

280 LA EDAD ATENÚA LA ASOCIACIÓN ENTRE MORTALIDAD Y FÓSFORO SÉRICO EN PACIENTES INCIDENTES EN DIÁLISIS

A. TORRALBA DUQUE¹, I. LÓPEZ LÓPEZ², J.R. MUÑOZ-CASTAÑEDA¹, M.V. PENDÓN RUIZ DE MIER¹, S. SORIANO CABRERA¹, A. MARTÍN MALO¹, M. RODRIGUEZ PORTILLO¹, C. RODELO HAAD¹

¹UGC NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA, CÓRDOBA, ESPAÑA. INSTITUTO MAIMÓ-NIDES DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA DE CÓRDOBA (IMIBIC)/ HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA/ UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA. CÓRDOBA, ESPAÑA; RICORS (INSTITUTO DE SALUD CARLOS III), MADRID, ESPAÑA. (CÓRDOBA (ESPAÑA))

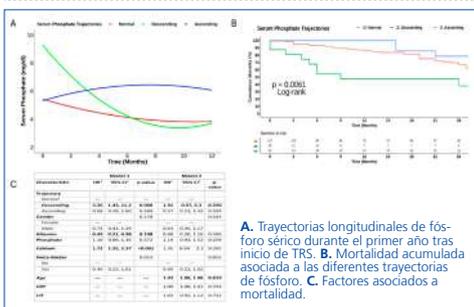
Introducción: El control de la hiperfosfatemia es la norma en el contexto de la enfermedad renal crónica avanzada. Las restricciones dietéticas, el uso de captadores de fósforo y/o su aclaramiento mediante diálisis son las principales estrategias de control. En personas mayores la restricción dietética generalizada podría no ser recomendable debido al riesgo de desnutrición. El objetivo de este estudio es evaluar si la edad o el estado nutricional modifican la asociación entre fósforo sérico y mortalidad.

Métodos: Se incluyeron 200 sujetos incidentes en diálisis. Utilizamos el método de modelos lineales mixtos de clases latentes (LCMM) para identificar tendencias longitudinales de fósforo sérico a partir de muestras extraídas a los 0, 6 y 12 meses del inicio de diálisis. Se midió el índice de tejido magro (LTI) y la sobrehidratación por bioimpedancia. El análisis de supervivencia se realizó mediante el método Kaplan-Meier y regresión de Cox. En el análisis de datos se empleó el paquete estadístico R.

Resultados: Se identificaron 3 trayectorias diferentes de fósforo sérico a lo largo del primer año en diálisis: valores normales (n=162), descendentes (n=16) y ascendentes (n=21) (Figura-1A). Los sujetos con trayectoria descendente eran mayores (66 vs. 76 vs. 69 años, respectivamente) y mostraron niveles inferiores de albúmina (3.63 vs. 3.60 vs. 3.67 g/l respectivamente) y de LTI más bajo al inicio (12.1 vs. 9.5 vs. 12.1; p=0.025). Los sujetos con trayectoria descendente mostraron mayor mortalidad comparado con los pacientes de trayectoria normal (Figura- 1B, HR 3.36, IC 95% 1.43—11.2, p=0.008). La edad, la albúmina y el LTI atenuaron el efecto de la trayectoria descendente sobre la mortalidad (Figura-1C).

Conclusión: El descenso del fósforo sérico en el primer año de diálisis se asocia a un mayor riesgo de mortalidad, ya que puede sugerir la presencia de alteraciones nutricionales subyacentes. El manejo de la hiperfosfatemia debería por tanto individualizarse en personas mayores incidentes en diálisis.

Figura 1.



A. Trayectorias longitudinales de fósforo sérico durante el primer año tras inicio de TRS. B. Mortalidad acumulada asociada a las diferentes trayectorias de fósforo. C. Factores atenuantes a mortalidad.

281 UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA NUTRICIONAL EN LOS PACIENTES EN HEMODIÁLISIS: ESTUDIO PILOTO TRANSVERSAL

P. MOLINA¹, B. VIZCAINO¹, M. GONZÁLEZ-MOYA¹, A. DURBÁ¹, A. QUILIS², P. GANDÍA², M. PARRA², E. GALVÁN², L. PORCAR², A. SANCHO²

¹NEFROLOGÍA. FISABIO. HOSPITAL UNIVERSITARI DR PESET (VALENCIA); ²NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARI DR PESET (VALENCIA)

Introducción: La ecografía nutricional es una técnica no invasiva, portátil y barata que consiste en la evaluación de la composición corporal (masa magra y masa grasa) mediante ultrasonidos. Aunque su utilidad para valorar sarcopenia en población anciana ha sido ampliamente validada, su uso en población en hemodiálisis (HD) es menos conocido. El objetivo de este estudio exploratorio fue describir los resultados que puede aportar la eco nutricional para la valoración del paciente en HD, el tiempo que puede consumirse su realización, y su potencial utilidad para diagnosticar sarcopenia en dicha población.

Material y método: Estudio observacional transversal que incluyó pacientes estables en HD a los que se les realizó una eco muscular para estimar el área y el diámetro del músculo recto anterior del cuádriceps, así como una eco de pared abdominal para determinar la grasa periférica y visceral. La masa musculoesquelética y la grasa corporal se midieron mediante bioimpedanciometría multifrecuencia segmental (Inbody510®), y la fuerza muscular se estimó mediante dinamometría de mano. Se definió sarcopenia de acuerdo con los criterios EWGSOP.

Resultados: Se incluyeron 37 pacientes en HD [edad media: 64.5±13.5 años; mujeres:41%(n=15)], presentando sarcopenia el 60% (n=22). Existió una correlación significativa entre la circunferencia del recto anterior con la fuerza muscular (R=0.47;p=0.004) y la masa musculoesquelética (R=0.34;p=0.046), mientras que sólo la grasa periférica (pero no la intraperitoneal) se correlacionó significativamente con la grasa corporal (R=0.67;p=0.004). Los pacientes con sarcopenia presentaron menor área y circunferencia del recto anterior (Tabla). El tiempo medio empleado para realizar la ecografía muscular y de pared abdominal fue de 5'25" y 3'17", respectivamente.

Conclusión: La ecografía nutricional permitió analizar los depósitos musculares y grasos de los pacientes en HD de manera rápida y barata. El estudio del área y la circunferencia del recto anterior del cuádriceps podría ser útiles para el diagnóstico de sarcopenia en esta población.

Tabla 1.

