

## 319 LOS ANTICOAGULANTES DE ACCIÓN DIRECTA SE ASOCIAN A MENOS EVENTOS ISQUÉMICO-EMBÓLICOS EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR Y ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA: ESTUDIO FAERC

D. ARROYO<sup>1</sup>, M. MONTOMOLÍ<sup>2</sup>, L. ROCA<sup>3</sup>, M. RIVERA<sup>4</sup>, R. FERNÁNDEZ-PRADO<sup>5</sup>, B. REDONDO<sup>6</sup>, R. CAMACHO<sup>7</sup>, Á. GONZÁLEZ<sup>8</sup>, C. MOYANO<sup>9</sup>, S. PAMPA<sup>9</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN (MADRID), <sup>2</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL DE DÈNIA - MARINA SALUD (DÈNIA), <sup>3</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL ARNAU DE VILANOVA (VALENCIA), <sup>4</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA (SEVILLA), <sup>5</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ (MADRID), <sup>6</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GALDAKAO (GALDAKAO), <sup>7</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO SEVERO OCHOA (LEGANES), <sup>8</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA (CÓRDOBA), <sup>9</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO REY JUAN CARLOS (MÓSTOLES)

**EL TRABAJO CORRESPONDE A UN GRUPO DE TRABAJO O UN ESTUDIO MULTICENTRICO:** GRUPO DE TRABAJO FAERC: DAVID ARROYO, SERVICIO DE NEFROLOGÍA, HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN, MADRID; ALICIA CABRERA, SERVICIO DE NEFROLOGÍA, HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PRINCESA, MADRID; ROSA CAMACHO, SERVICIO DE NEFROLOGÍA, HOSPITAL UNIVE

**Introducción:** La fibrilación auricular (FA) es más prevalente en enfermedad renal crónica (ERC) que en la población general. Disponemos de nuevas estrategias anticoagulantes para reducir efectos secundarios. El objetivo del estudio es conocer las pautas actuales de anticoagulación en población renal, y las consecuencias de la elección.

**Material y métodos:** Estudio multicéntrico retrospectivo de cohortes. Entre 2019 y 2020, se cribaron pacientes consecutivos de Consultas de Nefrología de 15 hospitales españoles con diagnósticos de ERC y FA no valvular. Se recogieron datos antropométricos, clínicos y analíticos, tratamientos anticoagulantes, y eventos isquémico-embólicos y hemorrágicos.

**Resultados:** Se evaluaron 4749 pacientes y se identificaron 578 con FA, obteniendo una prevalencia media entre centros de 12.5±3.6%. La edad media fue 77.6±8.8 años, con 364 varones (63.0%). Las comorbilidades más frecuentes fueron hipertensión (93.6%), dislipemia (72.6%) y diabetes (47.6%). El filtrado glomerular (FG) medio fue 33.9±15.7 mL/min y la mediana de albuminuria 150.0 mg/g (30.5-500.0).

La edad al diagnóstico de FA fue 71.8±9.8 años. Iniciaron anticoagulación el 98.6%: cumarínicos (80.84%), anticoagulantes de acción directa (ACOD) (16.17%) y heparinas (2.99%). El prescriptor inicial más frecuente fue Cardiología (58.7%), seguido de Atención Primaria y Medicina Interna. Recibieron más ACOD los <80 años (21.2 vs. 11.1%, p=0.002). Cambiaron de fármaco el 31.3%; por problemas de INR el 44.7% o por efectos adversos el 37.7%. En la consulta más reciente, disminuyó la prescripción de cumarínicos (60.8%) y los ACOD aumentaron (35.8%).

El seguimiento fue de 61.0 meses (33.0-101.0). Entre las complicaciones, destacan los eventos isquémicos y embólicos en 34 pacientes (5.9%). En un modelo multivariante de regresión logística ajustado para edad y sexo, resultaron predictores independientes los antecedentes cerebrovasculares (HR 56.4, IC95% 16.6-191.2) y el uso de cumarínicos (HR 9.2, IC95% 1.2-71.4).

La tasa de hemorragias fue del 28.2%. Fallecieron 58 pacientes (10.0%), siendo las causas más frecuentes infecciosas (30.4%), cardiovasculares (25.0%) y oncológicas (12.5%). En un modelo multivariante por regresión de Cox ajustado para edad, sexo, insuficiencia cardiaca, FG, vasculopatía y tipo de anticoagulante, resultaron predictores de muerte la diabetes (HR 2.7 IC95% 1.1-3.9), y los eventos coronarios (HR 2.4, IC95% 1.1-5.2) y hemorrágicos (HR 2.6, IC95% 1.4-4.9). El tipo de anticoagulante prescrito no se asoció al riesgo de hemorragia, eventos coronarios o muerte.

**Conclusión:** La FA es prevalente en pacientes renales. Los ACOD parecen asociarse a menos complicaciones isquémico-embólicas, sin diferencias en hemorragias, eventos coronarios o mortalidad. Aunque el uso de nuevos anticoagulantes ha aumentado, siguen prevaleciendo los cumarínicos. Es importante que los nefrólogos participen en el manejo de la anticoagulación de sus pacientes.

## 320 LA DIETA MEDITERRÁNEA PROTEGE LA FUNCIÓN RENAL DE LOS ADULTOS MAYORES DE 60 AÑOS: UN ESTUDIO PROSPECTIVO

A. BAYÁN-BRAVO<sup>1</sup>, H. SANDOVAL-INSUAUSTI<sup>2</sup>, M. GOROSTIDI<sup>3</sup>, C. DONAT-VARGAS<sup>4</sup>, J. REY-GARCÍA<sup>5</sup>, JR. BANEGAS<sup>6</sup>, F. RODRÍGUEZ-ARTEALEJO<sup>7</sup>, P. GUALLAR-CASTILLÓN<sup>8</sup>

<sup>1</sup>DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA. FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID-IDIPAZ, CIBERESP (CIBER OF EPIDEMIOLOGY AND PUBLIC HEALTH) (MADRID, ESPAÑA), <sup>2</sup>DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA. HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE (MADRID, ESPAÑA), <sup>3</sup>SERVICIO DE NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS, REDINREN (OVIEDO, ESPAÑA), <sup>4</sup>DEPARTMENT OF NUTRITION. HARVARD T.H. CHAN SCHOOL OF PUBLIC HEALTH (BOSTON, USA), <sup>5</sup>IMDEA-FOOD INSTITUTE. IMDEA-FOOD INSTITUTE, CEI UAM+CSIC (MADRID, ESPAÑA)

**Introducción:** Los resultados de algunos estudios sugieren que la dieta mediterránea (DiMe) podría tener un efecto nefroprotector. El objetivo de este estudio fue evaluar de forma prospectiva la asociación entre la adherencia a la DiMe y la evolución de la función renal.

