

479 FRAGILIDAD Y LIPIDÓMICA. RESULTADOS DE UN ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA AVANZADA

R. GIMENA MUÑOZ¹, P. CUEVAS DELGADO², M. MANOUCHEHRI¹, A. ALONSO FUENTE¹, D. RODRÍGUEZ PUYOL¹, C. BARBAS³, P. MARTÍNEZ MIGUEL¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO PRÍNCIPE DE ASTURIAS (MADRID), ²CENTRO DE METABOLOMICA Y BIOANÁLISIS. UNIVERSIDAD SAN PABLO-CEU (MADRID)

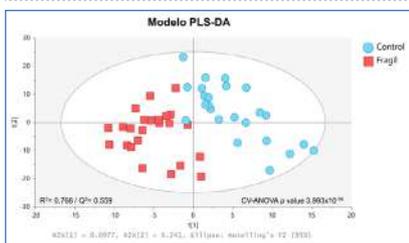
Introducción: La fragilidad es un síndrome que confiere elevada morbimortalidad, con una alta prevalencia en pacientes con enfermedad renal crónica avanzada (ERCA). La lipidómica no dirigida ofrece un enfoque integral para comprender las alteraciones lipídicas asociadas a diferentes patologías.

Métodos: Realizamos un estudio de casos y controles en 48 pacientes con ERCA, 24 pacientes frágiles y 24 no frágiles, emparejados por edad, sexo, y comorbilidad (DM2, ECV e HTA). Se utilizaron los criterios de Fried para definir la fragilidad. Se obtuvieron muestras de sangre para realizar analítica y análisis lipidómico no dirigido mediante RP-UHPLC-ESI-QTOF-MS en polaridad positiva y negativa.

Resultados: No se encontraron diferencias significativas entre los grupos respecto a parámetros demográficos, clínicos, antropométricos y analíticos, exceptuando un fósforo más elevado en los pacientes frágiles. El análisis lipidómico permitió discriminar claramente los pacientes frágiles y no frágiles (ver Figura). El análisis detallado de estas diferencias evidenció un aumento estadísticamente significativo en los niveles de acilcarnitinas de cadena media, además de una disminución en los niveles de ciertos fosfolípidos, plasmalógenos, ceramidas y ésteres de coles-terol en los pacientes frágiles.

Discusión y conclusiones: En el perfil lipidómico alterado en pacientes con fragilidad y ERCA destaca el aumento de acilcarnitinas de cadena media, lo que sugiere una disfunción en la beta-oxidación mitocondrial, un proceso esencial para la metabolización de ácidos grasos y la producción de energía. Esta disfunción podría contribuir a la patogénesis de la fragilidad al comprometer la bioenergética celular. Además, la disminución observada en ceramidas, fosfolípidos y plasmalógenos indica posibles deficiencias en la estructura y función de las membranas celulares, así como en la señalización intracelular, lo que podría afectar la integridad celular y la comunicación intercelular. Estos hallazgos subrayan la importancia de la lipidómica como herramienta para descifrar las complejas redes metabólicas involucradas en la fragilidad asociada a la ERCA.

Figura 1.



480 PREHABILITATION WITH PHYSICAL TRAINING IN KIDNEY TRANSPLANT (KT) CANDIDATES: INTERIM ANALYSIS OF A RANDOMIZED CLINICAL TRIAL

MJ. PÉREZ-SÁEZ, E. MUÑOZ-REDONDO¹, A. MORGADO-PÉREZ², L. DELCROS³, A. BACH¹, A. FAURA¹, D. REDONDO-PACHÓN¹, M. CRESPO³, E. MARCO³, J. PASCUAL³

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL DEL MAR (BARCELONA/ESPAÑA), ²MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN. HOSPITAL DEL MAR (BARCELONA/ESPAÑA), ³NEFROLOGÍA. HOSPITAL 12 DE OCTUBRE (MADRID/ESPAÑA)

Introducción: Frailty is a frequent condition among KT candidates that may be reversed. Prehabilitation programs prior to surgery have shown to improve functional capacity in other populations but scarce evidence is known about KT candidates. Our aim was to investigate if a physical intervention program improved exercise capacity and muscular strength in patients eligible for KT.

Methods: Participants were randomized 1:1 to intervention (physical training) or control group. The training program consisted of 1-hour sessions, three times/week for 8 weeks. Two sessions were supervised by a physical therapist and the third was performed by the patient at home. Each training session consisted of five parts: 1) warm-up; 2) aerobic training (cycloergometer); 3) upper and lower limb resistance exercises; 4) inspiratory muscle training; 5) stretching and cool down. In the control group participants were encouraged to follow global recommendations for physical activity. Outcome variables assessed were pre- and post-intervention changes in: 1) exercise capacity estimated by peak oxygen consumption (VO2peak); 2) distance covered in the 6-minute walk test (6MWT); 3) peripheral muscle strength of the upper and lower limbs; and 4) respiratory muscle strength. An interim analysis was performed including the first 121 patients.

Results: A total of 121 KT candidates (62 prehabilitation and 59 controls) were included. Mean age was 63.4 years and 24% were female. Baseline characteristics were similar in both groups. Mean Fried phenotype was 1.38 (1, 14). Mean VOpeak was 790ml/kg/min; Wmax 55.2w; 6MWT 401.9m; Handgrip 28Kg; Maximum isometric quadriceps contraction 36.1Kg; P1max 67.9cmH2O; and PEmax 106.2cmH2O. After 8 weeks of physical intervention, we found significant improvements in Wmax, handgrip strength and maximal inspiratory pressure (table).

Conclusion: In KT candidates, a prehabilitation program based on physical training is effective improving peripheral muscle strength and respiratory strength, as well as exercise capacity. Whether this improvement will have an impact on transplant outcomes will be assessed after accomplishing complete sample inclusion and prolonged follow-up after KT in these patients.

Tabla 1.

	Intervention group n=62	Control group N=59	Mean differences after intervention (95% CI)	p-value
Exercise capacity:				
VO2 peak (mL/Kg/min) – mean (SD)	-0,29 (0,43)	0,09 (0,25)	-0,12 (-0,3-0,04)	0,161
Maximum workload (Wmax) – mean (SD)	10,8 (22,7)	-2,0 (19,6)	12,8 (3,4-22,2)	0,008
6-minute walk test (m) – mean (SD)	17,0 (41,0)	11,4 (46,8)	5,58 (-1,2-23,3)	0,534
Peripheral muscle strength:				
Handgrip (Kg) – mean (SD)	1,6 (2,7)	-0,1 (2,7)	1,8 (0,7-2,8)	0,001
Maximum isometric quadriceps contraction (Kg) – mean (SD)	1,1 (5,8)	-0,3 (4,7)	1,4 (-0,7-3,5)	0,206
Respiratory muscle strength:				
P1max (cmH2O) – mean (SD)	21,9 (18,9)	4,4 (13,7)	17,5 (11,0-24,0)	<0,001
PEmax (cmH2O) – mean (SD)	2,6 (13,2)	2,8 (13,2)	-0,2 (-5,5-5,2)	0,942

481 SARCOPENIA SEVERA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA AVANZADA: UN ESTUDIO PROSPECTIVO DE COHORTES

M. MANOUCHEHRI¹, E. GUTIÉRREZ CALABRÉS², R. GIMENA MUÑOZ³, A. ALONSO FUENTE³, D. RODRÍGUEZ PUYOL³, P. MARTÍNEZ MIGUEL³

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO PRÍNCIPE DE ASTURIAS (ALCALÁ DE HENARES), ²DEPARTAMENTO DE BIOLOGÍA DE SISTEMAS. UNIVERSIDAD DE ALCALÁ E INNOREN-CM (MADRID), ³NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO PRÍNCIPE DE ASTURIAS (ALCALÁ DE HENARES)

Introducción: La sarcopenia, frecuentemente vinculada al envejecimiento y a enfermedades crónicas como la enfermedad renal crónica avanzada (ERCA), se caracteriza por la pérdida de masa y fuerza muscular. Las calpainas son enzimas con funciones relacionadas con el daño y la reparación tisular. La medición de la actividad de las calpainas circulares, posiblemente relacionada con la actividad de las calpainas musculares, podría tener interés como marcador de sarcopenia.

Materia y métodos: Se realizó un estudio prospectivo de cohortes con 100 pacientes diagnosticados con ERCA, empleando criterios diagnósticos estandarizados que incluyeron mediciones de masa muscular (bioimpedancia), fuerza (dinamómetro) y función física (test de la marcha). La sarcopenia severa se definió si los pacientes cumplían los tres criterios establecidos. Se analizó la actividad de calpainas circulares y se efectuó un seguimiento de 48 meses. Se consideró estadísticamente significativa p<0,05.

Resultados: La prevalencia de sarcopenia severa en pacientes con ERCA fue del 18%, asociándose a edad más avanzada y mayor comorbilidad. No se observaron diferencias significativas en la mortalidad entre los pacientes sarcopénicos severos y el resto durante los meses de seguimiento, aunque sí una tendencia no significativa hacia una mayor progresión de la enfermedad renal y necesidad de terapia de reemplazo renal. La actividad de calpaina fue significativamente inferior en pacientes sarcopénicos severos. (Ver tabla).

Conclusiones: La sarcopenia severa es prevalente en pacientes con ERCA, aumenta con la edad y se asocia con comorbilidades como diabetes mellitus y enfermedad cardiovascular. La actividad de las calpainas circulares es significativamente inferior en los pacientes con sarcopenia severa, sugiriendo este hallazgo su utilidad en la detección de esta patología. Aunque no hubo diferencias significativas en la mortalidad y progresión de la enfermedad renal entre los grupos, se destaca la importancia de la sarcopenia severa en esta población y la existencia de factores de riesgo potencialmente modificables.

Tabla 1.

	Sarcopenia severa	No sarcopenia severa	P
Pacientes n (%)	18(18%)	82(82%)	
Etad(años) media±DS	72±9	85±12	0,028
Sexo (VM) n (%)	11(61%)/7(39%)	53(64%)/29(35%)	0,79
DM (sí/no) n (%)	16(89%)/2(11%)	35(43%)/47(57%)	<0,001
HTA (sí/no) n (%)	17(94%)/1(6%)	76(93%)/6(7%)	0,79
Enfermedad CV (sí/no) n (%)	11(61%)/7(39%)	26(32%)/56(68%)	0,02
FGe (mg/dl) media±DS	13,1±5,9	13,4±4,6	0,8
Cr (mg/dl) media±DS	4,3±1,3	4,4±1,6	0,8
Hb (g/dl) media±DS	11,8±1,0	11,8±1,4	0,4
Feritina (ng/ml) media±DS	237±277	186±158	0,4
IST (l) media±DS	25,4±14,8	25,5±11,4	0,2
Ca (mg/dl) media±DS	9,5±0,6	9,1±0,7	0,8
P (mg/dl) media±DS	4,8±1,2	4,5±0,9	0,3
PTH (pg/ml) media±DS	243±135	374±406	0,2
PCR (mg/dl) media±DS	4,9±5,4	5,5±7,2	0,8
Actividad Calpaina (unidades fluorescencia arbitarias)	1227±	1809±	<0,001
Inicio dialisis (sema) n (%)	12(72%)/15(83%)	46(56%)/36(44%)	0,2
Muerte (años) n (%)	3(17%)/15(83%)	3(4%)/73(89%)	0,5

482 EL ÁMBITO DOMICILIARIO IMPACTA FAVORABLEMENTE EN EL ESTADO EMOCIONAL DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO RENAL SUSTITUTIVO

P. OTERO ALONSO¹, L. GARCÍA BECERRA², L. GONZÁLEZ TABARES¹, Y. GARCÍA MARCOTE¹, O. RAÑO SANTAMARÍA¹, L. RIVERA CHÁVEZ¹, J. QUISEP GONZÁLES¹, J. CALVIÑO VARELA¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL LUCUS AUGUSTI (LUGO/ESPAÑA), ²PSICOLOGÍA. UNIVERSIDAD DE SANTIAGO DE COMPOSTELA (SANTIAGO/ESPAÑA)

Introducción: La depresión y la ansiedad se asocian con frecuencia a la enfermedad renal crónica condicionando tanto la calidad de vida como la eficacia del tratamiento renal sustitutivo (TRS). Sin embargo, hay pocos estudios que comparen la frecuencia de estos trastornos emocionales en las técnicas domiciliarias, diálisis peritoneal (DP) y hemodiálisis domiciliaria (HDD), con otras modalidades de TRS. Por ello, hemos comparado la prevalencia de sintomatología depresiva y ansiosa en pacientes diálisis domiciliaria (DD) con pacientes en hemodiálisis en centro (HDC) o con trasplante (TR).

