

296 VALORACIÓN DE LA FUNCIÓN DEL VENTRÍCULO DERECHO Y SUS CAMBIOS ASOCIADOS A LA HEMODIÁLISIS

MA. FERNÁNDEZ ROJO¹, R. DIAZ-TEJERO IZQUIERDO¹, C. HERRAIZ CORREDOR¹, D. CARRO HERRERO¹, MA. GARCÍA RUBIALES¹, I. CARMENA RODRÍGUEZ¹, B. SUALDEA PEÑA¹, E. PASCUAL PAJARES¹, A. CUBAS SÁNCHEZ-BEATO¹, FJ. AHUJADO HORMIGOS¹

¹NEFROLOGÍA. HUT (ESPAÑA)

Introducción: La función del ventrículo derecho (VD) con frecuencia no se estudia en pacientes en Hemodiálisis (HD). Sin embargo, la relación de interdependencia entre la función derecha e izquierda es un hecho conocido y la disfunción ventricular derecha se ha descrito recientemente como marcador independiente de morbilidad cardiovascular en HD.

Objetivo: Describir la función del VD y su relación con factores demográficos y con el acceso vascular en una cohorte de pacientes prevalentes en diálisis. Evaluar los cambios inducidos por la HD sobre el VD realizando un ecocardiograma pre y postdiálisis.

Material y métodos: Estudiamos 47 pacientes estables en hemodiálisis (>3 meses) realizando un ecocardiograma pre y postdiálisis en la sesión intermedia semanal. Recogimos datos de tamaño de VD y TAPSE. Definimos como disfunción de VD una TAPSE<17. La mediana de edad y tiempo en hemodiálisis fue 63,2 años (RI 22,3) y 25,35 meses (RI 39,1), respectivamente. 32 pacientes varones (70%) y 21 pacientes diabéticos (45,7%). Los datos se muestran en porcentajes para variables categóricas y mediana (RI) y media (SD) para variables cuantitativas. Análisis realizado con T-student, Correlación Pearson y Chi-cuadrado según naturaleza de las variables (STATA).

Resultados: El 13% de los pacientes tienen disfunción de VD al inicio de la sesión y el 19% al finalizarla. El TAPSE se modifica con la HD de forma significativa (21,6 vs 20,1; p < 0,005). El tamaño del VD se reduce de forma significativa tras la HD (38,5 vs 37,2; p=0,03). El tamaño del VD no tiene relación con la disfunción del mismo. Los pacientes con catéter tenían menor TAPSE que los pacientes con FAV tanto al inicio de la sesión (18,6 mm vs 21,7 mm; p=0,02) como al finalizar (20,3 mm vs 23,2 mm; p=0,04).

No hay diferencias en cuanto a la edad, aunque en los pacientes con disfunción de VD es ligeramente mayor. La disfunción del VD postdiálisis se relaciona con mayor tiempo en HD (27 meses vs 51 meses p=0,05). La FEVI en los pacientes con disfunción del VD postdiálisis fue significativamente menor que en aquellos con función VD normal (63,2% vs 53%, p=0,02).

Conclusiones: - Casi un 20% de los pacientes en HD presentan disfunción del VD al finalizar la sesión frente a un 13% que lo presentan al inicio.

- Los pacientes portadores de catéter yugular presentan mayor disfunción del VD que aquellos pacientes con FAV.

- La disfunción del VD postdiálisis se asocia con mayor tiempo en diálisis y peor FEVI.

