

315 EFECTO DE LA HEMODIÁLISIS DOMICILIARIA CORTA DIARIA CON MONITOR DE BAJO FLUJO DE LÍQUIDO DE DIÁLISIS SOBRE LA COMPOSICIÓN CORPORAL. ESTUDIO COMPARATIVO MEDIANTE TÉCNICA DE PROPENSITY SCORE MATCHING

B. VIZCAINO CASTILLO¹, M. MOLINA VILA², A. LÓPEZ HERRADÓN³, A. RINCON BELLO³, M. GONZÁLEZ MOYA⁴, S. BELTRÁN CATALÁN⁵, E. CALATAYUD ARISTOY⁶, A. SANCHO CALABUIG⁷, F. MADUELLA⁸, P. MOLINA VILA⁹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARI DR PESET (VALENCIA), ²DEPARTAMENTO DE MATEMÁTICAS. UNIVERSIDAD DE ALICANTE (ALICANTE), ³DEPARTAMENTO MÉDICO. FRESINIUS MEDICAL CARE (ESPAÑA), ⁴NEFROLOGÍA. HOSPITAL CLÍNIC DE BARCELONA (BARCELONA)

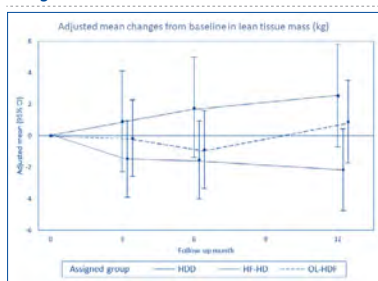
Introducción: El presente estudio probó la hipótesis de que la hemodiálisis domiciliaria (HDD) con líquido de diálisis de bajo flujo usando el monitor NxStage podría preservar la masa muscular y prevenir el síndrome de desgaste energético proteico (SDEP) en pacientes en Hemodiálisis (HD), a pesar de usar líquido de diálisis tamponado con lactato de bajo flujo.

Material y métodos: Estudio prospectivo y controlado que incluyó 25 pacientes consecutivos no seleccionados que iniciaron HDD corta diaria de bajo flujo de baño con monitor NxStage en nuestro centro (grupo HDD), y se compararon con datos de 50 pacientes con HD de alto flujo (grupo HF-HD) y 50 pacientes en hemodiafiltración en línea (grupo HDF-OL) obtenidos de la base de datos de centro satélite y seleccionados mediante técnicas de propensity score matching. Los cambios en la composición corporal se evaluaron mediante bioimpedanciometría multifrecuencia basal, a los 4, 8 y 12 meses. Se utilizaron modelos lineales de efectos mixtos para el análisis de los datos de medidas repetidas.

Resultados: A lo largo de la evolución, los pacientes asignados a HDD experimentaron una estabilización en la LTM en comparación al descenso observado en el grupo HF-HD (ver gráfica). Estas diferencias alcanzaron significación en el mes 12, con una diferencia relativa de -4,5 kg (95%CI: -8,38 a -0,64 p = 0,01) en ausencia de cambios en el estado de hidratación y el peso seco entre los grupos. No se observaron cambios significativos en la composición corporal entre el grupo HDD y HDF-OL.

Conclusiones: La HDD con el monitor NxStage durante 1 año preserva la masa muscular comparado con HF-HD no existiendo diferencias con la modalidad HF-OL y apoyando la hipótesis de que la HDD con bajo flujo de baño puede ser beneficiosa en el estado nutricional del paciente en HD y podría ser una forma de prevenir el SDEP.

Figura 1.



316 EVOLUCIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL EN PACIENTES EN HEMODIÁLISIS TRAS SEIS MESES DE INTERVENCIÓN POR PARTE DE UN EQUIPO DE DIETISTAS- NUTRICIONISTAS RENALES

A. LUPIAÑEZ-BARBERO¹, A. CARDÓ GARRIDO², A. ESPINOSA RUIZ³, S. CAPARRÓS MOLINA⁴, N. SALA-BASSA⁵, C. ARANA ARIAGA⁶, I. DE LEÓN-PONCE DE LEÓN⁷, C. ALFARO-SANCHEZ⁸, S. MARTÍNEZ-VAQUERA⁹

¹NUTRICIÓN. DIAVERUM (CATALUÑA), ²DIRECTORA MÉDICA. DIAVERUM (CATALUÑA), ³DIRECTORA MÉDICA. DIAVERUM (CATALUÑA), ⁴IT MANAGER. DIAVERUM (ESPAÑA), ⁵DIRECTOR MÉDICO. DIAVERUM (GALICIA), ⁶DIRECTORA MÉDICA. DIAVERUM (ESPAÑA)

Introducción: La prevalencia y el grado de desnutrición aumentan en la progresión de la ERC. **Objetivo:** conocer el estado nutricional de pacientes en HD y analizar de forma prospectiva la evolución del estado nutricional y su respuesta a estrategias de intervención.