Pacientes y métodos: Se estudiaron 181 pacientes (63,3±12,3 años; 64,6% hombres), al menos 3 meses en TRS: 43 en HDC, 79 TR y 59 en DD (43 DP y 16 HDD). Las variables clínicas analizadas incluyeron diabetes, hemoglobina, albúmina, índice de Charlson, y tiempo en el TRS actual. Las variables sociodemográficas incluyeron edad, sexo, estado civil/pareja, nivel de estudios y socioeconómico. Para evaluar los síntomas emocionales, los pacientes cumplimentaron el Inventario de depresión de Beck (BDI-II) y la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS-AyD). Un psicólogo general sanitario, ciego a las puntuaciones de los cuestionarios, llevó a cabo la Structured Clinical Interview (SCID-I) para el diagnóstico de depresión.

Resultados: Se encontraron diferencias entre las modalidades de TRS en edad, tiempo en el TRS actual, diabetes, hemoglobina, albúmina e Índice de Charlson (p < 0,05). La frecuencia de depresión mediante SCID-I fue del 18% en HDC, 19% en TR y 16% en DD (ns). En el BDI-II (depresión) el grupo de HDC presentaba valores mayores (13,76 ± 9,67), que el grupo de TR (9,75 ± 7,22) o el de DD (10,32 ± 7,53), p < 0,05. Para la HADS-A (ansiedad) los pacientes en HDC (5,39 ± 3,95) y TR (5,31 ± 3,52) tenían mayor puntuación que los de DD (3,54 ± 2,87); p < 0,01). En el análisis multivariante (ajustado por edad, sexo, y por las variables con diferencias significativas entre las tres modalidades de TRS), la DD se asoció a menor sintomatología depresiva frente a la HDC (p < 0,05), y a menor sintomatología ansiosa comparada con el TR (p < 0,05) o la HDC (p < 0,01). No se encontraron diferencias en ansiedad y depresión entre ambas técnicas domiciliarias.

Conclusiones: Los pacientes en técnicas domiciliarias (HDD o DP) presentan menor afectación emocional al compararlos con aquellos en HDC, y menores niveles de ansiedad que la población trasplantada, aun cuando esta última tiene menor comorbilidad. Son necesarios más estudios centrados en determinar el impacto de la DD tanto en los aspectos emocionales como en la calidad de vida, así como su influencia en los criterios de toma de decisiones compartidas.

483 IMPACTO SIGNIFICATIVO DE LOS RESULTADOS DE PREMS Y PROMS EN TODAS LAS ETAPAS DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

CD. DAZA¹, AH. HERRANZ², PM. MOLINA², AP. PÉREZ-ALBA³, MJ. PUCHADES⁴, FM. MONCHO⁵, AS. SANCHO⁶, CP. PÉREZ-BAYLACH⁷, NP. PANIZO⁸, JG. GÓRRIZ⁹

¹NEFROLOGÍA. INCLIVA (INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALENCIA) (VALENCIA /ESPAÑA), ²NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DR PESET (VALENCIA /ESPAÑA), ³NEFROLOGÍA. HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CASTELLÓN (VALENCIA /ESPAÑA), ⁴NEFROLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALENCIA (VALENCIA /ESPAÑA), ⁵NEFROLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO (VALENCIA /ESPAÑA), ⁶NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DR PESET (VALENCIA /ESPAÑA), ⁷MASSAMAGRELL. BBRAUN AVITUM (VALENCIA /ESPAÑA), ⁸NEFROLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALENCIA (VALENCIA /ESPAÑA)

Introducción: Es creciente el interés en el uso y la relevancia de las Medidas de Resultados Reportados por el Paciente (PROMs) y las Medidas de Experiencia Reportada por el Paciente (PREMs). El objetivo principal del estudio es analizar las puntuaciones en calidad de vida, ansiedad, depresión y capacidad funcional utilizando tests que evalúan PREMs y PROMs en pacientes en diferentes etapas de la enfermedad renal crónica (ERC).

Pacientes y métodos: Estudio multicéntrico, transversal, observacional, no intervencionista de pacientes en terapia renal sustitutiva, ERC avanzada (ERCA) y ERC estadio 1-2. Dos profesionales realizaron entrevistas para la recolección de datos de todos los pacientes. Datos recolectados: Para PROMs: PFS (Escala de Fatiga de Piper), HADS (Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria), FACIT F (Escala de Evaluación Funcional de la Fatiga en la Terapia de Enfermedades Crónicas), SF-36, VAS (Escala Analógica Visual), Para PREMs-PACIC test (Evaluación de los Pacientes del Cuidado de Enfermedades Crónicas), además de otros índices de comorbilidad y análisis de laboratorio. Para el análisis estadístico se utilizó el contraste de hipótesis χ^2 de Pearson (X^2), la prueba ANOVA para variables de distribución normal y en caso contrario, el test de Kruskal-Wallis.

Resultados: Se incluyeron 319 pacientes, 84 (26 %) en hemodiálisis, 48 (15 %) en diálisis peritoneal, 50 (16 %) con trasplante renal, 50 (16 %) con ERCA, 38 (12 %) en hemodiálisis domiciliar y 49 (15 %) pacientes con ERC etapas 1-2. La mediana de edad fue de 69 años (RIC 59-78), habiendo diferencias significativas entre los grupos. El 65,5 % de los pacientes eran hombres y un 61,4 % estaban casados. Hubo diferencias significativas en los niveles de hemoglobina, proteína C reactiva (PCR) y albúmina entre los grupos. En el análisis de PROMs, se observa una mayor diferencia entre los grupos en aquellos relacionados con fatiga y función/rol físico entre los distintos grupos. Los PREMs muestran que los pacientes con mayor satisfacción de la asistencia recibida fueron los de hemodiálisis domiciliar seguido de los Tx renales y pacientes en DP.

Conclusiones: El análisis de PROMs y PREMs muestra el impacto significativo que la ERC tiene en la calidad de vida de los pacientes. Algunos PROMs pueden discriminar entre diferentes etapas de la ERC, pero los más efectivos son los PREMs, que son un indicador indirecto de la calidad de la atención recibida, contribuyendo a la participación del paciente en la toma de decisiones y al empoderamiento.

484 RESULTADOS DE SALUD COMUNICADOS POR LOS PACIENTES (PROM) CON LA HERRAMIENTAS PROPUESTA POR EL INTERNATIONAL CONSORTIUM FOR HEALTHOUTCOMES MEASUREMENT (ICHOM) Y PROMIS-10

C. JIMÉNEZ MARTÍN¹, MO. LOPEZ OLIVA², ME. GONZÁLEZ GARCÍA³, MJ. SANTANA VALEROS⁴, S. ALDANA BARCELO⁵, J. AZORES MORENO⁶, JC. SANTACRUZ⁷, H. GARCÍA LLANA⁸

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ (MADRID), ²NEFROLOGÍA. CLÍNICA DE LOS RIÑONES MENYDIAL (QUITO/ECUADOR), ³PSICOLOGÍA. UNIVERSIDAD DE LA RIOJA (LA RIOJA)

Introducción: Mejorar la experiencia del paciente trasplantado renal y poder tomar decisiones compartidas requiere evaluar los resultados relacionados por los pacientes, además de los tradicionales. **Objetivo:** Conocer los resultados en salud de los pacientes trasplantados renales, relatados por el paciente, a través de la herramienta propuesta por ICHOM y mediante la herramienta PROMIS-10.

Material y métodos: Estudio observacional. Pacientes trasplantados renales mayores de 18 años y al menos dos años trasplantados. Encuesta, anonimizada, online. Envío a través de ALCER-Madrid. Material extraído de ICHOM y herramienta PROMIS-10.

Estadística: media (DE) y rangos. Variables categóricas expresadas en números absolutos y porcentajes; Test no paramétricos U de Mann-Whitney o Kruskal Wallis, según proceda.

Resultados: 98 encuestas válidas. Edad 55,4 ± 11,9; Varones 64%; Estudios secundarios o formación profesional 51%; Situación laboral activa 30,6%; Tiempo desde el trasplante 102,41 ± 83,8; R: 24-469 meses; Creatinina 1,7 ± 1,2 (R: 0,5-8) mg/dL; CKD-EPI: 57,72 ± 24,77 (R: 8-110) mL/min. El 48% no referían presentar enfermedades asociadas, el 52% sí. Referían como más frecuentes la hipertensión arterial, el dolor de espalda, la artrosis, la diabetes, la anemia y la depresión (en este orden de frecuencia).

El dolor de espalda y la artrosis, seguidas de las mencionadas antes, son las condiciones que más les limitan la funcionalidad.

Otras enfermedades, menos frecuentes, se perciben como muy relevantes en la limitación funcional, como es el caso de la enfermedad neurológica (5/8, 62%), enfermedad pulmonar (4/7, 57%) y de relevancia máxima se encuentra la depresión que 9 de cada 10 (90%).

PROMIS-10; El T-score salud física: 45,34 ± 8,05 (R: 26,70-67,70); para salud mental: 46,33 ± 7,67 (R: 25,10-67,60).

Dividiendo la población de más de 45 mL/min de aclaramiento vs menos, encontramos diferencias significativas en las preguntas #1, #2, #3 (percepción desigual de salud, salud física y calidad de vida). La situación laboral hay diferencias en las preguntas #4 y 5 (ámbito de salud emocional).

Los que refieren que presentan enfermedades asociadas (52%) se diferencian en las respuestas a las preguntas #1, #2, #3, #7 (ámbito de la salud física y calidad de vida).

El sexo, nivel de estudios, estado civil, enfermedad de base, haber sido hospitalizado en el último año, y el número de hospitalizaciones no han mostrado asociación con las respuestas.

Conclusiones: La mitad de los trasplantados perciben que no presentan comorbilidades asociadas. El dolor de espalda y la artrosis son las condiciones percibidas como más limitantes de la funcionalidad.

Los pacientes con mejor función renal presentan mejor salud percibida. La situación laboral influye en la salud emocional.

Las herramientas de ICHOM y PROMIS-10, pueden ayudar a conocer la salud percibida y ayudar en la toma de decisiones a los pacientes.

485 MEJORA DE LA ACTIVIDAD FÍSICA DEL PACIENTE RENAL MEDIANTE UN SISTEMA DE TELECOACHING AUTOMÁTICO (MAFIPAR)

V. ESTEVE SIMÓ¹, X. SALINAS SANMARTÍ², J. BENAVENT MARCO³, M. TELLO FONTANET⁴, J. MARTINEZ ROLDAN⁵, M. RAMIREZ DE ARELLANO SERNA⁶

¹NEFROLOGÍA. CONSORCI SANITARI TERRASSA (ESPAÑA), ²REHABILITACIÓN. CONSORCI SANITARI TERRASSA (ESPAÑA), ³LINKCARE HEALTH SERVICES (ESPAÑA)

Introducción: El ejercicio físico es una alternativa terapéutica efectiva para enlentecer el progresivo deterioro muscular al que se ven expuestos los pacientes renales, preservando su capacidad funcional y autonomía. Hasta la fecha, no existe evidencia acerca del uso de plataformas virtuales y sistemas de tele coaching basados en programas de ejercicio para mejorar la capacidad funcional y condición física en el paciente renal.

Los objetivos de este estudio fueron desarrollar un sistema de tele coaching semiautomático basado en la mejora del estilo de vida mediante ejercicio físico; así como analizar su utilidad y efectividad como herramienta para mejorar la condición física, capacidad funcional y calidad de vida en pacientes con terapia sustitutiva renal en hemodiálisis (HD).