**Material y Método:** Estudio prospectivo poblacional de una cohorte de 975 sujetos de edad igual o mayor de 60 años reclutados en España en 2008-2010 con seguimiento hasta 2015. La adherencia 'a priori' a la DiMe se evaluó mediante el score MEDAS (Mediterranean Diet Adherence Screener). Para evaluar el patrón dietético 'a posteriori' se categorizaron hasta 880 alimentos en 36 grupos de perfil nutricional. El objetivo de este estudio fue evaluar de forma prospectiva la asociación entre la adherencia a la DiMe y la evolución de la función renal. Los modelos de regresión logística utilizados para el análisis se ajustaron para factores de riesgo cardiovascular prevalentes e incidentes.

**Resultados:** Se observaron 150 casos de aumento de Cr y 146 de descenso del FGe. En comparación con los participantes con una adherencia baja a la DiMe, aquellos con una adherencia moderada presentaron una OR (IC 95%) ajustada de aumento de Cr de 0,75 (0,49-1,15) y aquellos con una adherencia alta presentaron una OR (IC 95%) ajustada de 0,58 (0,36-0,95); p-trend 0,026. Los resultados de la variable descenso del FGe ajustados a la misma dirección (p-trend 0,049). Las OR (IC 95%) ajustadas de aumento de Cr según los cuartiles de aumento de adherencia a la DiMe 'a posteriori' fueron 1,00, 0,62 (0,37-1,03), 0,57 (0,33-0,99), y 0,46 (0,24-0,86); p-trend 0,017. Los resultados de la variable descenso del FGe fueron similares (p-trend 0,007)

**Conclusiones:** La adherencia alta a la DiMe se asoció con un riesgo menor de deterioro de la función renal en personas mayores de 60 años.

## 321 ESTADO ACIDO-BASE EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA AVANZADA: SIGNIFICADO DE NIVELES ALTOS DE BICARBONATO SÉRICO

A. SUSO<sup>1</sup>, O. ORTEGA MARCOS<sup>2</sup>, K. GALINDO ROMO<sup>3</sup>, M. SANCHEZ SANCHEZ<sup>4</sup>, R. CAMACHO JUAREZ<sup>5</sup>, C. LENTISCO RAMIREZ<sup>6</sup>, M. ORTIZ LIBRERO<sup>7</sup>, C. MON MON<sup>8</sup>, A. OLIET PALA<sup>9</sup>, JC. HERRERO BERRON<sup>1</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO SEVERO OCHOA (MADRID/ESPAÑA)

**Introducción:** Los niveles elevados de bicarbonato sérico se han asociado a mayor riesgo de mortalidad y eventos cardiovasculares en pacientes con enfermedad renal crónica avanzada (ERCA). La causa de esta asociación no está clara. El objetivo de este estudio fue 1) Valorar el estado ácido-base en los pacientes con ERCA más allá de los niveles de bicarbonato y 2) Evaluar los posibles predictores de bicarbonato elevado.

**Material y método:** Se incluyeron 68 pacientes con ERCA estadio 4 y 5 prediálisis. Se realizó estudio gasométrico para determinar pH, niveles de pCO<sub>2</sub>, bicarbonato y exceso de base (EB). Se recogieron parámetros demográficos, clínicos, bioquímicos y ecocardiográficos. Se analizaron también el aporte de bicarbonato y diuréticos. Se dividieron a los pacientes en tertiles según los niveles de bicarbonato (< 22, entre 22-25 y > 25 mmol/L). Se realizó análisis uni y multivariante para analizar los predictores de bicarbonato elevado (> 25 mmol/L).

**Resultados:** La edad media fue de 70±13 años. Los pacientes con bicarbonato alto tenían mayor edad (79±5 vs 70±10 vs 60±15 años; p<0.001), mayor porcentaje de enfermedad cardiovascular (70% vs 59% vs 32%; p<0.05), mayor prevalencia de dilatación de aurícula izquierda (85% vs 38% vs 60%; p<0.05) e hipertensión pulmonar (47% vs 21% vs 0%; p<0.05), y menor proteinuria 0.7(0.3-1.1) vs 1.6(1-3.5) vs 2.5(0.8-3.7) g/día; p<0.05. El aporte de bicarbonato fue considerablemente inferior (5% vs 72% vs 74%, p<0.0001) en este grupo. Se detectó una tendencia no significativa de menor natriuresis y mayores niveles de NT-proBNP. El estudio gasométrico mostró niveles más elevados de pCO<sub>2</sub> en este grupo (50±5 vs 45±4 vs 41±5 mmHg; p<0.001), con un pH ligeramente ácido pero más elevado que en el resto (7.36±0.04 vs 7.33±0.04 vs 7.30±0.04; p<0.001); el EB fue positivo (1.5±1.4 vs -2.3±1.4 vs -6.0±1.4 mmol/L; p<0.001) a diferencia de los otros tertiles. No encontramos correlación entre los niveles de bicarbonato y la dosis de diurético. En el análisis multivariante solamente la edad fue un predictor de niveles altos de bicarbonato.

**Conclusiones:**

- Los pacientes con ERCA y bicarbonato elevado tienen mayor edad y cardiopatía más severa de base, lo que podría explicar su peor pronóstico cardiovascular.

- El estudio gasométrico en este subgrupo de pacientes sugiere que el bicarbonato elevado podría ser consecuencia del intento de compensar una acidosis respiratoria, reflejando la capacidad renal de reabsorber bicarbonato aún en estadios avanzados de insuficiencia renal.

## 322 LOS ANTICOAGULANTES DE ACCIÓN DIRECTA NO MODIFICAN EL RIESGO DE HEMORRAGIA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA ANTICOAGULADOS POR FIBRILACIÓN AURICULAR: ESTUDIO FAERC

D. ARROYO<sup>1</sup>, M. MONTOMOLÍ<sup>2</sup>, B. QUIROGA<sup>3</sup>, J. VILLA<sup>4</sup>, R. OJEDA<sup>5</sup>, R. FERNÁNDEZ-PRADO<sup>6</sup>, L. ROCA<sup>7</sup>, S. PIQUERAS<sup>8</sup>, B. REDONDO<sup>9</sup>, C. RABASCO<sup>9</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN (MADRID), <sup>2</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL DE DÈNIA - MARINA SALUD (DÈNIA), <sup>3</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PRINCESA (MADRID), <sup>4</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BADAJOZ (BADAJOZ), <sup>5</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA (CÓRDOBA), <sup>6</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ (MADRID), <sup>7</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL ARNAU DE VILANOVA (VALENCIA), <sup>8</sup>NEFROLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE ALBACETE (ALBACETE), <sup>9</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GALDAKAO (GALDAKAO)

**EL TRABAJO CORRESPONDE A UN GRUPO DE TRABAJO O UN ESTUDIO MULTICENTRICO:** GRUPO DE TRABAJO FAERC: DAVID ARROYO, SERVICIO DE NEFROLOGÍA, HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN, MADRID; ALICIA CABRERA, SERVICIO DE NEFROLOGÍA, HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PRINCESA, MADRID; ROSA CAMACHO, SERVICIO DE NEFROLOGÍA, HOSPITAL UNIVE

**Introducción:** La fibrilación auricular (FA) es una enfermedad prevalente en la enfermedad renal crónica (ERC). Los pacientes renales tienen un riesgo aumentado de sangrado, y este riesgo es aún mayor en pacientes anticoagulados. El objetivo del estudio es conocer la tasa y los factores de riesgo de hemorragia en pacientes con ERC anticoagulados por FA.

