

Tabla 1 – Distribución, según el nivel de estudios, de la función renal y los FRCV

	A/SE n=78	1.º Gr n=1.392	2.º Gr A n=253	2.º Gr B n=518	3.º Gr A n=242	3.º Gr B n=194
Sexo mujer	79,5%	60,1%	52,4%	52,5%	61,2%	55,4%
Edad, años	65,6 (62,8-68,3)	55,6 (54,8-56,4)	46,6 (44,8-48,3)	40,5 (39,4-41,5)	38,8 (37,1-40,5)	37,4 (35,7-39,2)
IMC, kg/m <sup>2</sup>	30,5 (29-32)	28,5 (28,2-28,7)	26,8 (26,3-27,5)	26,3 (25,8-26,8)	25,5 (24,9-26,1)	25,2 (24,6-25,9)
Circ. c., cm	98,8 (95,3-102,3)	94,4 (83,7-95,1)	91,1 (89,4-92,9)	88,4 (87,2-89,5)	85,4 (83,6-87,4)	85,6 (83,7-87,5)
PAS, mmHg	149,5 (143,1-156)	136,5 (135,4-137,7)	128,3 (125,8-130,7)	124,5 (122,9-126)	122,3 (120,2-124,5)	121,7 (119,3-124,1)
Gluc., mg/dl	112,4 (101,9-122,8)	98,7 (97,4-100)	94,7 (92,2-97,2)	90,7 (89,2-92,1)	89 (86,3-91,7)	89,1 (86,5-91,8)
Col. total, mg/dl	208,8 (199,1-218,5)	207,6 (205,6-209,7)	207,8 (202,7-212,5)	197,9 (194,7-201,1)	196,2 (191,4-201,1)	195,2 (189,5-200,9)
HDL col., mg/dl	72 (67,2-76,9)	72,5 (71,5-73,4)	71,4 (68,6-74,1)	71,4 (69,6-73)	75,1 (72,8-77,2)	72,8 (69,9-75,6)
Urato	4,8 (4,5-5,2)	4,8 (4,8-4,9)	4,8 (4,6-5)	4,7 (4,6-4,8)	4,5 (4,4-4,7)	4,7 (4,5-4,9)
Obes.	53,8%	32,1%	22,4%	18,8%	16,1%	12,8%
DM	21,8%	14%	9,1%	4,4%	3,3%	2,6%
HTA	73,1%	52,8%	34,3%	25%	20,7%	21,5%
eGFR	74,5 (70,4-78,6)	83,1 (82,2-84,1)	88,6 (86,6-90,6)	93,6 (92,3-94,9)	91,6 (89,5-93,7)	93,6 (91,4-95,8)
ACR, mg/g	18,2 (10,1-26,4)	10,6 (9,4-11,7)	10 (6,8-13,2)	7,5 (6,2-8,9)	7,8 (6-9,7)	6,5 (4,6-8,4)

que un bajo grado de «inflamación crónica» que comienza en edad infantil y se acrecienta por los efectos acumulativos del SES se traduzca en la vida adulta en mayor disfunción endotelial, acortamiento del telómero, mayor envejecimiento y mayor consumo de fósforo y, en consecuencia, mayor incidencia de ERC.

**Objetivo:** Analizar la relación entre SES y su relación con la incidencia de ERC en la población del estudio EPIRCE.

**Material y métodos:** Datos de estudio EPIRCE. Para el nivel de estudios y la situación laboral se utilizó el criterio de la *British Register General*. La metodología estadística utilizada fue comparación de medias (t de Student) y análisis multivariante.

**Resultados:** La población analfabeta tiene más edad. Es más hipertensa, mas dislipémica y con menor GFR y mayor Al/cr significativamente frente a niveles más elevados de SES (tabla 1).

**Conclusiones:** La población con peor SES tiene mayor tasa de FRCV convencionales y más incidencia de ERC.

<https://doi.org/10.1016/j.nefro.2018.12.003>

### Tasas elevadas de ingesta proteica asocian un declive acelerado de la función renal residual (FRR) en pacientes tratados con diálisis peritoneal (DP)

Pablo Otero Alonso<sup>1</sup>, Antía López Iglesias<sup>2</sup>, Luis Bravo González-Blas<sup>2</sup>, Leticia García Gago<sup>2</sup>, Daniela Astudillo<sup>2</sup>, Ana Rodríguez-Carmona<sup>2</sup>, Teresa García Falcón<sup>2</sup>, Miguel Pérez Fontán<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Hospital Lucus Augusti, Lugo, España

<sup>2</sup> Hospital Universitario de A Coruña, A Coruña, España

La preservación de la FRR es un objetivo prioritario en la DP. La influencia de la ingesta proteica sobre este parámetro no ha sido estudiada suficientemente. Siguiendo un diseño observacional, estudiamos 336 pacientes incidentes en DP, con un seguimiento mínimo de 6 meses y estimaciones seriadas disponibles de ingesta proteica y FRR. La variable principal de estudio fue la ingesta proteica media en los primeros 4 meses de tratamiento (tasa normalizada a peso seco ideal de la aparición de nitrógeno ureico [nPNA]). Las variables resultado fueron la tasa absoluta de declive de la FRR (aclaramiento medio) y la proporción de pacientes con una caída >50% de

la FRR al final del primer año en DP. Aplicamos estrategias univariantes y multivariantes de análisis, teniendo en cuenta las principales variables de control que pudieran interferir en la asociación entre nPNA y FRR.

La media de nPNA en los primeros 4 meses fue de  $1,23 \pm 0,33$  g/kg/día, mientras que la tasa general de declive de la FRR fue de  $-0,13 \pm 0,29$  ml/min/mes. Sesenta y nueve pacientes (25,1%) perdieron >50% de la FRR basal a lo largo del primer año. El análisis univariante mostró asociaciones consistentes entre la variable de estudio, por un lado, y la FRR basal ( $r=0,32$ ,  $p<0,0005$ ) y su ritmo de declive ( $r=-0,23$ ,  $p<0,0005$ ), por otro. Las últimas dos variables mostraron correlación entre ellas ( $r=-0,36$ ,  $p<0,0005$ ). El análisis multivariante identificó a nPNA como predictor límite de la tasa de declive de FRR (odds ratio [OR] 1,09 por 0,10 g/kg/día, IC 95%: 0,99-1,19,  $p=0,058$ ), y como marcador consistente de riesgo de perder >50% de la FRR basal en el primer año (OR 1,15 por 0,10 g/kg/día, IC 95%: 1,04-1,27,  $p=0,006$ ). Un análisis secundario mostró que los niveles de nPNA por encima de 1,40 g/kg/día eran los que parecían asociar un riesgo específico de declive rápido de la FRR.

En conclusión, tasas elevadas de ingesta proteica durante los primeros meses en DP asocian mayor riesgo de declive acelerado de la FRR en pacientes incidentes en DP. Nuestros resultados resaltan la conveniencia de mantener un equilibrio entre una ingesta proteica suficiente para prevenir la malnutrición y el desgaste proteico-energético, y una restricción prudente en pacientes normonutridos con tasas de ingesta proteica en el límite alto o por encima de las recomendaciones actuales.

<https://doi.org/10.1016/j.nefro.2018.12.004>