Material y métodos: Estudio unicéntrico, prospectivo, randomizado de 24 meses de duración. Los pacientes fueron aleatorizados a dos grupos de estudio: Grupo Intervención (GI: ejercicio físico mediante telecoaching semiautomático) y Grupo control (GC: ejercicio físico con fisioterapia). Analizamos: Variables sociodemográficas, bioquímicas y características de diálisis, composición corporal (Body monitor composition), fuerza muscular (Hand-grip dynamometer), capacidad funcional (Short Physical Performance Battery Test (SPPB) y percepción del esfuerzo (Borg), actividad física diaria (Human Activity profile (HAP), calidad de Vida (EuroQoL-5D) y sintomatología depresiva (Beck)

Resultados: Se incluyeron 24 pacientes en HD. 13 fueron asignados al GI y 11 al GC. Edad media 67,3 ± 18,1 años, 38% hombres, tiempo de permanencia HD 39,2 ± 27,5 meses. 33% DM. Las características clínicas iniciales de ambos grupos de estudio eran similares. Al finalizar el estudio, aquellos pacientes que utilizaron la plataforma virtual mostraron una mejoría significativa ($p < 0,05$) de la fuerza muscular (HG 19,2 vs 22,4 kg), capacidad funcional (SPPB 9,5 vs 10,3, Borg 5,7 vs 4,3), estado físico (PASE 40,5 vs 136,2, HAP AAS 25,2 vs 53,2, HAP MAS 46,2 vs 70,4), calidad de vida (EQ-5D 50,8 vs 77,8) y sintomatología depresiva (Beck 16,4 vs 11,5) respecto al grupo control. No se objetivaron cambios significativos en los datos bioquímicos o de composición corporal.

Conclusiones: De manera global, observamos una mejora de la capacidad funcional, condición física, sintomatología depresiva y calidad de vida tras usar el sistema de tele coaching semiautomático diseñado en los pacientes en programa de HD de nuestra unidad. El sistema de telecoaching semiautomático resultó una herramienta útil y eficaz para incrementar la realización de ejercicio físico. A pesar de las limitaciones de nuestro estudio y en espera de futuras investigaciones, los prometedores resultados obtenidos podrían ayudar a establecer el uso de estos sistemas de tele coaching y plataformas virtuales para mejorar el estado funcional y calidad de vida de estos pacientes.

486 CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA: UN RETO POR DELANTE

LM. ROBAYO HERRERA¹, J. MONTERO MUÑOZ², JK. SERRANO MARTÍNEZ³, LC. PÉREZ ROLDÁN⁴, L. OVIES MENÉNDEZ⁵, B. PADRONES LÓPEZ⁶, M. NAVEZ DÍAZ⁷, M. RODRIGUEZ GARCÍA⁸, N. AVELLO LLANO⁹, EM. LÓPEZ ÁLVAREZ¹⁰

¹AGC DE GERIATRÍA. HOSPITAL MONTE NARANCO (OVIEDO), ²UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE METABOLISMO ÓSEO Y MINERAL. HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS (OVIEDO), ³UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS (OVIEDO), ⁴BIOQUÍMICA CLÍNICA. LABORATORIO DE MEDICINA. HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS (OVIEDO)

Introducción: En 2019, Peiper et al. expusieron la necesidad de facilitar la interpretación de escalas que valoran calidad de vida (CdV) en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC). Considerando una muy utilizada, la Kidney Disease and Quality of Life (KDQOL-36), propusieron añadir a las subescalas física y mental (correspondientes a la Short-Form Health Survey (SF-12)), una tercera que condensaba la sección "renal-específica", la KDQOL-36 Summary Score (KSS), fácilmente implementable en la práctica e investigación clínicas. En este estudio buscamos describir la CdV en pacientes mayores con ERC e identificar factores asociados a peor CdV.

Material y método: Estudio transversal con pacientes ≥ 84 años con ERC, admitidos en una Unidad Geriátrica de Agudos durante cuatro meses. Variables incluidas: Edad, sexo, institucionalización, Barthel previo, fragilidad (FRAL ≥ 3), polifarmacia (≥ 5 fármacos), desnutrición (MNA-SF ≤ 7), comorbilidades, conciencia de ERC, KDQOL-36 (SF-12 físico/mental y KSS). Se excluyeron los pacientes con demencia.

Resultados: Se reclutaron 264 pacientes, edad media 90,2 ± 3,7 años, 63,6% mujeres, 21,6% institucionalizados, y Barthel previo 70,7 ± 28,2. El 49,6% tenía conciencia de ERC. Respecto a los estadios de ERC: 36% G3A, 45,5% G3B, 18,2% G4 y 0,4% G5. El 68,9% era frágil, 92,4% polifarmacia. El 10,6% presentaba desnutrición. Los SF-12 físico, mental y KSS fueron 39,8 ± 9,8, 42,8 ± 10,6 y 82,2 ± 8,9. Las principales comorbilidades fueron: insuficiencia cardíaca (68,3%) y anemia (57,2%), con I. Charlson 2,9 ± 1,9.

El KSS fue inferior en pacientes con ERC G4 (-3,63 [-6,37 a -0,90]; $p = 0,009$), conciencia de ERC (-9,15 [-10,99 a -7,30]; $p = 0,001$), anemia (-2,2 [-4,4 a -0,1]; $p = 0,044$), ICC (-2,8 [-5,2 a -0,4]; $p = 0,024$), desnutrición (-5,59 [-9,02 a -2,16]; $p = 0,001$), fragilidad (-6,02 [-8,59 a -3,72]; $p = 0,001$), polifarmacia (-4,80 [-8,92 a -0,67]; $p = 0,023$) o mayor I. Charlson ($r = 0,13$; $p = 0,027$).

Tuvieron peor CdV según SF-12 físico los pacientes con conciencia de ERC (-2,41 [-4,76 a -0,06]; $p = 0,04$), desnutrición (-6,89 [-10,67 a -3,11]; $p = 0,001$), anemia (-3,5 [-5,9 a -1,2]; $p = 0,003$), acidosis metabólica (-10,8 [-19,4 a -2,16]; $p = 0,014$), fragilidad (-6,02 [-8,78 a -3,27]; $p = 0,001$) o menor Barthel ($r = 0,13$; $p = 0,029$). Se observó un menor SF-12 mental en frágiles (-3,23 [-6,28 a -0,17]; $p = 0,039$) o menor Barthel ($r = 0,14$; $p = 0,016$).

Conclusiones: • Los mayores valores del KSS con respecto al SF-12 físico/mental podrían estar en relación principalmente con la baja conciencia de ERC observada en estos pacientes. • Únicamente la fragilidad se asoció con peor CdV en todos los dominios de la KDQOL-36. • La comorbilidad y enfermedades como ICC, anemia, acidosis metabólica o desnutrición parecen asociarse con una peor CdV en ancianos con ERC. • Son necesarios más estudios para analizar la capacidad predictiva del KDQOL-36 en población nefrótica mayor.

Resúmenes

Ejercicio físico, fragilidad y esfera psicosocial

487 PROYECTO DE VALORACIÓN GERONTOLÓGICA EN LA CONSULTA DE NEFROLOGÍA Y UNIDAD DE HIPERTENSIÓN. PROYECTO VALORACIÓN GERONTOLÓGICA EVALUACIÓN FRAGILIDAD Y VULNERABILIDAD. CAPACIDAD FÍSICA. FUNCIÓN RENAL

FJ. LAVILLA ROYO¹, AJ. CONDE ZUBILLAGA², E. POLO TRAPERO³, B. PALOMA MORA⁴, M. SERRANO ALONSO⁵, MN. BASTIDA IÑARREA⁶, AM. CARVAJAL REYES⁷, V. LAVILLA GRACIA⁸

¹NEFROLOGÍA. CLÍNICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA (PAMPLONA), ²URGENCIAS. CLÍNICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA (PAMPLONA), ³CENTRO RESIDENCIAL. CLÍNICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA (PAMPLONA), ⁴DIRECCIÓN ENFERMERÍA. CLÍNICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA (PAMPLONA), ⁵FARMACIA. CLÍNICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA (PAMPLONA), ⁶GERIATRÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMON Y CAJAL (MADRID) **Objetivo:** Mejorar la valoración gerontológica en consulta Nefrología y Unidad Hipertensión arterial.

Metodología: Este estudio se está desarrollando en varias fases. FASE 1 Valoración estado subjetivo bienestar (ESB) mediante valoración general (1 a 10) y encuesta en estos ámbitos: dieta, ejercicio, sueño, autocuidado, seguimiento medicación, actividad diaria, entorno sociofamiliar, estado emocional (-1 a 3-). FASE 2 Aplicación de medidas antropométricas (IMC, perímetro extremidad superior derecha o dominante relajada- contraída), fuerza prensora. FASE 3 Estudio Hipotensión ortostática (PAD diastólica, PAS sistólica) con presión arterial decubito (DEC), ortostático (O) y ortostático tardío (OT). FASE 4 Aplicación índices. (FRAIL, CLINICAL FRAILTY SCALE, VIG FRAGIL) SPPB, Test levanta-camina (TLYC) FASE 5 Estudio de variables analíticas. FASE 6 Seguimiento de ancianos vulnerables

Resultados: Se han incluido 506 asistencias. 65 a 74 años (A) 166. 75 a 84 años (MA) 268, más de 85 años 70 (L) Control menos 65 años 332 (C). ESB NO existe asociación entre ESB y edad. ESB según grupos (C 7.47 EE0.085, A 7.46 EE 0.118, MA 7.13 EE 0.103, L 7.71 EE 0.853).

Factores que influyen > 65 años (estado emocional t 4,351 p<0,001) y ejercicio (t 2,312 p 0,021). En cambio, en ancianos con ERC influye el entorno socio familiar (t 2,723 p 0,007). Se detectó vulnerabilidad social en 27,7% ancianos sin ERC, con ERC 29,9% (p=0,737).

MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS-FUERZA PRENSORA En ancianos la edad se asocia con fuerza (r -0,297 p<0,001). Ancianos y ERC, la edad se asocia mejor con fuerza (r -0,405 p<0,001), aunque la fuerza era menor en ancianos con ERC (24,8 EE 0,9 dinas EE 1,0 vs 28,3 EE 1,0 p=0,071).

HIPO TENSION ORTOSTÁTICA. No observamos diferencias en los cambios de presión arterial salvo en pacientes con ERC la PAD descendiendo (PAD DEC a PAD ORT 5,7 vs -2,32 p<0,001) y PAD DEC a PAD ORT TARD 6,1 a -1,36 p= 0.003).

ESCALAS DE FRAGILIDAD ANCIANOS Se asocia edad con SPPB (r -0,471 p=0,001) FRAIL (r=0,419 p<0,001), CLINICAL FRAIL SCALE (r=0,476 p<0,001) y VIG FRAGIL (r=0,490 p=0,003) Test LYC r=0,406 p=0,013. Con ERC se encuentran relaciones de edad con SPPB (r -0,470 p=0,008) FRAIL (r=0,363 p=0,005), CLINICAL FRAIL SCALE (r=0,375 p=0,004) y VIG FRAGIL r=0,524 p=0,009). TLYC r=0,512 p=0,006.

ESTUDIO CLÍNICO ANALÍTICO. Se asocia con edad (ancianos) función renal según FGR CREAT -0,165 (peor) p =0,026, FGR CIST r=-0,363 p = 0,006, FGR CREATCIST r=-0,347 p <0,001). Existe una asociación con Hb (r=-0,250 p <0,001).

VULNERABILIDAD Se detectó vulnerabilidad 27,7% ancianos sin ERC, con ERC 29,9% (p=0,737). En ancianos ESB fue peor en entorno negativo leve o grave (6,31 EE0,47, 6,6 EE0,15 vs 7,51 EE0,13, p=0,002), y especialmente ERC (5,63 EE0,68, 6,46 EE0,18, vs 7,69 EE0,307, p=0,025)

Conclusiones: Los ancianos precisan de un enfoque integral-gerontológico. La ERC influye en el anciano en ese enfoque (estado emocional, físico, hemodinamia) y en su vulnerabilidad.