Variable	Todos (n=37)	Pacientes con sarcopenia (n=22)	Pacientes sin sarcopenia (n=15)	P
Antropometría				
peso pretildeado (kg)	72.4 ± 18.1	68.8 ± 9.5	57.2 ± 18.1	0.002
IMC (kg/m²)	26.0 ± 6.7	25.8 ± 6.2	25.7 ± 6.3	0.8
Área muscular				
Circunferencia de mano (kg)	22.4 ± 11.9	24.9 ± 7.6	15.4 ± 7.9	<0.001
Ecografía muscular				
Área del recto anterior (cm²)	4.1 ± 1.5	4.5 ± 1.0	3.5 ± 1.8	0.018
Circunferencia la del recto anterior (cm)	31.7 ± 17.0	37.5 ± 16.1	37.8 ± 17.7	0.015
Espesor (mm)	39.3 ± 7.5	42.9 ± 7.7	36.4 ± 6.8	<0.001
Espesor en reposo (mm)	32.3 ± 8.0	33.9 ± 2.1	32.0 ± 3.5	0.18
Espesor en contracción (mm)	14.7 ± 4.0	17.0 ± 3.7	13.5 ± 3.9	0.005
Ecografía pared abdominal				
Tejido adiposo total (mm)	15.5 ± 5.0	15.9 ± 6.5	14.8 ± 5.4	0.41
Tejido adiposo superficial (mm)	7.3 ± 3.2	7.4 ± 3.0	6.9 ± 3.3	0.52
Tejido adiposo preperitoneal (mm)	8.5 ± 4.0	8.5 ± 5.7	8.5 ± 4.6	0.87
Bioimpedancia				
Masa muscular-esquelética (kg)	26.9 ± 6.8	22.3 ± 6.1	22.9 ± 5.3	<0.001
Masa grasa (kg)	22.4 ± 11.9	21.8 ± 12.2	25.9 ± 11.2	0.86

282 COMPORTAMIENTO DE LA DISFUNCIÓN DIASTÓLICA DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO DURANTE LA SESIÓN DE HEMODIÁLISIS

MA. FERNÁNDEZ ROJO¹, R. DÍAZ TEJERO IZQUIERDO¹, I. CARMENA RODRIGUEZ¹, C. CABEZAS REINA¹, E. PASCUAL PAJARES¹, A. CUBAS SÁNCHEZ BEATO¹, MA. GARCÍA RUBIALES¹, C. HERRAZ CORREDOR¹, M. GARCÍA RUBIALES¹, FJ. AHUJADO HORMIGOS¹

¹NEFROLOGÍA. HUT (TOLEDO)

Introducción: La disfunción diastólica del ventrículo izquierdo es común en pacientes en hemodiálisis y está asociada con un peor pronóstico. Su prevalencia es del 48%-73% en pacientes en diálisis. La dificultad para detectarla radica en su definición. Aunque ésta incluiría no sólo parámetros ecocardiográficos (ratio E/A < 1, y ratio onda E/e' >10) sino también clínicos, el interés actual se fija en detectar alteraciones precoces y asintomáticas para prevenir eventos hemodinámicos intradiálisis.

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo que incluyó el estudio de 46 pacientes estables en hemodiálisis con una mediana de edad de 63,4 (Ri 56,2-78,5) años, 47% eran diabéticos y 97,5% eran hipertensos. Se realizó un ecocardiograma y doppler tisular pre y postdiálisis. Se dividió a la población estudiada entre aquellos que presentaban una hipotensión a lo largo de la sesión conforme a la definición Fall20 [(PAS preHD – PAS mínima intraHD) ≥ 20mmHg] y se estudiaron las diferencias en los parámetros ecocardiográficos entre los dos grupos.

Resultados: Entre los trastornos estructurales y funcionales basales destacaron: disfunción diastólica (DD) (60%), hipertrofia ventricular izquierda (HVI) (91%) y dilatación de aurícula izquierda (DAI) (66,6%). En la tabla 1 se muestran los valores de los parámetros ecocardiográficos de la población en prediálisis y postdiálisis. Destaca el empeoramiento de la disfunción diastólica en el ecocardiograma postdiálisis (onda E/A (1,02±0,4 vs 0,85±0,3; p< 0,001)).

Presentaron hipotensión intradiálisis (hTAID) 24 pacientes (51,19%). No hubo diferencias cuando se compararon los parámetros ecocardiográficos prediálisis y postdiálisis entre ambos grupos (hipotensión vs no hipotensión). Tampoco hubo diferencias en la prevalencia de la DAI ni de la HVI, sin embargo los pacientes del grupo de hTAID mostraron una prevalencia superior de disfunción diastólica (81% vs 43,5%; p<0,015).

Conclusiones: Existe una disminución de los volúmenes de las cavidades cardiacas durante la sesión de diálisis.

La función diastólica del ventrículo izquierdo empeora durante la hemodiálisis y su prevalencia es mayor en el grupo de pacientes que presentan inestabilidad hemodinámica durante la sesión.

Tabla 1.

Parámetros ecocardiográficos	Prediálisis	Postdiálisis	p
DTDVI (mm)	46,92 ± 7,2	45,3 ± 7,3	0,0015
DTSVI (mm)	31,5 ± 6,2	30,1 ± 7	0,0112
FEVI Simpson (%)	60,05 ± 11,4	61,13 ± 11,8	0,16
VD (mm)	38,6 ± 6,3	37,2 ± 6,1	0,03
AI (cm)	69 ± 27,7	61,4 ± 25,2	0,0092
TAPSE	21,62 ± 4,9	20,15 ± 4,6	0,0007
E/A	1,02 ± 0,4	0,84 ± 0,3	< 0,0001
Onda E'	0,55 ± 2,2	0,07 ± 0,02	0,16
E/E'	12,4 ± 6,8	11,6 ± 6,8	0,24
Masa VI	205,9 ± 73,7	186,8 ± 50,8	0,0162

283 EXPLORANDO LA INFLUENCIA DEL PRURITO EN LA CALIDAD DEL SUEÑO, LA SALUD MENTAL Y LA SEXUALIDAD DE LOS PACIENTES EN HEMODIÁLISIS

MD. ARENAS-JIMENEZ¹, J. AUDIJE-GIL¹, P. MANSON¹, N. ARESTE¹, E. SANCHEZ², P. MOLINA³, R. OJEDA⁴, M. GOICOECHEA⁵, V. ESTEVE⁶, S. MAS-FONTO¹⁰