Metodología: Se evaluaron 130 pacientes incluidos en HD durante 1 año (04/2022-04/2023). La valoración nutricional incluyó la escala Malnutrición-Inflamación (MIS) y Desgaste Proteico-Energético (DPE versión abreviada). El resto de variables recogidas y las intervenciones realizadas se muestran en la tabla 1. Se realizó el análisis descriptivo al inicio y al seguimiento semestral. Se realizó estadística paramétrica y no paramétrica para grupos emparejados y regresión logística binomial.

Resultados: Se observó una progresión de la desnutrición y, asimismo, una disminución de la desnutrición severa. Se apreció una mejoría del estado nutricional según la escala MIS y especialmente en los que recibían suplementación (tabla 1). Se realizó regresión logística binomial para determinar los efectos de diversas variables sobre la probabilidad de que los participantes presentaran una mejoría en su estado nutricional. Se seleccionó el modelo que presentaba una mejor puntuación acorde al criterio de información de Akaike. La variación explicada en la mejoría nutricional basada en nuestro modelo oscila entre el 30,0 % (Cox & Snell R²) y el 41,0% (Nagelkerke R²). De las variables predictoras, la puntuación MIS basal fue estadísticamente significativa p < 0,001. El aumento en la puntuación inicial se asoció con una mayor probabilidad de mejoría nutricional a los 6 meses. Los odds ratio y sus respectivos intervalos de confianza del 95% fueron: Suplementación oral 0,68 (IC95% 0,17-2,69), MIS 1,83 (IC95% 1,45-2,46) e IMC 1,07 (IC95% 0,98-1,17) (tabla 2).

Conclusiones: La intervención nutricional efectuada por un DN contribuye a mejorar las puntuaciones de la escala MIS y a revertir la desnutrición en estadios más graves, aunque sin significación estadística.

Ver tablas

317 SARCOPENIA EN DIÁLISIS: COMO ENCONTRAR EL ELEFANTE EN LA HABITACIÓN

M. PANADERO MOYA¹, MV. DELGADILLO LIMÓN¹, D. SALCEDO HERRERO¹, ME. PALACION GÓMEZ¹, FJ. GONZÁLEZ MARTÍNEZ²

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO TORRECÁRDENAS (ALMERÍA)

Introducción: Los pacientes en hemodiálisis (HD) son pacientes frágiles y comórbidos, con importante deterioro físico que favorece la aparición de sarcopenia. Además, problemas como la desnutrición y la inflamación, con una alta prevalencia entre estos pacientes, se asocian negativamente con la capacidad funcional, condicionando peor calidad de vida y mayor morbimortalidad.

Metodología y objetivo: Realizamos un estudio transversal con el objetivo de valorar la situación clínica y funcional de los pacientes de nuestra unidad. Para ello realizamos encuestas de fragilidad (FRAIL), sarcopenia (SARC-F) y desnutrición-inflamación (MIS) y analizamos datos biométricos por bioimpedancia (BIA) y antecedentes de los pacientes para ver factores asociados a mayor sarcopenia.

Resultados: Analizamos 73 pacientes (43 hombres y 30 mujeres) con una edad media de 63,4 ± 15,4 años y un tiempo medio en HD de 1238,9 días.

La puntuación media de la escala SARC-F fue 2,6 puntos, la de la escala FRAIL fue 1,7 puntos y la de la MIS fue 6,5 puntos. En las tres, y de forma estadísticamente significativa, las mujeres obtuvieron peores resultados con una puntuación media de 4,4 en la escala SARC-F, 2,5 en la FRAIL y 8,1 en la MIS.