**Material y métodos:** Estudio multicéntrico retrospectivo de cohortes. Entre 2019 y 2020, se cribaron pacientes consecutivos de Consultas de Nefrología de 15 hospitales españoles con diagnósticos de ERC y FA no valvular. Se recogieron datos antropométricos, clínicos y analíticos, tratamientos anticoagulantes, y eventos hemorrágicos.

**Resultados:** Se incluyeron 578 pacientes con FA no valvular: 364 varones (63.0%), edad media 77.6±8.8 años. El filtrado glomerular (FG) medio al inicio fue de 49.2±20.5 mL/min. Iniciaron anticoagulación el 98.6%, de los cuales con cumarínicos el 80.8%, con anticoagulantes de acción directa (ACOD) el 16.2% y con heparinas el 3.0%. En la última consulta, la frecuencia de cumarínicos fue 60.82% y de ACOD 35.78%. El seguimiento fue de 61.0 meses (33.0-101.0).

Sufrieron algún episodio hemorrágico 163 pacientes (28.2%). Tuvieron alguna hemorragia mayor 107 pacientes (18.5%). En concreto, 66 pacientes tuvieron caída de hemoglobina >2 g/dL, 52 requirieron transfusión de sangre, 10 tuvieron hemorragia cerebral y 5 fallecieron por hemorragia. Además, 91 pacientes (16.2%) tuvieron hemorragias menores (que no cumplieran los criterios anteriores), y en 63 (11.0%) se diagnosticó hemorragia gastrointestinal.

El único factor que se asoció con el riesgo de hemorragia fue la dislipemia (p=0.026). Asimismo, en un modelo multivariante por regresión logística ajustado para edad, sexo, diabetes y FG, la dislipemia fue el único predictor (HR 1.6, IC95% 1.1-2.5). Se asociaron con episodios de hemorragia mayor la dislipemia (p=0.045) y la IC previa (p=0.007). En un modelo multivariante por regresión logística ajustado para edad, sexo, dislipemia, insuficiencia cardiaca y tipo de anticoagulante, el único factor predictor de hemorragia mayor fue el antecedente de insuficiencia cardiaca (HR 1.7, IC95% 1.1-2.6). El tipo de anticoagulante no influyó en el riesgo de hemorragia. En 35 pacientes (6.1%) fue necesario suspender la anticoagulación.

**Conclusión:** Los episodios hemorrágicos son frecuentes en pacientes con ERC anticoagulados por fibrilación auricular: casi un tercio de los pacientes sufren alguna hemorragia, y en casi 1 de cada 5 es clínicamente relevante. Es fundamental manejar adecuadamente el riesgo hemorrágico en este grupo de pacientes.

**323 CAPACIDAD FUNCIONAL Y BINOMIO NUTRICIÓN-INFLAMACIÓN EN PACIENTES CON ERCA**A. NOGUEIRA PÉREZ<sup>1</sup>, G. ALVÁREZ<sup>1</sup>, G. BARRIL CUADRADO<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA (MADRID)

Existen distintos factores que van a influir en la capacidad funcional de los pacientes con ERC, entre ellos el estado de nutrición.

**Objetivo:** valorar la capacidad funcional de pacientes ERCA con el test Short Physical Performance Battery (SPPB), y su relación con el binomio malnutrición-inflamación.

**Materiales:** Evaluamos a 216 pacientes ERCA, un 66.2% (143) hombres. 70.85±12.01 años, siendo mayor las mujeres (72.58±13.19 vs 69.96±11.32, p=0.129). Determinamos proteínas plasmáticas indicadoras del estado nutricional como albumina, prealbúmina y PCR como marcador del estado de inflamación. Por otro lado, determinamos el estado nutricional con la escala MIS.

**Resultados:** En el análisis univariante encontramos asociación entre la funcionalidad determinada con el test y la edad (RR95% 0.866 p=0.000), el sexo (RR95% 0.387 p=0.005). la albumina (RR95% 2.222 p=0.035), prealbúmina (RR95% 1.065 p=0.018), PCR (RR95% 0.733 p=0.022) y el estado nutricional determinado con la escala MIS (RR95% 0.791 p=0.000). No encontramos asociación con la DM, transferrina y los linfocitos totales.

Se estableció como punto de corte valores de albumina en 3.8g/dl, y la PCR en 1g/dl, obteniendo 4 grupos: (G1: alb>3,7-PCR<1, G2: alb >3,7-PCR>1, G3: alb<3,7-PCR<1 y G4: alb<3,7-PCR>1). En la tabla se muestran los resultados de la relación entre grupos y las limitaciones determinadas con SPBB.

El grupo 1 fue el más numeroso, siendo además el que mejor perfil de nutrición-inflamación presentó, observando que de los pacientes que presentaron mínimas/sin limitaciones un 78.2% (68 pacientes), estaban en este grupo.

**Conclusiones:** El estado de nutricional-inflamación va a influir sobre la capacidad funcional del paciente con ERCA.

El test SPPB además de ser una buena elección para evaluar la capacidad funcional de los pacientes con ERCA, puede orientar sobre el estado nutricional que presentan los pacientes. Mantener un buen estado nutricional además va a influir positivamente en la capacidad funcional de los pacientes ERCA.

Tabla 1.

	G1: Alb>3.8 & PCR<1	G2: Alb>3.8 & PCR>1	G3: Alb<3.8 & PCR<1	G4: Alb<3.8 & PCR>1	*P
Limitaciones Severas	66.7% (8)	0,0% (0)	25% (3)	8.3% (1)	0.012
Limitaciones Moderadas	64.9% (24)	27% (10)	0,0% (0)	8.1% (3)	
Limitaciones Leves	83.3% (65)	7.7% (6)	6.4% (5)	2.6% (2)	
Mínimas Limitaciones	78.2% (68)	10.3% (9)	5.7% (5)	5.7% (5)	

\*P&lt;0.05 (sig.) (Test exacto de Fisher).

**324 ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES DERIVADOS DESDE ATENCIÓN PRIMARIA A LAS CONSULTAS EXTERNAS DEL SERVICIO DE NEFROLOGÍA DEL HOSPITAL MIGUEL SERVET A TRAVÉS DE LA INTERCONSULTA VIRTUAL DEL SALUD**A. SORIA VILLÉN<sup>1</sup>, C. MEDRANO VILLARROYA<sup>1</sup>, DJ. ALADRÉN GONZALVO<sup>1</sup>, E. LOU CALVO<sup>2</sup>, LM. LOU ARNAL<sup>1</sup>, I. CASTILLO TORRES<sup>2</sup>, M. GARCÍA CASTELBLANQUE<sup>2</sup><sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL MIGUEL SERVET (ZARAGOZA);<sup>2</sup>MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. HOSPITAL MIGUEL SERVET (ZARAGOZA)

**Introducción:** La interconsulta virtual (ICV) es una herramienta de comunicación directa entre Atención Primaria y las distintas especialidades, que permite ahorrar tiempo de espera y resolver dudas y consultas sin necesidad de visita presencial. Como contrapartida, supone una importante carga de trabajo adicional.