¹NEFROLOGÍA. FUNDACIÓN RENAL (MADRID); ²NEFROLOGÍA. FUNDACIÓN RENAL (MADRID); ³NEFROLOGÍA. FUNDACIÓN RENAL (MADRID); ⁴NEFROLOGÍA. HOSPITAL VIRGEN DE LA MACARENA (SEVILLA); ⁵NEFROLOGÍA. HOSPITAL DE CABUENES (GIJÓN); ⁶NEFROLOGÍA. HOSPITAL DR PESET (VALENCIA); ⁷NEFROLOGÍA. HOSPITAL REINA SOFÍA (CÓRDOBA); ⁸NEFROLOGÍA. HOSPITAL GREGORIO MARAÑÓN (MADRID); ⁹NEFROLOGÍA. HOSPITAL DE TERRASA (TERRASA); ¹⁰CIBERDEM, LABORATORIO RENAL, VASCULAR AND DIABETES. FUNDACION JIMENEZ DIAZ (MADRID)

El trabajo corresponde a un grupo de trabajo o un estudio multicéntrico: Grupo trabajo prurito y fundación renal

Introducción: El prurito impacta de manera importante en la calidad de vida de quien lo padece. El objetivo de este estudio fue conocer su impacto en tres esferas importantes para la calidad de vida: calidad del sueño, salud mental y sexualidad.

Material y métodos: Estudio observacional en 12 centros con pacientes en hemodiálisis, que fueron estratificados según la intensidad del prurito en leve, moderado y severo. Las preguntas se extrajeron de la Escala de Calificación Numérica de la Intensidad del Peor Picor (WI-NRS), el cuestionario Kidney Disease Quality of Life (KDQOL) y la Escala de Gravedad del Prurito (ISS). Se realizaron análisis estadísticos para examinar la correlación entre el prurito asociado a la ERC (Pa-ERC) y varias dimensiones de la calidad de vida.

Resultados: El estudio incluyó a 434 pacientes en hemodiálisis (62% hombres). El 49% presentaban Pa-ERC (18% leve, 20% moderado y 8% grave), sin variaciones significativas según la edad y el sexo (Tabla 1). El prurito mostró mayor frecuencia y gravedad en los periodos vespertino y nocturno (p<0,001). Además, los pacientes con prurito mostraron tasas más altas de depresión (p=0,02), peor función sexual (p=0,017), mayor somnolencia al despertar (p<0,001) y tasas más altas de somniferos (p<0,001), que los pacientes sin prurito.

Conclusiones: Este estudio subraya la carga del Pa-ERC en pacientes en hemodiálisis, destacando su impacto generalizado en varios aspectos de la calidad de vida como la salud mental, la calidad del sueño y la sexualidad. Los hallazgos enfatizan la necesidad de un enfoque holístico para el manejo de la Pa-ERC, que abarque aspectos físicos y psicológicos, ya que estos síntomas debilitantes se suelen presentar en combinación y son indicativos de la propia percepción del paciente sobre su salud. Son necesarias investigaciones futuras que desentrañen la compleja fisiopatología del prurito para mejorar los resultados de los pacientes.

Tabla 1.

Variable	Pa-ERC leve (n=78)	Pa-ERC moderado (n=117)	Pa-ERC grave (n=19)	Pa-ERC total (n=214)	Pacientes sin Pa-ERC (n=220)	P
Características demográficas y clínicas						
Edad (años)	64,5 ± 13,5	64,5 ± 13,5	64,5 ± 13,5	64,5 ± 13,5	64,5 ± 13,5	0,86
Sexo (hombres)	62%	62%	62%	62%	62%	0,86
Duración de HD (años)	3,5 ± 2,5	3,5 ± 2,5	3,5 ± 2,5	3,5 ± 2,5	3,5 ± 2,5	0,86
Creatinina (mg/dL)	10,5 ± 3,5	10,5 ± 3,5	10,5 ± 3,5	10,5 ± 3,5	10,5 ± 3,5	0,86
Hemoglobina (g/dL)	10,5 ± 3,5	10,5 ± 3,5	10,5 ± 3,5	10,5 ± 3,5	10,5 ± 3,5	0,86
Calcio (mg/dL)	9,5 ± 1,5	9,5 ± 1,5	9,5 ± 1,5	9,5 ± 1,5	9,5 ± 1,5	0,86
Fosforo (mg/dL)	4,5 ± 1,5	4,5 ± 1,5	4,5 ± 1,5	4,5 ± 1,5	4,5 ± 1,5	0,86
Albúmina (g/dL)	3,5 ± 0,5	3,5 ± 0,5	3,5 ± 0,5	3,5 ± 0,5	3,5 ± 0,5	0,86
LTI (%)	12,1 ± 2,1	12,1 ± 2,1	12,1 ± 2,1	12,1 ± 2,1	12,1 ± 2,1	0,86
Calidad de vida						
WI-NRS	1,5 ± 0,5	1,5 ± 0,5	1,5 ± 0,5	1,5 ± 0,5	1,5 ± 0,5	0,001
KDQOL	10,5 ± 3,5	10,5 ± 3,5	10,5 ± 3,5	10,5 ± 3,5	10,5 ± 3,5	0,001
ISS	1,5 ± 0,5	1,5 ± 0,5	1,5 ± 0,5	1,5 ± 0,5	1,5 ± 0,5	0,001
Depresión	10,5 ± 3,5	10,5 ± 3,5	10,5 ± 3,5	10,5 ± 3,5	10,5 ± 3,5	0,02
Función sexual	10,5 ± 3,5	10,5 ± 3,5	10,5 ± 3,5	10,5 ± 3,5	10,5 ± 3,5	0,017
Somnolencia	10,5 ± 3,5	10,5 ± 3,5	10,5 ± 3,5	10,5 ± 3,5	10,5 ± 3,5	0,001
Somniferos	10,5 ± 3,5	10,5 ± 3,5	10,5 ± 3,5	10,5 ± 3,5	10,5 ± 3,5	0,001

288 EFICACIA DE LA DESCOLONIZACIÓN NASAL DE S. AUREUS EN PACIENTES EN HEMODIÁLISIS

V. CAMARERO TEMIÑO¹, B. HIJAZI PRIETO¹, I. OÑATE ALONSO¹, B. GONZÁLEZ DÍEZ¹, GS. SALAZAR GARCÍA¹, P. MARTÍNEZ BEATO¹, A. MARTÍN ROSIQUE¹, SC. ÁLVAREZ PARRA¹, J. VIAN PEREZ¹, MJ. IZQUIERDO ORTÍZ¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BURGOS (BURGOS)

