

353 EL GROSOR DE LA CAPA DE FIBRAS NERVIOSAS DE LA RETINA SE RELACIONA CON LA MAGNITUD DE LA CALCIFICACIÓN CORONARIA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

M. KISLIKOVA¹, J. GAITAN VALDIZAN², JA. PARRA BLANCO³, A. AGUILERA FERNANDEZ¹, A. BENITO HERNÁNDEZ², BA. LAVIN GOMEZ³, MO. VALENTIN MUÑOZ¹, VC. PIÑERA HACES¹, JC. RUIZ SAN MILLAN¹, E. RODRIGO CALABIA¹

¹SERVICIO DE NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA (SANTANDER/ESPAÑA), ²SERVICIO DE OFTALMOLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA (SANTANDER/ESPAÑA), ³SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA (SANTANDER/ESPAÑA), ⁴SERVICIO DE NEFROLOGÍA. IDIVAL (SANTANDER/ESPAÑA), ⁵SERVICIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS. HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA (SANTANDER/ESPAÑA)

Introducción: La enfermedad cardiovascular (ECV) es la principal causa de morbilidad y mortalidad en los pacientes con enfermedad renal crónica (ERC). La cuantificación del grado de calcificación coronaria mediante TC es un marcador del riesgo de cardiopatía isquémica en población general y con ERC. Distintos estudios han relacionado alteraciones retinianas medidas mediante tomografía de coherencia óptica (TCO) con un mayor riesgo de cardiopatía isquémica, aunque no se conoce con precisión si esta relación se mantiene en pacientes con ERC y si hay una relación proporcional entre el grado de calcificación y la misma.

Material y Método: Se llevó a cabo un estudio prospectivo en 127 pacientes con distintos grados de enfermedad renal seguidos en consultas de Nefrología. Se realizó un TC coronario, calculando el grado de calcificación coronaria por el método de Agatston y una TCO para medir el grosor coroideo y el grosor de la capa de fibras nerviosas de la retina (CFNR) a nivel temporal del ojo derecho. Se estimó el filtrado glomerular (FG) mediante la ecuación CKD-EPI y se determinaron los niveles plasmáticos de troponina de alta sensibilidad mediante un ensayo de quimioluminiscencia de micropartículas.

Resultados: Se incluyeron 70 varones (55,1%), 47 (37,0%) diabéticos, con un FG de 39 ± 30 ml/min/1,73 m². El grosor de CFNR fue 131 ± 27 μ m. Los pacientes con más edad tenían un menor grosor de CFNR ($r = -0,179$, $p = 0,047$). Un peor FG no se relacionaba con el grosor de CFNR. El grosor de CFNR se relacionaba de forma inversa con la calcificación coronaria total ($r = -0,204$, $p = 0,024$) y, especialmente, con la calcificación de la descendente anterior ($r = -0,283$, $p = 0,002$) y con el valor de troponina ultrasensible ($r = -0,418$, $p < 0,001$). El grosor de CFNR era significativamente menor en los pacientes con calcificación coronaria severa (134 ± 25 μ m vs. 123 ± 28 μ m, $p = 0,023$), manteniéndose esta relación significativa (OR 0,982, 95%IC 0,965-0,999, $p = 0,042$) tras ajustar por la presencia de diabetes. No se observó correlación entre el grosor coroideo y la calcificación coronaria.

Conclusiones: La medida del grosor de CFNR mediante TCO se relaciona con marcadores relacionados con la cardiopatía isquémica como la calcificación coronaria y la troponina ultrasensible en una población de pacientes con ERC. El estudio de los pacientes con ERC mediante TCO puede permitir estimar de forma no invasiva el riesgo cardiovascular.

354 BENEFICIOS DE LA ADMINISTRACIÓN DE PENTOXIFILINA EN LA EVOLUCIÓN DE LA ATEROSCLEROSIS SUBLÍNICA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

C. FERRI¹, J. DONATE CORREA¹, E. MARTÍN NÚÑEZ¹, N. PÉREZ DELGADO², A. GONZÁLEZ LUIS¹, A. MARTÍN OLIVERA¹, JF. NAVARRO GONZÁLEZ¹, C. MORA FERNÁNDEZ¹

¹UNIDAD DE INVESTIGACIÓN. HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DE CANDELARIA (SANTA CRUZ DE TENERIFE/ESPAÑA), ²SERVICIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS. HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DE CANDELARIA (SANTA CRUZ DE TENERIFE/ESPAÑA)

Introducción: La pentoxifilina (PTX) ha demostrado efectos beneficiosos sobre la albuminuria y la progresión de la ERC, lo que se ha relacionado con sus propiedades antiinflamatorias y antifibróticas. Sin embargo, no se ha explorado su efecto sobre la aterosclerosis subclínica en estos pacientes.

Material y métodos: Se realizó un ensayo clínico independiente, unicéntrico, prospectivo y randomizado para evaluar los efectos de la PTX sobre la progresión de marcadores de aterosclerosis subclínica [índice tobillo-brazo (ITB) y grosor íntima-media carotídeo (GIMC)] en pacientes con ERC G3. Treinta y cuatro pacientes recibieron PTX (1200 mg/día) durante 18 meses, y fueron comparados con otros 34 pacientes sin este tratamiento (grupo control). Todos los participantes recibían bloqueadores del sistema renina-angiotensina y no tenían antecedentes clínicos de enfermedad cardiovascular. Además, se determinaron los niveles de expresión génica en células circulantes en sangre periférica (CCSP) y la concentración de -Klotho y de marcadores inflamatorios [proteína C reactiva (PCR), factor de necrosis tumoral alfa (TNF α), interleucina 6 (IL6) e interleucina 10 (IL10)].

Resultados: Al finalizar el estudio, los pacientes tratados con PTX mostraron un menor incremento del GIMC en comparación con los controles (0.62% vs. 1.80%, $P < 0.001$), sin cambios significativos en los valores del ITB. Por otra parte, los pacientes que recibieron PTX presentaron un incremento medio de un 28.2% en la expresión génica de Klotho en CCSP frente a un descenso del 5.2% en el grupo control ($P < 0.0001$), mientras los niveles séricos de Klotho aumentaron un 2.1% en el grupo PTX vs. un descenso del 3.2% en el grupo control ($P = 0.068$). Asimismo, la administración de PTX se asoció a una modulación del perfil inflamatorio respecto al grupo control, con un descenso de la concentración sérica de PCR (-11.7% vs. 11.0%, $P < 0.001$), IL6 (-17.81% vs. 3.95%, $P = 0.146$) y TNF α (-7.8% vs. 2.6%, $P < 0.01$), y un aumento de IL10 (6.5% vs. -3.4%, $P > 0.05$), respectivamente. Finalmente, se observa una correlación entre el GIMC y los niveles de Klotho, tanto en suero ($r = 0,349$, $P < 0,001$) como a nivel de expresión génica en CCSP ($r = 0,559$, $P < 0,001$).

Conclusiones: La administración de PTX en pacientes con ERC se asocia a un menor incremento del GIMC, un marcador de aterosclerosis subclínica. Además, este tratamiento parece contribuir a la preservación en los niveles de Klotho y a la modulación del estatus inflamatorio en estos pacientes. Son necesarios nuevos estudios para confirmar y analizar los mecanismos de este potencial efecto anti-aterosclerótico de la PTX.

355 EL AUMENTO DE DECORINA EN PLASMA DE ENFERMOS RENALES CRÓNICOS SE RELACIONA CON LA CAPACIDAD DE ADHESIÓN DE MONOCITOS Y CON EL NÚMERO DE VESÍCULAS EXTRACELULARES ENDOTELIALES EN PLASMA

A. FIGUER¹, G. VALERA¹, N. CEPRIÁN², I. GONZÁLEZ², J. CARO³, P. VELLISCA⁴, R. RAMÍREZ⁵, E. MORALES⁶, M. ALIQUÉ⁷, J. CARRACEDO⁸

¹DEPARTAMENTO DE BIOLOGÍA DE SISTEMAS, UNIVERSIDAD DE ALCALÁ. INSTITUTO RAMÓN Y CAJAL DE INVESTIGACIÓN SANITARIA (IRYCIS) (MADRID, ESPAÑA), ²DEPARTAMENTO DE GENÉTICA, FISIOLÓGIA Y MICROBIOLOGÍA, FACULTAD DE CIENCIAS BIOLÓGICAS, UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID. INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA HOSPITAL 12 DE OCTUBRE (IMAS12) (MADRID, ESPAÑA), ³DEPARTAMENTO DE NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE, INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN I+12 (MADRID, ESPAÑA), ⁴DEPARTAMENTO DE GENÉTICA, FISIOLÓGIA Y MICROBIOLOGÍA, FACULTAD DE CIENCIAS BIOLÓGICAS. UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID (MADRID, ESPAÑA)

Introducción: El glicocálix endotelial es fundamental en el mantenimiento de la integridad vascular, en la regulación de la adhesión celular y en la permeabilidad vascular. Con la degradación del glicocálix, sus componentes son liberados al plasma y se propicia el desarrollo de una disfunción endotelial. Los enfermos renales crónicos suelen tener disfunción endotelial, que precede el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, por lo que nos propusimos valorar si la presencia de componentes del glicocálix en plasma puede actuar como marcador de disfunción endotelial en enfermos renales crónicos.

Material y Métodos: Se incluyeron 15 controles, 22 pacientes con enfermedad renal crónica avanzada (ERCA), 22 en hemodiálisis (HD), 16 en diálisis peritoneal (DP) y 16 con trasplante renal (TX) de características homogéneas. En este estudio se cuantificaron los niveles de decorina, componente del glicocálix endotelial y de la matriz extracelular, presentes en el plasma de enfermos renales crónicos mediante ELISA. Además, se relacionaron estos valores de decorina con el número y fenotipo de monocitos y vesículas extracelulares, caracterizados mediante citometría de flujo.

Resultados: Los niveles de decorina aumentaron en ERCA comparados con los controles ($7,96 \pm 4,34$ vs $4,82 \pm 2,13$ ng/mL, $p = 0,029$), y no fueron modificados en el resto (HD = $7,03 \pm 2,91$; DP = $5,98 \pm 2,71$; TX = $4,43 \pm 2,94$ ng/mL). Los niveles de decorina están relacionados positivamente con los del ácido úrico ($r = 0,296$, $p = 0,022$) y negativamente con los niveles de expresión de ICAM-1/CD54 en los monocitos clásicos, intermedios y no clásicos (respectivamente: $r = -0,442$, $p = 0,001$; $r = -0,371$, $p = 0,006$; $r = -0,328$, $p = 0,018$). Por último, los niveles de decorina se correlacionaron positivamente con los niveles de vesículas extracelulares endoteliales ($r = 0,372$, $p = 0,009$)

Conclusiones: La uremia presente en los pacientes con enfermedad renal crónica (principalmente ERCA) genera un deterioro del glicocálix endotelial, que afecta a la capacidad de adhesión de los monocitos y puede aumentar la liberación de vesículas extracelulares endoteliales. Estas alteraciones podrían propiciar el desarrollo de patologías cardiovasculares. En resumen, la decorina podría considerarse un marcador diagnóstico de eventos cardiovasculares asociados a la enfermedad renal crónica.

Agradecimientos: Estudio financiado por el Instituto de Salud Carlos III (ISCIII) en los proyectos "PI17/01029", "PI19/00240" y "PI20/01321". A.F. recibió un Contrato Predoctoral en Investigación en Salud del ISCIII (FI20/00018) y G.V. una beca con número PI20/0132.

356 BENEFICIOS DE UNA CONSULTA MONOGRÁFICA CARDIORRENAL. EXPERIENCIA DE UN CENTRO

N. ARESTÉ FOSALBA¹, M. SALGUEIRA LAZO¹, A. ALCALDE CALLEJA², E. CARBAYO PÉREZ³, R. HIDALGO URBANO⁴, A. RECIO MAYORAL²

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL VIRGEN MACARENA (SEVILLA/ESPAÑA), ²CARDIOLOGÍA. HOSPITAL VIRGEN MACARENA (SEVILLA/ESPAÑA), ³NEFROLOGÍA. HOSPITAL VIRGEN MACARENA (SEVILLA/ESPAÑA)

Los pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) y enfermedad cardiovascular a menudo están infratratados por falta de evidencia cuanto menor es el filtrado glomerular. Esto tiene especial relevancia en la insuficiencia cardiaca (IC) donde los efectos secundarios de los tratamientos pueden limitar aún más su implementación y ser motivo de exclusión de lista de espera de trasplante renal. La colaboración interdisciplinar a través de Unidades Cardiorrenales pueden aportar un valor añadido al manejo de estos pacientes.