En cuanto a la composición corporal; en comparación con los hombres, las mujeres presentaban de media una menor cantidad de músculo esquelético (20,8kg vs 27,9kg) y mayor cantidad de grasa (28,5kg vs 20,8kg) de forma significativa. Además, aquellos pacientes con más fragilidad y sarcopenia mediante escalas presentaban peores valores de BIA, como mayor grasa corporal, menor músculo esquelético y masa celular total y peores índices de salud.

Ya que el tiempo en HD condiciona un deterioro funcional progresivo, dividimos la muestra en 3 grupos: menos de 1 año, entre 1-3 años y más de 3 años en HD. Aunque no encontramos diferencias significativas, sí que se ve una tendencia hacia el empeoramiento conforme aumenta el tiempo en HD en todas las escalas y en valores de BIA relacionados con la composición corporal.

Conclusiones: La sarcopenia y la fragilidad son frecuentes en los pacientes en HD. El sexo, la edad y el tiempo en diálisis son factores que influyen negativamente en su aparición. Las encuestas y la BIA deberían realizarse rutinariamente para su detección precoz, sobretudo en pacientes con mayor riesgo.

318 ESTADO NUTRICIONAL Y COMPOSICIÓN CORPORAL EN PACIENTES DIABÉTICOS NORMOHIDRATADOS EN HEMODIÁLISIS CRÓNICA

A. LUPIAÑEZ-BARBERO¹, A. CARDÓ GARRIDO², A. ESPINOSA RUIZ³, S. CAPARRÓS MOLINA⁴, A. RIBAS PAULET⁵, M. EL MANOUARI⁶, J. LÓPEZ VALIENTE⁷, I. DE LEÓN-PONCE DE LEÓN⁸, C. ALFARO-SÁNCHEZ⁹, S. MARTÍNEZ-VAQUERA⁹

¹NUTRICIÓN. DIAVERUM (CATALUÑA), ²DIRECTORA MÉDICA. DIAVERUM (CATALUÑA), ³ENFERMERIA. DIAVERUM (CATALUÑA), ⁴NEFROLOGÍA. DIAVERUM (CATALUÑA), ⁵IT MANAGER. DIAVERUM (ESPAÑA), ⁶DIRECTOR MÉDICO. DIAVERUM (GALICIA), ⁷DIRECTORA MÉDICA. DIAVERUM (ESPAÑA)

Introducción: Los pacientes en HD presentan un alto riesgo cardiovascular. La diabetes y el estado de hiperhidratación constituyen factores independientes de mortalidad en HD.

Objetivo: Analizamos el estado nutricional y la composición corporal de los pacientes normohidratados con diabetes y sin diabetes en HD.

Metodología: Estudio descriptivo, prospectivo, en pacientes con ERC en HD. Se recogieron variables epidemiológicas, comorbilidad asociada, tiempo en diálisis, acceso vascular, marcadores nutricionales, escala MIS (malnutrición-Inflamación), datos del estado de hidratación y composición corporal mediante bioimpedancia segmental inbody S10. Se seleccionaron aquellos que estaban normohidratados. Se revisó la normalidad y la homocedasticidad de los variables. Las variables categóricas se expresaron en porcentajes y se compararon mediante Test de Chi². Las cuantitativas normales se expresaron como media y desviación típica y se compararon mediante ANOVA. Las no normales se expresaron como mediana y rango intercuartil y se compararon mediante Kruskal-Wallis.

Resultados: Véase tabla adjunta. Se evaluaron 114 pacientes, de las cuales el 54,4% estaban normohidratados. Un 58% tenían diabetes. Respecto las características epidemiológicas sólo se encontraron diferencias significativas en la comorbilidad. Respecto el estado nutricional sólo se encontraron diferencias en la creatinina, siendo más baja en los diabéticos. Se observaron valores más bajos de albúmina, menor puntuación en la escala MIS y mayor IMC aunque no hubo significación estadística. Los pacientes diabéticos presentaron una peor composición corporal total y segmental, peor composición hídrica y estado nutricional medido por BIA en relación a los no diabéticos.

Conclusiones: En nuestro estudio, los pacientes diabéticos presentaron significativamente un AF menor y una composición corporal con mayor riesgo cardiovascular. La identificación temprana de pacientes con una composición corporal alterada podría ser de gran utilidad en el diseño de planes de intervención individualizados de cara a disminuir riesgo cardiovascular y reducir mortalidad futura.

