedente de cardiopatía isquémica (OR: 1,09, p=0,03), enfermedad cerebrovascular (OR: 1,42, p=0,01), menor HbA1 (OR: 0,67, p=0,01), tratamiento con estatinas (OR 1,51 p=0,01) y IMC más bajo (OR 0,93 p=0,03)

Los pacientes diabéticos con ER presentan un buen control de PA, metabólico y pobre control lipídico. La obesidad y la retinopatía se asocian a peor control metabólico. La función renal, UACR y el IMC son los factores asociados con un peor control de PA. Los pacientes con patología cardiovascular previa son los que alcanzan el objetivo de LDL-colesterol, junto con los de mejor control metabólico y menor IMC. Por lo tanto, el control de la obesidad con programas nutricionales adecuados y la generalización del tratamiento con estatinas son factores clave para disminuir el riesgo cardiovascular en la población diabética con ER.

233 FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON ERC GRADO 4 Y CUMPLIMIENTO DE LOS PRINCIPALES OBJETIVOS TERAPÉUTICOSF. ROSIQUE LÓPEZ¹, A. PÉREZ PÉREZ¹, C. ALCÁZAR FAJARDO¹, I. PÉREZ GARRIDO¹, F. RAMOS CARRASCO¹, A. ANDREU MUÑOZ¹, S. MURAY CASES¹, JB. CABEZUELO ROMERO¹¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA (MURCIA)**Introducción:** La Enfermedad Renal Crónica (ERC) está asociada a un considerable riesgo cardiovascular y numerosas complicaciones, suponiendo un problema importante de salud pública, derivado de una mayor morbimortalidad en estos pacientes y un elevado coste en sus fases terminales. El tratamiento correcto de los factores de riesgo y de complicaciones retarda su progresión y aumenta la supervivencia de los pacientes.**Objetivo:** El objetivo del estudio fue identificar la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular (FRCV), etiología y complicaciones en pacientes con ERC estadio 4 y analizar el cumplimiento de los principales objetivos terapéuticos.**Material y métodos:** Estudio observacional descriptivo transversal. Todos los sujetos del estudio tenían una ERC grado 4 (FGe 15-29,9 ml/min/1,73m²) y procedían de la Consulta de Nefrología de ERC Avanzada del Hospital General Universitario Reina Sofía. Las variables del estudio han sido: demográficas y antropométricas (edad, sexo, presión arterial, peso, IMC); variables clínicas, antecedentes (hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus (DM), dislipemia, obesidad, hiperuricemia), etiología de la ERC, complicaciones (anemia, hiperparatiroidismo, hiperpotasemia, acidosis), análisis de sangre (creatinina, LDL colesterol, ácido úrico, potasio, calcio, fósforo, Hb A1c, PTH, hemoglobina, índice saturación transferrina, ferritina). Los principales objetivos terapéuticos fueron: hipertensión arterial (<140/90 mmHg (control estándar), <130/80 mmHg (control estricto)), diabetes mellitus (Hb A1c <7%), hiperuricemia (10 g/dl), PTH (< 110 pg/ml) y fósforo (< 5mg/dl).**Resultados:** Hemos estudiado 50 pacientes, 31 hombres y 19 mujeres de edad media 77,02 ± 11,41 años. Se objetivó una elevada prevalencia de factores de riesgo cardiovascular: HTA (100%), DM (48%), dislipemia (72%), obesidad (42%), hiperuricemia (74%). Presentaron una media de 4 factores de riesgo cardiovascular. Las complicaciones más frecuentes fueron anemia (58%) e hiperparatiroidismo (82%); hiperpotasemia (30%) y acidosis metabólica (28%). Las etiologías más frecuentes fueron nefropatía hipertensiva/nefroangioesclerosis (68%) y nefropatía diabética (14%). Respecto a los objetivos terapéuticos, en hipertensión arterial, un 56% de pacientes cumplieron control estándar y 26% control estricto, el 64% de los diabéticos tuvo Hb A1c <7%, el 28% de los pacientes tuvo LDL-c < 70 mg/dl, el 52% tuvo buen control de ácido úrico, el 82% de potasio, el 92% de hemoglobina, 96% de fósforo y sólo el 36% de la PTH.**Conclusiones:** Se confirma en nuestro estudio una elevada prevalencia de FRCV y complicaciones asociadas a la ERC. El grado de cumplimiento de los objetivos terapéuticos alcanzados en nuestra serie ha sido bueno, si bien no se alcanzó el máximo en ninguno de los parámetros.