**Objetivos:** Analizar los criterios de remisión de los pacientes a Nefrología a través de la ICV y su adecuación según el consenso de derivación realizado entre Nefrología, Atención Primaria y otras especialidades.

**Material y métodos:** Estudio observacional, transversal, analítico. Población a estudio: Interconsultas Virtuales remitidas entre 1 de diciembre 2019 y 28 de febrero de 2020. Se recogen datos demográficos, antropométricos, analíticos, motivo de la ICV y resolución de la misma, y etiología de la enfermedad renal crónica (ERC) o fracaso renal agudo (FRA), si procediese

**Resultados:** Incluimos 198 pacientes, edad media de 71,2±18,3 años, un 56,2% de mujeres. El porcentaje de pacientes mayores de 70 y 80 años fue de 62,9% y 43,8%, respectivamente. El 60,7% eran remitidos por algún grado de ERC (siendo el 97% de etiología presumible nefroangiosclerosis), y el 13,5% por FRA (90% de etiología multifactorial (60%) o farmacológica (30%)). El índice de Charlson fue de 4±2,7; y la media de fármacos por paciente fue de 6,97±4,47. Del total, el 67,4% no cumplían criterios de remisión. Se citaron el 36%, de los cuales el 9,4% no cumplían criterios de remisión.

**Conclusión:** La mayor parte de los pacientes atendidos por ICV son pacientes añosos, con un alto porcentaje de pacientes mayores de 80 años, y mujeres. La mayor parte no cumple criterios de derivación, siendo la causa más frecuente de cita presencial la progresión de ERC. Consideramos que no se realiza un uso adecuado de la remisión de los pacientes a través de la ICV, siendo necesario establecer una comunicación fluida con Atención Primaria que permita mejorar nuestra colaboración.

**325 INHIBIDORES DE PCSK9 EN ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA: EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD**J. NARANJO MUÑOZ<sup>1</sup>, LA. VIGARA SANCHEZ<sup>1</sup>, I. NOVAL MORILLAS<sup>2</sup>, J. TORRADO MASERO<sup>1</sup>, C. ORELLANA CHAVEZ<sup>1</sup><sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR (CÁDIZ);<sup>2</sup>CARDIOLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR (CÁDIZ)

Evolocumab y Alirocumab son anticuerpos monoclonales humanos que inhiben el PCSK9 disminuyendo los niveles de LDL, y por tanto reduciendo el riesgo de eventos cardiovasculares. Actualmente existe poca evidencia sobre su impacto sobre los pacientes con enfermedad renal crónica.

**Objetivo:** Valorar la eficacia y seguridad de los inhibidores de la PCSK9 en pacientes con enfermedad renal crónica.

**Material y métodos:** Estudio comparativo sobre perfil lipídico y renal en pacientes que inician tratamiento con iPCSK9. Se recogieron datos epidemiológicos, clínicos y analíticos en el momento basal y durante el seguimiento. Se realizaron revisiones de control 1ºR (3-6 mes), 2ºR (8-12 meses) 3ºR (15-24 meses) desde el inicio del tratamiento.

**Resultados:** Se reclutaron 21 pacientes. 12 hombres (57,1%) y 9 mujeres (42,9%). Edad media de 65 ± 10,3 años. 6 DM (28,6%) y 16 HTA (76,2%). 10 Alirocumab (47,6%) y 11 Evolocumab (52,4%). La indicación fue en 3 casos por hipercolesterolemia familiar y en 18 casos como prevención secundaria: De ellos 10 pacientes presentaron intolerancia a estatinas y 8 no alcanzaron niveles objetivo (LDL<100mg/dl) a pesar de dosis máxima de estatina. El tiempo de seguimiento fue de 20,14 ± 13,1 mes. La 1ºR se realizó a los 3,63 ± 1,7 mes. La 2ºR 10,75 ± 2,2 mes. La 3ºR 18,13 ± 5,4 mes. La media de creatinina al inicio y al finalizar el periodo de seguimiento fue 1,49mg/dl->1,48mg/dl NS. FGe (CKD-EPI) 48,21ml/min->47,95ml/min NS. El control lipídico: CT basal 224 ± 45 mg/dl, 1ºR 136 ± 38 mg/dl, 2ºR 126 ± 25 mg/dl y 3ºR 121 ± 24 mg/dl (p<0.001 en todas las revisiones). LDL basal 142,24 ± 40 mg/dl, 1ºR 56,95 ± 33,5 mg/dl, 2ºR 50,69 ± 28,9 mg/dl, y 3ºR 48,13 ± 22 mg/dl (p<0.001 en todas las revisiones). No se observaron diferencias en los niveles de HDL y TG. No se observaron diferencias en los resultados entre los distintos iPCSK9 utilizados.

**Conclusión:** Los iPCSK9 presentan un buen perfil de eficacia y seguridad en pacientes con enfermedad renal, reduciendo de forma significativa los niveles de colesterol total y LDL. La FR permanece estable sin presentar ni perjuicio ni beneficio sobre ella. Los efectos a largo plazo deberán ser evaluados en estudios con mas amplios

**326 EVALUACIÓN DE MORTALIDAD EN PACIENTES PROCEDENTES DE CONSULTA ERCA**D. LÓPEZ MARTEL<sup>1</sup>, S. FERNÁNDEZ GRANADOS<sup>1</sup>, Y. RIVERO VIERA<sup>1</sup>, S. GONZÁLEZ NÚEZ<sup>1</sup>, A. BARRERA HERRERA<sup>1</sup>, F. BATISTA GARCÍA<sup>1</sup>, E. BOSCH BENÍTEZ-PARODI<sup>1</sup>, I. CHAMORRO BUCHELLI<sup>1</sup>, N. ESPARZA<sup>1</sup>, C. GARCÍA-CANTÓN<sup>1</sup><sup>1</sup>NEFROLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO INSULAR MATERNO INFANTIL DE LAS PALMAS DE GRAN CANARIA (LAS PALMAS DE GRAN CANARIA. ESPAÑA)

**Introducción:** Diversos autores han señalado que el número de pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) que fallecerán durante el seguimiento es mayor al número de pacientes que evolucionarán hacia ERC terminal e iniciarán tratamiento renal sustitutivo (TRS). Nuestro objetivo fue analizar la mortalidad de los pacientes seguidos en consulta ERCA de nuestra área sanitaria durante dos años.