Ver tabla

Resúmenes

Hemodiálisis - Nutrición y composición corporal

323 PREVALENCIA DE SARCOPENIA EN HEMODIÁLISIS EXTRAHOSPITALARIA

GA. ANTÓN PÉREZ¹, FH. HENRIQUEZ PALOP¹, NV. VEGA DÍAZ¹, YP. YANET PARODIS¹, LC. CUETO BRAVO², LB. BLANCO³, JV. VALDÉS SOTOMAYOR⁴, MG. GUJARRO⁵, DS. SIDEL⁶, ET. TRINIDAD⁷

¹HEMODIÁLISIS. AVERICUM (LAS PALMAS), ²HEMODIÁLISIS. AVERICUM (TOLEDO), ³HEMODIÁLISIS. AVERICUM (CIUDAD REAL), ⁴HEMODIÁLISIS. AVERICUM (CUENCA), ⁵HEMODIÁLISIS. AVERICUM (TALAVERA DE LA REINA), ⁶HEMODIÁLISIS. AVERICUM (PUERTOLLANO), ⁷HEMODIÁLISIS. AVERICUM (ALCÁZAR DE SAN JUAN)

Introducción: La sarcopenia, disminución de la Masa muscular (MM) y su funcionalidad, asociada a la edad, condiciona la morbimortalidad en Hemodiálisis (HD).

En 2010 el Grupo Europeo de Trabajo sobre la Sarcopenia en Personas de Edad Avanzada elaboró una definición clínica y criterios diagnósticos de sarcopenia, actualización 2019 (EWGSOP 2). Describimos la prevalencia de sarcopenia en población en HD de Castilla La Mancha por EWGSOP 2 y su correlación con la escala de screenng SARC-F.

Materiales y métodos: 284 pacientes en HD en centros de Toledo y Ciudad Real, estudiamos variables demográficas, analíticas, técnica, dosis de diálisis, acceso vascular (AAVV), medidas antropométricas, composición corporal por Bioimpedancia vectorial monofrecuencia (BIVA) y fuerza por Dinamometría. Describimos prevalencia de desnutrición por GLIM, y Sarcopenia por EWGSOP 2. Análisis estadístico, SPSS.2019.

Resultados: 284 pacientes, 191 hombres, 67% y 33% mujeres (67,30 años), 46% diabéticos, 55% con Fístula arterio-venosa (FAV), el 50% en Hemodiafiltración online (HDFOL). El 22% presentaban desnutrición por GLIM, 61 pacientes, el 16,5% desnutrición moderada y 5,4% severa. Por EWGSOP 2, combinando pérdida de MM con disminución de la fuerza por Dinamometría el 23% presenta Sarcopenia, 183 pacientes tienen una MM reducida (64%), 93 de ellos (33%) severamente reducida, el 53% presentan pérdida de fuerza por Dinamometría, ajustada al sexo. La sarcopenia no se correlacionó significativamente con albúmina, IMC, AAVV, técnica, dosis de diálisis, ni diabetes Mellitus (DM).

El 85% con Riesgo bajo de Sarcopenia por SARC-F, no presentan Sarcopenia por EWGSOP 2 y el 57% con Riesgo alto de Sarcopenia por SARC-F, son sarcopénicos.

Conclusiones: La prevalencia de Sarcopenia por EWGSOP 2 no es desprezable, 23%, destacando la pérdida de fuerza en el 53% de la población, hasta el 33% de los sarcopénicos tienen una MM severamente reducida. La escala de screening SARC-F, se correlaciona congruentemente con la presencia de sarcopenia.

Figura 1.



324 MALNUTRICIÓN, SARCOPENIA Y FRAGILIDAD EN DIÁLISIS; DEPREDADORES SI-LENCIOSOS

VD. DELGADILLO LIMON¹, MP. PANADERO MOYA¹, DS. SALCEDO HERRERO¹, EP. PALACIOS GOMEZ¹, FG. GONZALEZ MARTINEZ¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL TORRECARDENAS (ALMERIA/ESPAÑA)