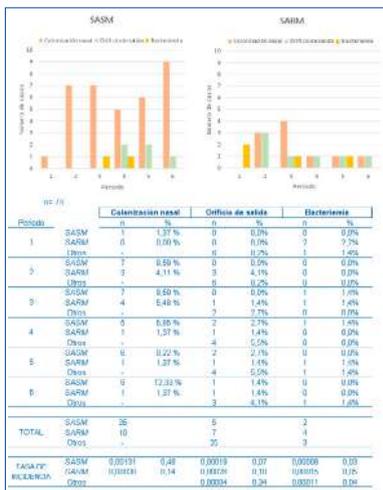
Introducción: La colonización nasal por *Staphylococcus aureus* es compleja y dinámica, ha demostrado un aumento en el riesgo de enfermedad por *S. Aureus*. La descolonización nasal periódica y continuada podría proporcionar un beneficio para los pacientes en hemodiálisis (HD), al igual que lo ha demostrado en otras patologías crónicas.

Material y método: En nuestra unidad desde 2019 realizamos de manera bimensual estudio de colonización nasal por *S. Aureus* metilclín sensible (SASM) y resistente (SARM), tratamos los casos positivos con pauta de antibioterapia tópica ajustada antibiograma en ambas fosas nasales 3 veces/día y ducha con esponja de clorhexidina diaria, durante 5 días. Recogimos los casos positivos nasales, los episodios de infección de orificio de salida (OS) y los episodios de bacteriemias relacionadas con catéter de los 73 portadores de catéter central para HD, a lo largo del año 2023 y por periodos. Analizamos la relación estadística entre ellos mediante tablas de contingencia y un análisis de correspondencia.

Resultados: La tasa de incidencia global de colonización nasal por SASM fue de 0,48 y SARM 0,14 casos por año de seguimiento, de infección del OS por SASM de 0,07, SARM 0,1 y por otros microorganismos 0,34 y de bacteriemia por SASM 0,03, SARM 0,05 y por otros microorganismos 0,04 casos al año de seguimiento, por periodo (ver en gráfico). Para SASM existe una relación estadística significativa entre la infección en el OS y la bacteriemia, para SARM esta relación resultó significativa entre la colonización nasal y la bacteriemia.

Conclusiones: Destacamos que tenemos una tasa baja de incidencia de infección del OS y de bacteriemia por *S. Aureus* (SASM y SARM), a pesar del elevado número de portadores de catéter central para HD en nuestra unidad, en la que puede estar influyendo la intervención periódica para la descolonización nasal por *S. Aureus*, aunque esta relación sólo resultó estadísticamente significativa en el caso del SARM.

Tabla 1.



289 ESTUDIO SOBRE EL USO DE KAPRUBIA EN PACIENTES DE HEMODIÁLISIS CON PRURITO

MA. GONZÁLEZ MARTÍNEZ¹, E. HERNÁNDEZ GARCÍA¹, A. DELGADO UREÑA¹, ED. MORALES RODRÍGUEZ¹, MD. PRADOS GARRIDO¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICO SAN CECILIO (GRANADA/ESPAÑA)

Introducción: El prurito es uno de los síntomas que más impacta en la calidad de vida de los pacientes en diálisis (hasta un 40% de los pacientes en hemodiálisis sufre prurito crónico moderado-severo), ya que se ha relacionado con la calidad del sueño, estado de ánimo, así como un aumento del riesgo de mortalidad hasta un 17%. Actualmente, se encuentra disponible un tratamiento por medio de un agonista selectivo de los receptores opioides kappa, llamado difelikefalina (Kapruvia), que ha demostrado ser eficaz en la reducción de la gravedad del prurito.

Material y métodos: Muestra total de cinco pacientes, tres tratados con difelikefalina y dos con placebo. El outcome principal fue la disminución en la escala del picor (WI-NRS) >4 puntos, mientras que las variables secundarias fueron la mejoría en la calidad de vida, descanso nocturno (cuestionario KDQOL-36) y mejoría en lesiones de la piel. Los cuestionarios se repitieron en 3 ocasiones, realizándose uno inicial, otro a las 12 semanas y otro a las 24 semanas. El medicamento se administró tres veces por semana mediante inyección intravenosa al finalizar la sesión de hemodiálisis.

Resultados: La media de edad del grupo de difelikefalina fue de 58 años±15 años; tiempo de seguimiento en diálisis de 60±30 meses y WI-NRS de 8±1.5 puntos. En el grupo placebo, media de edad de 65 años±12 años; tiempo de seguimiento en diálisis de 43±13 meses y WI-NRS de 7±2 puntos.

En los pacientes que tomaron Kapruvia, el 66.67% notificaron una reducción de al menos 4 puntos en la escala de picor, en comparación con el 50% que tomaron placebo. Por otro lado, se observó que el 100% de la muestra con Kapruvia presentó menores marcas de rascado en la piel e incluso la desaparición total de ellas en uno de los pacientes, así como mejoría del descanso nocturno y estado de ánimo. El efecto terapéutico fue evidente desde la semana 8 con mayor mejoría a la semana 16, y no se evidenciaron efectos secundarios en ninguno de los pacientes.

Conclusiones: Los pacientes tratados con difelikefalina alcanzaron una adecuada reducción de la intensidad del prurito y una mejora en la calidad de vida, respecto a los tratados con placebo, siendo por tanto un fármaco que considerar en hemodiálisis para el manejo del prurito, complejo y dificultoso hasta ahora, cuando los tratamientos disponibles hasta el momento han fallado.

290 ENTRE LA PRESIÓN Y EL POTASIO: BLOQUEO DEL SISTEMA RENINA ANGIOTENSINA ALDOSTERONA EN HEMODIÁLISIS

XE. GUERRA-TORRES¹, I. ARENAS MONCALEANO², M. MONROY CONDORI², JL. MORALES MONTOYA³, G. ANTÓN PEREZ³

¹SECCIÓN DE NEFROLOGÍA E HIPERTENSIÓN. HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DEL PRADO, ²CENTROS DE DIÁLISIS AVERICUM (TALAVERA DE LA REINA, ESPAÑA), ³SECCIÓN DE NEFROLOGÍA E HIPERTENSIÓN. HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DEL PRADO (TALAVERA DE LA REINA, ESPAÑA), ⁴CENTROS DE DIÁLISIS AVERICUM. AVERICUM SL (CASTILLA-LA MANCHA, ESPAÑA)

Introducción: En España, el 39,8% de los pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) en terapia renal sustitutiva están en hemodiálisis (HD). En ellos, la enfermedad cardiovascular (ECV) es la principal causa de hospitalización y mortalidad. La hiperactivación del sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA) se asocia a la ECV, justificando el uso de inhibidores del SRAA (iSRAA) para disminuir el riesgo de ECV y muerte. Este estudio pretende evaluar el uso de iSRAA y su asociación con la hipotensión intradiálisis (HID) y la hiperpotasemia en pacientes adultos con ERC en HD.