**Material y métodos:** Se trata de una consulta ERCA de un hospital de tercer nivel que atiende un área sanitaria de aproximadamente 380.000 personas mayores de 14 años. El criterio de derivación a dicha consulta es un Filtrado Glomerular estimado menor de 30 ml/min/m2. Se analizaron los éxitos de todos los pacientes que habían sido vistos al menos una vez en dicha consulta en los años 2018 y 2019. Durante ese periodo la prevalencia media de pacientes en seguimiento en la consulta fue de 600. En el 2018 fueron derivados 242 pacientes nuevos a consulta y en el 2019, 234 pacientes. Se realizaron un total de 2247 visitas en 2018 y 1971 en 2019. Durante este periodo iniciaron TRS desde la consulta ERCA 107 pacientes.

**Resultados:** Durante el 2018 y 2019 se produjeron 129 éxitos, 76 hombres (58,9%) y 53 mujeres (41,1%). La causa más frecuente de ERC fue la nefropatía diabética. La mediana de edad de los fallecidos fue 81 años con una amplitud intercuartil de 14 (73-86), con una media de 79±10 años. El 91,4% de los pacientes eran >65 años, 87% >70 años, 56% >80 años y 10% >90 años. En cuanto a las causas de mortalidad, un 38% fue de causa cardiovascular (67% presentaban insuficiencia cardíaca congestiva), 16,3% de causa infecciosa, 16,3% neoplasia, 4% ERC y 33% otras causas o desconocida.

49 pacientes habían pasado a tratamiento conservador o cuidados paliativos, 8 pacientes habían dejado de venir a consulta hacia > 6 meses y 12 pacientes solo tenían una primera visita en ERCA, por lo que en realidad solo 62 pacientes fallecieron durante su seguimiento en la consulta ERCA.

**Conclusiones:** Se confirma una alta mortalidad en los pacientes con ERC avanzada. Destaca avanzada edad y alta prevalencia de diabetes. La causa cardiovascular (particularmente insuficiencia cardíaca) destaca como principal causa de éxitos. Un alto porcentaje había sido derivado para tratamiento conservador paliativo. La alta tasa de éxitos tras primera visita o con pérdida de seguimiento quizás obligaría a revisar los criterios de remisión a la consulta.

# Resúmenes

## Enfermedad renal crónica - Epidemiología y clínica

### 327 NEFROPATIA DIABETICA ATIPICA: ¿ES DIFERENTE DE LA NEFROANGIOSCLEROSIS?

A. ALVAREZ LOPEZ<sup>1</sup>, JA. RODRIGUEZ SABILLO<sup>1</sup>, C. LOPEZ ARNALDO<sup>1</sup>, J. VILLA<sup>1</sup>, E. GARCIA DE VINUESA<sup>1</sup>, B. CANCHO<sup>1</sup>, NR. ROBLES<sup>1</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGIA. H. U. DE BADAJOZ (BADAJOZ)

**Antecedentes:** la nefropatía diabética clásica no parece ser la lesión renal subyacente en un número sustancial de sujetos con diabetes y enfermedad renal crónica, esta enfermedad diferente se ha denominado nefropatía diabética “no proteinúrica” (NPDN). Se ha sugerido que esta entidad es solo una forma de nefrosclerosis acelerada. Hemos tratado de confirmar esta hipótesis comparando la evolución de pacientes diabéticos y no diabéticos.

**Metodología:** la base de datos del Departamento de Nefrología se revisó retrospectivamente desde octubre de 1990 en busca de pacientes con diagnóstico de nefrosclerosis hipertensiva; aquellos con el diagnóstico simultáneo de diabetes mellitus fueron considerados como NPDN. Se registraron los datos biográficos, clínicos y analíticos recogidos en la historia clínica, particularmente los correspondientes a factores de riesgo cardiovascular. El análisis de supervivencia de Kaplan-Meier se usó para calcular la supervivencia vital (mortalidad general). Se han recogido los datos de 675 pacientes que habían sido seguidos durante un periodo superior a 6 meses. La edad media era 66.5±11.6 años, siendo 418 varones. Los pacientes diabéticos eran 272. Los resultados se muestran en la tabla.

Todos los valores, menos edad y sexo expresados como % (IC95). Comparación estadística realizada mediante prueba de Chi2.

Los pacientes con diabetes mellitus no mostraban mayores antecedentes cardiovasculares y tenían menor número de fumadores, pero presentaban dislipemia con mas frecuencia.

**Conclusiones:** Las diferencias entre ambos grupos de pacientes no nos permiten afirmar que la NDNP sea una forma acelerada de nefroangiosclerosis. La patogenia de la nefropatía diabética atípica permanece por determinar.

■ Tabla 1.

	GLOBAL	DIABETICOS	NO DIABETICOS	p
Edad (años)	66,5±11,6	68,1±11,2	65,4±13,4	0,002
Sexo (hombre/mujer)	418/257	177/101	241/156	0,387
Hipertension	92,4 (90,2-94,1)	91,7 (87,9-94,4)	92,7 (89,7-94,9)	0,765
Dislipemia	57,0 (53,3-60,7)	68,0 (62,3-73,2)	49,4 (44,4-54,3)	<0,001
Tabaquismo	27,7 (24,1-35,1)	22,9 (27,8-36,5)	31,6 (26,6-37,1)	0,023
Albuminuria 30-300 mg/24h	22,7 (19,6-26,3)	31,1 (25,9-36,9)	15,9 (12,3-20,2)	<0,001
Albuminuria >300 mg/24h	46,2 (42,2-50,1)	40,4 (34,7-46,3)	50,9 (45,5-56,3)	<0,001
FG < 60 ml/min	81,0 (77,8-83,7)	82,7 (78,9-86,3)	78,6 (72,8-82,5)	0,097
Enfermedad Cardiovascular	50,8 (46,7-55,0)	52,2 (46,4-58,7)	49,3 (43,7-55,0)	0,446

### 328 NEFROPATIA DIABETICA ATIPICA FRENTE A NEFROANGIOSCLEROSIS: COMPARACION DE LA PROGRESION DE LA INSUFICIENCIA RENAL

C. LOPEZ ARNALDO<sup>1</sup>, A. ALVAREZ LOPEZ<sup>1</sup>, JA. RODRIGUEZ SABILLO<sup>1</sup>, J. VILLA<sup>1</sup>, E. GARCIA DE VINUESA<sup>1</sup>, B. CANCHO<sup>1</sup>, NR. ROBLES<sup>1</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGIA. H. U. DE BADAJOZ (BADAJOZ)

**Antecedentes:** la nefropatía diabética clásica no parece ser la lesión renal subyacente en un número sustancial de sujetos con diabetes y enfermedad renal crónica, esta enfermedad diferente se ha denominado nefropatía diabética “no proteinúrica” (NDNP). Se ha sugerido que esta entidad es solo una forma de nefrosclerosis acelerada. Hemos tratado de confirmar esta hipótesis comparando la evolución de pacientes diabéticos y no diabéticos antes de llegar a tratamiento renal sustitutivo.

**Metodología:** la base de datos del Departamento de Nefrología se revisó retrospectivamente desde octubre de 1990 en busca de pacientes con diagnóstico de nefrosclerosis hipertensiva; aquellos con el diagnóstico simultáneo de diabetes mellitus fueron considerados como NDNP. El análisis de supervivencia de Kaplan-Meier se usó para calcular la supervivencia antes de alcanzar la insuficiencia renal terminal (ERCT) (filtración glomerular <15 ml / min, etapa V de enfermedad renal según lo definido por las guías clínicas de KDIGO) o comenzar la terapia de reemplazo renal.