Objetivos: Evaluar los resultados de una unidad cardiorrenal (años 2017-2022) analizando tres parámetros: 1) Optimización del tratamiento en el paciente con IC (FEVI < 40%) -ERC (grado 3-5 D/T); 2) Programa de ultrafiltración peritoneal (UfP) en IC con congestión refractaria; 3) Valoración cardiológica para receptores de trasplante renal.

Resultados: 1) Optimización terapéutica IC-ERC según guías clínicas: 135 pacientes. En la tabla 1 se resume la proporción de pacientes con tratamiento pre- y post- intervención. A los 6 meses se objetiva una mejoría significativa en la clase funcional (NYHA III/IV, 48,3% vs 19,7%, $p < 0,001$, pre- y post-intervención respectivamente). 2) Programa de UfP en IC congestiva refractaria, 18 pacientes incluidos, en clase funcional NYHA III-IV. A los 6 meses todos en clase II, con una disminución del 89% del número de reingresos por IC. 3) Valoración cardiológica para receptores de trasplante renal, 67 pacientes. Disminución significativa del tiempo de espera valoración (10 a 2 meses), en número de pruebas complementarias, así como una mediana de reducción de consultas evitadas de 3 [2-4]. Se han trasplantado 4 pacientes previamente excluidos por IC, tras mejoría de FEVI con optimización del tratamiento.

Conclusiones: En nuestra experiencia, la valoración integrada y multidisciplinar en una Unidad Cardiorrenal aporta un beneficio significativo en este tipo de pacientes, en términos de optimización terapéutica, manejo de la congestión refractaria y rapidez en la valoración pretrasplante, con el consecuente impacto clínico.

Figura 1.

	ISRA/INRA	B-Bloq	ARM	ISGLT-2	Quelantes K
Pre-intervención (n)	56	72	22	2	5
Post-intervención (n)	96	94	68	44	34

Tabla 1. Beneficio de la intervención con los fármacos ISRA/INRA y B-bloqueadores en pacientes con insuficiencia cardiaca congestiva (ICC) y enfermedad renal crónica (ERC). ISRA, inhibidor de la renina; INRA, inhibidor de la renina y del receptor de angiotensina II (ARA-II); B-bloq, beta-bloqueador; ARM, antagonista del receptor de aldosterona; ISGLT-2, inhibidor del cotransportador sodio-glucosa.

Resúmenes

Hipertensión arterial, riesgo cardiovascular, hemodinámica y regulación vascular

357 MicroRNAs Y FIBROSIS RENAL EN MODELOS ANIMALES DE HIPERTENSIÓN MEDIADOS POR LA ANGIOTENSINA-2

M. HUESO¹, A. MALLÉN², E. NAVARRO²¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL BELLVITGE (L'HOSPITALET DE LLOBREGAT); ²NEFROLOGÍA. IDIBELL (L'HOSPITALET DE LLOBREGAT)

El bloqueo del sistema renina-angiotensina con IECAS/ARA2 es un mecanismo clave en el tratamiento de las enfermedades cardiovasculares y permite reducir la progresión de las enfermedades renales. Los microRNAs son moléculas reguladoras que contribuyen al desarrollo y progresión de diversas patologías y se ha demostrado que tanto la angiotensina 2 (ang-2) como el TGF- β 1 aumentan la expresión de miR-125b. En este trabajo investigamos si la administración de un antagonista del miR-125b podría reducir la hipertensión y la fibrosis renal.

Materiales y métodos: Se han utilizado dos modelos de hipertensión en ratones deficientes en ApoE. En el primer modelo se administraron 2 dosis intraperitoneales de ang-2 (100 mcg/kg) separadas 4h, realizándose la eutanasia 8h después de la última dosis. En este modelo se administró 1 dosis de antagomiR-125b (15 mg/kg) o tampón fosfato 24h antes de la administración de ang-2. En un segundo modelo se administró ang-2 (6 mcg/kg/min) utilizando una microbomba osmótica durante 15 días. En este modelo, se administró 1 dosis semanal de un antagomiR125b (15 mg/kg), dos dosis semanales, o bien tampón fosfato. La Presión arterial se midió utilizando un dispositivo de medida no invasivo.

Resultados: Se muestran los resultados comparando el grupo control respecto a los grupos tratados. Los ratones tratados con el antagomiR-125b demostraron una reducción en la expresión de miR-125b (0.27 veces respecto al grupo control con 1 dosis, y 0.05 veces con 2 dosis de antagomiR125b), y un aumento en la expresión de TGF- β 1 (1.10 veces con 1 dosis y 2.38 veces con 2 dosis, respecto al control). No se encontraron diferencias en la función renal (Creatinina: 0.23 ± 0.05 mg/dL, n=5 en el grupo control vs 0.27 ± 0.08 mg/dL en el grupo tratado, n=7; p=0.3), la Presión Arterial Sistólica (153 ± 35 mmHg en el grupo control vs 153.4 ± 19 mmHg en el grupo tratado; p=ns) o en la PA Diastólica (126 ± 21 en el grupo control vs 110 ± 19 mmHg en ratones tratados; p=0.5). En la histología de los riñones, el grupo tratado mostró una menor severidad de la fibrosis (tinción con tricrómico) respecto al grupo control.

Conclusiones: el miR-125b puede contribuir a la fibrosis renal de forma independiente del TGF- β 1 y puede ser una diana terapéutica.

358 NIVELES DE PERLECAN EN PLASMA COMO POSIBLE MARCADOR DE DAÑO ENDOTELIAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

G. VALERA AREVALO¹, M. ALIQUÉ AGUILAR², A. FIGUER RUBIO³, J. CARO ESPADA³, N. CEPRIAN COSTOSO⁴, M. RODRIGUEZ SAN PEDRO⁵, D. SERRANO FELIX⁵, E. MORALES RUIZ², R. RAMIREZ CHAMOND², J. CARRACEDO AÑON¹

¹DEPARTAMENTO DE GENÉTICA, FISIOLÓGIA Y MICROBIOLOGÍA, FACULTAD DE CIENCIAS BIOLÓGICAS, UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID; INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA HOSPITAL 12 DE OCTUBRE (IMAS12) (MADRID/ESPAÑA); ²DEPARTAMENTO DE BIOLOGÍA DE SISTEMAS, UNIVERSIDAD DE ALCALÁ; INSTITUTO RAMÓN Y CAJAL DE INVESTIGACIÓN SANITARIA (IRYCIS) (MADRID/ESPAÑA); ³DEPARTAMENTO DE NEFROLOGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE; INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA HOSPITAL 12 DE OCTUBRE (IMAS12) (MADRID/ESPAÑA); ⁴DEPARTAMENTO DE GENÉTICA, FISIOLÓGIA Y MICROBIOLOGÍA, FACULTAD DE CIENCIAS BIOLÓGICAS, UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID; DEPARTAMENTO DE GENÉTICA, FISIOLÓGIA Y MICROBIOLOGÍA, FACULTAD DE CIENCIAS BIOLÓGICAS, UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID; DEPARTAMENTO DE GENÉTICA, FISIOLÓGIA Y MICROBIOLOGÍA, FACULTAD DE CIENCIAS BIOLÓGICAS, UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID (MADRID/ESPAÑA)

Introducción: Los pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) presentan un estado de inflamación crónica relacionado con la adquisición de un perfil proinflamatorio en monocitos. La ERC se asocia a enfermedades cardiovasculares (ECV). La ECV se asocia a una disfunción endotelial, y a la degradación del glicocáliz endotelial (EG), que libera sus componentes al torrente sanguíneo. El EG está formado por glicosaminoglicanos y proteoglicanos, como el Perlecan. El objetivo del estudio es analizar los niveles de perlecan en plasma en diferentes estadios de la ERC, y relacionarlos con monocitos inflamatorios y su capacidad de adhesión (CD54).

Materiales y métodos: Se incluyeron 56 pacientes: enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) (n=13), en hemodiálisis (HD) (n=15), diálisis peritoneal (DP) (n=15) y trasplantados (TX) (n=15). Se analizaron 13 sujetos sanos (CT). Se cuantificaron los niveles de perlecan en plasma utilizando la técnica de ELISA y se realizó el fenotipo de subpoblaciones de monocitos (clásicos (CD14+CD16-), intermedios (CD14+CD16+) y no clásicos (CD14+CD16++)), así como la expresión de CD54 (ICAM-1) por citometría de flujo. Análisis estadísticos: ANOVA y correlación de Spearman.

Resultados: Los resultados mostraron niveles plasmáticos elevados de perlecan en ERCA, HD y DP con respecto a los CT, siendo los niveles en TX similares a los CT. Los niveles de perlecan se correlacionaron positivamente con la expresión de CD54 en las diferentes subpoblaciones de monocitos (clásicos, intermedios y no clásicos) en pacientes con ERC, especialmente en diálisis (Tabla).

Conclusiones: Los pacientes con ERCA, HD y DP presentan niveles elevados de perlecan en plasma comparados con CT y TX. Las concentraciones elevadas de perlecan se asocian a una mayor expresión de CD54 en monocitos, lo cual es importante por su posible papel en el desarrollo de aterosclerosis. El perlecan se puede postular como una molécula de interés para valorar el daño endotelial en pacientes con ERC.

Financiación: ISCIII AES-(PI17/01029; PI19/00240; PI20/01321)-ISCIII-FEDER

Tabla 1.

	ERC	DIALISIS
	Perlecan en plasma (ng/mL)	Perlecan en plasma (ng/mL)
% Monocitos clásicos	0,159	0,336
% Monocitos intermedios	-0,154	-0,306
% Monocitos no clásicos	-0,086	-0,182
% Monocitos clásicos CD54+	0,337*	0,449**
% Monocitos intermedios CD54+	0,2	0,436*
% Monocitos no clásicos CD54+	0,362**	0,562**

ERC: ERCA, HD y DP; DIALISIS: HD y DP; ERC: enfermedad renal crónica; ERCA: enfermedad renal crónica avanzada; HD: hemodiálisis; DP: diálisis peritoneal. *p<0,05; **p<0,01

359 PREVALENCIA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL EMBARAZO Y VARIABLES ASOCIADAS. ANÁLISIS DE UNA SERIE DE 5.386 PARTOS CONSECUTIVOS EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

J. BANDE¹, P. AGÜERÍA¹, A. BANDE¹, R. MUÑOZ¹, L. MUÑOZ¹, N. LÓPEZ¹, E. BANEGAS¹, J. ADÁNEZ¹, C. DÍAZ-CORTE¹, M. GOROSTI¹¹SERVICIO DE NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS (OVIEDO)

Introducción: La hipertensión arterial (HTA) está establecida como una de las principales complicaciones médicas del embarazo. El objetivo de este estudio fue actualizar la prevalencia y las variables relacionadas de la HTA en el embarazo.

Materiales y métodos: Se analizaron datos de 5.386 partos consecutivos entre enero de 2016 y septiembre de 2018 en un hospital universitario de tercer nivel. Los datos se recogieron de acuerdo a un protocolo diseñado de acuerdo a los objetivos del estudio. Las definiciones de HTA en el embarazo y de los distintos tipos (HTA gestacional [HTAG], preeclampsia [PCP], HTA crónica [HTAC] y HTA crónica + PCP sobreañadida [HTAC+PCP]) siguieron las directrices de las guías internacionales vigentes.

Resultados: La edad media de las parturientas fue $33,3 \pm 5,4$ años. La prevalencia de HTA fue 8,0% (IC95% 7,2-8,8). Las formas más frecuentes fueron la HTAG (49,5% de los casos con HTA) y la PCP (41,4%). La HTAC y la HTAC+PCP constituyeron el 7,5% y el 1,6%, respectivamente, de los casos con HTA. La prevalencia de HTA fue más elevada en parturientas mayores de 40 años (13,1% entre los 40 y los 45 años, y 22,6% en mayores de 45 años; p<0,001), pero no en las parturientas más jóvenes (6,6% en menores de 25 años; p=597). La HTA también se asoció con la primiparidad, con gestaciones más cortas (269,3 frente a 276,3 días), con mayor riesgo de cesáreas (28,1% frente a 14,6%), con menor peso al nacer (2967 frente a 3228 g) y con hospitalizaciones más prolongadas tanto para la madre (5,8 frente a 3,2 días) como para el recién nacido (3,6 frente a 1,0 días); todas las comparaciones p<0,001. Los casos de PCP, en comparación con los casos de HTAG, se asociaron con gestaciones más cortas (263,4 frente a 276,5 días), con menor peso al nacer (2788 frente a 3186 g) y con periodos de hospitalización más largos; todas las comparaciones p<0,001. No se observaron diferencias entre los casos de HTAG y los embarazos normotensos salvo en los periodos de hospitalización que fueron más prolongados en los primeros.