Introducción: La malnutrición, sarcopenia y fragilidad son condiciones que en cualquier paciente se asocian a pobres resultados clínicos, destacando entre ellos, una mayor morbimortalidad. Así, en los pacientes en hemodiálisis (HD), en los que estas 3 situaciones son mucho más prevalentes y sinérgicas entre sí, es fundamental el diagnóstico temprano para poder instaurar medidas correctivas lo más precozmente posible. La desnutrición proteico-calórica es de causa multifactorial. Actualmente, se cree que la diálisis por sí misma favorece su aparición. La malnutrición predispone a la aparición de sarcopenia y fragilidad, de modo que son causa y consecuencia las unas de las otras, conllevando a una disminución de la calidad de vida y empeoramiento del pronóstico vital a mediano y largo plazo. Por todo esto, es imperativa la evaluación nutricional periódica en estos pacientes de alto riesgo. Si bien no existe ningún método diagnóstico de referencia, hay herramientas sencillas y rápidas de aplicar que resultan útiles para el diagnóstico, como son las escalas MIS (Malnutrition Inflammation Score), SARC-F (sarcopenia) y FRAIL (fragilidad).

Materiales y método: Describimos el perfil nutricional, de sarcopenia y fragilidad en una cohorte de pacientes en programa crónico de HD. Para ello, realizamos un estudio transversal donde medimos los resultados de encuestas validadas para su uso en HD para desnutrición (MIS), sarcopenia (SARC-F) y fragilidad (FRAIL).

Resultados y conclusiones: Analizamos los resultados de 73 pacientes, con una edad media de 63.4 ± 15.4 años, siendo 43 (58.9%) varones y 30 (41.1%) mujeres. Se identificó como principales etiologías a la enfermedad renal diabética, con 15 pacientes (20.5%), patología glomerular, con 14 pacientes (19.1%) y nefroangioesclerosis, con 11 pacientes (15.07%). La mediana de tiempo en hemodiálisis fue de 661 días. 23 (31.5%) pacientes estuvieron <1 año en HD, 24 (32.8%) 1-3 años y 26 (35.6%) >3 años. Respecto a las escalas SARC-F, FRAIL y MIS, la puntuación media global fue 2.6, 1.7 y 6.5, respectivamente; desglosando la puntuación por sexo, las puntuaciones medias de los varones fueron de 1.5, 1.2 y 5.6 y de las mujeres 4.4, 2.5 y 8 para SARC-F, FRAIL y MIS, respectivamente. Por último, la puntuación por tiempo en HD, para <1 año fue 1.8, 1.2 y 6, para 1-3 años fue 2.6, 2, 6.3 y para >3 años fue 3.2, 1.8 y 7.2, para SARC-F, FRAIL y MIS, respectivamente.

La malnutrición, fragilidad y sarcopenia son situaciones frecuentes en HD. Su diagnóstico mediante encuestas validadas es sencillo.

325 UTILIDAD DE LA VALORACIÓN DEL AGUA INTERSTICIAL EN PACIENTES CON ERC POR BIOIMPEDANCIA

G. BARRIL¹, G. ALVAREZ¹, A. CABRERA¹, A. SANCHEZ¹, A. NOGUEIRA¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL U. DE LA PRINCESA (MADRID)

El estudio de composición corporal por Bioimpedancia (BIA) nos ofrece fundamentalmente el estado de hidratación y la distribución del agua dentro de los compartimentos intra y extracelular.

Dentro del agua extracelular está el agua intersticial (AI) que puede ser importante conocerlo ya que en un modelo compartimental la respuesta a UF y a diuréticos puede estar influido por ella.

Objetivo: Valorar AI en pacientes con ERC y relacionarlo con Edad, sexo y otros parámetros de composición corporal por Bioscan iTouch8.

Metodología: Hemos valorado el agua intersticial en 481 determinaciones por BIA Bioscan iTouch8 de las cuales 224(46,6%) en pacientes ERCA y 257(54,4%) en HD, se relacionan los grupos según edad sexo y otros parámetros de composición corporal.

Resultados: Se dividen en 3 grupos según AI: por debajo, dentro del rango normal, o por encima del rango individualizado por BIA. Consideramos nivel optimo de agua intracelular el 60% y para agua extracelular 40% utilizando estos valores como puntos-de-corte.

264 (54,9%) tenían AI dentro del rango-normal, 116(24,1%) debajo de rango y 101(21%) por encima. 473(98,3%) tenían AIC <60% y solo 8pacientes 1,7% era igual o superior.

Respecto al agua extracelular estaban 7(1,5%) determinaciones estaban <40% y 474(98,5%) > 40%, de estos últimos :263 AI en rango normal, 110 por debajo y 101 por encima de rango(p<0,001).