**Resultados:** Se han recogido los datos de 675 pacientes que habían sido seguidos durante un periodo superior a 6 meses. La edad media era 66.5±11.6 años, siendo 418 varones. Los pacientes diabéticos eran 272. la supervivencia libre de ERCT fue del 96.3% a los cinco años y del 74.9% a los diez años de seguimiento para pacientes con nefrosclerosis hipertensiva. Para los pacientes con NDNP, la supervivencia de la función renal fue del 98.4% a los cinco años y del 85.2% a los diez años de seguimiento (p = 0.171). Los resultados del análisis de regresión de Cox mostraron una asociación independiente positiva de progresión de la ERC como una variable dependiente con la edad y la albuminuria, no se encontró una relación significativa con la diabetes mellitus.

**Conclusiones:** La evolución de NDNP y nefrosclerosis hipertensiva, con respecto a la progresión a ERCT, no fue diferente. La edad y la albuminuria fueron los predictores asociados. La NDNP parece no ser una entidad clínica diferente a la nefroangiosclerosis hipertensiva.

### 329 NEFROPATIA DIABETICA ATIPICA FRENTE A NEFROANGIOSCLEROSIS: COMPARACION DE LA SUPERVIVENCIA VITAL

JA. RODRIGUEZ SABILLO<sup>1</sup>, A. ALVAREZ LOPEZ<sup>1</sup>, C. LOPEZ ARNALDO<sup>1</sup>, J. VILLA<sup>1</sup>, E. GARCIA DE VINUESA<sup>1</sup>, B. CANCHO<sup>1</sup>, NR. ROBLES<sup>1</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGIA. H. U. DE BADAJOZ (BADAJOZ)

**Objetivos:** la nefropatía diabética clásica no parece ser la lesión renal subyacente en un número sustancial de sujetos con diabetes y enfermedad renal crónica, esta enfermedad diferente se ha denominado nefropatía diabética “no proteinúrica” (NDNP). Se ha sugerido que esta entidad es solo una forma de nefrosclerosis acelerada. Hemos tratado de confirmar esta hipótesis comparando la evolución de pacientes diabéticos y no diabéticos.

**Metodología:** la base de datos del Departamento de Nefrología se revisó retrospectivamente desde octubre de 1990 en busca de pacientes con diagnóstico de nefrosclerosis hipertensiva; aquellos con el diagnóstico simultáneo de diabetes mellitus fueron considerados como NPDN. Se registraron los datos biográficos, clínicos y analíticos recogidos en la historia clínica, particularmente los correspondientes a factores de riesgo cardiovascular. El análisis de supervivencia de Kaplan-Meier se usó para calcular la supervivencia vital (mortalidad general).

**Resultados:** Se han recogido los datos de 675 pacientes que habían sido seguidos durante un periodo superior a 6 meses. La edad media era 66.5±11.6 años, siendo 418 varones. Los pacientes diabéticos eran 272. La supervivencia vital fue del 97.8% a los cinco años y del 74.2% a los diez años de seguimiento para pacientes con nefrosclerosis hipertensiva. Para los pacientes diabéticos, la supervivencia fue del 81,1% a los cinco años y del 59,3% a los diez años de seguimiento (p = 0,001). Los resultados del análisis de regresión de Cox mostraron una asociación independiente positiva de la muerte como una variable dependiente con la edad y la enfermedad cardiovascular previa, no se encontró una relación significativa con la diabetes mellitus.

**Conclusiones:** Se observó un mayor riesgo de muerte para los pacientes diabéticos, pero este hallazgo no fue confirmado por el análisis de regresión de Cox. NDNP parece no ser una entidad clínica diferente a la nefroangiosclerosis.

### 330 CALCULO DEL FILTRADO A TRAVES DE LA BETA-2-MICROGLOBULINA (B2M) PLASMÁTICA E INSUFICIENCIA RENAL

JA. RODRIGUEZ SABILLO<sup>1</sup>, A. ALVAREZ LOPEZ<sup>1</sup>, C. LOPEZ ARNALDO<sup>1</sup>, I. CEREZO<sup>1</sup>, R. HERNANDEZ GALLEGO<sup>1</sup>, J. LOPEZ GOMEZ<sup>1</sup>, NR. ROBLES<sup>1</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGIA. H. U. DE BADAJOZ (BADAJOZ)

**Objetivos:** La B2M se ha propuesto como marcador de función renal alternativo a la creatinina plasmática. Se ha valorado si la presencia de insuficiencia renal modifica la correlación con los otros métodos utilizados para el cálculo del filtrado glomerular (FG).

**Diseño y métodos:** El estudio incluyó 271 pacientes atendidos en la Consulta de Nefrología con una edad media de 62,0±14,0 años, siendo el 64,9% varones. Eran diabéticos 111 pacientes, edad media 65,8±12,9 años. En todos los pacientes se realizó determinación de creatinina, cistatina C y B2M en plasma así como albuminuria en orina de 24h. El filtrado glomerular fue estimado por la ecuación CKD-EPI para creatinina, cistatina C y combinada. Se calculó el FG a partir de B2M usando la ecuación de Inker.

**Resultados:** La creatinina media del grupo sin IRC era 0,94±0,27 y en el grupo con IRC 1,96±0,60 mg/dl (p < 0,001). La cistatina C media era 1,05±0,30 en el grupo sin IRC frente a 1,97±0,97 mg/l en el otro grupo. La mediana de la B2M era 2,35 (1,76-3,10) en el grupo sin IRC frente a 4,85 mg/l (3,63-6,48) (p < 0,001). Todos los resultados del FG se muestran en la tabla.

**Conclusiones:** En los pacientes con FG estimado por creatinina superior a 60 ml/min la estimación del FG a partir de la B2M a través de la fórmula de Inker podría infravalorar la función renal del paciente.

■ Tabla 1.

	CKD-EPI CREATININA	CKD-EPI CISTATINA C	CKD-EPI COMBINADA	B2M
IRC	35,0 (25,0-46,5)	33,0 (23,0-48,0)	33,0 (23,0-45,0)	36,1 (28,9-45,2)
NO IRC	88,0 (75,5-106,5)	85,0 (55,0-108,5)	82,0 (59,0-110,0)	65,9 (51,5-86,9)*

Valores expresados en ml/min/1.73m2. \*p < 0,001, Friedman.

**331 FIBRILACIÓN AURICULAR EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA: ESTUDIO OBSERVACIONAL**

L. RICO FERNÁNDEZ DE SANTAELLA<sup>1</sup>, E. TARRIO HERVA<sup>1</sup>, M. MORENO RAMÍREZ<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL JUAN RAMÓN JIMÉNEZ (HUELVA / ESPAÑA)

**Introducción:** La fibrilación auricular (FA) es una arritmia frecuente, especialmente en los pacientes con enfermedad renal crónica (ERC). El riesgo fundamental es su capacidad tromboembólica. La ERC, aunque no está incluida en muchas escalas de riesgo tromboótico, constituye un factor predictor importante de accidentes cerebrovasculares en pacientes con FA. Es necesario valorar el riesgo-beneficio de la anticoagulación, teniendo en cuenta el aumento del riesgo hemorrágico de los pacientes con ERC.