Conclusiones: La prevalencia de HTA en el embarazo en nuestra serie fue 8,0%. Las formas más frecuentes fueron la HTAG y la PCP. La HTA continua complicando los embarazos acortando la duración de la gestación, ocasionando un menor peso al nacer y ocasionando hospitalizaciones más prolongadas. Estos efectos deletéreos se observaron principalmente en casos con PCP.

360 ASOCIACIÓN DE LA TROPONINA T DE ALTA SENSIBILIDAD CON DISFUNCIÓN DIASTÓLICA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA SIN SOSPECHA DE ENFERMEDAD CORONARIA

A. COLOMA¹, E. HUARTE-LOZA², P. AZCARATE³, JM. VALDIVIELSO⁴, M. SIERRA-CARPIO², S. RAVASSA², J. DIEZ²

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARI DE BELLVITGE (L'HOSPITALET DE LLOBREGAT); ²NEFROLOGÍA. HOSPITAL SAN PEDRO (LOGROÑO); ³CARDIOLOGÍA. HOSPITAL SAN PEDRO (LOGROÑO); ⁴GRUPO DE INVESTIGACIÓN TRASLACIONAL VASCULAR Y RENAL. INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA IRLEIDA (LEIDA); ⁵PROGRAMA DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES. CIMA UNIVERSIDAD DE NAVARRA (PAMPLONA)

Antecedentes: La liberación de troponina puede indicar cambios subclínicos de volumen y estrés en el miocardio contribuyendo de esa manera a la disfunción cardíaca. El objetivo de este trabajo es investigar la relación de la troponina T con la función diastólica y la insuficiencia cardíaca con fracción de eyección preservada (ICFep) en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC).

Materiales y métodos: Se trata de un estudio transversal, donde se incluyeron 200 pacientes con ERC grado 1-5 sin clínica o historia de enfermedad cardíaca. Disfunción diastólica (DD) fue evaluada por ecocardiografía. Los parámetros de laboratorio incluyeron troponina T de alta sensibilidad (hs-TnT), entre otros (edad, creatinina C, FGF23, klotho, NT-proBNP). Las ecocardiografías fueron realizadas por el mismo cardiólogo el mismo día que se extrajo la analítica. Se realizó curva ROC para determinar la capacidad diagnóstica de hs-TnT para DD. Posteriormente, los pacientes fueron seguidos durante 4 años. Se recogió el primer episodio de ICFep y también el primer evento cardiovascular. Utilizamos la regresión de COX para examinar la asociación entre los niveles de hs-TnT con la incidencia de ICFep y eventos cardiovasculares después del seguimiento.

Resultados: DD estuvo presente en 41 pacientes (20.5%). Encontramos un incremento de odds de DD para la edad (OR 1.108, 95% CI 1.049-1.171, p<0.001), 2-log masa del ventrículo izquierdo (OR 4.228, 95% CI 1.448-12.34, p=0.008) y 2-log (hs-TnT) (OR 2.518, 95% CI 1.479-4.287, p=0.01). Estas asociaciones fueron independientes del filtrado glomerular. El valor óptimo de punto de corte para hs-TnT y DD fue 16.25 pg/mL (sensibilidad: 85.4%, especificidad: 79.4%, valor predictivo positivo (PPV): 54.8%, valor predictivo negativo (NPV): 75.7%). En pacientes por encima de 65 años, este valor de hs-TnT mostró un PPV de 65.2% and NPV de 90%. La incidencia de ICFep fue del 4% después de una media de 41.3 (38.5-43.8) meses de seguimiento. Tras ajustar por edad, 2-log hs-TnT (HR 2.372, 95% CI 1.528-3.682, p<0.001) fue asociada significativamente con la ICFep. La incidencia de eventos cardiovasculares fue del 13%. Tras ajuste en diferentes modelos, 2-log hs-TnT (HR 1.512, 95% CI 1.1.014-2.254, p=0.043) permaneció significativa para predecir eventos cardiovasculares.

Conclusiones: En nuestra cohorte de pacientes con ERC, hs-TnT estuvo asociada con DD independientemente del filtrado glomerular, sugiriendo que un daño miocárdico subclínico puede ser un importante factor de riesgo de DD, incluso en pacientes sin diagnóstico de enfermedad coronaria. Además, hs-TnT estuvo asociada con ICFep y eventos cardiovascular después de 4 años de seguimiento. Medir hs-TnT parece ser útil para identificar pacientes de riesgo y valorar si precisan de una evaluación cardiológica adicional.

Hipertensión arterial, riesgo cardiovascular, hemodinámica y regulación vascular

361 VALORACIÓN DE LA ELASTICIDAD ARTERIAL MEDIANTE LA VELOCIDAD DE LA ONDA DE PULSO MEDIDA MEDIANTE BIOIMPEDANCIA CARDIOTORÁCICA. ESTUDIO EN SUBPOBLACIONES. INFLUENCIA DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

F.J. LAVILLA ROYO¹¹SERVICIO DE NEFROLOGÍA. CLÍNICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA (ESPAÑA)

La Velocidad de la Onda de Pulso (VOP) es una forma de determinar riesgo cardiovascular, aunque presenta limitaciones, sobre todo por el tipo de técnica de medición.

Material y métodos: Aportamos un estudio realizado sobre 823 pacientes. Edad media 65 años (EE 0,362). Varones 60,6%. Diabetes 12,7%. HTA: 65,6%, ICC 7,4%, ERC 72,4%. ONCO 21,7% Se correlacionó la VOP con diversos parámetros hemodinámicos.

Resultados: Se asoció la VOP con la edad ($r=0,171$, $p<0,0019$) y con la PA sistólica ($r=0,114$, $p<0,001$) aunque con dispersión. Se asoció entre los parámetros hemodinámicos sobre todo con Gasto cardiaco ($r=0,403$, $p<0,001$) En 203 pacientes se correlacionó con parámetros de Bioimpedancia corporal, asociándose con el Agua extracelular ($r=0,293$, $p<0,001$)

Se apreciaron diferencias en la VOP según ERC (9,11 EE 0,16 vs 10,39 EE 0,455) $p=0,005$ e HTA (8,55 EE 0,19 vs 9,95 EE 0,27) $p=0,021$, y especialmente en pacientes con ICC (9,47 EE 0,11 vs 13,5 EE 3,56 ($p<0,001$)). En los pacientes con ERC la asociación con el Gasto cardiaco fue mayor ($r=0,826$, $p<0,001$) así como en los HTA ($r=0,659$, $p<0,001$), así como con la edad en ambas poblaciones, pero con más dispersión ($r=0,114$, $p=0,027$) y ($r=0,151$, $p=0,001$). En los pacientes oncológicos no hubo correlación con Gasto cardiaco, sí cierta tendencia con el Índice de resistencias vasculares ($r=0,188$, $p=0,085$), pero mayor con la edad ($r=0,416$, $p<0,001$). De todas las subpoblaciones, se asoció de forma independiente y lineal con la VOP la presencia de HTA (beta 8,652, t 11,35, $p<0,001$) por encima de todas las demás.

Conclusiones: La VOP indica falta de elasticidad arterial. Se relaciona de forma independiente con la presencia de HTA. En los pacientes con HTA y ERC se aprecia relación con el gasto cardiaco. En cambio la relación con la edad es menor, siendo más clara en la población general y oncológicos. En estos últimos se aprecia cierta relación con las resistencias vasculares. El estudio de la VOP está sometido a diversas variables incluido el procedimiento técnico, pero permite hacer un seguimiento en cada paciente de su situación cardiovascular.

362 UTILIDAD DE LA BIOIMPEDANCIOMETRÍA PARA GUIAR EL TRATAMIENTO DIURÉTICO EN PACIENTES CON SOBREPESO INGRESADOS POR IC

M. AGUIRRE¹, G. GONZALEZ², SM. CARRIAZO JULIO¹, E. GONZALEZ PARRA²¹NEFROLOGÍA. FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ (MADRID, ESPAÑA),²NEFROLOGÍA. FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ (MADRID, ESPAÑA)

Introducción: El diagnóstico y manejo de la insuficiencia cardiaca (IC) en pacientes con sobrepeso es complejo debido a que los métodos diagnósticos habituales son imprecisos y los niveles de péptidos natriuréticos están reducidos en estos pacientes. La bioimpedanciometría (BIA) es una prueba rápida, inocua y capaz de cuantificar la sobrecarga de volumen. El objetivo de nuestro trabajo es determinar si el uso de BIA en pacientes con sobrepeso u obesidad ingresados por IC disminuye el riesgo de deterioro de función renal y aporta beneficios en el tratamiento.

Métodos: Diseñamos un ensayo clínico prospectivo, unicéntrico y simple ciego que incluyó pacientes ingresados en nuestro hospital con IC e IMC >25 Kg/m². Fueron aleatorizados 1:1 a manejo según práctica habitual (GE) vs BIA. Se realizaron mediciones antropométricas y analíticas basales, además de ecocardiograma y BIA que determinaba el peso seco del paciente. Los pacientes guiados por BIA, una vez alcanzado el peso seco según esta técnica, fueron dados de alta si no existía otra condición que justificase el ingreso. El GE fue dado de alta cuando se solucionó la congestión a criterio de su médico responsable sin conocer los valores de peso seco según BIA. Llamamos deterioro de función renal significativo a un aumento de 0.5mg/dl de creatinina con respecto a la basal.

Resultados: Se incluyeron 48 pacientes, con edad media de 75 años e IMC de 31,9 Kg/m². 60,4% varones, 37,5% DM, 21% tenían CIC, 79,2%, 40,8% FEVI $<40\%$ al ingreso, y 79,2% con ERC (G1: 20,8%, G2: 16,6%, G3a: 14,5%, G3b: 20,8%, G4:4.1%), sin embargo, sólo un 20,8% estaba reportada en la historia clínica. El 68,75% tenía albuminuria. No habían diferencias entre ambos grupos. El 41,7% del GE presentó aumento de creatinina de al menos 0.5mg/dl, con respecto a un 16,7% en el grupo BIA ($p=0,057$). Los pacientes del GE presentaban pesos al alta más alejados del peso seco estimado por BIA (-1,3Kg vs -0,2Kg, $p=0,172$). El número de pacientes con NT-proBNP.

Conclusión: Los pacientes ingresados por IC con sobrepeso/obesidad guiados por BIA tenían tendencia a menor deterioro de función renal durante el ingreso. El empleo de la BIA para guiar el tratamiento diurético en pacientes con sobrepeso se relacionó con mayor porcentaje de pacientes con cifras de NT-proBNP

363 ÓPTIMO CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL Y LA DISLIPIDEMIA PARA EL PRONÓSTICO RENAL. IMPORTANCIA DE UNIDADES DE RIESGO VASCULAR

J.D. LÓPEZ-GONZÁLEZ GILA¹, MA. GONZÁLEZ MARTÍNEZ¹, MP. AGUILAR JALDO², CA. MAÑERO RODRÍGUEZ¹, MD. PRADOS GARRIDO¹¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICO SAN CECILIO (GRANADA),²MEDICINA INTERNA. HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICO SAN CECILIO (GRANADA)

Introducción: La ERC es actualmente un problema importante de salud pública. Se encuentra infradiagnosticada. Existen múltiples factores de riesgo que favorecen su aparición. La National Kidney Foundation (NKF) proporciónó un modelo conceptual que representa la ERC como un proceso continuo en su desarrollo, progresión, evolución y complicaciones. Este modelo conceptual incluye factores de riesgo en cada una de sus fases, clasificándose como: factores de susceptibilidad; iniciadores; de progresión; y de estadio final. Algunos factores de riesgo pueden aunar las cuatro categorías como la HTA; e incluso la dislipidemia. El control de los mismos puede evitar el inicio de daño renal, e incluso favorecer la regresión de la enfermedad en fases muy iniciales, además de ralentizar su progresión cuando ya está establecida.