Consideramos las distintas distribuciones del agua en relación con los tres grupos de agua intersticial encontrando por Anova diferencias significativas entre los tres grupos AI para IMC, Edad, género, ACT, AIC, AEC, Masa grasa, masa magra, agua plasmática y transcelular. Segmentando la muestra en valoraciones en ERCA pierde la significación en Anova Masa-grasa y Masa-magra, en HD pierde la significación IMC y edad.

Conclusión: Conocer el Agua intersticial es una herramienta útil para prescribir UF considerando la tolerancia así como en ERCA la respuesta a diuréticos.

Tabla 1.

Parámetros	Agua intersticial	Número	Mediana±E	p
Edad	Por debajo rango	116	66,1(±11,42)	0,002
	Por encima de rango	101	74,5(±13,18)	
	Dentro de rango N.	264	70,9(±13,16)	
IMC	Por debajo rango	116	25,254±3,33	0,006
	Por encima de rango	101	26,8(±5,18)	
	Dentro de rango N.	264	27,07(±5,58)	
E Transcelular	Por debajo rango	116	0,70(±0,13)	0,001
	Por encima de rango	101	0,86(±0,20)	
	Dentro de rango N.	264	0,80(±0,16)	
F Plasmática	Por debajo rango	116	2,36(±0,43)	0,001
	Por encima de rango	101	2,62(±0,68)	
	Dentro de rango N.	264	2,48(±0,55)	
NAIC	Por debajo rango	116	57,67(±1,41)	0,001
	Por encima de rango	101	52,19(±3,27)	
	Dentro de rango N.	264	55,80(±1,53)	
NAEC	Por debajo rango	116	42,31(±1,42)	0,001
	Por encima de rango	101	47,79(±3,27)	
	Dentro de rango N.	264	44,38(±1,53)	
NACTotal	Por debajo rango	116	45,32(±1,89)	0,001
	Por encima de rango	101	51,57(±3,57)	
	Dentro de rango N.	264	47,54(±1,37)	
Masa Grasa	Por debajo rango	116	36,01(±6,04)	0,004
	Por encima de rango	101	31,77(±10,73)	
	Dentro de rango N.	264	34,68(±9,51)	
% Masa Magra	Por debajo rango	116	63,18(±6,04)	0,004
	Por encima de rango	101	68,22(±10,73)	
	Dentro de rango N.	264	65,11(±9,51)	

326 ECOGRAFÍA PLEUROPULMONAR COMO MÉTODO DE EVALUACIÓN DE LA VOLEMIA EN HEMODIÁLISIS: EXPERIENCIA DE UN CENTRO

JF. SÁNCHEZ IGLESIAS¹, RH. SOSA BARRIOS¹, I. MARTÍN CAPÓN¹, ME. DÍAZ DOMÍNGUEZ¹, N. RODRÍGUEZ MENDIOLA¹, V. BURGUERA VION¹, I. MÍNGUEZ TORAL¹, M. FERNÁNDEZ LUCAS¹, ME. RIVERA GORRIN¹

¹NEFROLOGÍA. H. U. RAMÓN Y CAJAL (MADRID/ESPAÑA)

Introducción: La evaluación precisa de la volemia en los pacientes en hemodiálisis (HD) constituye con frecuencia un reto. El ajuste inadecuado del peso seco conlleva hipotensiones intradiálisis o episodios de sobrecarga hídrica grave, asociando morbilidad evitable y gasto de recursos. En este trabajo comparamos la ecografía pleuropulmonar (eco-PP), la bioimpedanciometría (BIA) y la exploración física (EF) como métodos de evaluación de la volemia en pacientes en hemodiálisis.

Pacientes y método: Estudio descriptivo, prospectivo, longitudinal y unicéntrico que incluyó a 9 pacientes en HD a los que se evaluó la volemia prediálisis y postdiálisis mediante eco-PP por parte del nefrólogo (escala de Frassi), BIA y EF. Se recogieron datos clínicos, analíticos y de la sesión de diálisis.

Resultados: 9 pacientes (77,7% varones), 65±13 años, tiempo medio en HD 37±15 meses, diuresis residual en el 44% (únicamente 1 con volumen mayor a 400 ml), con un aclaramiento medio de urea-creatinina de 3±2,6 ml/min/1,73m² y fístula arteriovenosa como acceso vascular en el 89%.