297 EN HEMODIÁLISIS, LA HIPOALBUMINEMIA TIENE UN MAYOR IMPACTO SOBRE MORTALIDAD EN PACIENTES MENORES DE 65 AÑOS

C. SANZ GARCÍA¹, M. RODRÍGUEZ-GARCÍA², JL. GORRIZ TERUEL³, C. GÓMEZ ALONSO⁴, MA. SUÁREZ HEVIA⁵, JM. FERNÁNDEZ GÓMEZ⁶, C. ALONSO MONTES⁷, JJ. CARRERO⁸, JB. CANNATA ANDÍA⁹, JL. FERNÁNDEZ MARTÍN⁹

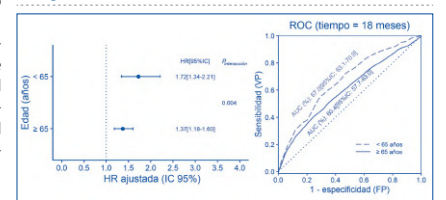
¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS (ESPAÑA), ²NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS. INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS. (ESPAÑA), ³INCLIVA. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO. INCLIVA. UNIVERSIDAD DE VALENCIA. INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS. (ESPAÑA), ⁴UGC METABOLISMO ÓSEO. HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS. INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS. (ESPAÑA), ⁵UROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS. INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS. (ESPAÑA), ⁶METABOLISMO ÓSEO, VASCULAR Y ENFERMEDADES INFLAMATORIAS CRÓNICAS.. UNIVERSIDAD DE ALCALÁ. ALCALÁ DE HENARES. INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS. (ESPAÑA), ⁷DEPARTMENT OF MEDICAL EPIDEMIOLOGY AND BIostatistics.. KAROLINSKA INSTITUTET (ESTOCOLMO. SUECIA), ⁸METABOLISMO ÓSEO, VASCULAR Y ENFERMEDADES INFLAMATORIAS CRÓNICAS. INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS. (ESPAÑA), ⁹UGC METABOLISMO ÓSEO. HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS. (ESPAÑA)

Introducción: La hipalbuminemia se asocia con aumento de mortalidad tanto en población general como en pacientes en hemodiálisis; sin embargo, no hemos encontrado estudios que analicen el efecto de la edad.

Material y método: COSMOS es un estudio aleatorizado, multicéntrico, observacional, prospectivo, de cohorte abierta, de 3 años de seguimiento con 6797 pacientes de 227 centros de hemodiálisis de 20 países europeos. Al inicio del estudio se recogieron variables demográficas, comorbilidades, tratamientos y parámetros bioquímicos (incluyendo albúmina) de los seis meses previos, que fueron actualizados mensualmente durante el seguimiento. En este trabajo se divide a los pacientes en dos grupos de edad.

Resultados: El análisis final incluyó 5585 pacientes, el 60,8% varones y edad media de 64,1 años. La probabilidad de presentar hipalbuminemia aumentó con la edad. El análisis de supervivencia mostró diferencias significativas en la asociación entre hipalbuminemia y mortalidad en pacientes HR: 1,37 [IC95% 1,18-1,60] y 1,72 [IC95% 1,34-2,21], p de la interacción <0.005, figura). El área bajo la curva del análisis

Figura 1.



ROC dependiente del tiempo fue mayor en pacientes. **Conclusiones:** El estudio muestra que tanto la asociación entre hipalbuminemia y mortalidad como la capacidad de la albúmina para predecir mortalidad a los 18 meses fue significativamente mayor en pacientes.

298 HIPOCLOREMIA COMO MARCADOR DE MORTALIDAD EN PACIENTES INCIDENTES EN HEMODIÁLISIS CRÓNICA: ESTUDIO DE SEGUIMIENTO A 5 AÑOS

F. VALGA AMADO¹, T. MONZÓN VAZQUEZ¹, N. VEGA DIAZ¹, A. SANTANA DEL PINO², G. MOSCOSO PAREDES³, S. RUIZ SANTANA⁴, JC. RODRÍGUEZ PEREZ⁵

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GRAN CANARIA DR NEGRIN (LAS PALMAS DE GRAN CANARIA/ESPAÑA), ²MATEMÁTICAS. UNIVERSIDAD DE LA PALMAS DE GRAN CANARIA (LAS PALMAS DE GRAN CANARIA/ESPAÑA), ³ONCOLOGY. MD ANDERSON CANCER CENTER (LAS PALMAS DE GRAN CANARIA/ESPAÑA), ⁴CUIDADOS INTENSIVOS. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GRAN CANARIA DR NEGRIN (LAS PALMAS DE GRAN CANARIA/ESPAÑA), ⁵NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GRAN CANARIA DR NEGRIN (LAS PALMAS DE GRAN CANARIA/ESPAÑA)