Materiales y métodos: Presentamos un trabajo cuya estrategia epidemiológica fue doble: primero realizar un estudio transversal; y a continuación un estudio epidemiológico longitudinal, observacional de cohortes históricas (cohortes retrospectivo).

Estudiamos la prevalencia cinco años atrás de ERC dentro de la Consulta de Riesgo Vascular. Después, seguimiento de una cohorte expuesta a FRCV, analizando la asociación o no del mal control de los mismos al valor del filtrado glomerular.

Resultados: La muestra fue de 20 pacientes, 11 hombres (55%) y 9 mujeres (45%). 19 pacientes (86,4%) presentaban HTA, mientras que 18 pacientes (81,8%) presentaban dislipidemia al inicio del estudio. Además, 3 pacientes (13,6%) presentaban ERC al comienzo del proyecto y 11 pacientes al final (55%). Al finalizar el estudio, 4 pacientes (20%) presentaron buen control de TA y dislipidemia, 4 pacientes (20%) buen control tensional pero no del perfil lipídico, 5 pacientes (25%) mejoría de la dislipidemia pero no de la TA, 6 pacientes control parcial de la TA y dislipidemia (30%), y finalmente 1 paciente (5%) con ambas variables descontroladas. Realizamos una prueba estadística de Chi-cuadrado, para valorar la relación entre el grado de ERC por CKD-EPI a la finalización del estudio en relación al grado de control de la PA y dislipidemia, resultando estadísticamente significativo con una $p=0,010$.

Conclusiones: Este estudio viene a confirmar la clara asociación causal entre los factores de riesgo a estudio – hipertensión arterial y dislipidemia mal controlados –, en conjunto y por separado, en la progresión a ERC terminal. De ahí que resulte primordial la presencia de Unidades de Riesgo Vascular llevada por nefrólogos en la cartera de Servicios de cualquier Hospital del SNS.

364 EVALUACIÓN DEL IMPACTO CLÍNICO DE LA REVASCULARIZACIÓN DE LA ESTENOSIS DE ARTERIA RENAL EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

A. SUNÉ AZNÁREZ¹, A. MOLINA ANDÚJAR², P. BERMUDEZ³, M. BURRELL¹, E. POCH²¹MEDICINA. UNIVERSITAT DE BARCELONA (BARCELONA),²NEFROLOGÍA Y TRASPLANTE RENAL. HOSPITAL CLÍNIC DE BARCELONA (BARCELONA),³RADIOLOGÍA. HOSPITAL CLÍNIC DE BARCELONA (BARCELONA)

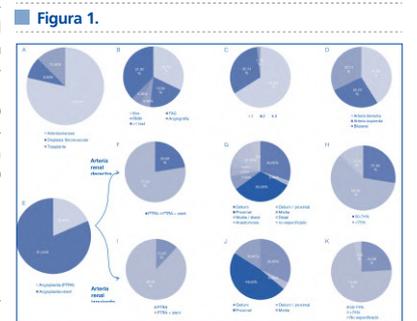
Introducción: la estenosis de arteria renal (EAR) es una causa frecuente de hipertensión secundaria. Los últimos ensayos clínicos favorecen el tratamiento médico sobre la revascularización, pero sigue siendo un tema controvertido. El objetivo del estudio fue valorar los resultados de la revascularización de la EAR en nuestro centro.

Material y método: análisis retrospectivo de pacientes con EAR revascularizados entre 2004 y 2021. Se realizó un seguimiento de 3 meses post-intervención y se consideró exitosa si presentaron una reducción de presión arterial sistólica (PAS) ≥ 10 mmHg o diastólica (PAD) ≥ 5 mmHg, disminución de fármacos antihipertensivos y/o mejoría de función renal.

Resultados: se revascularizaron 56 pacientes, por hipertensión y/o enfermedad renal crónica y se trataron 65 estenosis con angioplastia percutánea con una tasa de complicaciones del 7,1%. A los 3 meses, la reducción mediana de PAS y PAD fue de -9.17 [-30.25 - 4.47] / -4,67 [-14.83 - 2.08] mmHg, 24 pacientes (42,9%) disminuyeron el número de antihipertensivos, pero no hubo mejoría de función renal, con un descenso mediano de filtrado glomerular -0,30 mL/min. Si dividimos la cohorte según el motivo de revascularización, el 60% de éstas fue exitosa. De los 28 pacientes que se revascularizaron por disfunción renal, 12 (42,9%) presentaron mejoría y de los revascularizados por hipertensión, 9 de 12 (75%) presentaron descenso de TAS/TAD o reducción de antihipertensivos. La edad >75 años fue un predictor negativo de éxito a los 3 meses (OR 0.231 [0.07-0.759]) $p=0,016$) y la estenosis bilateral fue un factor predictor de restenosis (OR 4.25 [1.021-17,69], $p=0,047$).

Conclusiones: si analizamos los resultados según indicación de angioplastia, en la práctica clínica habitual el 60% de los pacientes tiene una reducción de presión arterial significativa y/o mejoría de función renal.

Figura 1: descripción de la EAR. (A) tipo de estenosis, (B) tests diagnósticos, (C) nº estenosis, (D) ubicación estenosis, (E) tipo angioplastia, (F) tipo angioplastia en arteria derecha, (G) lugar estenosis arteria derecha, (H) grado estenosis arteria derecha, (I) tipo estenosis arteria izquierda, (J) lugar estenosis arteria izquierda, (K) grado estenosis arteria renal izquierda.



Resúmenes

Hipertensión arterial, riesgo cardiovascular, hemodinámica y regulación vascular

365 LA HIPERFOSFATEMIA ASOCIADA AL ENVEJECIMIENTO PROMUEVE DESARROLLO DE FIBROSIS PULMONAR

A. ASENJO-BUENO¹, E. ALCALDE-ESTÉVEZ², P. MARTÍNEZ-MIGUEL³, L. CALLEROS¹, G. OLMOS¹, M.P. RUIZ-TORRES¹, S. LÓPEZ-ONGIL²

¹DPTO. BIOLOGÍA DE SISTEMAS. UNIVERSIDAD DE ALCALÁ (ALCALÁ DE HENARES, MADRID, ESPAÑA). ²FUNDACIÓN PARA LA INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA. HOSPITAL UNIVERSITARIO PRÍNCIPE DE ASTURIAS (ALCALÁ DE HENARES, MADRID, ESPAÑA). ³NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO PRÍNCIPE DE ASTURIAS (ALCALÁ DE HENARES, MADRID, ESPAÑA)

Introducción: La hiperfosfatemia es una condición comúnmente asociada a la enfermedad renal crónica (ERC) y al envejecimiento; además, ambas condiciones se asocian con un declive de la función pulmonar. Sin embargo, en la actualidad no se ha descrito la relación entre la hiperfosfatemia y el deterioro de la función pulmonar. Por ello, el objetivo del presente estudio es analizar el efecto de la hiperfosfatemia en el desarrollo de fibrosis pulmonar asociada al envejecimiento.

Materiales y métodos: Para los estudios in vivo se utilizaron ratones macho de la cepa C57BL/6: Jóvenes de 5 meses y Viejos de 24 meses alimentados con dieta estándar (0,6% fósforo), y Viejos de 24 meses alimentados con una dieta hipofosfatémica (0,2% fósforo). Los niveles de fósforo séricos se determinaron mediante un método colorimétrico y la fibrosis en pulmón se analizó mediante la tinción con Rojo Sirio que tiñe fibras de colágeno y por la expresión de la proteína de matriz extracelular fibronectina por Western Blot. Para los estudios in vitro se utilizaron fibroblastos humanos (Wi-38) en cultivo tratados con un donador de fósforo, beta-glicerofosfato (BGP). La expresión de fibronectina se determinó por Western Blot. Adicionalmente se estudió la producción de especies reactivas del oxígeno (ROS) utilizando una sonda fluorescente visualizada por microscopía confocal. También se estudió la interacción entre el factor de transcripción NFκB y el promotor de la fibronectina mediante ensayos de tipo EMSA.

Resultados: Los animales viejos presentaron niveles elevados de fósforo respecto a los jóvenes, así como mayor fibrosis pulmonar, al presentar mayor intensidad de Rojo Sirio y mayor expresión de fibronectina. La dieta hipofosfatémica revertió estos cambios, sugiriendo la importancia del fósforo en la génesis de la fibrosis asociada a la edad. Este hecho se confirmó in vitro, al encontrar un aumento de fibronectina en fibroblastos estimulados con BGP. Además, el BGP indujo la producción de ROS y la activación de NFκB, favoreciendo la unión de este factor al promotor de la fibronectina.

Conclusiones: La hiperfosfatemia asociada a enfermedades crónicas y al envejecimiento, contribuye al desarrollo de fibrosis pulmonar que conlleva a un deterioro de la función pulmonar. La dieta baja en fósforo al reducir los niveles de fósforo en ratones viejos disminuye la fibrosis pulmonar, protegiendo así la función pulmonar. Los experimentos in vitro apuntan a que el mecanismo potencial del fósforo sería una activación del factor NFκB vía ROS, que se uniría al promotor de la fibronectina aumentando su expresión.

366 EL ÁNGULO DE FASE: UN MARCADOR CERTERO DE INFLAMACIÓN, INMUNOSENESCENCIA Y CALCIFICACIÓN VASCULAR EN EL ENFERMO RENAL

CA. ULLOA-CLAVIJO¹, NA. CARRILLO-LÓPEZ², JA. RODRÍGUEZ-CARRIO³, BE. MARTÍN-CARRO⁴, LU. SOBRINO-DÍAZ⁵, SE. CIGARRÁN GULDRIS⁶, BE. FERNÁNDEZ-MARIÑO⁷, AN. SUÁREZ⁸, CA. RODRÍGUEZ-SUÁREZ⁹, MI. RODRÍGUEZ-GARCÍA⁹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL DE JOVE, INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS (ISPA) (OVIEDO/ESPAÑA). ²GIJÓN, OVIEDO). ³UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE METABOLISMO ÓSEO. HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS, INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS (ISPA), REDINREN-ISCIH (OVIEDO). ⁴AREA DE INMUNOLOGÍA, DEPARTAMENTO DE BIOLOGÍA FUNCIONAL, UNIVERSIDAD DE OVIEDO. ⁵UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE METABOLISMO ÓSEO, HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS, INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS (ISPA) (OVIEDO/ESPAÑA) (OVIEDO). ⁶UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS (OVIEDO). ⁷NEFROLOGÍA. HOSPITAL DA COSTA (BURELA). ⁸RADIOLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS (OVIEDO). ⁹REA DE INMUNOLOGÍA, DEPARTAMENTO DE BIOLOGÍA FUNCIONAL. UNIVERSIDAD DE OVIEDO (OVIEDO). ¹⁰NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS (OVIEDO). ¹¹UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE METABOLISMO ÓSEO. HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS, INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS (ISPA), REDINREN-ISCIH. DEPARTAMENTO DE MEDICINA, UNIVERSIDAD DE OVIEDO (OVIEDO)

Introducción: La detección precoz del desgaste proteico energético en el enfermo renal es esencial para disminuir el riesgo cardiovascular (RCV) mediante la reducción de la inflamación y la calcificación vascular (CV). La bioimpedancia eléctrica (BIA) constituye una herramienta esencial en su diagnóstico. El objetivo del estudio es evaluar parámetros de BIA como marcadores de inflamación, RCV y CV en una población de diálisis peritoneal (DP).

Métodos: En 31 pacientes no diabéticos con más de 6 meses en DP, se recogieron datos epidemiológicos, de daño vascular, inflamación y composición corporal (análizador BCM, Fresenius) incluyendo el ángulo de fase (AF) a 50 Hz, cuyos valores <4,5 se asocian a mayor mortalidad.

Resultados: En estos pacientes, (20 varones; edad media=57,3 años, el AF se correlacionó inversamente con la edad, la comorbilidad de Charlson, mayor daño vascular (índice de Kauppila, velocidad de la onda de pulso, neovascularización de la adventicia carotídea), mayor inflamación (linfocitos senescentes -CD4+CD28null-, granulocitos de baja densidad -LDG-, IL-6 y fibrinógeno), sobrehidratación, y positivamente, con proteínas totales y albúmina circulantes y masa grasa. Pacientes con AF<4,5° presentan un grado de CV 5 veces superior (p=0,001), elevaciones significativas en las subpoblaciones de LDG determinantes de CV (p=0,01) e inmunosenescencia (p=0,001), mayor sobrehidratación (3,7 veces superior, p=0,01) y niveles de fibrinógeno circulante (11,9% superior, p=0,04) y son 10 años mayores. Sin embargo, un modelo multivariante incluyendo la edad como variable confusora ha demostrado que los descensos de AF <4,5 predicen CV independientemente de la edad (b= 4,0; IC 95%: 6.1-1.8; p<0,001).