488 UTILIDAD DE LA ESCALA SARC-F PARA DETERMINAR FRAGILIDAD EN PACIENTES EN HEMODIÁLISIS

A. NOGUEIRA PÉREZ¹, F. HENRIQUEZ PALOP², A. BARRERA HERRERA³, G. ANTÓN PÉREZ¹

¹NEFROLOGÍA. AVERICUM (LAS PALMAS DE GC ESPAÑA), ²NEFROLOGÍA. AVERICUM (LAS PALMAS DE GC), ³NEFROLOGÍA. AVERICUM (LAS PALMAS DE GC)

La fragilidad es un síndrome geriátrico que puede aparecer conforme avanza la enfermedad renal, sobre todo en pacientes en hemodiálisis (HD). Existen múltiples herramientas para evaluarla, y aunque los criterios diagnósticos de FRIED son los más utilizados, existen otros test, e incluso pruebas de funcionalidad.

Objetivo: determinar la utilidad de la escala SARC-F para evaluar fragilidad en un grupo de pacientes en HD.

Material y métodos: se evaluaron 230 pacientes en HD, determinando la fragilidad con la escala FRAIL, que consta de 5 preguntas, que evalúan la fatiga que presenta el paciente, la resistencia (si es capaz de subir 10 escalones), la resistencia (si necesita de ayuda para caminar), la comorbilidad y la pérdida de peso. Se puede interpretar como alta probabilidad de fragilidad si la puntuación es ≥ 1 o frágil si cumple 3 o más criterios. También se realizó la escala SARC-F, que consta de 5 preguntas, si se obtiene una puntuación ≥ 4 , se dice que el paciente presenta un riesgo alto de sarcopenia.

Resultados: de los 230 pacientes el 69,1% fueron hombres, la media de edad fue de 65,8 \pm 14,28 años (Hombres: 64,22 \pm 14,51 años, vs mujeres: 65,31 \pm 13,95 años; p=0,689).

Un 51,3% presentaron baja probabilidad de fragilidad (puntuación en escala FRAIL=0), obteniendo un 21,7% de fragilidad (puntuación ≥ 3). Un 23% presentaron una alta probabilidad de sarcopenia.

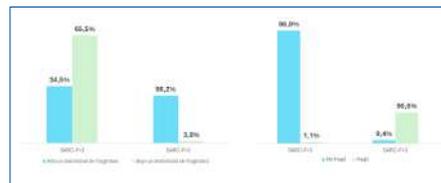
Se realizó un estudio de correlación encontrando que ambas escalas están directamente relacionada: r-pearson 0,883; p<0,001.

En el estudio realizado utilizando la concordancia a través del test Kappa de Cohen, se obtuvo un valor de Kappa de 0,912; p<0,005.

Se obtuvieron puntos de corte de máxima sensibilidad y especificidad para fragilidad con una puntuación en la escala SARC-F>3, obteniendo un ABC: 0,987;95%IC:0,972-0,999;p<0,001.

Conclusión: la escala SARC-F puede utilizarse como criterio diagnóstico de fragilidad, interpretando como fragilidad un resultado en test mayor de 3.

Figura 1. Porcentaje de fragilidad en función de la puntuación en SARC-F, punto de corte en 3.



489 ¿INCLUIR PROGRAMAS DE EJERCICIO AERÓBICO FUERA DE DIÁLISIS PRESENTA BENEFICIOS ADICIONALES A UN PROGRAMA DE EJERCICIO INTRADIÁLISIS?

MC. PEINADO¹, M. GARCÍA-OLEGARIO², J. AUDIJE-GIL³, F. DAPENA⁴, T. GARCÍA PASTOR⁵, ML. SANCHEZ-TOCINO⁶, B. OLIVA⁷, A. ANTONOVA⁸, A. ACOSTA⁹, MD. ARENAS JIMENEZ⁹

¹EJERCICIO FÍSICO. FUNDACIÓN RENAL (MADRID), ²EJERCICIO FÍSICO. FUNDACIÓN RENAL (MADRID), ³NEFROLOGÍA. FUNDACIÓN RENAL (MADRID), ⁴NEFROLOGÍA. FUNDACIÓN RENAL (MADRID), ⁵EJERCICIO FÍSICO. UNIVERSIDAD CAMILO JOSÉ CELA (MADRID), ⁶NEFROLOGÍA. FUNDACIÓN RENAL (SALAMANCA), ⁷INVESTIGACIÓN. FUNDACIÓN RENAL (MADRID), ⁸NEFROLOGÍA. FUNDACIÓN RENAL (MADRID), ⁹NEFROLOGÍA. FUNDACIÓN RENAL (MADRID)

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

Grupo trabajo Fundación renal

Introducción: Realizar ejercicio intradiálisis ha demostrado mejorar la capacidad funcional de las personas. **Objetivo:** determinar si añadir un programa de ejercicio aeróbico fuera de diálisis al programa de ejercicio intradiálisis obtiene beneficios adicionales.

Métodos: Se incluyen 14 pacientes de tres unidades de hemodiálisis extrahospitalarias que realizaban ejercicio físico intradiálisis. La edad media fue 59,7 \pm 13,5 años y un tiempo de diálisis de 38,7 \pm 29,4 meses. Se dividieron aleatoriamente en grupo experimental (n=7) (ejercicio intradiálisis + ejercicio fuera de diálisis) y control (n=7; ejercicio intradiálisis). El ejercicio fuera de diálisis consistía en un programa de 6 semanas dirigido a aumentar progresivamente el número de pasos semanales (10% semanal). Se valoraron las capacidades funcionales (Tabla 1) y la calidad de vida relacionada con la salud (láminas Coop-Wonca).

Resultados: El grado de cumplimiento de los objetivos semanales propuestos fue del 64,3 \pm 22,4%. El número de pasos/semana (Figura 1) antes y después de la intervención aumentó de manera significativa en el grupo experimental (Tabla 1). Además, se observó mejoría en el grupo experimental frente al control en los parámetros fuerza en miembros superiores, riesgo de caídas, capacidad cardiovascular y calidad de vida, aunque no de manera significativa (Tabla 1).

Conclusión: Incorporar una rutina de ejercicio físico diario fuera de diálisis tiene efectos positivos en los niveles de actividad física y en la percepción de la calidad de vida de los pacientes a las seis semanas. Se necesitan investigaciones en el futuro con muestra más amplia, ya que estos programas de ejercicio pueden ser una alternativa interesante en aquellas unidades que no puedan tener programa de ejercicio intradiálisis.

Ver figura y tabla

490 CLAVES PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA Y ABORDAR LA DEPRESIÓN EN HEMODIÁLISIS

F. MONTESINOS¹, MT. MARIN², S. DIEGUEZ³, F. GONZÁLEZ⁴, L. GONZÁLEZ⁵, H. GARCÍA-LLANA⁶, MD. ARENAS⁷, F. DAPENA⁸

¹PSICOLOGÍA. UNIVERSIDAD EUROPEA (MADRID), ²PSICOLOGÍA. FUNDACIÓN RENAL (MADRID), ³PSICOLOGÍA. CENTRO SUPERIOR CARDENAL CISNEROS (MADRID), ⁴NEFROLOGÍA. FUNDACIÓN RENAL (MADRID), ⁵NEFROLOGÍA. FUNDACIÓN RENAL (MADRID), ⁶NEFROLOGÍA. FUNDACIÓN RENAL (MADRID), ⁷NEFROLOGÍA. FUNDACIÓN RENAL (MADRID)

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

Grupo trabajo Fundación renal

Introducción: La enfermedad renal crónica (ERC) y la hemodiálisis (HD) conllevan pérdidas importantes y un serio estrés en los pacientes, que afectan a la calidad de vida y tienen consecuencias a nivel emocional y conductual. El objetivo del estudio fue analizar la relación de la depresión, la ansiedad, el malestar emocional y la calidad de vida con la inflexibilidad psicológica y el tipo de afrontamiento de los pacientes en diálisis.

Material: Se utilizaron los siguientes cuestionarios estandarizados: Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión HADS, cuestionario de adherencia terapéutica SMAQ, cuestionario de calidad de vida (CV) COOP/WONCA, cuestionario CAAH-II para evaluar la inflexibilidad psicológica y cuestionario de estrategias de afrontamiento CSI-F.

Método: Tras la firma del consentimiento informado, se administraron los cuestionarios a 66 pacientes con diagnóstico de enfermedad renal crónica (30,3% mujeres; 69,7% varones) con una edad media de 62,3 años (DT=14,6) que llevaban al menos tres meses en diálisis en un centro de la Comunidad de Madrid. Se realizaron análisis descriptivos y correlacionales y se calculó la regresión lineal múltiple para investigar la influencia de la depresión y la inflexibilidad psicológica en la calidad de vida.

Resultados: El 31,8% de los pacientes mostró niveles clínicamente significativos de malestar emocional, el 34,8% de depresión, el 39,4% de ansiedad y el 13,6% mostró una baja adherencia terapéutica. Además, la depresión mostró una correlación positiva estadísticamente significativa con la inflexibilidad psicológica y negativa con el afrontamiento centrado en el manejo de las emociones. La CV mostró una correlación negativa significativa con la ansiedad, la depresión y la inflexibilidad psicológica. Asimismo, se encontró una correlación positiva de la CV con el afrontamiento centrado en el manejo del problema y el afrontamiento centrado en gestión de las emociones. La regresión lineal mostró también que la depresión y la inflexibilidad psicológica son las variables que mejor predicen una baja CV (F(3,62)=27.521, p<.001, R²= .571).

Conclusiones: La detección y el abordaje de la depresión se rebelan como fundamentales para mejorar la calidad de vida de los pacientes en HD. Los datos también avalan la importancia de que los tratamientos psicológicos para la depresión en pacientes con ERC se enfoquen en la reducción de la inflexibilidad psicológica.

Resúmenes

Ejercicio físico, fragilidad y esfera psicosocial

495 SARCOPENIA Y DESNUTRICIÓN EN PACIENTES EN HEMODIÁLISIS: UN DESAFÍO CLÍNICO EMERGENTE

AE. BELLO OVALLES¹, A. PARDO RUIZ¹, H. HERNANDEZ VARGAS¹, A. GIL PARAÍSO¹, L. SAHDALA SANTANA¹, C. GARJO PACHECO¹, G. PEREDA BENGUA¹, E. NAJERA GALARRETA¹, KJ. LOPEZ ESPINOSA², ME. HUARTE LOZA¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL SAN PEDRO (LOGROÑO/ESPAÑA)

Introducción: La sarcopenia, pérdida de masa muscular y fuerza, se asocia con la edad y enfermedades crónicas. El diagnóstico, actualizado en el consenso más utilizado del Grupo Europeo de Trabajo en Sarcopenia en Personas Mayores EWGSP2, requiere identificar baja masa muscular y función deficiente. Se utilizan diversas técnicas como resonancia magnética y bioimpedancia. El ultrasonido emerge como una opción no invasiva para evaluar la masa y calidad muscular.

Objetivo: El objetivo de este estudio es describir la prevalencia de sarcopenia de acuerdo con EWGSP2 en nuestros pacientes de HD así como relacionar esta con las principales variables clínicas, bioquímicas, ecográficas y antropométricas.

Material y métodos: Estudio transversal y descriptivo en pacientes en Hemodiálisis, se dividió la muestra según el cribado positivo para sarcopenia (SARC-F). Se recogen variables demográficas, marcadores y cribados nutricionales, datos del estado de hidratación y composición corporal mediante bioimpedancia segmental inbody S10. Se incluyeron pacientes con más de tres meses en hemodiálisis y sin procesos inflamatorios agudos.

Resultados: Analizamos 39 pacientes, de ellos el 33% mujeres y 66% varones. La edad media fue de 65 años. Nivel nutricional mediante la escala MIS, se objetivó valor nutricional normal (MIS<6) en el 24% de los pacientes, frente a una desnutrición leve (MIS= 7-12) en el 55% de los pacientes y una desnutrición moderada (MIS=13-18) en el 21% de los pacientes.