Material y método: En este estudio transversal y multicéntrico, evaluamos la frecuencia de HID (definición Nadir90 [presión arterial sistólica mínima intradiálisis <90mmHg]) e hiperpotasemia en pacientes adultos con ERC en HD de mantenimiento. Se comparó el uso de iSRAA frente a otros hipotensores en cuatro centros de diálisis de Castilla-La Mancha (Alcázar de San Juan, Cuenca, Puertollano y Talavera de la Reina) desde diciembre de 2023 hasta febrero de 2024, utilizando la prueba chi-cuadrado con corrección de Bonferroni para variables poltómicas y la odds ratio.

Resultados: Sólo el 25,4% (N=283, tabla 1) recibía un iSRAA (figura 1). Aquellos con enfermedad renal diabética y ECV (infarto de miocardio, insuficiencia cardiaca, enfermedad cerebrovascular y/o enfermedad arterial periférica) (figura 2AB) en su mayoría recibían un tratamiento distinto a iSRAA. La frecuencia de HID (figura 3), hiperpotasemia (figura 4) y uso de intercambiadores iónicos de potasio (figura 5) fue mayor en tratados con hipotensores no iSRAA. No observamos una asociación significativa entre el riesgo de HID o hiperpotasemia en pacientes tratados con iSRAA frente a otros hipotensores.

Conclusiones: Pese al conocido beneficio de los iSRAA en la reducción de eventos cardiovasculares, hospitalización y muerte, encontramos una subutilización de estos fármacos en pacientes con ERC en HD, aun cuando observamos una menor frecuencia de HID e hiperpotasemia.

Ver tabla y figuras

291 MORTALIDAD RELACIONADA CON LAS COMPLICACIONES EN CATÉTER TUNELIZADO EN NUESTRA ÁREA SANITARIA

A. LÓPEZ DE LA TORRE MOLINA¹, MA. GARCÍA PÉREZ¹, M. ALMENARA TEJEDERAS¹, M. RAMÍREZ PEÑA¹, MJ. MOYANO FRANCO¹, M. SALGUEIRA LAZO¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA (SEVILLA)

Introducción: La utilización de catéter tunelizado (CT) se asocia con dos problemas fundamentales: disfunción (estenosis, trombosis) e infecciones.

La bacteriemia relacionada con catéter tunelizado (BCR) es una de las complicaciones infecciosas más graves entre los pacientes en hemodiálisis.

Objetivo: Analizar la mortalidad global y la mortalidad relacionada con las complicaciones relacionadas con el catéter tunelizado (CT) en los pacientes en hemodiálisis en el área Virgen Macarena.

Material y método: Estudio cohortes retrospectivo, que incluye pacientes con CT implantado desde 2005 hasta 2021 en el Hospital Universitario Virgen Macarena. El seguimiento de los pacientes se lleva a cabo desde la implantación del catéter hasta exitus, pérdida de seguimiento o fin de estudio (31/12/2023).

Se registraron variables clínico-demográficas, variables relacionadas con catéteres y complicaciones (bacteriemias y complicaciones mecánicas).

Resultados: 473 CT implantados en 352 pacientes. 192 hombres (54,5%). Comorbilidades: 164 diabéticos (46,6%); 315 hipertensión arterial (89,5%); 144 enfermedad cardiovascular (44,9%); 165 inmunodeprimidos (46,9%); 38 trasplantados renales (10,8%). Enfermedad Renal Diabética como etiología principal (21,9%). Principales marcas de catéteres: Palindrome 208 (60,8%); Hemoglide 102 (29,8%) y Xtream 17 (5%).

Localizaciones de CT: 299 vena yugular (85,4%), 48 subclavia (13,7%), 3 femoral (0,9%). El 90,6% posicionados en lado derecho. Mortalidad global de 238 pacientes (67,6%). Causas (Tabla): -Infecciosa: De ellos presentan bacteriemia por catéter 8 pacientes (2,3%); -Un exitus tras complicación mecánica (trombosis).

Tiempo medio hasta exitus 1396 días. Desde inicio de hemodiálisis (1204-1499 días) (p=0,09). Desde implantación de catéter 853 días (731- 982) (p= 0,01).

Entre los fallecidos 124 (56,9%) tenían catéter palindrome y 94 (43,1%) hemoglide. 193 (81,1%) localizados en vena yugular, y 45 (18,9) otras venas.

Entre los pacientes con palindrome, 124 (59,6 del total de los que tenían palindrome) fallecen, entre los que tenían hemoglide fallecen 94 (92,2%).

Conclusiones: - Hay diferencias significativas en la mortalidad desde implantación de catéter hasta el exitus, pero no desde el inicio de HD.

- No diferencias significativas entre el tiempo hasta la mortalidad de si es por causa infecciosa u otro motivo.

- El porcentaje de exitus entre los pacientes con Palindrome fue menor que entre los pacientes con Hemoglide.

Tabla 1. Parámetros de coagulación y de eliminación de toxinas.

	N (%)	p
Infecciosa	77 (32,9)	P=0,96
No infecciosa	39 (16,7)	P=0,82
Cardiológica	18 (7,7)	
Neoplasia	23 (9,8)	
Senil	19 (8,1)	
Digestivo	50 (21,4)	
Desconocido	1 (0,3)	
Trombosis CT	11 (6,8)	
Otros	161 (67,6)	
Total no infecciosa		

Resúmenes

Hemodiálisis - Complicaciones clínicas

292 HEMORRAGIA ALVEOLAR SECUNDARIA AL USO DE FIBRINOLÍTICOS EN TROMBECTOMÍA DE FÍSTULA ARTERIO-VENOSA PARA HEMODIÁLISIS. UNA COMPLICACIÓN NO REPORTADA EN LA LITERATURA MÉDICA

C. TARONGI VIDAL¹, H. VERGARA PÉREZ¹, S. ALÓS GUIMERA¹, M. VILLANUEVA CHULVI¹, M. CASANOVA APARICIO¹, R.A. CÓRDOBA ROJAS¹, A. PÉREZ ALBA¹, JE. REQUE SANTIVAÑEZ¹, A. RIUS PERIS¹, JR. PONS PRÁDEZ¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CASTELLÓN (CASTELLÓN DE LA PLANA)

Introducción: La hemorragia alveolar se caracteriza por un sangrado extenso en los espacios alveolares. Es una complicación poco frecuente pero con una alta tasa de mortalidad que puede ocurrir tras la administración de agentes trombolíticos.