234 CKD-EPI O MDRD. ESA ES LA CUESTIÓN

MI. ACOSTA-OCHOA¹, A. COCA¹, C. ALLER¹, J. MARTÍN¹, A. MENDILUCE¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO (VALLADOLID)

Introducción: El MDRD-4 se desarrolló en 1999 y utiliza 4 variables para estimar FG ajustado por superficie corporal; presenta imprecisiones en FG altos, por lo que se recomienda reportarlo como >90ml/min partiendo de este valor. El CKD-EPI surgió en 2009 y usa las mismas variables, muestra menor sesgo en FGe >60ml/min, su uso es recomendado en la guías KDIGO-2012-ERC. Evaluamos las diferencias de distribución de pacientes usando ambas ecuaciones y determinamos su asociación con eventos adversos.

Material y Método: Incluimos pacientes consecutivos de interconsultas de nefrología. Utilizamos la Cr basal para calcular el FGe por MDRD-4 y CKD-EPI, los clasificamos como: Sin ERC, Estadios 3a, 3b, 4 y 5. Determinamos la distribución por estrato y grupo. Realizamos una correlación bivalente entre estadio de ERC y resultados adversos de necesidad de HD y mortalidad.

Resultados: Incluimos 440 pacientes, 66% varones, edad 73 ± 13. Media FGe en menor de 60ml/min: MDRD-4 61±36, CKD-EPI 56±36. Por MDRD-4 encontramos 2% más de pacientes sin ERC, sin diferencia estadísticamente significativa; existe una distribución uniforme a lo largo de Estadios 3a, 3b y 4; pero encontramos 23 pacientes más en Estadio 5 por CKD-EPI (p=0.02). En el estrato 5 la mortalidad es significativamente mayor en el grupo CKD-EPI (p=0,04) comparada con el mismo estadio por MDRD-4. En el análisis bivalente encontramos una correlación entre Estadio 5 por CKD-EPI y mortalidad estadísticamente significativa (OR 2.66; IC 95%, 1.02-5.88, p=0,013); no encontramos significación en ningún otro Estadio para los resultados adversos mortalidad ni HD por ninguna de las ecuaciones.

Conclusiones: En nuestro estudio encontramos una diferencia significativa en la distribución de pacientes en Estadio 5 por CKD-EPI, también hay diferencia en los pacientes clasificados sin ERC con esta ecuación aunque no alcanza la significación. Observamos una asociación positiva entre mortalidad y Estadio 5 por CKD-EPI, sin más asociaciones significativas ni por estratos ni por ecuación. En la literatura médica no se ha abandonado el MDRD, por lo que no ha perdido vigencia y la decisión de qué ecuación utilizar recae en el clínico o el investigador. En caso de usar CKD-EPI puede llevar a sobre-clasificación de pacientes con diagnóstico de ERC con la consiguiente carga asistencial, el efecto etiquetado que acarrea y el sesgo en estudios sobre ERC. Del mismo modo al usar la MDRD-4 podemos estar clasificando pacientes en estratos de severidad menor cuando en realidad han alcanzado estadios mayores. ¿MDRD-4 o CKD-EPI? Esa es la cuestión.

235 NEFROCONSULTOR: UNA HERRAMIENTA ÚTIL PARA OPTIMIZAR LA DERIVACIÓN A LA ESPECIALIDAD DE NEFROLOGÍA

NÉ. OLIVA DÁMASO¹, EL. OLIVA DÁMASO², JU. PAYAN¹, AL. MARAÑES¹, JO. RODRÍGUEZ PÉREZ²

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL COSTA DEL SOL Y HOSPITAL QUIRÓN MARBELLA (MÁLAGA),²NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCTOR NERGIN (LAS PALMAS DE GRAN CANARIA),³NEFROLOGÍA. HOSPITAL COSTA DEL SOL MARBELLA (MÁLAGA),⁴NEFROLOGÍA. HOSPITAL QUIRÓN MARBELLA (MÁLAGA)