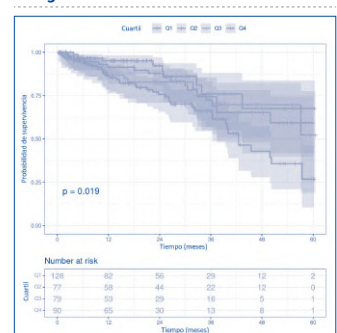
Introducción: La hipocloremia se ha relacionado con una mayor mortalidad en pacientes con insuficiencia cardíaca, sepsis y enfermedad renal crónica (ERC). Su importancia pronóstica podría superar a la del sodio. Sin embargo, no existen estudios que evalúen la asociación entre los niveles de cloro sérico (Cl) y la supervivencia en pacientes incidentes en hemodiálisis crónica (HDC).

Material y método: Estudio de cohortes retrospectivo de la población de incidentes en HDC ambulatoria en el área norte de nuestra provincia entre el 1 enero 2016 y 1 enero 2021 (N=374). Se dividió a la muestra en cuartiles según los niveles de Cls. Además, se usaron las medianas tanto de Cls como de proteína C-reactiva (PCR) como puntos de corte para formar grupos (alto y bajo, respectivamente). El tiempo de supervivencia fue recogido en todos los pacientes y se analizó mediante el método Kaplan-Meier. Se realizó un modelo de regresión de Cox multivariante para predecir la probabilidad de supervivencia, aplicando un procedimiento de paso a paso.

Resultados: La mediana de Cls fue de 101 mEq/L (q25-q75: 99-103). El 63,4% fueron hombres y un 37,4% tuvieron como enfermedad de base la nefropatía diabética. La supervivencia a los cinco años del cuartil más bajo de Cls fue de 0,27 (intervalo de confianza: 95%, 0,10-0,46) (p=0,019) (Figura 1). En el grupo con niveles de PCR alta y Cls bajo la supervivencia fue significativamente más baja que en otros grupos: 0,22 (intervalo de confianza: 0,02-0,56) (p=0,0004). En el modelo de regresión de Cox multivariante, el nivel de cloro mostró un efecto significativo (p<0.0001) sobre la supervivencia tras ajustar por edad, sexo, nivel de sodio, albúmina, uso de diuréticos y PCR (Hazard Ratio= 0.837 [0.765-0.915]).

Conclusiones: Un descenso en los niveles de Cls se asocia a una menor supervivencia global en los pacientes incidentes en hemodiálisis crónica en nuestra área de salud.

Figura 1.



299 IMPORTANCIA DE LAS CALCIFICACIONES VASCULARES EN LOS PACIENTES EN TERAPIA RENAL SUSTITUTIVA

B. GARCÍA JIMÉNEZ¹, C. RUIZ CARROZA¹, E. LÓPEZ GARCÍA¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL JEREZ (JEREZ DE LA FRONTERA/ESPAÑA)

Introducción: Los pacientes con enfermedad renal crónica sometidos a TRS presentan una morbilidad aumentada respecto a la población general, siendo los eventos cardiovasculares la causa más importante. En este sentido, las calcificaciones vasculares juegan un importante papel; dentro de los métodos diagnósticos más simples y baratos de la calcificación vascular, tenemos la radiografía convencional, a través de la escala Kauppila, podemos realizar un seguimiento evolutivo y correlacionar, según algunos estudios, estimaciones de riesgo cardiovascular.

Material y métodos: Realizamos valoración de las calcificaciones vasculares en nuestros pacientes de TRS (voluntarios de hemodiálisis (HD) y diálisis peritoneal (DP)) mediante la escala Kauppila calculada por mapa óseo. Hacemos un seguimiento al año, y evaluamos la incidencia tanto de mortalidad, como de MACE (accidente cerebrovascular y cardiopatía isquémica).