En cuanto a la composición corporal, en comparación con los hombres, las mujeres presentaban de media una menor cantidad de músculo esquelético, menor porcentaje de masa magra (27% vs 34%) de forma significativa. Además las mujeres presentaban un ángulo de fase general a 50 Hz mayor que para los hombres (5,6 vs 4).

Se encontró correlación estadísticamente significativa entre el grado de Sarcopenia y el grado de fragilidad medido por Escala Frail (p=0.021), grado de desnutrición (p=0.073). No se encontró correlación estadísticamente significativa entre el grado de Sarcopenia y la fuerza medida mediante dinamometría (p=0,318), tampoco se observó relación estadísticamente significativa con el índice de masa corporal.

Conclusiones: Nuestros pacientes en HD presentaron una alta prevalencia de sarcopenia, mayormente en grado severa, manifestándose como disminución de la fuerza y masa muscular. Con estos resultados y sus implicaciones clínicas; deberíamos incluir de manera rutinaria la valoración de la capacidad funcional y la fuerza muscular de los pacientes en HD.

■ **Tabla 1. Sarcopenia y Desnutrición en Pacientes en Hemodiálisis: Un Desafío Clínico Emergente.**

	NO SARCOPENIA (SARC-F < 5)	SARCOPENIA (SARC-F ≥ 5)	Valor p
SARC-F	4,00	4,00	
ALBUMINA	3,00	3,00	
PREALBUMINA	0,19	0,28	
COLESTEROL	133,83	132,81	0,283
GLUCOSA	171,18	186,06	0,232
ACIDO URICO	4,3	5,00	
Hb	11,00	9,80	0,041
F	3,00	4,3	
R	3,00	4,6	
PCR	12,04	8,25	0,143
IL-6		25,00	
HAND GRIP	16,52	16,58	0,888
TEJIDO GRASO SUBCUTANEO	8,00	8,50	0,195
RECTO FEMORAL	7,00	7,80	0,032
CONTRACCIÓN	12,00	15,00	
PORCENTAJE CONTRACCIÓN	26,00	17,00	

496 DIFERENCIAS SOCIOASISTENCIALES DE LOS PACIENTES EN HEMODIÁLISIS: UN ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE ÁREAS RURALES Y URBANAS

N. ISORNA¹, AM. SACRISTÁN², E. MARTÍNEZ GARCÍA¹, S. PÉREZ BARCALA¹, L. GARCÍA FERNÁNDEZ², R. MUÑOZ², R. MARTÍNEZ CADENAS², J. AUDIJE-GIL², F. DAPENA², MD. ARENAS JIMÉNEZ²

¹TRABAJO SOCIAL. FUNDACIÓN RENAL (MADRID). ²NEFROLOGÍA. FUNDACIÓN RENAL (MADRID)

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

Grupo de Trabajo de la Fundación Renal

Introducción: La población en hemodiálisis (HD) se distribuye de manera heterogénea entre áreas rurales y urbanas. Las necesidades socioeconómicas tienen impacto en los resultados de salud de los pacientes. Conocer estas necesidades individuales puede ayudar a optimizar la atención.

Objetivo: Explorar las diferencias entre áreas urbanas y rurales de las necesidades socioeconómicas y de bienestar social en pacientes en HD.

Metodología: Estudio retrospectivo de pacientes en HD de 11 centros, distinguiendo entre zonas urbanas y rurales (rural = 65 años), Lawton y Brody, e índice de Barthel para evaluar la situación social y de dependencia. Variables: situación socioeconómica, sociofamiliar, soledad, conocimiento de los recursos institucionales, vivienda y relaciones sociales.

Resultados: Se estudiaron 337 pacientes, edad media 66,24±14,7 años, 63,8% hombres. El 67,7% residía en zonas urbanas. Los resultados de la Escala de Gijón mostraron que los pacientes rurales presentaban mayor riesgo social que los urbanos (50% vs. 28,9%; p<0,001), si bien un mayor porcentaje no refería necesidades económicas frente a la ciudad (80,7% vs. 69,7%; p = 0,023). No se hallaron diferencias significativas en la dependencia, vivir solos, frecuencia y calidad de las relaciones sociales o conocimiento de los recursos. En las zonas rurales había un porcentaje mayor de pacientes institucionalizados (7,3% vs. 4,4%; p=0.017), y eran menos propensos a residir en pisos compartidos o albergues (3,2% vs. 0%; p<0,001). Las viviendas en áreas rurales presentaban peor accesibilidad (28% frente a 11% en zonas urbanas; p<0.001).

Conclusiones: Las diferencias socioeconómicas entre pacientes en HD en zonas urbanas y rurales son marcadas, con mayores desafíos en áreas rurales. Destaca la necesidad de estrategias adaptadas y multidisciplinarias que consideren cómo afecta la situación socioeconómica al acceso al tratamiento, la adherencia, el riesgo de complicaciones y los resultados a largo plazo.

497 HIPERTRANSAMINASEMIA EN EL PACIENTE ADOLESCENTE TRASPLANTADO ¿QUÉ SOSPECHAR?

L. GARCÍA ESPINOSA¹, D. MORANTE MARTÍNEZ¹, CM. FERNÁNDEZ CAMBLOR¹, M. MELGOSA HIOSA¹

¹NEFROLOGÍA INFANTIL. HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ (MADRID, ESPAÑA)

La rhabdomiólisis se define como daño muscular con liberación de enzimas musculares a la circulación sanguínea, puede ir seguido de daño renal agudo y de complicaciones graves. La causa de la insuficiencia renal aguda generalmente es una depleción de volumen, pero puede asociar también daño secundario a la toxicidad producida por las enzimas liberadas produciendo necrosis tubular y vasoconstricción renal.

Presentamos 5 pacientes varones con trasplante renal (3 vivo/2 cadáver) en seguimiento en nuestra consulta. La patología de base renal que presentaban eran 4 enfermedades tubulointersticiales/CAKUT y 1 enfermedad glomerular.

En la analítica de rutina de seguimiento presentaban un aumento de transaminasas; los valores medianos de GOT fueron 209 U/L (RIQ 287; 57-548), y GPT 70 U/L (RIQ 143; 39-204), LDH 308 U/L (RIQ 368; 251-883). En la historia clínica relataban el inicio de actividad física en gimnasio en las últimas 48-72 horas, con la sospecha diagnóstica de rhabdomiólisis se amplió la CPK dónde el valor mediano fue de 7800 U/L (RIQ 10594; 864-20139).

La edad mediana de la rhabdomiólisis fue de 16,9 años (RIQ 2,1; 15,7-18,3), el 100% presentaban dolor muscular leve y 1/5 febrícula y síntomas gastrointestinales. Ninguno presentó un aumento significativo de creatinina respecto a su basal. 1 de ellos que asociaba cuadro infeccioso, presentó ligero aumento de cistatina C 1,16 a 1,33 mg/L respecto a su basal. A nivel hidroelectrolítico, el calcio total e iónico mediano 10,1 mmol/L (RIQ 0,5) y 1,3 mmol/L (RIQ 0,04), K mediano 4,8 mmol/L (RIQ 0,3) y fósforo 3,9 mmol/L (RIQ 0,95) fueron normales. 4 precisaron ingreso para fluidoterapia intravenosa, 1 recibió hidratación oral en domicilio. La mediana de ingreso fue 2,5 días (RIQ 2,5; 2-5). Tras un periodo de seguimiento mediano de 4,6 meses (RIQ 6,1; 1,5-11,2) no hubo cambios significativos en la función renal y no volvieron a presentar nuevos episodios de rhabdomiólisis. Las transaminasas se normalizaron en el siguiente control. La actividad física es fundamental para la salud de nuestros pacientes trasplantados. Entre los adolescentes es frecuente el inicio de manera brusca de ejercicio físico intenso en especial el acudir al gimnasio. La instauración progresiva de dicho ejercicio y la educación sobre medidas preventivas es clave para prevenir eventos que puedan dañar la función renal del injerto trasplantado.

498 AFECTACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD Y RIESGO DE SUICIDIO EN PERSONAS CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA AVANZADA

AE. ESPUIG¹, RS. SANTAMARÍA-GUTIÉR², AC. CALDERÓN-CHOLBI³, LC. LÓPEZ ROMERO⁴, AG. GALÁN SERRANO⁵, EC. CARBAJO-ÁLVAREZ⁶, LL. LACOMBA-TREJO⁵

¹DPTO. DE PSICOLOGÍA EVOLUTIVA Y DE LA EDUCACIÓN. FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y LOGOPEDIA, UNIVERSITAT DE VALÈNCIA (VALENCIA); ²UNIDAD DE PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD. CONSORCIO HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE VALENCIA (VALENCIA); ³FACULTAD DE MAGISTERIO Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN. UNIVERSIDAD CATÓLICA DE VALENCIA (VALENCIA); ⁴SERVICIO DE NEFROLOGÍA. CONSORCIO HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE VALENCIA (VALENCIA); ⁵DPTO. DE PSICOLOGÍA EVOLUTIVA Y DE LA EDUCACIÓN, FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y LOGOPEDIA. UNIVERSITAT DE VALÈNCIA (VALENCIA)

Introducción: La Enfermedad Renal Crónica Avanzada (ERCA) puede conllevar un importante deterioro a nivel psicológico en las personas que la padecen que, a su vez, puede afectar de manera negativa en su calidad de vida. Este impacto en la salud mental puede suponer también la aparición de ideación suicida en las personas con ERCA a medida que avanza la enfermedad. Por ello, el objetivo de este estudio fue observar el impacto que puede tener la enfermedad en la calidad de vida y en el riesgo de suicidio en personas con ERCA y evaluar su relación.

Material y método: Se incluyeron 42 personas con ERCA (56,70 % mujeres) con edad media de 69,77 años. Para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud se utilizó el cuestionario Kidney Disease Quality of Life (KDQOL-36). Y el riesgo de suicidio fue determinado a través de la Plutchik Suicide Risk Scale (PSRS).

Resultados: En relación con la calidad de vida de las personas con ERCA, se ha observado una gran afectación, siendo especialmente relevantes las limitaciones que encuentra esta población como consecuencia de los problemas físicos y emocionales derivados de la enfermedad. Respecto al riesgo de suicidio un 18,20 % de la muestra presenta un alto riesgo de suicidio. Por último, los resultados sugieren que una peor calidad de vida se relaciona con un mayor riesgo de suicidio, particularmente en términos de función física (r = -.73; p<.01), limitaciones por problemas físicos (r = -.60; p<.01), función social (r = -.70; p<.01), carga renal (r = -.40; p<.01), síntomas (r = -.53; p<.01) y efectos (r = -.63; p<.01) de la enfermedad.

Conclusiones: Los resultados del estudio ponen de manifiesto el impacto en la calidad de vida y un aumento del riesgo de suicidio en las personas con ERCA. Como conclusión es importante señalar la importancia de un tratamiento con un enfoque integral en esta población, que permita una mejora en su percepción de calidad de vida con el objetivo de reducir el riesgo suicida.