Se registró la prevalencia de hipertensión arterial (78%), diabetes mellitus (33%), cardiopatía isquémica (33%), accidente cerebrovascular (22%) y FEV1 reducida (22%) en ecocardiograma transtorácico reciente (< 6 meses).

Prediálisis: EF: 33% presentaban signos de sobrecarga. Analítica (valores promedio): hemoglobina: 11,0 ±0,6 g/dL, urea: 159,4 ±39,8 mg/dL, sodio sérico: 139,9 ±1,5 mEq/L, potasio sérico: 5,0 ±0,6 mEq/L, BIA: Media de sobrecarga de volumen: 2,0 ±1,6 L, Escala de Frassi: puntuación media 1,7 ± 1,0 (normal = 0)

Postdiálisis: tras un promedio de ultrafiltración neta de 3,1 ±1,0 L (4,3 ±1,1 % del peso seco) y con una conductividad de sodio de 139,9 ±1,0 mEq/L, sólo 2 pacientes presentaron hipotensión transitoria, siendo los que mayor número de líneas B presentaban en la eco-PP prediálisis, pero no mayor sobrecarga mediante BIA. EF: ninguno presentaba sobrecarga de volumen. Eco-PP: La escala de Frassi se redujo de media 1 punto (media postdiálisis 0,7±0,7). No fue preciso ajustar el peso seco en ningún paciente.

Conclusiones: La EF es un método poco sensible para el ajuste del peso seco. La eco-PP predijo mejor que la BIA los eventos hipotensivos intradiálisis y constituye una herramienta útil, sencilla, barata e inocua para la evaluación de la volemia en los pacientes en HD.

327 LA FRAGILIDAD EN UNA UNIDAD HOSPITALARIA DE HEMODIÁLISIS: IMPACTO SOBRE ESTADO NUTRICIONAL Y OTRAS VARIABLES

AA. ASTROÑA ROJAS¹, C. CABEZAS REINA¹, D. BUSTOS JIMÉNEZ¹, MA. GARCIA RUBIALES¹, B. ALONSO CALLE¹, M. IBÁÑEZ CEREZO¹, MA. FERNÁNDEZ ROJO¹, L. CUETO BRAVO¹, M. ROMERO MOLINA¹, FJ. AHUADO HORMIGOS¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE TOLEDO (TOLEDO)

Introducción: La fragilidad es una entidad multidisciplinar que denota vulnerabilidad del paciente ante eventos estresantes, no solo engloba a los pacientes geriátricos, sino que tiene una prevalencia del 60-70% en pacientes en hemodiálisis (HD) y se asocia con mal pronóstico. Está infradiagnosticada en pacientes con enfermedad renal crónica y está asociada a comorbilidades, limitaciones de movilidad, desnutrición, inflamación, etc; la detección y el tratamiento de la fragilidad pueden mejorar el pronóstico. Este estudio tiene como objetivo estimar la prevalencia de fragilidad en pacientes en HD, evaluar su estado nutricional y determinar la asociación entre fragilidad y variables pronósticas.

Material y método: Estudio retrospectivo de corte transversal tipo casos y controles. Pacientes en programa crónico de HD en la unidad de hemodiálisis del Hospital Universitario de Toledo con tiempo de permanencia > 3 meses. Se establecieron dos grupos de comparación en función de presencia de fragilidad, se emplearon Fried, FRAIL, SPPB y MIS. Dinamómetro Jamar®. Se estudiaron variables clínicas asociadas. Estudio estadístico con IBM SPSS Statistics 20®.

Resultados: N=48; 60,4% varones; edad 69,2 años (sd+/-13); 93,8% hipertensos; 60,4% diabéticos; 20,8% con disfunción ventricular; 54% FAV; tiempo de sesión 210min (RI 210-240); mediana de tiempo en HD 29 meses (RI 11-49); 20,8% hipotensiones intradiálisis; 64,6% excluidos LE TxR; Kt 48,93L (sd+/-7,34); Charlson 7,94 (sd+/-2,72); Lawton&Brody 4,5 (sd+/-2,95); Barthel 97,5 (RI 71,25-100); Cr 6,87mg/dl (sd+/-2,18); albúmina 3,7g/dl (sd+/-0,29); PCR 4,64mg/l (RI 1,84-10,2). Prevalencia de fragilidad Frail 35,4%, Fried 33,3% y SPPB 47,9%. Diferencias significativas en edad y sexo (p<0,0001), Charlson (p=0,018), actividades instrumentales y básicas (p<0,0001), Cr (p=0,015), PCR (p=0,001), albúmina (p=0,006) y MIS (p<0,0001). Con Fried se asoció a peor adecuación (p=0,029) y exclusión LE TxR (p=0,003). Con SPPB se asoció a mayor tiempo en HD (p=0,003) e hipotensiones (p=0,033). En regresión logística multinomial ninguna variable demostró ser predictor independiente.