Conclusión: En pacientes en DP, valores de AF<4,5 proveen de un biomarcador no solo de desnutrición, sino también de inflamación sistémica y senescencia inmunológica, capaz de estimar el riesgo de CV independientemente de la edad.

■ **Tabla 1.** Asociación entre AF y marcadores de RCV, estado nutricional e inflamación en pacientes con ERC5-DP.

Características epidemiológicas	R	p
Edad	-0,49	<0,01*
Índice de Charlson	-0,63	0,01*
Parámetros de daño vascular		
Índice de Kauppila	-0,68	<0,01*
Velocidad de onda de pulso	-0,49	0,03*
Neovascularización adventicia carotídea izquierda	-0,50	0,03*
CD4+CD28null	-0,37	0,04*
LDG	-0,46	0,01*
Parámetros nutricionales		
Proteínas	0,50	<0,01*
Albúmina	0,40	0,02*
Prealbúmina	0,10	0,55
Tasa de Catabolismo proteico	0,031	0,85
Índice de tejido magro	0,62	<0,01*
Sobrehidratación	0,49	0,006*
Parámetros de inflamación		
PCR	-0,28	0,10
IL-6	-0,44	0,01*
Fibrinógeno	-0,22	0,23

367 DATOS PROSPECTIVOS DE VIDA REAL DEL IMPACTO DE LA POLIPÍLDORA CARDIOVASCULAR EN ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

E. CUADRADO-PAYÁN¹, D. RODRÍGUEZ-ESPINOSA¹, E. GUILLÉN¹, E. HERMIDA-LAMA¹, J. CASALS-URQUIZA¹, J. DEL RISCO-ZEVALLLOS¹, V. ESCUDERO-SAIZ¹, L. MORANTES¹, J.J. BROSETA-MONZÓ¹

¹NEFROLOGÍA Y TRASPLANTE RENAL. HOSPITAL CLÍNIC DE BARCELONA (BARCELONA)

Introducción: La enfermedad cardiovascular es la principal causa de morbilidad en todo el mundo. Además los pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) presentan una incidencia y una prevalencia significativamente mayor de eventos cardiovasculares. En esta población, víctima habitual de la polifarmacia, la importancia de una estrategia de tratamiento basada en polipíldoras para simplificar el tratamiento y asegurar la adherencia resulta vital. Nuestro objetivo es evaluar los resultados de Trinomia (polipíldora de atorvastatina, ramipril y ácido acetilsalicílico en dosis variables) sobre variables clínicas relacionadas con la ERC con datos de vida real.

Materiales y métodos: Estudio observacional prospectivo, unicéntrico, de una cohorte de pacientes con ERC bajo tratamiento médico óptimo que se sustituye por cualquier combinación de Trinomia en prevención secundaria. De cada paciente se recogieron datos demográficos, historia clínica, presión arterial y datos analíticos basales y tras 6 y 12 meses de empezar el tratamiento.

Resultados: Se incluyeron un total de 49 pacientes (71,4% varones) con edad media de 78,83 años (rango 51-95). El 91,83% tenía hipertensión, 63,26% diabetes tipo 2 y 2,04% diabetes tipo 1. En cuanto a la causa de prevención secundaria el 75,4% tenía cardiopatía isquémica crónica, 16,4% enfermedad cerebrovascular crónica y 8,16%, ambas. En la tabla 1 se detallan el resto de variables.

Conclusiones: Aunque la mayoría de las variables estudiadas, probablemente por tratarse de un pequeño grupo de pacientes con un control basal adecuado, no alcanzaron significación estadística, cabe destacar algunos resultados. El FGe es 3 puntos superior al año, con una reducción de la UACR, sin alcanzar la significación estadística, pero se traduce en una menor hiperfiltración sin empeoramiento de la función renal ni aumento del potasio sérico. Además, hubo una disminución de 5 puntos en la presión arterial sistólica y de 3 puntos en la diastólica (no significativo), y se logra mejor perfil lipídico, con una reducción de 10 puntos en LDL y una reducción de 24 puntos en triglicéridos.

■ **Tabla 1.** Resultados.

Variable	Basal	6 meses	p-valor	12 meses	p-valor
TFGe (mL/min/1.73m²)	33,35 ± 18,26	33,75 ± 18,71	0,613	36,14 ± 19,31	0,464
UACR (mg/g)	656,6 ± 1421,7	506,3 ± 998,9	0,398	256,9 ± 464,9	0,285
Potasio sérico (mEq/L)	4,98 ± 0,65	4,86 ± 0,5	0,249	4,87 ± 0,64	0,457
Colesterol total (mg/dL)	161,76 ± 38,45	150,63 ± 32,01	0,005	148,69 ± 36,34	0,025
LDL (mg/dL)	93,34 ± 29,63	86,13 ± 23,45	0,009	83,59 ± 28,78	0,01
HDL (mg/dL)	43,58 ± 13,23	42,26 ± 13,89	0,341	42,09 ± 12,53	0,209
Triglicéridos (mg/dL)	156,63 ± 60,44	139,53 ± 52,23	0,051	132,89 ± 61,19	0,01
PA sistólica (mmHg)	136,54 ± 18,12	133,93 ± 16,94	0,341	131,29 ± 15,93	0,153
PA diastólica (mmHg)	66,6 ± 12,72	65,95 ± 11,14	0,689	63,29 ± 10,93	0,176

TFGe, tasa de filtración glomerular estimada; UACR, cociente albúmina/creatinina en orina; PA, presión arterial.

368 DETECCIÓN DE LA NO ADHERENCIA A LA MEDICACIÓN EN LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL NO CONTROLADA Y EFICACIA Y EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA ESPECÍFICO DE 3 MESES PARA MEJORAR EL CUMPLIMIENTO (ENSAYO ATHAN)

A. OLIVERAS¹, S. VÁZQUEZ¹, C. CAMPS¹, J.J. HERNÁNDEZ², J. BELLMUNT³, V. VEGA⁴, L. FONDEVILA¹, A. FAURA¹, J. PASCUAL¹, M. CRESPO¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL DEL MAR (BARCELONA). ²BIOQUÍMICA CLÍNICA. LABORATORI DE REFERÈNCIA DE CATALUNYA (BARCELONA). ³C.A.P. BARCELONETA. C.A.P. BARCELONETA (BARCELONA)

La falta de adherencia al tratamiento antihipertensivo es un importante factor responsable de hipertensión arterial no-controlada.

Objetivo: Evaluar si la implementación de un programa específico para mejorar la adherencia terapéutica produce una disminución de la presión arterial (PA) en pacientes con no-adherencia al tratamiento confirmada.

Métodos: ensayo clínico prospectivo, aleatorizado, de grupos paralelos, de pacientes atendidos consecutivamente con PA-24h ambulatoria ≥130/80mmHg recibiendo ≥2 antihipertensivos. Los pacientes con incumplimiento (confirmado por determinación de fármacos antihipertensivos en orina) fueron aleatorizados (1:1) para recibir un programa específico de 3 meses de intervención enfermera, básicamente, evaluación del conocimiento sobre los objetivos de PA, complicaciones de la HTA y tratamiento indicado, así como detección de posibles causas de no cumplimiento e implementación de medidas facilitadoras del mismo, con seguimiento quincenal, para reforzar la adherencia (intervención=I) o seguimiento rutinario (control=C). Los fármacos antihipertensivos en orina y la PA-24h ambulatoria se determinaron antes de la aleatorización, a los 3 y 12 meses.

Resultados: 44 pacientes fueron aleatorizados (edad 58,1±12,9 años, 30 hombres/14 mujeres). La PAS/PAD clínica basal (mmHg) fue de 150,4±16,3/91,1±15,5, y el número de fármacos prescritos no-detectados de 2±1,4. A los 3 meses, la variación (Δ) de PAS-24h para los grupos I y C fue (mediana[IC 95%])= -14,9 mmHg(-20,9 a -8,9), p<0,001 y -1,1 mmHg(-8,8 a 6,6), p=0,771, respectivamente, y la Δ del nº de antihipertensivos no-detectados fue (mediana[IC 95%])= -1,32 (-2,03 a -0,60), p=0,001 y -0,68(-1,24 a -0,13), p=0,018, respectivamente. A los 12 meses, la Δ de PAS-24h para los grupos I y C fue (mediana[IC 95%])= -16,6 mmHg(-24,0 a -9,2), p<0,001 y -10,8 mmHg(-18,5 a -3,1), p=0,009, respectivamente, y la Δ del nº de antihipertensivos no-detectados fue (mediana[IC 95%])= -0,74(-1,24 a -0,23), p=0,007, y -0,79(-1,77 a 0,20), p=0,109, respectivamente. Adicionalmente, la tabla muestra las diferencias entre los dos grupos en la Δ de PA a los 3 y 12 meses.

Conclusiones: una intervención específica de enfermería para mejorar la adherencia terapéutica se traduce en una mejora del control de la PA en pacientes con hipertensión no-controlada y cumplimiento terapéutico inadecuado.

■ **Tabla 1.**

Presión arterial (PA, en mmHg)	Diferencia (mediana ajustada al basal[IC95%]) entre los dos grupos a los 3 meses (intervención versus control)	p	Diferencia (mediana ajustada al basal[IC95%]) entre los dos grupos a los 12 meses (intervención versus control)	p
PAS-24h	-13,8 (-23,3, -4,3)	0,005	-5,8 (-16,1, 4,5)	0,260
PAD-24h	-9,5 (-15,8, -3,2)	0,004	-2,9 (-10,0, 4,2)	0,417
PAS-diurna	-12,4 (-22,2, -2,6)	0,014	-4,6 (-15,4, 6,2)	0,391
PAD-diurna	-2,2 (-9,5, 5,1)	0,546	0,3 (-7,6, 9,2)	0,938
PAS-nocturna	-18,0 (-29,9, -6,1)	0,004	-7,6 (-18,8, 3,6)	0,177
PAD-nocturna	-9,3 (-16,5, -2,2)	0,012	-2,8 (-10,3, 4,8)	0,459

369 SEGURIDAD DE SACUBITRIL-VALSARTAN EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA ESTADIO 3-4 Y FEVI REDUCIDA

P. P. GARCÍA GUTIERREZ¹, A. RODRÍGUEZ GÓMEZ¹, C. MARTÍN VARAS¹, L. CALLE GARCÍA¹, I. MARTÍN MORQUECHO², C. LEZCANO PERTEJO³, D. VIÑUELA ALVAREZ³, P. SANCHEZ GARROTE¹, V. FIDALGO GONZALEZ¹, M.J. FERNANDEZ-REYES LUIS¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL GENERAL DE SEGOVIA (SEGOVIA/ ESPAÑA); ²CARDIOLOGÍA. HOSPITAL GENERAL DE SEGOVIA (SEGOVIA/ ESPAÑA); ³FARMACIA. HOSPITAL GENERAL DE SEGOVIA (SEGOVIA/ ESPAÑA)

Introducción: El Sacubitril-Valsartán (SV) es tratamiento de elección en pacientes con Insuficiencia Cardíaca con Fracción de eyección (FEVI) reducida.

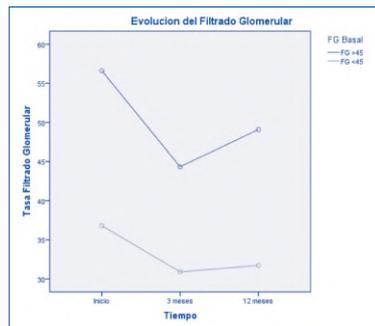
Objetivo: Analizar la seguridad de SV en pacientes con Enfermedad Renal Crónica (ERC) estadio 3-4.

Material y métodos: Realizamos un estudio observacional retrospectivo en pacientes seguidos en consulta nefrología, con ERC estadio 3-4 a los que se les inició tratamiento con SV. Valoramos datos analíticos y clínicos de manera basal, a los 3 y 12 meses: evolución de la ERC, complicaciones metabólicas o clínicas y necesidad de ajuste de dosis o suspensión del fármaco. La estadística fue realizada con el spss 19.0.