499 ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA AVANZADA: RELEVANCIA DE LAS FORTALEZAS PERSONALES PARA EL AJUSTE EMOCIONALRS. SANTAMARÍA-GUTIEZ¹, AE. ESPIUG², LC. LOPEZ-ROMERO³, AC. CALDERÓN-CHOLBI⁴, AG. GALÁN SERRANO⁵, EC. CARBAJO-ÁLVAREZ⁶, LL. LACOMBA-TREJO⁷¹UNIDAD DE PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD. CONSORCIO HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE VALENCIA (VALENCIA); ²DPTO. DE PSICOLOGÍA EVOLUTIVA Y DE LA EDUCACIÓN, FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y LOGOPEDIA. UNIVERSITAT DE VALÈNCIA (VALENCIA); ³SERVICIO DE NEFROLOGÍA. CONSORCIO HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE VALENCIA (VALENCIA); ⁴FACULTAD DE MAGISTERIO Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN. UNIVERSIDAD CATÓLICA DE VALENCIA (VALENCIA)**Introducción:** El diagnóstico y curso de la Enfermedad Renal Crónica Avanzada (ERCA) conlleva grandes desafíos que pueden provocar ansiedad y depresión. Sin embargo, la resiliencia podría jugar un papel crucial para la adaptación, la percepción de amenaza y el afrontamiento de la enfermedad, promoviendo una mejor adaptación y bienestar general. El objetivo del estudio es evaluar la relación entre la resiliencia, la percepción de enfermedad y el malestar psicológico en personas con ERCA.**Material y método:** Se incluyeron 148 personas con ERCA (61,50 % hombres) con edad media de 69,77 años. Un 37,90 % informó de antecedentes de salud mental. Para evaluar el nivel de resiliencia se empleó la Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC-10). El riesgo de los síntomas de ansiedad y depresión fueron determinados a través de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) y la percepción de amenaza de enfermedad con la Escala de Percepción de la Amenaza de Enfermedad (IPO).**Resultados:** Un 8,1% de la muestra presenta sintomatología ansiosa de gravedad de moderada a grave. Un 12,2% sintomatología depresiva de gravedad de moderada a grave. Asimismo, un 46,6% de la muestra obtiene una puntuación en capacidad de resiliencia elevada. Por otro lado, se ha obtenido una relación estadísticamente significativa y negativa entre el nivel de resiliencia y los síntomas ansiosos ($r = -.29$; $p < .01$) y depresivos ($r = -.32$; $p < .01$), de manera que, una menor capacidad de resiliencia se asocia con un mayor malestar psicológico ($r = -.37$; $p < .01$); así como entre el nivel de resiliencia y la percepción de amenaza de enfermedad, es decir, una mayor resiliencia se asocia con una menor percepción de amenaza de enfermedad ($r = -.79$; $p < .01$). Además, se ha encontrado una relación estadísticamente significativa y positiva entre la percepción de amenaza de enfermedad y los síntomas ansiosos ($r = .32$; $p < .01$) y depresivos ($r = .38$; $p < .01$), por lo tanto, una mayor percepción de amenaza de enfermedad se asocia con mayor malestar psicológico ($r = .43$; $p < .01$).**Conclusiones:** En base a los hallazgos encontrados, la resiliencia se erige como un factor protector frente al malestar psicológico y la percepción de amenaza de la enfermedad, siendo importante el trabajo de manera integral para el desarrollo de una mayor capacidad de resiliencia en las personas con ERCA y, por lo tanto, de un afrontamiento más adaptativo a la enfermedad y sus complicaciones derivadas.**500 ESTUDIO DE CONSUMO DE MEDICACIÓN ANTIDEPRESIVA Y BENZODIACEPINAS EN TERAPIA RENAL SUSTITUTIVA. DIFERENCIAS DE GÉNERO ENTRE HD VS DP**AM. CAVADA BUSTAMANTE¹, I. DÍAZ CARO², E. ASTUDILLO CORTÉS³, J.J. BANDE FERNÁNDEZ⁴, C. DÍAZ CORTE⁵, M. RODRIGUEZ GARCÍA⁶, MS. GARCÍA GÓMEZ DE LAS HERAS⁷¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE NAVARRA (PAMPLONA); ²DEPARTAMENTO DE CIENCIAS BÁSICAS DE LA SALUD. FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD. UNIVERSIDAD REY JUAN CARLOS (ALCORCÓN); ³NEFROLOGÍA. HUCA (OVIEDO); ⁴DEPARTAMENTO DE CIENCIAS BÁSICAS DE LA SALUD. FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD. UNIVERSIDAD REY JUAN CARLOS (ALCORCÓN)**Introducción:** La depresión está subdiagnosticada en los pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) que inician terapia renal sustitutiva (TRS). Así, en la ERC la esfera psicosocial debe ser primordial en el enfoque terapéutico. Su influencia en la calidad de vida de nuestros pacientes principalmente al inicio de la TRS es descrita en la literatura, objetivándose un aumento de la incidencia de depresión y/o trastornos adaptativos.

Este trabajo se plantea el objetivo de conocer cuál es el consumo de benzodiazepinas y anti-depresivos en los pacientes con ERC que inician TRS, analizando estos datos en relación a la técnica renal sustitutiva elegida, así como a ser hombre o mujer.

Material y método: Estudio observacional retrospectivo, de corte transversal con perspectiva de género sobre la población que comienza TRS (diálisis peritoneal (DP) o hemodiálisis (HD)) en un centro de tercer nivel y de referencia de la comunidad autónoma.

Alcanzando una muestra de 285 personas que cumplieron los criterios de inclusión como ser mayor de 18 años y que iniciaran la técnica entre el 1 de enero de 2020 al 30 de septiembre de 2022.

Se recogieron las variables numéricas de consumo total de fármacos, categóricas de polifarmacia (≥ 6 fármacos), consumo de benzodiazepinas (BZP), así como de antidepresivos (ADP). Realizando el correspondiente test paramétrico (χ^2 y T-Student) para comparar los resultados entre cada técnica por sexo.**Resultados:** De los 285 pacientes el 68,1% eran hombres y el 31,9 % mujeres, con una edad media de 65,4 años (DE 15), con un seguimiento medio de 1,5 años.En relación al consumo de fármacos el promedio reportado fue de 11 fármacos, no encontrándose diferencias entre sexos y ni según la técnica ($p > 0,05$), lo que supone que el 94,4% sufría polifarmacia.En relación al consumo de benzodiazepinas y antidepresivos, fue mayor en mujeres que en hombres ($c2$ 5,53 y 5,19; $p < 0,05$) y mayor en hemodiálisis que en diálisis peritoneal ($p > 0,05$). Las incidencias en cuanto al consumo de BZP son: mujeres en HD 38,1%, hombres en HD 22,7%, mujeres en DP 26,5%, hombres en DP 15,3%. Por otro lado, en relación al consumo de antidepresivos: mujeres en HD 31,0%, hombres en HD 17,3 %, mujeres en DP 20,4%, hombres en DP 9,5%.**Conclusiones:** Las mujeres con ERC en TRS tienen mayor consumo de benzodiazepinas y antidepresivos, lo que podría correlacionarse con menor adaptación a la técnica y a su ERC, así como poder relacionarse con su calidad de vida. Es necesario ampliar estudios de calidad de vida y carga de enfermedad al inicio de la TRS.**501 ¿CUÁLES SON LOS FACTORES QUE DETERMINAN LA FUERZA EN LAS PIERNAS DE LOS PACIENTES EN HEMODIÁLISIS?**CM. PÉREZ BAYLACH¹, EP. GRAVINA², M. TOQUERO CORREA³, E. ROS GARCÍA⁴, A. SERRATO VILLALBA⁵, A. GRANADOS MARTÍNEZ⁶, B. BONILLA CULEBRAS⁷, F. CONSTANTINO⁸, N. VALTUÉÑA GIMENO⁹, E. SEGURA ORTÍ¹⁰¹HEMODIÁLISIS. BBRAUN AVITUM MASSAMAGRELL (VALENCIA); ²DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA. UNIVERSIDAD CARDENAL HERRERA-CEU (VALENCIA); ³HEMODIÁLISIS. BBRAUN AVITUM VALENCIA (VALENCIA)**Introducción:** Los pacientes en hemodiálisis tienen una actividad física reducida en comparación con sus homólogos sanos de la misma edad. Puede asociarse con un mayor número de enfermedades comórbidas. Como consecuencia de esta inactividad, los pacientes presentarán limitaciones para realizar actividades de la vida diaria. El objetivo de este trabajo es medir la fuerza de la musculatura de miembros inferiores en pacientes en hemodiálisis y relacionarlo con la cantidad de actividad física, el tiempo en diálisis y la comorbilidad.**Material y método:** Se evaluaron 50 pacientes de la unidad de hemodiálisis. Se presentaron datos de edad, sexo, tiempo en hemodiálisis e índice de comorbilidad de Charlson. Se registró la cantidad de actividad física mediante el cuestionario Human Activity Profile (listado de 94 actividades ordenadas de menor a mayor intensidad a las que se responde con tres opciones (puedo realizar la actividad; ya no puedo realizar la actividad; nunca he realizado la actividad)). Se calcula el Average Activity Score (AAS), como la actividad de mayor intensidad menos el total de actividades de menor intensidad que ha dejado de realizar. Se registró la fuerza muscular de flexores y separadores de cadera durante la sesión de hemodiálisis, por parte de una fisioterapeuta experta en valoración y siguiendo un protocolo seguro.

Se muestran los datos descriptivos como media y desviación estándar. Se correlacionaron los datos mediante el test de Pearson, y los que mostraron una correlación significativa se evaluaron de forma visual con un diagrama de puntos.

Resultados: Se incluyeron 50 personas, edad de 74,28 años (52-88 años), con 74 meses en tratamiento de HD (10-243 meses) y una comorbilidad de Charlson de 9,14 (4-14) Se objetiva un nivel de actividad física AAS de 46,6 (14-73) (son sedentarias principalmente). La edad no se correlacionó con el nivel de actividad física, y tampoco la comorbilidad, pero sí lo hizo el tiempo en HD de forma positiva ($r = .648$ $p = .012$). El AAS correlacionó de forma significativa y positiva con todas las medidas de fuerza de miembros inferiores.**Conclusión:** La edad no se relaciona con el nivel de actividad física pero el tiempo en hemodiálisis y la fuerza de la musculatura de las piernas sí. No hay correlación entre el nivel de actividad física y el índice de Charlson. Futuros estudios deben valorar si las intervenciones que aumentan el nivel de actividad física provocan un incremento de fuerza muscular y mantener la independencia en actividades cotidianas.**502 IMPLEMENTACIÓN DE EJERCICIO MEDIANTE REALIDAD VIRTUAL DURANTE LA HEMODIÁLISIS: COMPARACIÓN DE DOS TIPOS DE PROGRAMAS**CM. PÉREZ BAYLACH¹, EP. GRAVINA², M. TOQUERO CORREA³, E. ROS GARCÍA⁴, A. SERRATO VILLALBA⁵, A. GRANADOS MARTÍNEZ⁶, B. BONILLA CULEBRAS⁷, F. CONSTANTINO⁸, N. VALTUÉÑA GIMENO⁹, E. SEGURA ORTÍ¹⁰¹HEMODIÁLISIS. BBRAUN AVITUM MASSAMAGRELL (VALENCIA); ²DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA. UNIVERSIDAD CARDENAL HERRERA-CEU (VALENCIA); ³HEMODIÁLISIS. BBRAUN AVITUM VALENCIA (VALENCIA)**Introducción:** El objetivo de este trabajo es presentar los resultados de la implementación de un programa de realidad virtual no inmersiva (RV) en una unidad de hemodiálisis (HD).**Material y método:** Todas las personas en HD del centro estables en su tratamiento se incluyeron en el programa de ejercicio. Los programas ofertados fueron el juego A la Caza del Tesoro y el programa integral GoodRENal, dependiendo de las preferencias del participante, y la duración del programa fue de 12 semanas. El ejercicio se realizó en cualquier momento de la sesión de HD y fue supervisado por el personal de la unidad con la ayuda de un fisioterapeuta experto en rehabilitación renal. Se registró la cantidad de actividad física mediante el cuestionario Human Activity Profile (listado de 94 actividades ordenadas de menor a mayor intensidad a las que se responde con tres opciones (puedo realizar la actividad; ya no puedo realizar la actividad; nunca he realizado la actividad)). Se calculó el Average Activity Score (AAS), como la actividad de mayor intensidad menos el total de actividades de menor intensidad que ha dejado de realizar. Se registró además la fuerza muscular de flexores y separadores de cadera durante la sesión de hemodiálisis, por parte de una fisioterapeuta experta y siguiendo un protocolo seguro. Se registró además el nivel de ansiedad y depresión mediante la escala Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).

Se analizaron los datos con la prueba t de muestras repetidas para conocer el impacto del programa de ejercicio sobre las diferentes variables. Se consideró como significativo una valor de p de 0.05.

Resultados: Los datos de los 50 sujetos incluidos son edad media de 74.3 (11.1) años, que han estado 74.2 (74.5) meses en tratamiento de HD y con una comorbilidad de Charlson de 9.1 (3.2).

Los datos basales mostraron un nivel de actividad física AAS de 46.6 (20.8), fuerza de flexores de cadera derecha 145.3 (57.7), y de abductores de cadera derecha 155.7 (59.5). El HADS resultó de 10.1 (7.7) puntos.