Introducción: Los criterios de derivación a Nefrología según "El Documento Consenso de Enfermedad Renal Crónica (ERC) de 2012" de la Sociedad Española de Nefrología (SEN) tienen en cuenta: el estadio de ERC; la velocidad de progresión de la enfermedad renal; el grado de albuminuria; la presencia de signos de alarma; la comorbilidad asociada y la situación funcional del paciente. La identificación del paciente renal de riesgo es por tanto un reto para médicos de Atención Primaria y otras especialidades. La app para móvil "Nefroconsultor" mediante la introducción de 4 parámetros clínicos indica utilizando los criterios del Documento de Consenso si el paciente tiene indicación de ser remitido al especialista en Nefrología o debe ser seguido por su médico de Atención Primaria.

Material y métodos: Utilizando la app "Nefroconsultor" se analizaron las derivaciones desde atención especializada del Hospital Costa del Sol Marbella a la especialidad de Nefrología de Enero 2015 a Junio 2015. Se evaluó introduciendo datos clínicos (edad, sexo, creatinina plasmática y albúmina/creatinina en orina) en la app si las derivaciones seguían los criterios establecidos en el Documento Consenso. Se recogieron otros datos clínicos como patologías asociadas, posible causa de ERC y presión arterial clínica en la primera consulta de Nefrología.

Resultados: Se analizaron 202 pacientes, de los cuales el 128(63%) eran varones con una media de edad de 68,4 años. De los 202, 78(38,6%) fueron derivados correctamente a Nefrología. El restante 61,4% no cumplían los criterios de derivación establecidos. Del grupo de pacientes bien derivados, el 16,2% de ellos no incluían un estudio de orina con albuminuria (MAU). Del total de derivaciones el 30,2% no incluían un estudio de orina con MAU. El 45% de los pacientes presentaban una presión arterial clínica superior a 140/90mmHg en la primera consulta.

Conclusiones: La mayoría de los pacientes derivados a Nefrología no cumplen los criterios de derivación establecidos por la SEN. La app para móvil Nefroconsultor permite de una manera práctica, sencilla y útil asesorar a médicos de otras especialidades acerca de cuando derivar al nefrólogo. En nuestra opinión, es importante individualizar cada caso en pacientes con ERC Grado3b y ver que pacientes deben ser derivados, ya que no es igual la progresión de la ERC en pacientes añosos que en jóvenes. El nefrólogo debe participar precozmente en el control de los factores de riesgo cardiovascular en la ERC.

236 ANÁLISIS DEL TRATAMIENTO CONSERVADOR EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA AVANZADA

I. ROMANIOUK JAKOVLER¹, J. GONZALEZ ARREGOCES¹, S. MARIÑO¹, J. STIFAN KASABJI¹, A. SASTRE LOPEZ¹, A. AGUILERA¹, E. MONFA GUIX¹, C. LUCAS ALVAREZ¹, B. DE LEON¹, M. PRIETO VELASCO¹

¹NEFROLOGIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LEON (LEON)

Introducción: al llegar a ERC avanzada, y pasado el proceso de toma de decisiones (MDRD medio de 12-15 ml/min/1,73 m2) los pacientes optan por técnicas renales sustitutivas existentes, entre ellos, el tratamiento conservador (TC).

Materiales y métodos: estudio descriptivo, retrospectivo, de los 1030 pacientes incidentes en la consulta ERCA desde enero del 2010 hasta enero 2016, 42 pacientes (4%) han decidido el TC. Se analizó la comorbilidad según índice de Charlson. Se describen la causa de la elección del TC, edad media, número de mujeres y hombres fallecidos a los 12 y 24 meses del tratamiento.

Resultados: En la tabla 1 se muestran las características basales de los pacientes fallecidos en tratamiento conservador, edad media tanto en hombres como en mujeres, fallecidos a los 12 y 24 meses con tratamiento conservador.

De 42 pacientes que eligieron TC (24 mujeres (57%) y 18 hombres (43%) con una edad media de 84,8 años para las mujeres y 77,1 años los hombres (p=0,79). De los 42 pacientes, 29 pacientes (69%) fallecieron, (11 mujeres y 9 hombres). En ambas series la desestimación para terapia sustitutiva de la función renal (TSFR) debido al deterioro cognitivo fue la principal causa de elección de TC seguida de la decisión propia de los pacientes. A los 12 meses de seguimiento fallecieron 21 pacientes (75%), 7 pacientes (22%) fallecieron a los 24 meses. Un paciente sobrevivió 44 meses. El índice de Charlson fue superior a 8.