Resultados: Incluimos 29 pacientes, edad media 75,6 ± 7,2 años. 86,2% varones. Filtrado Glomerular (FG) medio: 45 ± 10,7 ml/ min. La causa principal de ERC fué nefroangioesclerosis con Síndrome Cardiorrenal (62%). FEVI media: 34,3 ± 11,7% (83% FEVI < 40%). A lo largo del seguimiento (22,8 ± 14,8 meses), 5 pacientes suspendieron tratamiento (2 hipertensión arterial, 2 deterioro de FG y 1 mejoría cardiológica). 3 fallecieron y 21 continúan con SV. Observamos una disminución significativa del FG a los 3 y 12 meses, con respecto a la basal (45,3 ± 11, 8 vs 35,7 ± 12,2 y 39,2 ± 17,4. p < 0,000), con necesidad de ajuste de dosis a los 3 meses. Analizamos por separado la evolución del FG, en función del FG > 0 < 45 ml/ min. Grafico 1. Pacientes con FG > 45 ml/ min recuperan el FG a los 12 meses, mientras que los de FG < 45 ml/ min se mantiene descendido, pese al ajuste de tratamiento nefrológico y dosis de SV.

Conclusiones: En pacientes con FG < 60 ml/min el SV provoca descenso del FG, a pesar de ajuste de dosis y seguimiento por nefrología, especialmente en aquellos con FG < 45 ml/min, por lo que debemos ser especialmente cautelosos.

Figura 1.



370 EMPLEO DE PATIROMER EN EL CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA AVANZADA EN TRATAMIENTO CON INHIBIDORES DEL SISTEMA RENINA ANGIOTENSINA ALDOSTERONA

F. LÓPEZ-RODRIGUEZ¹, N. OLIVA-DÁMASO¹, P. ROSA-GUERRERO¹, M. CASTILLA-CASTELLANO¹, R. BRAVO-MARQUES², F. RIVAS³, J. PAYÁN-LÓPEZ¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL COSTA DEL SOL (MARBELLA/ESPAÑA); ²CARDIOLOGÍA. HOSPITAL COSTA DEL SOL (MARBELLA/ESPAÑA); ³UNIDAD DE INVESTIGACIÓN. HOSPITAL COSTA DEL SOL (MARBELLA/ESPAÑA)

El empleo de inhibidores del sistema renina angiotensina aldosterona (ISRAA) en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) se ve a menudo limitado por la hiperpotasemia. Su reducción o suspensión se asocia a mayor mortalidad y eventos cardiovasculares, incluso en pacientes con ERC avanzada (ERCA), pero aun forma parte de la práctica clínica habitual. El control del potasio con la resina de intercambio Patiromer®, con mejor tolerancia, palatabilidad y estudios de seguridad, podría facilitar el uso de ISRAA.

Material y Métodos: Evaluamos la adherencia a Patiromer y su efecto sobre el potasio y la consecuente modificación de dosis de ISRAA en pacientes ERCA con hiperpotasemia. Estudio observacional retrospectivo realizado entre septiembre 2019 y abril 2021. Periodo de seguimiento 6-12 meses. En todos los casos se inició Patiromer (8,4 gr) por cifras de potasio >5 mEq/l y se modificó tratamiento con la resina (16,8 gr), IECAs, ARA II y/o antialdosterónicos en función de kallemias. Se realizaron controles periódicos de función renal, albuminuria y potasio sérico. Al finalizar el seguimiento se calculó la adherencia (<33%, 33-66%, >66%) en función del número de dispensaciones en la receta electrónica.

Resultados: 42 pacientes (varones 81%), edad media de 71.4 años, 43% diabéticos, 81% HTA. Todos con ERC avanzada (FG 15-30 71.4%; FG <15 no en diálisis 28,6%), con albuminuria A2 26.2%, A3 52.4% y potasio >5 mEq/l (media 5,59 ± 0,55). El 76.2% (32 pacientes de 42) tuvo una adherencia a Patiromer >66%, con un descenso de significativo de las cifras de potasio (media (SD) 5.54 (0.6) frente a 5 (0.49), p 0.001). Para adherencias menores no se observó descenso de potasio. Solo 4 pacientes justificaron la falta de adherencia por efectos secundarios (3 molestias gastrointestinales, 1 urticaria). Entre los 32 pacientes con adherencia a Patiromer >66%, al finalizar el seguimiento un 78.12% seguía en tratamiento con ISRAA manteniendo K <5.5, y se había podido titular la dosis de bloqueantes del eje en el 44% de ellos. En 3 pacientes hubo que reducir la dosis de ISRAA por K ≥5.5. En 4 pacientes no se pudo iniciar tratamiento con ISRAA (2 con potasio controlado pero tendencia a hipotensión y 2 por K ≥5.5). El filtrado glomerular se mantuvo estable y la albuminuria descendió aunque no de forma significativa.

Conclusiones: en pacientes ERCA con hiperpotasemia y bloqueo del SRAA la adición de Patiromer controla los niveles de potasio sérico de manera que permite mantener o aumentar la dosis de ISRAA de forma segura.

371 ¿EXISTEN DIFERENCIAS CLÍNICAS EN LA MUJER Y EL RECIÉN NACIDO ENTRE LAS PREECLAMSIAS PRECOZES Y TARDIAS? ANÁLISIS DE CINCO AÑOS

Y. GALLEGO BAZAN¹, V. DE LA ESPADA PIÑA¹, C. LANCHO NOVILLO¹, AL. GARCIA HERRERA¹, PL. QUIROS GANGA¹, C. REMÓN RODRIGUEZ¹ ¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTO REAL. SERVICIO ANDALUZ DE SALUD (ESPAÑA)

Introducción: La preeclampsia es un factor de riesgo para hipertensión y enfermedad renal. Aunque la mayor parte se presentan en el período prematuro tardío, con buenos resultados, una proporción tienen presentación temprana (< 34 semanas) y conllevan alto riesgo asociados al parto prematuro.

Material y método: Estudio observacional descriptivo trasversal, realizado durante un periodo de 5 años (2016-2021) en las pacientes atendidas en un hospital regional por preeclampsia. Se describen características clínicas de las pacientes, necesidad de estancia en UCI, estancia total del ingreso y características del recién nacido. Realizamos análisis de las pacientes diferenciando según se trate preeclampsia precoz y tardía analizando las diferencias entre ambos grupos.

Resultados y discusión: N= 89, edad media 32 años, con 42% > 35 años. El 53% se presentó en primigestas y el 5,6% tenían antecedentes de preeclampsia. El 2,2% tenían antecedentes familiares. El 3,4% raza negra. En cuanto a patología previa encontramos hipertensión (8%), ERC (0%), enfermedad autoinmune (3,2%), diabetes gestacional (10,2%), obesidad (58,4%). En cuanto a las variables relacionadas con el embarazo, el 6,7% fueron embarazos multifetales, el 24,7 % fueron preeclamsias precoces y el 2,2% requirió estancia en UCI. Estancia media de todos los ingresos: 5 días. Variables del recién nacido: 51,7% varones, peso medio de 3200 mg, con 37,1% recién nacidos con bajo peso. Analizamos diferencias clínicas o del recién nacido entre preeclamsias precoces y tardias.

En el análisis inferencial, encontramos que en mujeres primíparas hay mayor número de preeclamsias precoces y que se asocia con bajo peso del recién nacido (p<0,05) (ver tabla 1).

Conclusiones: En nuestra serie, la preeclampsia se asocia a los factores de riesgo descritos en la literatura, sobre todo obesidad. Encontramos que las primíparas tienen mayor riesgo de preeclamsias precoces asociándose estas a mayor riesgo de recién nacidos con bajo peso.

Figura 1.

	PREECLAMPSIA		p
	PRECOZ	TARDIA	
Variables maternas			
Raza negra	4,5%	3%	NS
>32 años	45,5%	41,8%	NS
HTA	16,6%	6,1%	NS
ERC	0%	0%	NS
Enf Autoinmune	9,1%	1,5%	NS
DM	9,1%	10,6%	NS
Obesidad	45,9%	62,7%	NS
Primigesta	81,8%	44,8%	p<0,01
PE en embarazo previo	0%	7,5%	NS
Variables Preeclampsia y RN			
Gestación multifetal	13,6%	4,5%	NS
Ingreso en UCI	0%	3%	NS
Sexo Varón en RN	40,9%	55,2%	NS
Bajo peso del RN	95,5%	19,4%	p<0,01

372 SÍNDROME DE HELLP ANTES Y DESPUÉS DE LAS 32 SEMANAS DE GESTACIÓN

N. MARTINO¹, F. MAYOR¹, I. HERRAIZ¹, C. VILLALAIN¹, E. MORALES²

¹GINECOLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE (MADRID/ESPAÑA); ²NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE (MADRID/ESPAÑA)

Introducción: el síndrome de hemólisis, elevación de enzimas hepáticas y plaquetopenia (HELLP) es una complicación infrecuente del embarazo asociada a la preeclampsia. Existe poca información sobre sus características en función de su presentación precoz o tardía (< 32 o ≥ 32 semanas).

Objetivo: comparar la evolución clínica y analítica de las gestantes con HELLP precoz y tardío y el pronóstico perinatal.

Métodos: estudio retrospectivo de la cohorte de casos de HELLP de nuestro centro entre 2014-2020. Se realizó un análisis comparativo univariante de las variables de estudio entre el grupo de HELLP precoz y tardío mediante SPSS v.25.0.

Resultados: se estudiaron 38 casos (22 precoces y 16 tardíos), con una edad media de 32,6 años, en su mayoría sanas y sin factores de riesgo. Sus características se muestran en la Tabla 1. La incidencia de crecimiento intrauterino restringido fue mayor en el grupo precoz. La ratio sFlt1/PlGF se encontró elevada en ambos grupos, especialmente en el precoz. Hubo tres complicaciones graves que se resolvieron satisfactoriamente: un hematoma subcapsular hepático, una eclampsia y un síndrome hemolítico urémico atípico con fallo renal agudo puerperal, tratado con Eculizumab. Los HELLP tardíos tuvieron mejores resultados neonatales. Respecto a la función renal, se observó un descenso en el filtrado glomerular entre el inicio del embarazo y el momento del parto de 29,7 ml/min/1,73 m2 (IC 95% 20,7-38,7), con tendencia no significativa a ser mayor en el grupo tardío (37,8 vs. 23,6, p < 0,1).

Conclusión: los resultados maternos y perinatales son favorables. El sustrato de disfunción placentaria es más marcado en el HELLP precoz. La función renal empeora respecto al inicio del embarazo, con elevación de la creatinina y disminución del filtrado glomerular.

Ver tabla 1

Resúmenes

Hipertensión arterial, riesgo cardiovascular, hemodinámica y regulación vascular

373 EL PERFIL LÍPIDICO EN LOS PACIENTES RENALES. ANÁLISIS GLOBAL Y DIFERENCIAS CON UNA POBLACIÓN CON POLIQUISTOSIS RENAL

A. LARA RUIZ¹, M. CINTRA CABRERA¹, T. ARROBAS VELILLA², M. RIVERA PÉREZ¹, R. MOLAS FLORES¹, M. SALGUEIRA LAZO¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA (SEVILLA), ²BIOQUÍMICA CLÍNICA. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA (SEVILLA)

Introducción: La dislipemia en la enfermedad renal crónica (ERC) es frecuente. Conocer el comportamiento aterogénico y del perfil lipídico en nuestra población con enfermedad renal es esencial. El subgrupo de pacientes con Poliquistosis Renal (PQR) constituye un subgrupo con características particulares en muchos aspectos.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo, incluye población en seguimiento en consultas de nefrología en un área sanitaria, durante el periodo 2018- 2021. Analizamos el perfil lipídico, la función renal y si recibían o no tratamiento con estatinas.