Resultados: De 49 pacientes que accedieron a realizarse el mapa óseo, el 80% se encontraban en la técnica de HD (39), y el 20% en DPAI año, se produjeron un total de 12 muertes (25% de la muestra) y 13 eventos cardiovasculares mayores (26,5%). Del total de muertes, el 58% se causaba por MACE, mientras que el 42% fueron de otra etiología. Respecto a los eventos cardiovasculares mayores, supusieron un total de 13 episodios (26,5%), suponiendo la enfermedad cerebro vascular un 23%, y cardiopatía isquémica 77%. Del 100% de los pacientes en DP, el 30% desarrolló un MACE (66% enfermedad cerebrovascular, 33% cardiopatía isquémica) y el 30% fallecieron. Del total de pacientes en HD, el 25,6% sufrió un MACE (ictus 10%, cardiopatía isquémica 90%) y el 23% fallecieron. La media global para toda la muestra, en la escala Kauppila, resultó ser de 9 puntos, mientras que en los pacientes en DP fue de 7,8 puntos, en HD 9,5 puntos. Los pacientes que fallecieron presentaban 13 puntos de media en la escala Kauppila y los que presentaron un MACE 10,4 puntos. Aquellos pacientes que sobrevivieron al año de la prueba, y no presentaron evento cardiovascular mayor obtuvieron de media 7,5 puntos.

Resultados: En nuestra muestra, la media en la escala de Kauppila, de los pacientes que fallecieron, así como aquellos que presentaron un MACE, se encontraba aumentada respecto al resto. Encontrando elevada incidencia de mortalidad al año de seguimiento, siendo la etiología cardiovascular la causa más frecuente de defunciones.

Conclusiones: A pesar de la correlación de la escala Kauppila con el riesgo cardiovascular, son múltiples las causas que conllevan a la muerte, lo que supone la necesidad de realizar estudios más complejos. A pesar de ello, resulta de gran utilidad, dada la simplicidad de la misma, la realización ocasional de estudios con escala Kauppila.

300 FRAGILIDAD EN EL PACIENTE EN TERAPIA RENAL SUSTITUTIVA, ¿ES LO MISMO HEMODIÁLISIS QUE DIÁLISIS PERITONEAL?

P. DIEZ ARIAS¹, A. FERNÁNDEZ RAMOS¹, G. BARRIL CUADRADO¹, A. FERNÁNDEZ PERPÉN¹, A. NOGUEIRA PÉREZ¹, B. QUIROGA GILI¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA (MADRID)

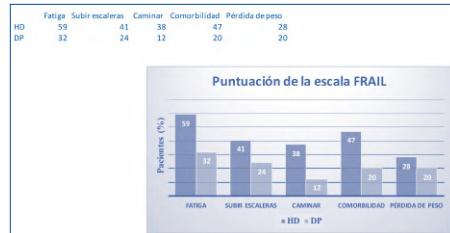
Introducción: Los pacientes en diálisis presentan una importante fragilidad. Sin embargo, los índices de fragilidad en el paciente con necesidad de terapia renal sustitutiva no están validados en esta población. En el presente estudio pretendemos comparar la fragilidad de una cohorte de pacientes en hemodiálisis (HD) y otra en diálisis peritoneal (DP).

Métodos: Se trata de un estudio transversal efectuado en nuestras unidades de DP y HD que incluyó a todos los pacientes de un mismo turno con el fin de establecer una muestra homogénea. Se recogieron datos epidemiológicos, comorbilidades y aspectos relacionados con la técnica de diálisis. Determinamos la fragilidad mediante la escala FRAIL. Establecimos los factores asociados a mayor fragilidad.