**Material y método:** Realizamos un estudio descriptivo a partir de una serie de casos. Se escogieron a los pacientes con FG2 y diagnóstico de FA entre 2008 y 2016 en nuestro centro, siguiéndolos hasta el 1/1/2019, obteniendo un total de 68 pacientes. El objetivo era describir las características epidemiológicas y clínicas de nuestra muestra.

**Resultados:** En cuanto al sexo, existían más mujeres (58,8%) que hombres (41,2%). La mayoría de los pacientes tenían una edad  $\geq 70$  años (60,3% vs 39,7%). Todos los pacientes, excepto uno, eran hipertensos (98,5%), mientras que los porcentajes de diabéticos (54,4%) y no diabéticos (45,6%) eran similares, al igual que ocurría con la presencia o no de dislipemia (57,4% vs 42,6%). Teníamos un número similar de individuos en hemodiálisis (44,1%) o sin dicha técnica (55,9%). Del total, un 64,7% recibían tratamiento con antagonistas de la vitamina K, frente a un 35,6%.

La mayoría de los pacientes no presentaban cardiopatía isquémica (70,6% vs 29,4%), enfermedad vascular periférica (88,2% vs 11,8%) ni insuficiencia cardíaca (72,1% vs 27,9%). Sólo un 11,8% presentaban antecedentes hemorrágicos, y un 14,7%, antecedentes de enfermedad cerebrovascular.

Las etiologías de la ERC más frecuentes fueron la desconocida (42,6%), la diabetes (23,5%) y la HTA (14,7%).

Si comparamos a los pacientes en diálisis y no diálisis, destacaría que, entre los primeros, la etiología más frecuente de ERC fue desconocida (30%), seguida de la HTA (23,7%); mientras que en los pacientes que no están en hemodiálisis, fue la desconocida (28,9%), seguida de la DM (28,9%). Además, los pacientes en hemodiálisis tenían una frecuencia mayor (16,7%) de antecedentes hemorrágicos que los pacientes no dializados (7,9%).

**Conclusiones:** La FA es una patología habitual, cuya frecuencia aumenta con la edad. En nuestra muestra, las etiologías de la ERC más frecuentes fueron la diabetes y la hipertensión, la primera especialmente en los pacientes no dializados, y la segunda en pacientes en hemodiálisis. Al anticoagular a estos individuos, hay que tener en cuenta el mayor riesgo hemorrágico en hemodiálisis.

**332 TODAVÍA EN LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD...: TRATO CERCANO:1 / NUEVAS TECNOLOGÍAS: 0**

P. DE SEQUERA ORTIZ<sup>1</sup>, M. PUERTA CARRETERO<sup>1</sup>, M. ORTEGA DÍAZ<sup>1</sup>, E. TORRES AGUILERA<sup>1</sup>, J. MARTÍN NAVARRO<sup>1</sup>, F. PROCACCINI<sup>1</sup>, M. CINTRA CABRERA<sup>1</sup>, R. ALCÁZAR ARROYO<sup>1</sup>, E. CORCHETE PRATS<sup>1</sup>, M. ALBALATE RAMÓN<sup>1</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA LEONOR (MADRID/ESPAÑA)

**Introducción:** La enfermedad renal crónica (ERC) es muy prevalente y tiene un curso progresivo. La educación e implicación del paciente es clave en el éxito del tratamiento. La elaboración de un plan de educación para la salud renal ayudará, no sólo a un mejor manejo de estos pacientes, sino también a la prevención y disminución de la progresión de la enfermedad renal. La pandemia COVID 19 ha obligado a modificar nuestra forma de atender a los pacientes, incrementando la atención telemática. No sabemos el efecto que esta ha tenido sobre los pacientes, aunque sí sabemos que la comunicación y el nivel de información tiene un claro impacto en su salud.

**Objetivo:** conocer las necesidades de formación que tienen los pacientes atendidos por el Servicio de Nefrología de un Hospital de 2º nivel, para diseñar estrategias formativas adecuadas a sus necesidades y demandas.

**Pacientes y Métodos:** Pacientes con ERC atendidos en el Servicio de Nefrología de nuestro hospital. Método de recolección de datos: encuesta presencial o escrita mediante cuestionario estructurado de preguntas cerradas dicotómicas o múltiples. Datos objetivos: edad, sexo, nivel educativo, si tiene acceso a internet, estadio de ERC y tratamiento renal sustitutivo. Datos subjetivos: grado de conocimiento, interés por los temas de educación (conocimiento de la enfermedad, dieta, medicación...), forma de adquirir los conocimientos/educación (entrevista personal sanitario, entrevista otro paciente, folleto informativo, videos informativos, páginas webs), modalidad (presencial, virtual, semipresencial). Análisis: programa estadístico SPSS

**Resultados:** 64 encuestados, 37(57,8%) hombres, edad: 45(70,3%) > 65 años.

Nivel de estudios: 20(31,3%) primarios/gradoado escolar; 16(25%) secundarios; 15(23,4%) sabe leer y escribir-sin estudios; 7(10,9%) universitarios y 6(9,4%) no sabe leer ni escribir. La mayoría de los pacientes estaban jubilados(73,4%), en hemodiálisis en hospital(65,6%) y tenían acceso a internet(79,7%).

El 77,7% considera que tiene un nivel de conocimiento sobre la enfermedad renal bueno/excelente. Los temas que más interesan sobre las características ERC: ERC en general(47,5%), cómo evitar la progresión ERC(29,5%) y el funcionamiento de los riñones(28,3%). Los temas que más interesan en relación al tratamiento: la dieta(53,4%) y opciones tratamiento renal sustitutivo(32,2%).

La forma en la que más les gustaría recibir la información es la entrevista personal(64,1%) y la modalidad: presencial(53,1%).

**Conclusiones:** La población encuestada tiene la percepción de conocer bien la enfermedad renal. El tema de mayor interés es la dieta.

A pesar de que un 79,7% de los pacientes dispone de conexión a internet, la entrevista personal y la modalidad presencial es la forma en la que la mayoría de nuestros pacientes prefieren recibir la información.

**333 ESTIMACIÓN DE NUEVOS PUNTOS DE CORTE PARA LOS TEST SIT TO STAND (STS) ST55, ST510, ST530 Y ST560**

A. NOGUEIRA PÉREZ<sup>1</sup>, G. ALVÁREZ<sup>1</sup>, Y. GIL GIRALDO<sup>1</sup>, G. BARRIL CUADRADO<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA (MADRID)

Los test de funcionalidad son una buena herramienta, para valorar la capacidad funcional de los pacientes con ERC

**Objetivo:** determinar puntos de corte para cada una de las variantes del test STS (sentadillas) en pacientes ERCA, utilizando como referencia la capacidad funcional determinada con el test SPPB.