Resultados: Se recogen 3301 pacientes prevalentes con enfermedad renal, excluyendo aquellos en tratamiento renal sustitutivo (TRS), con filtrado glomerular (TFG) <10ml/min/1,73m² o proteinuria mayor a 1.5g. El 40% de los pacientes estaba con estatinas. El nivel medio de colesterol total (CT) fue 170.4±/43mg/dl, LDL 92.3±/ 37mg/dl, HDL 50.3±/15mg/dl y triglicéridos (TG) 147.3±/92mg/dl. Se objetivaron cifras de LDL >100mg/dl en 37% de los pacientes, y sólo un 35% tenían una LDL<75mg/dl. En aquellos pacientes con TFG <60ml/min/1,73m² (N=2337; 71%), el 33.5% (N=784) tenían LDL >100mg/dl, y un 30% (N=297) de aquellos con TFG <30ml/min/1,73m² (N=981; 29.7%). Al analizar los pacientes con estatinas (N=1309; 40%), en el grupo que tenían TFG <60ml/min/1,73m² (N=1109; 84%) las cifras de LDL>100mg/g estaban presentes en un 28.5% (N=317), y en el grupo con TFG<30ml/min/1,73m² (N=581; 44.3%) en un 26.8% (N=156). Realizamos un subanálisis de pacientes con PQR (N=112; 3.4%), presentaban cifras de CT 182±/40mg/dl, LDL 101.2±/33mg/dl, HDL 56.4±/17mg/dl y TG 123.7±/59mg/dl. El 76% de los pacientes con PQT tenían TFG <60ml/min/1,73m² (N=73), y dentro de este grupo un 43% presentaban LDL>100mg/dl (N=32). En pacientes PQT con TFG > 60ml/min/1,73m² (N=39), la mitad (N=22; 56.4%) también tenían LDL >100mg/dl. De los pacientes diagnosticados de PQR, el 51% tomaba estatina, con cifras de CT medio 183mg/dl±/46, LDL 102.7±/39, HDL 53±/15 y TG 142±/69mg/dl.

Conclusiones: Sigue habiendo un porcentaje de pacientes con LDL elevada, especialmente en el grupo de enfermos renales sin estatinas y con TFG < 60ml/min/1,73m², ocurriendo lo mismo en la cuarta parte de los pacientes con igual TFG y estatina. Esta elevación de las LDL es más llamativa en los pacientes con PQR, quizá en relación con una menor concienciación con el control estricto de los factores de riesgo cardiovascular en este grupo.

374 ANALISIS DESCRIPTIVO DE LA PUESTA EN MARCHA DE UNA CONSULTA CARDIO-RENAL

D. REGIDOR RODRIGUEZ¹, L. CUETO BRAVO¹, M. PADRON ROMERO¹, M. ROMERO MOLINA¹, I. CARMENA RODRIGUEZ², B. SUALDEA PEÑA¹, C. ROBLES GAMBOA¹, M. FLORES HERNAN², FJ. AHUADO HORMIGOS¹, R. DIAZ-TEJERO IZQUIERDO¹

¹NEFROLOGIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE TOLEDO (ESPAÑA), ²CARDIOLOGIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE TOLEDO (ESPAÑA)

El síndrome cardiorenal (SCR) es un trastorno en el interactúan el corazón y los riñones produciendo disfunción entre ellos de forma aguda o crónica. Los cambios funcionales y anatómicos que se producen en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) e insuficiencia cardiaca (IC) son frecuentes. Por ello la creación de consultas de evaluación integral de estos pacientes es necesaria para optimizar el tratamiento, seguimiento y mejorar el pronóstico con un manejo integral (clínico, biomarcadores e imagen (Vexus)) en una misma revisión.

Métodos: Estudio observacional los pacientes evaluados en la primera visita en consulta cardiorenal (CR) del HUT, de reciente creación y periodicidad semanal, del 1 de octubre de 2022 al 30 mayo 2022. Los pacientes derivados a la consulta cardiorenal (CR) del HUT cumplieron las siguientes características: 1. ERC estable con IC en progresión (mínimo un ingreso o descompensación los 12 meses previos) o 2. Pacientes de la unidad de IC con daño renal progresivo. Todos con patología cardiaca estructural.

Se ha creado un protocolo de seguimiento con implantación de evaluación Vexus en los casos de inestabilidad, deterioro renal o discordancia clínico-analítica. En todos los pacientes se aseguró la existencia de ecocardiografía basal. Realizamos manejo multidisciplinar de pacientes entre las consultas de IC y CR aprovechando que ambas tienen lugar el mismo día y en consultas contiguas.

Resultados: Hemos incluido en consulta cardiorenal 45 pacientes. Mediana de edad 73 años (53,88). Un 80% procedían de consultas externas de Nefrología; 11,1% de Atención Primaria y 8,9% de Cardiología. El 75% presentaban ERC estadio 3b y FEVI 30-50% el 45% La FEVI preservada (FEVip) con disfunción diastólica predominante se evidenció en el 30%.

El tratamiento betabloqueante fue el fármaco con mayor presencia en todos los pacientes seguidos de los antiandosterónicos en un 24%. De los 45 pacientes estudiados 13 (28,9%) fueron candidatos a estudio ecocardiográfico (VexUS) resultando un 38,5% Vexus grado 2 y 23,1% Vexus grado 3. En un 38,5% el Vexus fue 0. En 69,2% de los pacientes en los que se realizó Vexus se realizó modificación terapéutica del diurético o natriurético con ISLGT2.

Conclusiones:

- La implementación de consultas cardiorenales pueden ser un primer paso para la creación futura de unidades cardiorenales.
- La realización de Vexus en las consultas es una herramienta útil que junto con la clínica y biomarcadores, ayuda a dirigir el tratamiento diurético del paciente con SCR.
- El inicio de una consulta CR en relación con la de IC ha contribuido a optimizar el cumplimiento terapéutico de las guías de IC y optimización del tratamiento con ISLGT y diuréticos.

375 ¿CÓMO PUEDE TENER NEFROANGIOSCLEROSIS? SÓLO VA CON UN FÁRMACO...

SC. GONZÁLEZ¹, E. MÁRQUEZ¹, J. FARRERA¹, C. BARRIOS¹, A. RIBAS¹, L. SANS¹, J. GIMENO², M. CRESPO², E. RODRIGUEZ², J. FERNANDEZ²

¹NEFROLOGIA. PARC DE SALUT MAR (BARCELONA), ²ANATOMÍA PATOLÓGICA. PARC DE SALUT MAR (BARCELONA)

Introducción: La nefroangiosclerosis (NAS) es una lesión renal asociada a hipertensión arterial crónica y una de las principales causas de inicio de tratamiento renal sustitutivo. Un grupo minoritario de pacientes tiene NAS a pesar de control tensional con mínimo tratamiento.

Objetivos: Describir las características de este grupo de pacientes comparado con el resto de pacientes con diagnóstico de NAS.

Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo. Revisión de 67 pacientes con diagnóstico único de NAS por biopsia renal (biopsias consecutivas desde 2010 a 2020). Separamos la población en dos grupos según número de anti-hipertensivos: Grupo 1 (0-1 fármacos) vs Grupo 2 (≥2 fármacos).

Resultados: Ambos grupos presentan características demográficas similares y función renal/proteinuria sin diferencias. Ambos grupos presentan el mismo adecuado/inadecuado control tensional, pero el grupo 1 significativamente menor tiempo de evolución de la HTA. Llamam la atención las diferencias histológicas (aunque no estadísticamente significativa): el grupo 1 presentó mayor porcentaje de glomerulosclerosis global, fibrosis intersticial y atrofia tubular respecto al grupo 2. Además, en el seguimiento a 3 años, el grupo 1, presentó más pacientes que requirieron inicio TRS. Un factor relacionado con estos resultados, a pesar del control tensional adecuado con 1 fármaco, podría ser el menor uso de BSRAA en el grupo 1 (33.3%vs 73.9%, p=0.003). Además, se evidenció mayor porcentaje de antecedentes de dislipemia en el grupo 1 (62,5% vs 22,2%, p=0,017) aunque no de obesidad o diabetes.

Conclusiones: Pacientes con NAS, pero HTA que requiere como máximo 1 fármaco para su control, presentan afectación histológica más marcada que los que requieren más fármacos a pesar de mismo tiempo de evolución y grado de control de la presión. Estos hallazgos podrían estar en relación con una menor tasa de uso de BSRAA. Nuestro estudio refuerza la indicación de BSRA como primera línea al diagnóstico de HTA.

[Ver tabla 1](#)

376 EXPERIENCIA DEL USO DE SACUBITRILLO-VALSARTÁN EN PACIENTE EN TERAPIA RENAL SUSTITUTIVA E INSUFICIENCIA CARDIACA

S. ALADRO ESCRIBANO¹, CA. SANTANA QUINTANA¹, D. MEDINA GARCÍA¹, Y. DARUIZ D'ORAZIO¹, JC. QUEVEDO REINA¹, EF. VALGA AMADO¹, JM. FERNANDEZ¹, F. GONZALEZ CABRERA¹, M. GALVÁN RUIZ¹, P. PÉREZ BORGES¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL DR.NEGRÍN (ESPAÑA), ²CARDIOLOGÍA. HOSPITAL DR.NEGRÍN (ESPAÑA)

Introducción: Existen pocos datos acerca del uso de sacubitrilo – valsartan en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) y técnicas de depuración renal. El SV reduce los ingresos y la mortalidad en pacientes con insuficiencia cardiaca con fracción de eyección reducida (ICFER) y filtrado glomerular (FG) > 30 ml/min. Nuestro objetivo es analizar la seguridad y eficacia de SV en pacientes en diálisis.

Material y métodos: Realizamos un análisis retrospectivo de pacientes > 18 años, en terapia renal sustitutiva, hemodiálisis (HD) y diálisis peritoneal (DP) con ICFER (FEVI < 40%) entre Agosto de 2017 y Mayo de 2022.

Resultados: Se incluyeron diez pacientes, con una edad media de 58,7 ± 12,9 y un seguimiento medio de 517 días. Las etiologías de base que condicionaron enfermedad renal crónica (ERC) fueron; Glomerulonefritis (30%), Enfermedad renal diabética (20%) Nefroangiosclerosis (20%), Síndrome cardio-renal (10%), Alport (10%). Respecto a la técnica de depuración renal, cinco pacientes en diálisis peritoneal (DP) y cinco en hemodiálisis (HD). Ocho pacientes comenzaron el SV hospitalizados y siete fueron NAIVE (no uso previo de IECA/ARA II). En ocho pacientes se realizó un ecocardiograma

Tabla 1. Evolución de los pacientes tras el inicio del SV, observando en cinco pacientes un remodelado ventricular (incremento > 5% de la FEVI comparado con la basal). Uno de los pacientes tras mejorar la función ventricular, pudo ser incluido en lista de espera de trasplante renal. Respecto a los efectos secundarios, dos pacientes presentaron hipotensión sintomática, cuatro hipertensión leve y otros cuatro moderada, sin necesidad de discontinuar el SV. Cuatro pacientes fallecieron durante el seguimiento, dos por insuficiencia cardiaca.

	Edad	Etiología de la IC	Etiología ERC	Modalidad diálisis	Remodelado ventricular (FEVI > 5%)
Caso 1	68	Isquémica	Cardiorenal	Diálisis peritoneal 2019	-0.3%
Caso 2	45	Miocardiopatía dilatada no isquémica	G. Esclerosante y focal	Hemodiálisis 2016	+ 27%
Caso 3	37	Valvular	G. Esclerosante y focal	Diálisis peritoneal 2015	+ 20%
Caso 4	79	Miocardiopatía dilatada no isquémica	Nefroangiosclerosis	Hemodiálisis 2020	+ 51%
Caso 5	52	Miocardiopatía dilatada no isquémica genética	Nefroangiosclerosis	Diálisis peritoneal 2019	+ 35%
Caso 6	67	Isquémica	Nefropatía lúpica	Hemodiálisis 2019	- 6%
Caso 7	59	Isquémica	Enfermedad renal diabética	Hemodiálisis 2020	- 5%
Caso 8	58	Miocardiopatía dilatada no isquémica	Hiperocaluria primaria	Diálisis peritoneal 2013 – 2019 Tx Renal (2019) DP 2020	+ 14%
Caso 9	71	Isquémica	Enfermedad renal diabética	Hemodiálisis 2021	No datos
Caso 10	51	Miocardiopatía dilatada no isquémica	S. de Alport	Hemodiálisis 1987 – 1993 1º Tx (1993) 2º Tx 2008 Diálisis peritoneal 2011	No datos

Hipertensión arterial, riesgo cardiovascular, hemodinámica y regulación vascular

377 EFECTOS PLEIOTRÓPICOS DE LA VITAMINA D SOBRE LA RIGIDEZ ARTERIAL Y LA ALBUMINURIA EN LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICAEA. LÓPEZ GARCÍA¹, JL. PERELLÓ MARTÍNEZ², P. GÓMEZ FERNÁNDEZ³, A. MARTÍN ROMERO⁴¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL DE JEREZ (JEREZ/ESPAÑA)

La vitamina D (vitD) ejerce efectos pleiotrópicos como son las modificaciones de la función arterial y descenso de la albuminuria. El déficit de 25(OH)D podría limitar estos efectos tisulares. La administración de vitD (colecalfiferol) y de paricalcitol, puede promover beneficios en la función vascular y renal.