Resultados: Se incluyeron 57 pacientes (56% en HD y 44% en DP) con una edad media de 66±14 años, siendo el 67% varones. Del total de pacientes incluidos, 15 (26%) no eran frágiles, 23 (40%) eran pre-frágiles y 19 (34%) eran frágiles. La cohorte de pacientes en HD resultó tener mayor fragilidad en comparación con la de DP (p=0,010). Concretamente, los pacientes en HD tenían mayor fatiga (59% vs 32%) (p=0,040), peor deambulación (37% vs 12%) (p=0,037) y más comorbilidades (47% vs 20%) (p=0,0035) (figura). Los factores asociados a mayor fragilidad fueron la edad (p=0,010), el antecedente de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (p=0,019), de cardiopatía isquémica (p=0,048) y una tendencia en el Kt/V (p=0,099). Realizamos un modelo multivariable ajustado y determinamos que el único predictor independiente de fragilidad fue la edad (RR 1,12 IC95% [1,01-1,25], p=0,027).

Conclusión: Los pacientes en HD son más frágiles que aquellos en DP, aunque el único predictor independiente de fragilidad en esta población es la edad. Figura 1. Puntuación de la escala FRAIL en los pacientes en HD y en DP.

Figura 1.



301 SUPERVIVENCIA DE LOS PACIENTES MAYORES DE 80 AÑOS EN HEMODIÁLISIS Y FACTORES ASOCIADOS

J. HERNÁNDEZ PEREZ¹, L. NIETO COLINO¹, R. CAZAR GARCIA¹, V. SAINZ PRESTEL¹, M. ZALESKI¹, F. DAPENA¹, MD. ARENAS¹

¹NEFROLOGÍA. FUNDACIÓN RENAL (MADRID)

El trabajo corresponde a un grupo de trabajo o un estudio multicéntrico:

Grupo de trabajo de la Fundación renal Íñigo Álvarez de Toledo.

Introducción: Cada vez es más frecuente que se inicie hemodiálisis en pacientes mayores de 80 años.

Objetivo: Analizar la supervivencia de los pacientes mayores de 80 años que inician hemodiálisis y los factores asociados a la supervivencia.

Métodos: Se estudian los pacientes mayores de 80 años que inician hemodiálisis en nuestra unidad en un periodo comprendido entre 1998 y 2021 en los que se pudo hacer seguimiento hasta el 31/12/2021. Se analiza el tiempo de supervivencia y la influencia de algunos factores asociados a ella: Sexo, cateter al inicio, presencia de FAV a los 3 meses, carga de enfermedad (cardiopatía isquémica, otras cardiopatías, tumores, ACVA, patología respiratoria), Diabetes Mellitus, duración de la sesión de HD, frecuencia de sesiones y deterioro cognitivo.

Resultados: 70 pacientes mayores de 80 años inician HD. Edad media 84±3,1 años. 72,9% hombres. 49 fueron exitus (70%). La media de supervivencia fue 4,6 años (IC 95%: 3,9-5,2). Tabla y figura 1. Los factores asociados se muestran en tabla 2.

Conclusiones: la supervivencia media de los mayores de 80 años alcanza los 4 años y medio. Los factores asociados a la supervivencia fueron el sexo (mujeres viven más), otras cardiopatías y la carga de enfermedad. EL CVC al inicio de la HD y la duración y frecuencia de la sesión no influyen en la supervivencia.