Estamos a la espera de finalizar el estudio para comprobar el impacto del programa de ejercicio en todas las variables.

Conclusión: Los resultados de este trabajo contribuirán a conocer el impacto del uso de la RV durante la HD, como son la fuerza de los miembros inferiores y el nivel de ansiedad y depresión.

Resúmenes

Ejercicio físico, fragilidad y esfera psicosocial

503 EVOLUCIÓN Y CONSECUENCIAS DE LA FRAGILIDAD EN DIÁLISIS PERITONEAL (DP)

A. REY CÁRDENAS¹, AM. TATO RIBERA¹, D. ROLDÁN¹, M. LEÓN POO¹, S. LOPEZ SANROMÁN¹, E. GALLEG VALCARCE¹, C. CASÉS CORONA¹, E. LÓPEZ MELERO¹, MD. BERNAL MOLANO¹, E. ERRE VERGARA¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCÓN (ALCORCÓN), ²ENFERMERÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCÓN (ALCORCÓN)

Introducción: La fragilidad conlleva mayor vulnerabilidad, discapacidad y mortalidad. Supone una barrera en la elección de DP. El objetivo de este estudio es identificar los determinantes, evolución y consecuencias de la fragilidad en pacientes incidentes en DP.

Pacientes y método: Estudio retrospectivo observacional con pacientes que hubieran iniciado y terminado DP en nuestra unidad entre 01/01/2015 y 31/03/2024. La fragilidad, y comorbilidad se determinaron al inicio de DP con el "Clinical Frailty Score" (CFS>4) y el Índice Charlson excluyendo la edad (ICH). Se evaluó la analítica y composición corporal a los 6 meses de tratamiento. Analizamos en todo el recorrido complicaciones (mecánicas, infecciosas, ingresos y frecuentación a urgencias), evolución de la fragilidad y causas de salida de técnica.

Resultados: Incluimos 58 pacientes, 9 de ellos frágiles (tabla 1).

Los pacientes frágiles eran mayores, presentaban mayor comorbilidad, mayor prevalencia de diabéticos, y recibían más medicación. No hubo diferencias en la analítica ni la composición corporal. Al final de su recorrido en DP, el deterioro funcional se asocia a la edad la comorbilidad, la polifarmacia y el vintaje.

Los pacientes frágiles y los de peor evolución ingresaron más y los ingresos fueron más prolongados. No hubo diferencias en la frecuentación a urgencias.

La tasa de peritonitis fue superior en los frágiles, sin diferencias en función de la evolución de la fragilidad.

Las causas de salida de técnica de los pacientes frágiles son variadas, pero ninguno de ellos se trasplanta y el porcentaje de éxitos es mayor. No hubo diferencias en las salidas por fallo de UF, peritonitis o complicaciones mecánicas. Estos hallazgos, salvo el trasplante, se repiten en los pacientes cuya fragilidad aumenta.

Conclusiones: La fragilidad aumenta en el recorrido del paciente en DP. Se asocia a edad, comorbilidad, peritonitis y éxitos, pero no implica mayor salida de la técnica

Tabla 1.

	Total	Frágil	No Frágil	p	Observaciones	Signific.
Personas	62,1	7,9	54,2	0,001	89,7	0,000
Edad	64,1	71,6	62,6	0,000	26,9	0,000
Sexo	40,9	5,9	35,0	0,000	14,9	0,000
Diabetes	24,4	4,4	20,0	0,000	34,2	0,000
Medicación	4,8	0,8	4,0	0,000	1,8	0,000
Urgencias	1,0	0,1	0,9	0,000	0,1	0,000
Peritonitis	1,0	0,1	0,9	0,000	0,1	0,000
Salida de técnica	1,0	0,1	0,9	0,000	0,1	0,000
Trasplante	1,0	0,1	0,9	0,000	0,1	0,000
Éxitos	1,0	0,1	0,9	0,000	0,1	0,000
Morbimortalidad	1,0	0,1	0,9	0,000	0,1	0,000

504 LA INFLUENCIA DEL GÉNERO EN LA FRAGILIDAD: ÁRBOL DE DECISIÓN COMO HERRAMIENTA FACILITADORA PARA SU CRIBADO EN DIÁLISIS

M. MARTÍNEZ-CHILLARÓN¹, M. GÓMEZ¹, S. GUERRERO-CARREÑO¹, B. ROMANO¹, A. YUGUERO¹, V. ESCUDERO¹, R. ZOLEZZI¹, L. RODAS¹, F. MADUPELL¹, M. ARIAS-GUILLÉN¹

¹SERVICIO DE NEFROLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO DE BARCELONA (BARCELONA/ESPAÑA)

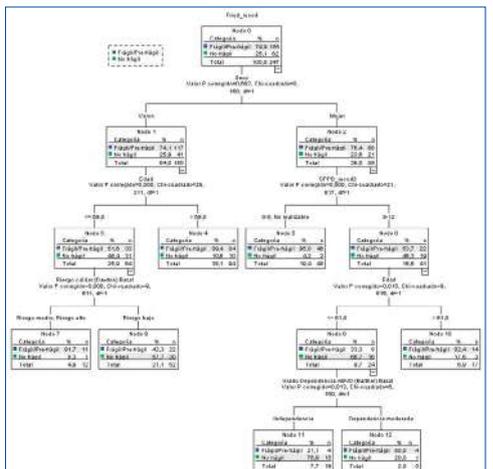
Introducción: Dado el abanico de instrumentos para valorar la fragilidad en diálisis, evaluamos mediante un árbol de decisiones la influencia del sexo/género en las herramientas más utilizadas en su diagnóstico, facilitando así su cribado ante la escasez de recursos humanos y tiempo en estas unidades.

Métodos: Estudio retrospectivo de 247 pacientes en hemodiálisis. Se obtuvo el árbol de clasificación mediante algoritmo CHAID (SPSS v.19), siendo la variable dependiente la fragilidad categorizada por test Fried (estado frágil/prefrágil) y las variables independientes: sexo, edad, índice de Charlson, SPPB (Short Physical Performance Battery), escalas de dependencia Barthel, Lawton y Downton (riesgo caídas), test Malnutrition Inflammation Score (MIS) y escala social Gijón, forzando la variable sexo en el primer nodo.

Resultados: Según el árbol de decisión (exactitud 84%), un 89.4% de varones >69 años son frágiles/prefrágiles, requiriendo los un test de caídas para reevaluar el riesgo. En las mujeres el SPPB detecta una mayor fragilidad, requiriendo aquellas con mejor puntuación y edad (Figura 1). En hombres se detectó mayor riesgo CDV (HTA 91.8% vs 80.2% p=0.07 y diabetes 46.3% vs 30.7% p=0.024) y mayor dependencia funcional e instrumental, pero se trasplantaron más. Las mujeres tienen mayor riesgo social y de malnutrición, así como una mayor mortalidad (p<0.003).

Conclusiones: El sexo y el género influyen en el estado de fragilidad de los pacientes en diálisis. Es necesario tener en cuenta la edad y una valoración con al menos dos herramientas (Fried+Downton en los varones, Fried+SPPB+Barthel en las mujeres) para un cribado de fragilidad más aproximado en diálisis.

Figura 1.



505 ESTUDIO PILOTO PARA EVALUAR LA MEDICIÓN DEL GROSOR Y EL ÁREA MUSCULAR DEL RECTO FEMORAL DEL CUÁDRICEPS COMO MÉTODO DE ESTIMACIÓN DE SARCOPENIA EN PACIENTES EN HEMODIÁLISIS

A. BUJÁN LÓPEZ¹, I. MOINA EGUREN¹, KP. PÉREZ MELÉNDEZ¹, I. TERREROS AGUINACO¹, J. DÓPICO FERNÁNDEZ¹, N. TEMIÑO PAZ¹, E. GARZON OTERO¹, N. GARCÍA ALONSO¹, N. MARTÍNEZ SAEZ¹, JI. MINGUELA PESQUERA¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO BASURTO (BILBAO), ²ENFERMERÍA UNIDAD HEMODIÁLISIS. HOSPITAL UNIVERSITARIO BASURTO (BILBAO)

Introducción: La ecografía muscular podría ayudar a evaluar la masa muscular de los pacientes en diálisis. Se ha estimado que un grosor <0,9 cm en hombres y <0,7 cm en mujeres podría reflejar sarcopenia. Actualmente ésta se estima a través de los resultados de la bioimpedancia espectroscópica (BIS) bien por los datos ofrecidos por el programa bien por el cálculo de la masa apendicular mediante fórmula de Sergi, recomendada por la EWGSOP2. El objetivo de este estudio es analizar los parámetros de ecografía muscular de nuestros pacientes en hemodiálisis y comparar esos datos con los ofrecidos por los datos del BIS.

Pacientes y métodos: Estudio piloto realizado en 10 de los pacientes de nuestra unidad de hemodiálisis. Se realiza ecografía muscular (midiendo grosor y área en recto femoral del cuádriceps de la pierna derecha) y BIS el mismo día. Se realiza estadística descriptiva y correlación mediante método no paramétrico (Rho de Spearman).

Resultados: Se han incluido 10 pacientes (8 hombres) con una edad media de 74.6±7.8 (63-88) años. El grosor muscular fue de 1.45±0.46 (0.72-2.26) [mediana 1.33 (1.22-1.75)] y el área del músculo fue 3.20±1.34 (1.36-5.18) [mediana: 2.96(2.11-4.61)]. Con relación a los límites de sarcopenia, por este método solo 1 de los pacientes (varón) tendría sarcopenia. Atendiendo a la fórmula de la EWGSOP el 87.5% de los hombres lo tendría. Hay una correlación aceptable entre las dos mediciones del músculo (grosor y área) (Rho: 0.697; p=0.025). Analizando las correlaciones entre estas mediciones del músculo y parámetros del BIS se objetiva que hay correlación entre el área muscular y la masa apendicular (Rho: 0.782; p=0.008); también con la masa magra en kilogramos (Rho: 0.733; p=0.016) y con el agua corporal. No salen significativas esas diferencias con el grosor del músculo (Rho 0.539; p=0.108 // Rho: 0.442; P=0.200) respectivamente.

Conclusiones: La ecografía muscular es una determinación sencilla de hacer, no invasiva, que nos podría permitir añadir un nuevo método para la estimación de la sarcopenia. Precisaríamos ampliar nuestra muestra y repetirla en los mismos pacientes para evaluar la fiabilidad respecto a los métodos habituales.

506 EJERCICIO FÍSICO INTRADIÁLISIS, UNA PRESCRIPCIÓN OBLIGATORIA EN LOS PACIENTES DE HEMODIÁLISIS

B. ALCÓN BRAVO¹, JA. MEANCHO MIGUEL¹, E. CANO LALLAVE¹, S. SÁNCHEZ MONTERO¹, WP. GALLARDO PAZ¹, G. DELGADO LAPEIRA¹, E. MARTÍN CURTO¹, V. VICENTE BLANCO¹, J. NIETO BLASCO¹, P. FRAILLE GÓMEZ¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA (SALAMANCA), ²REHABILITACIÓN. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA (SALAMANCA), ³NEFROLOGÍA. DE SALAMANCA (SALAMANCA)

Introducción: El paciente con enfermedad renal crónica terminal (ERCT) se caracteriza por ser pluripatológico, con alta comorbilidad asociada. Su principal causa de mortalidad es la cardiovascular. El ejercicio físico mejora la capacidad física, el estado de ánimo, la tolerancia dialítica, calidad de vida y reduce las comorbilidades. Con este objetivo surge nuestro trabajo que pretende instaurar un programa de ejercicio físico en pacientes con ERCT en hemodiálisis y evaluar la eficacia del mismo.

Material y métodos: Se diseñó un estudio longitudinal, prospectivo, observacional y descriptivo en pacientes en hemodiálisis que realizaron, entre octubre de 2023 y febrero 2024, programa de entrenamiento de resistencia aeróbica y muscular durante 12 semanas. Se cuantificaron parámetros analíticos, dialíticos, nutricionales, de capacidad funcional y de calidad de vida. Se emplearon las pruebas de McNemar, Wilcoxon y T-student. Se consideró significación estadística cuando p<0,05.