El objetivo fue estudiar el efecto que tiene, en la enfermedad renal crónica (ERC), la administración de diferentes formas de vitD sobre la rigidez aórtica y sobre la albuminuria, y la relación fisiopatológica entre las modificaciones de estas variables.

Métodos: Estudiamos en 97 enfermos con ERC estadios 3-4 y con albuminuria residual, el efecto de la administración de colecalfiferol (grupo 2) y paricalcitol (grupo 3) sobre la rigidez aórtica estudiada mediante velocidad de pulso carótida-femoral (Vpc-f), sobre la presión arterial braquial y aórtica (central), y sobre la albuminuria. Un grupo de enfermos con ERC 3-4 que no recibió terapia con vitD sirvió de control (grupo 1). Todos los parámetros se estudiaron basalmente y tras un seguimiento de 7±2 meses.

Resultados: No hubo diferencias entre grupos en la rigidez aórtica que estaba aumentada en todos ellos con un valor basal de la Vpc-f de 10,5 (9,2-12,1) m/seg. Los valores basales de presión arterial sistólica braquial (PASb), presión arterial sistólica central (PASC), presión de pulso braquial (PPb) y presión de pulso central (PPc) fueron similares en todos los grupos. El valor de albuminuria basal fue 198 (46-832) mg/g, sin diferencias entre grupos. La calcemia y fosforemia aumentaron significativamente en los grupos 2 y 3. Los valores de parathormona (PTH) disminuyeron en el grupo 3. La PPb y PPc disminuyeron en todos los grupos 2 y 3 y no se modificaron en el grupo control. La Vpc-f no se modificó significativamente en ningún grupo aunque la variación fue mayor en el grupo 3 (11,2±2 vs 10,7±1,6 (p:0,06)).

Los que recibieron tratamiento con vitD presentaron un descenso de albuminuria de 17 % (grupo 2) y 21 % (grupo 3) frente a un aumento de 16 % en el grupo control (p:0,01). Una reducción de albuminuria ≥ 30% se observó más frecuentemente en los grupos 2 y 3. (p:0,03). No existió correlación significativa entre los cambios de la Vpc-f y los de la albuminuria ni participación de las modificaciones de la función arterial en la reducción ≥30% de la albuminuria.

Conclusiones: En la ERC estadios 3-4, con albuminuria residual, la administración de colecalfiferol o paricalcitol reduce los índices de pulsatilidad arterial y la albuminuria. Este descenso de la albuminuria no parece estar mediado, al menos de forma determinante, por las modificaciones de la rigidez aórtica.

378 iSGLT2 PARA OPTIMIZAR EL CONTROL DE LA HIPERURICEMIAG. CARREÑO CORNEJO¹, M. VÁZQUEZ GONZÁLEZ², D. MENÉNDEZ GONZÁLEZ¹, C. ROSADO RUBIO¹,R. MANZANEDO BUENO¹, MD. BARREDA GRANDE¹, C. FELIPE FERNÁNDEZ², J. MARTÍN GARCÍA¹¹NEFROLOGÍA. COMPLEJO ASISTENCIAL DE ÁVILA (ÁVILA, ESPAÑA), ²MEDICINA INTERNA. COMPLEJO ASISTENCIAL DE ÁVILA (ÁVILA, ESPAÑA)

Introducción: Entre los factores de riesgo cardiovascular modificables se encuentra la hiperuricemia. En ocasiones el tratamiento de la misma no puede llevarse a cabo por mala tolerancia, interacciones con otros fármacos, etc. Se propone la optimización del tratamiento de la hiperuricemia con iSGLT2.

Objetivo: Identificar efectos pleiotrópicos, relacionados con iones y ácido úrico, asociados a los iSGLT2.

Métodos: Mediante la receta electrónica, se recogieron todos los pacientes que recibieron canagliflozina de junio a diciembre de 2020. Se recolectaron los datos de las analíticas previa a la introducción del fármaco y posteriores al mismo para identificar la presencia de alteraciones hidroelectrolíticas, cambios en el urato, y frecuencia de aparición de posibles efectos adversos.

Resultados: Se recolectaron 328 pacientes de los cuales se excluyeron 29 por ausencia de datos, siendo finalmente de 299 pacientes: 141 (47%) mujeres y 158 (53%) hombres. Edad media 65 años (DE 11,53), edad mínima 23 y máxima 89 años. En el análisis del sodio previo al tratamiento: 252 (84,3%) no presentaban alteraciones, 5 (1,7%) hiponatremia, 1 (0,3%) hipernatremia, 41 (13,7%) sin datos. Tras el tratamiento: 244 (81,9%) sin alteraciones, 2 (0,7%) hiponatremia, 1 (0,3%) hipernatremia, y 51 (17,1%) sin datos. En el análisis del potasio previo a tratamiento: 250 (83,6%) no presentaban alteraciones, 4 (1,3%) hipopotasemia, 4 (1,3%) hiperpotasemia, 41 (13,7%) sin datos. Tras el tratamiento: 230 (77,2%) no presentaban alteraciones, 5 (1,7%) hipopotasemia, 12 (4%) hiperpotasemia, 51 (17,1%) sin datos. En el análisis del urato previo a tratamiento: 187 (64,9%) sin alteraciones, 18 (6,3%) hipouricemia, 22 (7,6%) hiperuricemia, 61 (21,2%) sin datos. Tras el tratamiento: 173 (60,1%) sin alteraciones, 31 (10,8%) hipouricemia, 12 (4,2%) hiperuricemia, 72 (25%) sin datos. Un 9,4% presentó infecciones genitourinarias, 71,48% no las presentaron y de 19,13% no hubo datos. Tampoco hubo ningún caso de cetoacidosis diabética ni de amputaciones.

Conclusiones: Los resultados de nuestro estudio son concordantes con publicaciones previas, reflejando que con el tratamiento con iSGLT2 los pacientes pueden presentar hipouricemia y en los casos de aquellos que tenía n visiblemente hiperuricemia, se observó mejor control del urato sin necesidad de hipouricemiantes, evitando así las consecuencias de la hiperuricemia y añadiendo más control de los factores de riesgo cardiovascular. Se necesitan más estudios para demostrar este efecto de los iSGLT2.

379 LA LESIÓN DE ÓRGANO DIANA VASCULAR EN ANCIANOS HIPERTENSOS AUTÓNOMOS SE ASOCIA CON LA PRESENCIA DE HIPOTENSIÓN ORTOSTÁTICAA. RAMOS¹, A. DE LA SIERRA², A. OLIVERAS³, S. VÁZQUEZ⁴, C. CAMPS⁵, P. ARMARIO⁶, M. CORTES⁷, P. CASTELLANOS⁸, P. ARIAS⁹, P. FERNÁNDEZ-LLAMA¹¹NEFROLOGÍA. FUNDACIÓ PUIGVERT (BARCELONA), ²MEDICINA INTERNA. MÚTUA DE TERRASSA (TERRASSA), ³NEFROLOGÍA. HOSPITAL DEL MAR (BARCELONA), ⁴MEDICINA INTERNA. HOSPITAL MOISÉS BROGGI (SANT JOAN DESPI)

La hipotensión ortostática (HO) se asocia con mayor riesgo cardiovascular (CV). Este trabajo investigó las características de la lesión de órgano diana (LOD) asociada a la HO en ancianos hipertensos tratados con una buena escala funcional. La HO se definió como el descenso de la presión arterial sistólica (PAS) ≥ 20 mmHg y/o de la presión arterial diastólica (PAD) ≥ 10mmHg a los 3 minutos de bipedestación tras el decúbito de 5 minutos. Se reclutaron 158 ancianos (51% hombres; edad media de 75,1 ± 5,6 años y 20,3 ± 11 años de evolución de la hipertensión) de cuatro hospitales universitarios. La presencia de LOD se determinó si alguno de los siguientes estaba presente: cardíaca, definida como la presencia de hipertrofia ventricular izquierda (HVI) medida por masa del VI > 115 g/m² en hombres y > 95 g/m² en mujeres; renal, definida como la presencia de albuminuria (excreción urinaria de albúmina ≥ de 30mg/g) y/o filtrado glomerular estimado (FGe) disminuido (< 60 ml/min/1.73 m² por CKD-EPI); vascular como presión de pulso > de 60mmHg. La PA clínica (media de 3 mediciones) y ambulatoria de 24h (MAPA) se realizó con dispositivo automático homologado. La PAS clínica fue de 143,6 ± 20 mmHg y la PAD de 72,7 ± 11,7 mmHg. La PAS de 24h fue de 129 ± 12,9 mmHg y la PAD de 24h de 72,5 ± 7,8 mmHg. Presentaron HO 33 pacientes (21%). La HVI se observó en 66 pacientes (42%), albuminuria en 43 (27,2%), FGe disminuido en 58 (36,7%), ambos en 77 (48,7%) y la LOD vascular en 51 (32,3%). Únicamente la LOD vascular mostró una relación de dependencia con la HO. El 51,5 % de los pacientes con HO presentaron LOD vascular mientras que este porcentaje fue del 27,6% en los pacientes sin HO (p=0,009). En nuestra población de ancianos autónomos con hipertensión tratada farmacológicamente, la presencia de HO se asocia con la lesión de órgano diana vascular y no con la cardíaca y/o renal. Con estos resultados aconsejaríamos evitar fármacos que favorezcan el desarrollo de HO en aquellos pacientes con una presión de pulso > de 60mmHg.

380 FIBRILACIÓN AURICULAR EN ERCA: PREVALENCIA Y TIEMPO EN RANGO TERAPÉUTICO DE LOS PACIENTES ANTICOAGULADOS CON ACENOCUMAROLD. RODRÍGUEZ-ESPINOSA¹, M. COSANO², JJ. BROSETA¹, LM. RODAS¹, M. VERA¹, A. CASES¹¹SERVICIO DE NEFROLOGÍA Y TRASPLANTE RENAL. HOSPITAL CLÍNIC DE BARCELONA (BARCELONA), ²FACULTAD DE MEDICINA. UNIVERSIDAD DE BARCELONA (BARCELONA)

Introducción: La fibrilación auricular (FA) y la enfermedad renal crónica (ERC) son dos entidades íntimamente relacionadas que, no solo coexisten frecuentemente y comparten muchos factores de riesgo como la edad, hipertensión arterial, diabetes mellitus o insuficiencia cardíaca, sino que una aumenta el desarrollo y progresión de la otra y viceversa. Se ha descrito que la prevalencia de FA en la ERC es de hasta un 20% y que estos pacientes tienden a conseguir mantener un INR en rango terapéutico en torno al 70%, aunque también se sabe que los pacientes con ERC y FA son más propensos a un mal control terapéutico. Este estudio busca determinar la prevalencia en vida real de FA en pacientes añosos con estadios avanzados de ERC, así como determinar el tiempo en que el acenocumarol se mantiene en rango terapéutico (TRT) en estos individuos.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo que tomó como población a todos los pacientes en seguimiento en consulta de ERCA en el Hospital Clínic de Barcelona, de entre los que se realizó un muestreo aleatorizado.

Resultados: Se analizaron datos de 114 pacientes, con una media de edad de 79 años. El 52.2% eran hombres, su índice de masa corporal de 29.24 kg/m², su filtrado glomerular estimado de 22.9 ml/min/1.73m² y su índice de comorbilidad de Charlson de 8. La prevalencia de FA fue del 35%. Y esta se asoció con la presencia de insuficiencia cardíaca (52.8% vs 9.3%, p<0.001). La mitad de los pacientes se encontraban anticoagulados con acenocumarol y la otra mitad con anticoagulantes de acción directa (ACODs). Entre los primeros, la media de TRT fue del 55%. Solo un 38.5% de los pacientes anticoagulados con acenocumarol presentó un TRT óptimo (>65%).

Conclusiones: La FA es más prevalente en gente añosa con ERC avanzada. Esta población tiene mayor dificultad que la población general para mantener un nivel óptimo de TRT con antagonistas de la vitamina K, aumentado tanto su riesgo de sangrado como de trombosis. La población con ERCA podría beneficiarse del uso de ACODs ante dicha dificultad.