Su aparición tras una terapia fibrinolítica es un evento muy poco detallado en la literatura médica. En los pocos casos publicados se describe únicamente tras una trombectomía en el contexto de un infarto de miocardio, siendo nulo su reporte tras una trombectomía en el seno de una fístula arterio-venosa de hemodiálisis.

Caso clínico: Presentamos un varón de 66 años con múltiples comorbilidades, a destacar antecedente de cardiopatía isquémica con triple bypass, doblemente antiagregado por ser portador de prótesis aorto-iliacas, así como enfermedad renal crónica terminal en programa de hemodiálisis crónica a través de una FAVI radio-cefálica izquierda.

El paciente es valorado en nuestra unidad de hemodiálisis por imposibilidad en la punción de su fístula arterio-venosa. Se realiza una ecografía doppler donde se visualiza una trombosis venosa asociada a una estenosis cefálica y una estenosis yuxtaanastomótica.

Posteriormente se efectúa una fistulografía con angioplastia de ambas estenosis así como trombectomía fármaco-mecánica con 20mg de Alteplasa.

Inmediatamente después de la intervención el paciente inicia un cuadro de disnea de intensidad progresiva con esputos hemoptícos. Asocia una marcada desaturación, cifras de tensión arterial muy elevadas y auscultación pulmonar con estertores.

Tras estabilizar al paciente, se inicia la sesión de hemodiálisis pero a la hora de conexión sufre un cuadro de hipotensión severo que se corrige con fluidoterapia. A pesar de ello, presenta una pérdida del nivel de conciencia con parada respiratoria, por lo que se procede a intubación orotraqueal con inicio de ventilación mecánica invasiva e ingreso en unidad de cuidados intensivos. Analíticamente destaca únicamente una leve anemización y elevación de Dímero D. Se realiza un angio-TAC pulmonar donde se descarta tromboembolismo pulmonar pero se observa una consolidación alveolar bilateral en zonas declives que dado el antecedente reciente de trombectomía es compatible con hemorragia alveolar difusa (figura 1 y 2).

Conclusiones: La hemorragia alveolar como complicación derivada del uso de trombolíticos es una entidad extremadamente rara que se ha descrito en unas pocas decenas de pacientes en la literatura, no habiendo sido reportada su aparición tras una trombectomía de fístula arterio-venosa de hemodiálisis. Dada la gravedad de esta entidad, debemos tenerla siempre presente ante la aparición de signos clínicos como disnea, anemización o aparición de infiltrados pulmonares tras una terapia con fibrinolíticos.

 Ver figuras

293 EFECTIVIDAD DE LA CARBOXIMALTOSA FÉRRICA EN EL MANEJO DE LA ANEMIA FERROPÉNICA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN HEMODIÁLISIS

Y. RUIZ-DURAN¹, K. MEMBREÑO-BLONDON¹, Z. CASTAÑEDA-AMADO¹, M. MILLA-CASTELLANOS¹, F. SARRO-SOBRIN¹, A. MORALES-PORTILLO¹, M. BARDOLL-CUCALA², C. RODRIGUEZ-LUQUE¹, ML. MARTIN-CONDE¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARI ARNAU DE VILANOVA, LLEIDA (LLEIDA, ESPAÑA); ²FARMACIA. HOSPITAL UNIVERSITARI ARNAU DE VILANOVA, LLEIDA (LLEIDA, ESPAÑA)

Introducción: La anemia ferropénica es un factor que acelera la progresión de la enfermedad cardiovascular, sobre todo en la población con enfermedad renal crónica en hemodiálisis (ERC-HD). La carboximaltosa férrica (CMF) endovenosa (IV) es un tratamiento eficaz demostrado en pacientes con ERC, pero poco se ha descrito sobre su empleo a bajas dosis para mantener adecuadamente las reservas en hierro en pacientes en hemodiálisis.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo de pacientes con ERC-HD en un hospital universitario desde agosto del 2023 a febrero 2024. Se recogieron datos de 32 pacientes, en quienes se cambió el tratamiento de hierro sacarosa a CMF.

Resultados: De los 32 pacientes, 19 (57,7%) eran varones; edad media 65±8,4 años. 29 pacientes (87,8%) hipertensos, 22 (60,6%) diabéticos, 15 (45,4%) con arteriopatía periférica y 12 (36,3%) con antecedentes oncológicos. Etiología de la ERC: 11 (35%) nefropatía diabética, 7 (21%) no filados. El tiempo medio en HD fue de 35,5± 32,9 meses. La dosis media de CMF fue 194,11±89,93mg mensual. El tiempo transcurrido para conseguir valores de óptimos de ferritina e índice de saturación fueron 2,6 meses. Se valoraron hemoglobina, perfil férrico y dosis de darbepoetina alfa antes y al finalizar el seguimiento (tabla 1) objetivándose una mejora significativa de las cifras de ferritina.

Conclusiones: El empleo de CMF a dosis bajas como tratamiento de la anemia en los pacientes con ERC-HD, se asoció a una mejora significativa de las cifras de ferritina. Se necesitan estudios con mayor número de pacientes para confirmar nuestros resultados.