Resultados: Se incluyeron 17 pacientes. La edad media fue 64,71±16,26 años. No se observaron diferencias significativas en la evolución de los principales parámetros analíticos analizados ni dialíticos, aunque existió tendencia a la mejoría de la creatinina, ktV, descenso PPTH, LDL y triglicéridos. Por el contrario, sí que existió una mejoría significativa del balance muscular general, del psoas, cuádriceps, de la flexión plantar y flexión dorsal del pie. Mejoró de forma significativa la prueba de caminata a los 6 minutos 358,2 ± 86,65 vs 430,53 ± 95,77, y el test del equilibrio. En nuestro estudio, la mayoría de los pacientes reportó una percepción subjetiva de mejoría de sus síntomas, el 100% de los pacientes eran independientes para las actividades básicas de la vida diaria tras 12 semanas de ejercicio y mejoró la escala de impresión en el 82.35% de los pacientes. Se produjo una reducción en los principales pliegues analizados (tricipital, bíceps, subescapular) e incremento de la circunferencia muscular y de la pantorrilla. Así mismo, se redujo la puntuación de la escala MIS, mejoró el IMC y la dinamometría. También disminuyó el índice de masa magra (p> 0.05).

Conclusiones: • Los resultados sugieren que el ejercicio físico intradiálisis puede ser una intervención segura y efectiva para mejorar la calidad de vida, estado nutricional y función física en pacientes con ERCT en tratamiento de HD. • Se necesitan estudios adicionales con muestras más grandes y seguimiento más prolongado para confirmar estos resultados, demostrar sus beneficios en parámetros analíticos y clínicos y confirmar su impacto clínico en la reducción de la morbimortalidad cardiovascular.

507 FRAGILIDAD, ELEGIBILIDAD Y EVOLUCIÓN EN ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA AVANZADA (ERCA)

Y. RIVERO VIERA¹, S. GONZÁLEZ NUEZ¹, JM. GARCÍA GARCÍA¹, S. GUINEA SOLÓRZANO¹, E. BOSCH BENÍTEZ-PARODI¹, FA. SUÁREZ BAUTISTA¹, F. BATISTA GARCÍA¹, E. DOMENECH HERRANZ¹, I. CHAMORRO BUCHELI¹, C. GARCÍA CANTÓN¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO INSULAR DE GRAN CANARIA (LAS PALMAS DE GRAN CANARIA/ESPAÑA)

Introducción: Es conocida la asociación entre enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) y fragilidad, que puede condicionar la toma de decisiones para la realización de terapia renal sustitutiva (TRS) y la evolución del paciente.

Material y método: Estudio prospectivo de 200 pacientes incidentes en consulta ERCA (01/01/2021-28/04/2022). Se evaluó el estado de fragilidad (Fried Phenotype Frail Index y Edmonton Frailty Scale). El objetivo fue analizar la relación entre fragilidad y elección de TRS por parte del paciente y el nefrólogo (frete de elegibilidad), así como su impacto en la evolución.

Resultados: La edad media fue 73 años, el 62% eran varones y el 65.5% diabéticos. El FGe medio según CKD-EPI fue 24,75 mL/min/1,73 m². El 13.5% presentaba dependencia moderada/severa/total (índice Barthel) y el 30.5% alta comorbilidad (índice Charlson). Se observaron discrepancias en los resultados de fragilidad entre las escalas utilizadas, por lo que se fusionaron criterios obteniendo que el 22% de los pacientes fueron considerados frágiles por ambas escalas (17% prefrágiles, 37.5% vulnerables y 23.5% no frágiles). 119 recibieron explicación de técnicas de TRS. 35.3% eligió hemodiálisis (HD), 38.6% diálisis peritoneal (DP) y 26.1% tratamiento conservador (TC). De los últimos destacaba un alto porcentaje de frágiles (38.7%) o prefrágiles-vulnerables (58.1%) frente a no frágiles (3.2%), p=0.000. En los que optaban por DP: 54.8% no frágiles, 4.8% frágiles y 40.4% prefrágiles-vulnerables. En los que elegían HD no se apreciaron diferencias. Se realizó test de elegibilidad en 184 pacientes, siendo la mayoría elegibles para técnicas de TRS domiciliarias (57.1%), aunque los frágiles tenían menos probabilidades de ser candidatos (10.5%). De los no elegibles para técnicas domiciliarias, la mayoría presentaba fragilidad (39.2%), p=0.000. Del total, 57.8% tenía alguna contraindicación para el trasplante encontrándose fragilidad en un 33.9% vs no fragilidad en un 11.3%, p=0.000. En cuanto a la evolución, el 14% comenzó HD, 7% DP, 4.5% TC, 0.5% trasplante y aproximadamente la mitad mantiene seguimiento en consulta. El 22.5% fueron éxitos. La fragilidad se correlacionó con mayor mortalidad (de los fallecidos el 40% eran frágiles vs 6.7% no frágiles, p=0.000) y peor supervivencia (Long Rank 0.002).

Conclusiones: Existe una asociación entre los estados de fragilidad, dependencia y comorbilidad, con un impacto sustancial en las decisiones terapéuticas y la evolución de los pacientes con ERCA. Los pacientes frágiles tienen menos probabilidades de ser elegibles por parte del nefrólogo para técnicas de TRS domiciliarias y mayor contraindicación para el trasplante renal, además de decantarse más por un tratamiento conservador. Se requiere un mayor desarrollo de estrategias de apoyo y asistencia en diálisis domiciliaria para incrementar su uso en pacientes frágiles y dependientes, frente a la hemodiálisis en centro.

508 ¿QUE OPINAN NUESTROS PACIENTES ACERCA DEL PROGRAMA DE EJERCICIO FÍSICO INTRADIÁLISIS?

V. ESTEVE¹, A. PAEZ RODRÍGUEZ², E. ZAMBRANO HENDEZ³, E. GONZÁLEZ LAO³, E. CORTÉS REYES⁴, M. RAMÍREZ DE ARELLANO⁴

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARI CONSORCI SANITARI TERRASSA (TERRASSA/ ESPAÑA);²FISIOTERAPIA Y REHABILITACIÓN. UNIVERSIDAD NACIONAL COLOMBIA (BOGOTÁ/ COLOMBIA), ³CALIDAD ASISTENCIAL Y SEGURIDAD DEL PACIENTE. HOSPITAL UNIVERSITARI CONSORCI SANITARI TERRASSA (TERRASSA/ ESPAÑA); ⁴NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARI CONSORCI SANITARI TERRASSA (TERRASSA)

Introducción: El ejercicio físico (EF) aporta múltiples beneficios a nivel físico, social y emocional a los pacientes renales. Conocer la opinión y mejorar la experiencia del paciente es esencial para proporcionar una atención sanitaria de calidad. Escasa evidencia de la experiencia del paciente renal con los programas de EF en hemodiálisis (HD) ha sido descrita hasta la fecha.

El objetivo de este estudio fue analizar el grado de conocimiento y satisfacción de nuestros pacientes en HD que participaban en nuestro programa de EF intradiálisis, de cara a identificar puntos débiles y ofrecer acciones de mejora de acuerdo con su propia experiencia.

Material y métodos: En junio de 2023 se realizó una encuesta auto diseñada de 12 preguntas a los pacientes en programa de HD de nuestra unidad para conocer el grado de conocimiento y satisfacción del programa de EF durante la sesión HD mediante la aplicación corporativa Microsoft Forms que forma parte del paquete de Office 365 proporcionado por el Centro de Telecomunicaciones y Tecnologías de la Información (CTTI). La encuesta incluía aspectos socio demográficos y educacionales, condición física, importancia del EF, barreras percibidas, accesibilidad, repercusión en su vida diaria y el grado de satisfacción percibido.

Resultados: 28 encuestas analizadas (43.1% pacientes), 67.9 % hombres. Edad media 72.8 ± 14.6 años (67.8% >70 años), tiempo medio en HD 45.7 ± 23.8 meses. Principal etiología ERC: DM 39.4%. 51.2% sedentarios (25% bastón). 46.6% AVI. Un 39.2% refería estudios primarios. Un 17.9% y un 35.7% referían mala condición física para realizar actividades vida diaria y caminar respectivamente. Igualmente, un 89.3% y un 64,3% consideraban muy importante el EF para su salud física y mental. En cuanto a la realización de EF, un 46.4% encontraba muy fácil realizarlo durante las sesiones de HD y un 67.9% veía factible realizar todos los ejercicios propuestos. Únicamente un 7.2% no encontraban cómodos su realización. Principales barreras detectadas: complicaciones médicas agudas (46.4%), disnea (21.2%) o aparición de problemas relacionados con el acceso vascular (17.8%). Un 53.6% y un 50% mejoraron su condición física para caminar y realizar actividades diarias con EF. El grado de satisfacción fue 8.86 ± 0.6 y un 93.7% continuaría en el programa de EF en HD.

Conclusiones: Los resultados observados en nuestro estudio evidencian un elevado grado de conocimiento y satisfacción con el programa de EF. Estos resultados, basados en la propia opinión del paciente, resultan de gran interés para mejorar la calidad asistencial de la actividad diaria en nuestra unidad. En nuestra opinión, constituyen un enorme argumento sobreañadido para conseguir la implementación de los programas de EF en las unidades de HD.

509 VALORACIÓN DE LA FRAGILIDAD EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA CON LA PLATAFORMA DE FUNCIONALIDAD TANITA BM220®

A. NOGUEIRA PÉREZ¹, P. RUIZ LÓPEZ-ALVARADO², G. BARRIL CUADRADO³

¹NEFROLOGÍA. AVERICUM (LAS PALMAS DE GC ESPAÑA);²NEFROLOGÍA. H.U. DE LA PRINCESA (MADRID ESPAÑA);³NEFROLOGÍA. FUNDACIÓN INVESTIGACIONES BIOMÉDICAS, MADRID (MADRID ESPAÑA)

La fragilidad es un síndrome cuyo riesgo aumenta conforme progresa la enfermedad renal crónica (ERC). Existen diferentes herramientas para valorar la fragilidad, aunque actualmente los criterios de fragilidad de Fried son el Gold Standar, existen otras escalas para determinarla, incluso pueden utilizarse tests de capacidad funcional como Test Short Physical Performance Battery (SPPB).

Objetivo: valorar la utilidad de la plataforma de valoración de la función muscular Tanita BM220® como método de valoración de la fragilidad.

Material y métodos: se evaluaron 106 pacientes con ERC con la plataforma de valoración Tanita BM220®, que consiste en realizar 3 sentadillas sobre la plataforma, el resultado es mejor cuando mayor sea la puntuación. Además, se realizó el test SPPB, y se valoró la fragilidad con los criterios de Fried.

Resultados: 64% hombres, Edad:70,32±13,28años (hombres 75,62±9,12años vs mujeres:63,25±14,97años;(p=0,012)). La media de edad fue de 75,93±11,27años en frágiles y de 63,85±12,79 en no frágiles (p=0,013).

Se calculó mediante curva ROC un punto de corte para definir fragilidad con el test SPPB, obteniendo un ABC: 0,816 (0,728-0,903) p<0,005, y como punto de corte 10 puntos.

En la tabla se muestran los resultados de la valoración.

Al comparar los resultados de la plataforma en pacientes frágiles encontramos que:

Fuerza: un 53,2% presentaron fuerza baja, un 42,6% ligeramente baja, un 4,3% fuerza normal y ninguno ligeramente alta o alta. Velocidad: un 38,3% presentaron velocidad baja, un 40,4% ligeramente baja, un 17% normal y un 4,3% ligeramente alta, ninguno alta. Equilibrio: un 83% fueron inestables, un 6,4% estables y un 10,6% inestables.

Conclusión: aunque la muestra es reducida, la plataforma parece una herramienta útil de manejo rápido y sencillo, por lo que a priori podría ser utilizada para realizar una valoración de la fragilidad en pacientes con ERC. Hace falta un estudio con más pacientes para validar la técnica.

 Ver tabla y figura