Conclusiones: La mayoría de los exitos con TC ocurre al cabo de un año. La desestimación para TSFR ha sido la principal causa de elección del TC, y dentro de ello el deterioro cognitivo severo. La decisión propia del paciente es la 2da causa. La comorbilidad de la población es elevada.

■ Tabla.

Sexo	Desestimados para terapia renal sustitutiva	Elección propia del tto conservador	Edad promedio	Fallecidos con tratamiento	Fallecidos a los 12 meses	Fallecidos a los 24 meses
Mujeres	45% (11)	55 (15)	88,4	75% (18)	72% (13)	22% (3)
Hombres	50% (9)	50% (9)	77,1	61% (11)	61% (8)	49% (3)

237 EFICACIA DE LOS NUEVOS TRATAMIENTOS DEL VIRUS HEPATITIS C EN ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

A. SHABAKA¹, A. RODRÍGUEZ MORENO¹, M. VELO¹, M. MIRANDA CAM¹, P. SÁNCHEZ-POBRE BEJARRANO², V. LÓPEZ DE LA MANZANARA¹, AL. SÁNCHEZ-FRUCTUOSO¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS (MADRID), ²APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS (MADRID)

Introducción: La infección con el virus hepatitis C (VHC) se ha asociado a complicaciones hepáticas como la cirrosis y el hepatocarcinoma, y también a manifestaciones extrahepáticas como las enfermedades glomerulares por inmunocomplejos, la progresión de la enfermedad renal crónica, el aumento del riesgo de eventos cardiovasculares, y las enfermedades linfoproliferativas. El tratamiento para el VHC ha progresado drásticamente en los últimos años con el desarrollo de los nuevos antivirales de acción directa. El objetivo de este estudio fue analizar la eficacia y seguridad de estos fármacos en nuestra población con enfermedad renal crónica.

Material y métodos: Estudio retrospectivo en el que analizamos a los pacientes con enfermedad renal crónica en seguimiento por nuestras consultas externas de Nefrología Clínica portadores de VHC que recibieron tratamiento con los nuevos fármacos para el VHC. Se recogieron datos demográficos, analíticos para evaluación de función renal, proteinuria, microhematuria, iones, hemoglobina, crioglobulinas, factor reumatoide, ANA, marcadores hepáticos y nutricionales, basales y tras el tratamiento.

Resultados: 19 pacientes, 73,7% varones, edad media 64,7 (9,2) años, Filtrado glomerular medido por CKD-EPI de 60,9(29,9) ml/min. Tratamiento con Sofosbuvir +Ledipasvir 57,9%, con Sofosbuvir + Simeprevir 21,1%, Ombitasvir + Paritaprevir + Dasabuvir 21,1%,Sofosbuvir + Daclatasvir 15,1%. 52,6% de los pacientes habían recibido tratamiento previo para el VHC. 58,7% de los pacientes padecían de crioglobulinemia. La carga viral de VHC se negativizó en el 100% de los pacientes. Se realizó un análisis t de Student para muestras apareadas que mostró un descenso significativo en los niveles de AST (de 57,2 a 25,7 U/L), ALT (de 29,2 U/L a 8,4 U/L) y GGT (de 90,4 a 51,6 U/L) (P<0,001). El 57,1% de los pacientes con crioglobulinemia las negativizó, con un descenso significativo en la media de crioglobulinas tras el tratamiento (de 187,5 a 39,6 mg/dl, p=0,002). No hubo diferencias estadísticamente significativas en los niveles de creatinina sérica, filtrado glomerular, proteinuria ni microhematuria. Como complicaciones hubo 4 pacientes con ingresos por infecciones, uno de los cual falleció por una endocarditis infecciosa.

Conclusiones: Los nuevos tratamientos para el VHC son eficaces para su erradicación en los pacientes con enfermedad renal crónica. La crioglobulinemia disminuye con la erradicación del VHC con los nuevos fármacos. Se necesitan estudios más amplios para valorar la seguridad de estos fármacos en los pacientes con enfermedad renal crónica.