Tabla 1. Resultados del tratamiento con CMF

Variables	Carboximaltosa férrica		p
	Antes	Después	
n=32			
Hb (gr/dl)	11,1±1,5	11,4±1,5	0,86
Índice De Saturación (%)	17,8±7,9	27,7±10,8	0,10
Ferritina (ng/L)	153,3±100,8	394,1±228,7	0,05
Dosis De EPO (mcg/mes)	295,4±333,7	243,12±301,22	0,57

294 DETERIORO COGNITIVO EN UNA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS: PREVALENCIA Y VARIABLES ASOCIADAS

NL. ÁVILA MOLINA¹, CJ. CABEZAS REINA¹, D. REGIDOR RODRIGUEZ¹, I. CARMENA RODRIGUEZ¹, MM. BALTAZAR LÓPEZ¹, D. BUSTOS JIMENEZ¹, AA. ASTROÑA ROJAS¹, M. IBAÑEZ CEREZO¹, MA. GARCÍA RUBIALES¹, FJ. AHUADO HORMIGOS¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE TOLEDO (TOLEDO)

Introducción: El estudio e impacto del deterioro cognitivo (DC) en los pacientes en hemodiálisis (HD) ha sido poco explorado hasta ahora. Dada su alta prevalencia e importancia en el curso clínico de estos pacientes, desarrollamos en nuestra unidad un estudio con el objetivo de determinar la prevalencia de DC y su posible asociación con variables clínicas.

Pacientes y método: Estudio descriptivo y casos-controles. Población de estudio de 87 pacientes de nuestra unidad de HD. Se incluyeron pacientes en HD prevalentes al menos 3 meses, mayores de 55 años. Criterios de exclusión: barrera idiomática significativa, déficit visual o auditivo severo o no adherencia al tratamiento dialítico. Se recopilaron datos demográficos, clínicos y específicos de HD de los 3 meses previos al estudio (enero-marzo 2024). El diagnóstico de DC se realizó utilizando 3 pruebas de cribado de demencias que evalúan todos los dominios cognitivos: Fototest, Minicog y modelo de regresión logística (RL) elaborado por Carnero-Pardo et al incluyendo variables predictoras de otros test.

Análisis estadístico mediante IBM® SPSS® Statistics 20 según naturaleza de las variables.

Resultados: Muestra n = 64. 57,8% varones. Edad 72,05 ± 9,71 años. Prevalencia en HD 27,5 meses RI (15-51,25). Tiempo sesión 210 min (210-221,25).

37,5% con FAV. 96,9% HTA; 43,8% DM; 23,4% cardiopatía isquémica; 10,9% enfermedad cerebrovascular; como causa ERC 25% nefropatía diabética. Nivel educativo: 25% menos que primaria; 40,6% primaria. La mayoría (75%) excluidos de lista de espera de trasplante y alta tasa (65,6%) de hipotensiones intradiálisis. Tasa de DC variable según test empleado: 31,3% con Fototest; 81,3% con Minicog; 64,1% con RL. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en función del test empleado; en pacientes con deterioro cognitivo, mayor tasa de cardiopatía isquémica (p=0,039) y menor tiempo de sesión (p=0,043) con Fototest, y menor nivel educativo (p=0,007), mayor edad (p=0,027) y también menor tiempo de sesión (p=0,032) con RL.

Conclusión: En nuestro estudio, la prevalencia de DC varió según la prueba utilizada, acorde con otras series; mucho mayor con Minicog, al incluir el test del reloj que sobrestima el diagnóstico en pacientes con menor nivel educativo. Existió mayor prevalencia de DC en pacientes con cardiopatía isquémica, sesiones dialíticas de menor duración (posiblemente por adecuación de las mismas a la situación del paciente), nivel educativo más bajo y mayor edad. Estos hallazgos subrayan la importancia de evaluar el deterioro cognitivo en pacientes en HD, especialmente en los más comórbidos y de mayor edad.

295 MORBIMORTALIDAD A CORTO PLAZO EN PACIENTES AÑOSOS Y SU RELACIÓN CON LA FRAGILIDAD EN HEMODIÁLISIS CRÓNICA

S. GONZALEZ¹, N. DIZ¹, S. MONZON¹, A. ZINOVEV¹, C. RECALDE¹, S. PEREIRA¹, I. VALIÑO¹, P. URRUTIA¹, L. SOLA²

¹HEMODIÁLISIS CRÓNICA. CASMU IAMPP (MONTEVIDEO/URUGUAY), ²HEMODIÁLISIS. CASMU IAMPP (MONTEVIDEO/URUGUAY)

Introducción: La fragilidad se caracteriza por una disminución de las reservas cognitivas y fisiológicas que conduce a una mayor vulnerabilidad. Es más prevalente en pacientes en todas las etapas de la enfermedad renal crónica. El diagnóstico de fragilidad en forma previa a la discapacidad y la dependencia tiene una especial relevancia siendo una situación tratable y reversible, considerándose un factor pronóstico.

Objetivo: Evaluar la relación entre capacidad funcional, sobrevida y comorbilidad a 6 meses en pacientes añosos mayores o igual a 75 años en hemodiálisis crónica (HD).

Método: Estudio prospectivo longitudinal de la cohorte de pacientes mayores de 75 años del centro de HD, Montevideo Uruguay, al 15 de octubre del 2023 seguidos hasta el 15 de abril del 2024.

Población: Pacientes en HD por más de 3 meses, que aceptan ser incluidos en el estudio con edad mayor o igual a 75 años. Se realizó evaluación por equipo multidisciplinario (geriatras, nutricionistas, nefrólogos y enfermeras de nefrología) clínica, paraclínica y aplicación de índices de Barthel y Charlson.

Los datos cuantitativos se expresaron con promedio, desviación estándar y mediana e intervalo intercuartílico (IC) y los datos cualitativos como porcentaje (%). Se compararon mediante test de T o chi cuadrado, según correspondiera. Se consideró diferencia significativa p<0.05.

Resultados: Se incluyeron 59 pacientes (pts), edad 82,2±5,0 años. De ellos 35 hombres (59,3%), 28 diabéticos (47,5%), tiempo en HD de 39,3±31,3 meses. Al ingreso el índice de Barthel fue de 74.1±33.8; mediana de 95 (IC 60-100) y el índice de Charlson de 7.03±1.89; mediana 7 (IC 5-9). En el seguimiento, 2 pts salieron del estudio (por cambio de centro de diálisis y por recuperación función renal), y 7 fallecieron. Los fallecidos fueron todos hombres, tenían comparado a los sobrevivientes mayor edad (85±6.2 vs 81.7±4.7, NS), menor Índice de Barthel (37±37.6 vs 78.5±30.8, significativo con p<0.05) y mayor Índice de Charlson (7.86±1.46 vs 6.88±1.96, NS), hospitalizados 100% vs 26% de los sobrevivientes, y tuvieron significativamente más caídas (57.1% vs 20%). Una prueba de Barthel < 90 se asoció significativamente a mayor mortalidad (22,2% vs 3.2%).