Conclusiones: La fragilidad en HD se asocia a mayor comorbilidad, edad avanzada, sexo masculino, dependencia, peor estado nutricional y menor probabilidad de TxR. Las distintas escalas de fragilidad se asocian a diferentes variables de impacto pronóstico.

328 ESTADO NUTRICIONAL, ESTADO DE HIDRATACIÓN Y COMPOSICIÓN CORPORAL DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS EN HEMODIÁLISIS: MÁS ALLÁ DE LOS CRIBADOS NUTRICIONALES Y DEL ÍNDICE DE MASA CORPORAL

A. LUPIAÑEZ-BARBERO¹, A. CARDÓ GARRIDO¹, A. ESPINOSA RUIZ¹, S. CAPARRÓS MOLINA², MP. FERNÁNDEZ CRESPO³, OJ. GONZÁLEZ-ARÓSTEGUI⁴, I. DE LEÓN-PONCE DE LEÓN⁵, C. ALFARO-SANCHEZ⁶, S. MARTÍNEZ-VAQUERA⁷

¹NUTRICION. DIAVERUM (CATALUÑA), ²DIRECTORA MÉDICA. DIAVERUM (CATALUÑA), ³DIRECTORA MÉDICA. DIAVERUM (CATALUÑA), ⁴DIRECTOR MÉDICO. DIAVERUM (CATALUÑA), ⁵IT MANAGER. DIAVERUM (ESPAÑA), ⁶DIRECTOR MÉDICO. DIAVERUM (GALICIA), ⁷DIRECTORA MÉDICA. DIAVERUM (ESPAÑA)

Introducción: La diabetes es un factor de riesgo cardiovascular conocido.

Objetivo: evaluar el estado nutricional, estado de hidratación y composición corporal en los pacientes con diabetes vs sin diabetes en nuestro centro.

Metodología: Estudio transversal. Se incluyen 114 pacientes. Se recogen variables demográficas, comorbilidad asociada, tiempo en diálisis, acceso vascular, marcadores y cribados nutricionales, datos del estado de hidratación y composición corporal mediante biomedancia segmental inbody S10. Las variables categóricas se expresan en porcentajes y se comparan mediante Test de Chi2. Las variables cuantitativas se expresan como mediana y amplitud intercuartilica debido a la dispersión de las mismas y se comparan mediante U-Mann Whitney.

Resultados: Véase tabla 1. Un 51,6% tienen diabetes vs 48,4% no tienen diabetes. Se encuentran diferencias significativas en la edad, presencia de comorbilidad e IMC. Los pacientes con DM no presentan diferencias significativas en relación a parámetros bioquímicos y cribados nutricionales. Sí se observan diferencias significativas en el estado de hidratación y composición corporal medida con BIA. Tienen mayor prevalencia de DPE con mayor proporción de grasa total y visceral y menor MLG. Presentan un AF global menor. Se encuentra asociación lineal negativa entre AF y escala MIS y PDE respectivamente (rho: -0,437) (rho:-0,434) p<0.001.

Conclusiones: 1-Encontramos que los pacientes con DM son más añosos, presentan más comorbilidad asociada y tienen un IMC incrementado. Sin embargo no puntúan peor en los cribados nutricionales ni en parámetros bioquímicos. 2-Presentan un mayor riesgo cardiovascular y mayor mortalidad en relación a los no diabéticos con mayor presencia de DPE, mayor proporción de grasa total, segmental y visceral y menor MLG. En consecuencia un AF menor. 3- Corroboramos la relevancia de incluir la BIA segmental en las unidades de HDC como herramienta de valoración para el diagnóstico precoz de desnutrición y optimizar el manejo del paciente desde la perspectiva multidisciplinar.

[Ver tabla 1](#)