Tabla 1. Curva de supervivencia en mayores de 80 años

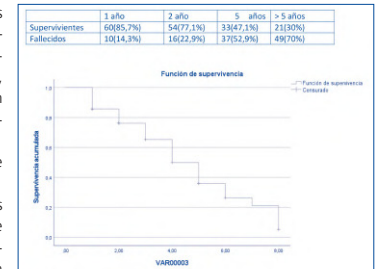


Tabla 2. Factores asociados a la supervivencia

	Tempo de supervivencia (años)	Intervalo de confianza del 95%	Log Rank (Mantel-Cox)	P
Sexo				
Hombres N: 51	4,144	3,582 - 4,617	4,488	0,034
Mujeres N: 19	5,775	4,643 - 6,905		
CVC al inicio				
Si N: 34	4,333	3,381 - 5,306	0,492	0,487
No N: 36	4,676	4,081 - 5,670		
FAV a los 3 meses				
Si N: 15	5,919	4,152 - 6,886		
No N: 55	4,367	3,679 - 5,055	2,148	0,143
DM				
Si N: 31	4,070	3,151 - 4,989	1,780	0,182
No N: 39	5,005	4,177 - 5,834		
Cardiopatía isquémica				
Si N: 23	3,638	2,798 - 4,477		
No N: 47	4,465	4,213 - 5,718	2,814	0,060
Otras cardiopatías				
Si N: 11	3,714	2,880 - 4,548		
No N: 59	5,917	4,496 - 6,138	6,945	0,008
Tumores				
Si N: 25	3,665	2,809 - 4,492		
No N: 45	5,004	4,212 - 5,766	4,083	0,043

302 PREVALENCIA DE AMPUTACIÓN EN PACIENTES EN HD. PROGRAMA DIÁLISIS SIN CALCETINES

R. SANCHEZ¹, J. LANCHO¹, R. ZAMORA¹, G. FERNANDEZ², C. LEDESMA¹, L. RODRIGUEZ OSORIO¹, A. DE SANTOS³, B. DURÁ¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO GENERAL DE VILLALBA (ESPAÑA), ²CIRUGÍA VASCULAR. HOSPITAL UNIVERSITARIO GENERAL DE VILLALBA (ESPAÑA), ³NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PRINCESA (ESPAÑA)

Introducción: La enfermedad arterial periférica es frecuente en los enfermos con ERCA diálisis. Dichas lesiones preceden a complicaciones severas que conllevan a hospitalizaciones, amputaciones e incluso la muerte. En ocasiones se manifiesta en forma de úlceras que pueden ser fácilmente identificadas con la exploración de los pies.

Objetivos: Estudiar la prevalencia de úlceras y amputación en diálisis, analizar factores de riesgo relacionados, resultados postquirúrgicos y establecer programa de prevención.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo (7 años), unicéntrico en pacientes con ERCA en diálisis.

Resultados: 202p (12 DP 190 HD), 67 activos y 135 de baja (127 hombres 75 mujeres. Edad media 69 años. Tiempo medio en diálisis 47 meses. Acceso vascular: 56%, fístula nativa 37% cateter 7% protésica. Causa ERCA 30,20% ND, 22,8% NAE. HTA 95,54%, DM en un 46,53% 26,73 % cardiopatía isquémica 31,19% isquemia crónica (ICMM) 26,24% presentaban claudicación intermitente Un 12,38% presentaba todas las comorbilidades señaladas. Mayor comorbilidad en varones H:M 4:1. 53,47% exfumadores o hábito activo.

Úlceras: 29,7%p, (40 hombres 20 mujeres), 76,67%, diabéticos. La mitad de los pacientes con DM (48,94%) presentaron úlceras. La más frecuente fue la vascular (43,67%) seguida de la asociada al pie diabético (26,67%) y de la úlcera por presión 15%.

Amputaciones (11 mayores y 13 menores) en 24p (16 hombres 8 mujeres) con una prevalencia: global 12%, si DM 22,34%, con úlceras (40%) y 46% si son diabéticos). Analítica en amputados. Media de: PTH 352ng/dl, Fósforo 4,4mg/dl, Vit D 19mg/dl, Albúmina 3,3g/dl, hipercolesterolemia en 20%. 17p con ICMM fueron revascularizados (76,47%, acabaron en amputación). Mortalidad: fallecieron 88p (43,56%) de los cuales 41 fueron pacientes con úlceras (un 68,33%) y 20 fueron pacientes amputados (un 83,33%, 3 mortalidad precoz y 17 mortalidad tardía).

Conclusiones: La prevalencia de amputaciones en diálisis es elevada. La mayoría son varones, DM con elevada comorbilidad cardiovascular y con antecedentes previos de úlceras. La mortalidad aumenta en pacientes con ERCA GSD con úlceras y amputados.

Hay necesidad de programas "diálisis sin calcetines" de detección precoz de úlceras en diálisis para disminuir incidencia de amputados.