Conclusiones: La fragilidad se relaciona significativamente con la sobrevida a corto plazo en pacientes añosos en diálisis. Esta evaluación puede ser un insumo para la valoración de tratamiento conservador en esta población. Es de interés evaluar intervenciones que puedan disminuir la fragilidad y su relación con la morbilidad (caídas) y sobrevida.

296 COMPARACIÓN CON EL DIALIZADO DE BICARBONATO EN LA REMODELACIÓN ÓSEA Y LA INFLAMACIÓN: UN ESTUDIO CLÍNICO PRELIMINAR, OBSERVACIONAL Y RETROSPECTIVO

C. ULLOA-CLAVIJO¹, F. DE MATEO¹, G. BUADES¹, N. VARO², JM. MORA-GUTIÉRREZ¹, M. BAZTAN¹, D. VILLA-HURTADO¹, L. CASTAÑEDA¹, N. GARCÍA-FERNÁNDEZ¹

¹NEFROLOGÍA. CLÍNICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA (ESPAÑA), ²LABORATORIO DE BIOQUÍMICA. CLÍNICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA (ESPAÑA)

Introducción: La hemodiálisis (HD) aumenta el estado inflamatorio de los pacientes condicionando una disregulación del metabolismo mineral óseo. Se ha descrito una reducción de la inflamación y un aumento de la formación ósea en la hemodiafiltración (HDF) en comparación con la HD convencional. Se sabe también que la HD y la HDF-OL que utilizan dializado enriquecido con citrato son seguras y antiinflamatorias. Sin embargo, no se han estudiado los efectos de la HDF-OL postdilución con citrato en comparación con bicarbonato sobre el hueso. El objetivo fue comparar el efecto de la HDF-OL postdilución y los diferentes dializados sobre los marcadores de remodelación ósea e inflamación.

Metodología: Se incluyeron un total de 33 pacientes en HD convencional con bicarbonato. En el mes 1, 18 pacientes que no requirieron un ajuste, fueron cambiados a dializado de citrato. Para el segundo mes, todos los pacientes estaban en HDF-OL. 7 pacientes abandonaron el seguimiento. Se tomaron muestras de sangre previas a la diálisis (mitad de semana) al inicio y en el primer, segundo y quinto mes después de la introducción del citrato. Se midieron marcadores de homeostasis mineral y remodelación ósea, así como de inflamación. Los análisis estadísticos se realizaron utilizando el SPSS (versión 15.0, Chicago, IL, EE. UU.). valor $p < 0,05$.

Resultados: El 75,7% (n=25) de los sujetos eran hombres (69 +/-12 años) y el 39,3% padecía diabetes. Los pacientes de ambos grupos fueron comparables en edad, sexo, comorbilidades, meses en diálisis y control de la anemia. En la Tabla 1 se muestran los cambios en los niveles séricos de minerales, remodelación ósea y biomarcadores inflamatorios a los 5 meses en comparación con el valor inicial para ambos grupos. Después de 5 meses de seguimiento, se observó una reducción del 22 % ($p = 0,08$) en P1NP como marcador de formación ósea en quienes recibían dializado de citrato. El 25% de los pacientes que usaron citrato, tuvieron un ratio P1NP/CTX 0,011 lo que sugiere pérdida ósea y mayor riesgo de fracturas. Los niveles de $\beta 2$ -microglobulina disminuyeron significativamente en ambos grupos a los 5 meses.

Conclusión: En pacientes en tratamiento con HDF-OL, el uso de citrato como dializado puede afectar la remodelación ósea. Nuestros resultados están en línea con estudios previos, donde se debe tener precaución al usarlo en pacientes con niveles muy altos de hormona paratiroidea, ya que esto puede verse potenciado por una reducción del recambio mineral.

297 ABORDAJE DE LAS RECOMENDACIONES DIETÉTICAS Y NUTRICIONALES EN HEMODIÁLISIS MEDIANTE INFOGRAFÍA. EVALUACIÓN DE LA PERCEPCIÓN DE LOS PACIENTES

JL. MERINO¹, S. MENDOZA¹, E. GARCÍA GARCÍA¹, P. DOMÍNGUEZ¹, B. BUENO¹, R. MOYA¹, C. PÉREZ¹, B. ESPEJO¹, L. BAENA¹, V. PARAISO¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIV DEL HENARES (COSLADA)

Las indicaciones sobre los aspectos dietéticos y hábitos alimentarios son una cuestión en continuo debate. Conseguir informar de forma homogénea, sencilla y alcanzable para todo tipo de usuarios es complejo y cualquier estrategia es difícil de evaluar en cuanto a sus resultados prácticos en el día a día. Diseñamos una estrategia de 5 aspectos básicos a informar mediante infografía, a través de cartelería y mediante dípticos distribuidos en la unidad de diálisis, así como en la sala de espera. Planteamos evaluar la eficacia de esta estrategia en nuestra Unidad.

Material y métodos: Previo a la distribución de la infografía se realizó una encuesta tipo Likert, con 5 respuestas posibles, a todos los pacientes en la Unidad de hemodiálisis (HD). Transcurridos 6 meses de la distribución de los posters y la entrega de dípticos se procedió a repetir la misma encuesta con el objetivo de evaluar si se habían producido cambios en la percepción y el conocimiento de los pacientes en HD.

Resultados: La encuesta basal fue realizada a 49 pacientes de la unidad de HD, con una edad media de 66 ± 11 años, un tiempo medio en HD de 35 ± 29 meses, 32 varones y 17 mujeres. De las preguntas más relevantes sobre si existía en la unidad material de apoyo para resolver dudas sobre la alimentación, de un 51% que indicaba que era poco o nada, se redujo a un 33%. Del control de líquido en cuanto a un conocimiento bastante o mucho se pasó de un 49% a un 73%. Del conocimiento de técnicas para disminuir el potasio en la dieta de un 67% que decía poco o nada se redujo a un 54%. No se observaron diferencias entre las recomendaciones de la sal y el fósforo, aunque la importancia del control de fósforo de bastante o mucho del 29% inicial aumentó a un 39%. Solo la mitad de los encuestados consideraban útil participar en actividades que mejorasen su conocimiento dietético en HD.

Conclusiones: Las estrategias con infografía presentan limitaciones dadas las características particulares de la población en HD. No obstante, aunque los resultados sean limitados, mejorar de forma progresiva puede aportar beneficios más allá de poder demostrarlo de forma tangible.

 Ver figura