**Materiales:** evaluamos 216 pacientes ERCA con el test SPPB, y además a 155 con el STS (4 variantes). Un 66.2% (143 pacientes) fueron hombres. Edad=70.85±12.01 años, siendo mayores las mujeres (72.58±13.19 vs 69.96±11.32, p=0.129). Un 28.2% presentaron una edad <65 años, un 25.9% entre 65-75 años y un 45.8% >75 años.

**Resultados:** En pacientes <65 años: con SPPB, un 1.6% presento limitaciones moderadas (LM), 21.6% limitaciones leves (LL), y un 76.6% mínimas limitaciones (ML). Con: ST55: Mediana(-Me)=12(RI=19), ST510: Me=25(RI38), ST530: Me=12(RI=13) y ST560: Me=23(RI=29)

En pacientes 65-75 años: con SPPB, un 3.5% presento limitaciones severas (LS), 10.7% LM, 48.2% LL y un 37.5% ML. Con: ST55:Me=15(RI=21), ST510: Me=32(RI40), ST530: Me=9(RI=10) y ST560: Me=17(RI=26)

En pacientes >75 años: con SPPB, un 10.2% presento LS, 30.6% LM, 38.8% LL y un 20.4% ML. Con: ST55: Me=15(RI=36), ST510: Me=30(RI50), ST530: Me=9(RI=11) y ST560: Me=18(RI=24). Los puntos de corte obtenidos para cada una de las variantes del test STS, al contrastar con el SPPB se muestran en la figura. Al comparar con valores estandarizados, observamos un aumento del tiempo en el caso de ST55 y ST510, y una disminución de repeticiones en ST530 y ST560.

**Conclusión:** 1.-SPPB supone una excelente herramienta para valorar la funcionalidad de prácticamente la totalidad de los pacientes. 2.-al contrastar ambos test: 2.1-El punto de corte de tiempo con los test ST55 y ST510, fue mayor que valores estandarizados. 2.2-El punto de corte en el número de sentadillas que deben realizar con los test ST530 y ST560, fue menor que valores estandarizados.

Figura 1.

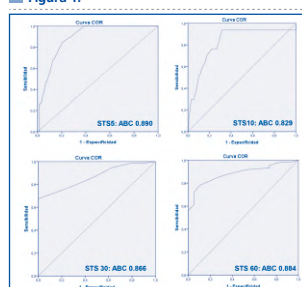


Tabla 1.

	Punto de corte	ABC	IC	P	Sensibilidad/especificidad
ST55	15,3 seg	0,890	0,832-0,948	0,000	89% / 76%
ST510	31,5 seg	0,829	0,714-0,944	0,000	88% / 70%
ST530	9 rep	0,866	0,830-0,929	0,000	77% / 73%
ST560	18 rep	0,884	0,825-0,943	0,000	61% / 94%

**334 CRITERIOS DE DERIVACIÓN A NEFROLOGÍA Y GRADO DE COINCIDENCIA UN SEXENIO DESPUÉS DE LA PUBLICACIÓN DEL DOCUMENTO DE CONSENSO PARA LA DETECCIÓN Y MANEJO DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA. ESTUDIO EXPLORATORIO EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL**

G. FERRER GARCÍA<sup>1</sup>, L. HERRÁEZ GARCÍA<sup>2</sup>, P. CASTRO FERNÁNDEZ<sup>1</sup>, E. MORAL BERRIO<sup>1</sup>, E. OLAZO GUTIÉRREZ<sup>1</sup>, C. CRESPO MAZUECOS<sup>1</sup>, J. CUEVAS HERRERA<sup>2</sup>, D. SIDEL TAMBO<sup>1</sup>, C. VOZMEDIANO POTAYOS<sup>1</sup>, A. CARREÑO PARRILLA<sup>1</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO CIUDAD REAL (CIUDAD REAL), <sup>2</sup>MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO CIUDAD REAL (CIUDAD REAL)

**Introducción:** El documento de consenso de la Sociedad Española de Nefrología y diferentes sociedades relacionadas con Atención Primaria (AP) para la detección y manejo de la enfermedad renal crónica (ERC) proporcionan al médico de AP una serie de criterios de derivación (CD) al nefrólogo. El principal objetivo del estudio es realizar una descripción sobre las derivaciones realizadas a nuestras consultas y evaluar factores que influyan en la adecuación a esos CD.

**Material y métodos:** Estudio observacional y retrospectivo. Incluimos los pacientes derivados a consulta de Nefrología como nuevos en nuestro centro desde octubre 2019 hasta mayo 2020. Recogemos variables demográficas, de comorbilidad, de función renal, de adecuación a CD, y posterior seguimiento. Variables categóricas expresadas como porcentajes y comparadas mediante Chi2. Cuantitativas expresadas como media  $\pm$  desviación estándar y comparadas mediante t-student. Análisis multivariante mediante regresión logística.

Significación estadística mediante IC 95% o p<0.05.

**Resultados:** 238 pacientes, 55.5% varones, edad media 63±17 años, siendo 34% mayores de 75 años. 67.6% con al menos 3 factores de riesgo cardiovascular. 85.3% derivados por AP, el 57.1% procedentes de medio rural. Cumplieron CD 55% del total. El CD más frecuente fue la progresión de ERC (37.4%), presentando una creatinina plasmática media de 1.91±0.59mg/dl con filtrado glomerular 34±11ml/min/1.73m2y albuminuria 329.43±992.01mg/g o mg/24h en primera consulta. Del 45% que no cumplieron CD, 51.4% presentaban ERC 3 estable y 21.5% HTA falsamente refractaria (controlada o infratratada). Tiempo medio de seguimiento 5±1.7 meses. La adecuación a CD se relacionó con la derivación desde AP (59.6%vs28.6% p=0.001), el tabaquismo (65.9%vs49% p=0.012), la creatinina (1.54±0.86vs1.18±0.39 p=0.001) y la albuminuria (43406±1009.7vs136.13±637.16 p=0.019) en primera consulta, y la albuminuria final (265.84±516.82vs81.67±250.7 p=0.007). Cumplir CD a su vez se asoció con recibir seguimiento en consulta (80.2%vs19.8% p=0.001). En modelo de regresión logística se identifican la derivación por parte de AP (OR3.64 [C95% 1.03-12.8 p=0.044) y la peor función renal en primera consulta (OR2.49 IC95% 1.19-5.24 p=0.015) como variables predictoras del cumplimiento de CD.

**Conclusión:** En nuestra experiencia, casi la mitad de los pacientes derivados no se adecuan a los CD vigentes. Proporción que disminuye cuando el paciente viene derivado desde AP hasta el 40%. La progresión de la ERC es el principal motivo de derivación, siendo el perfil de paciente remitido añoso y con un alto riesgo. De las causas de derivación inapropiada se puede inferir la necesidad de una mayor difusión, y nos atrevemos a proponer la revisión de estos criterios.