

489 EJERCICIO FÍSICO Y REALIDAD VIRTUAL EN HEMODIALISIS: ¿PROPUESTAS EFICACES PARA MEJORAR LA CONDICIÓN FÍSICA, EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO Y LA SARCOPIENIA?

M. RODRÍGUEZ BERNAL¹, E. ARÉVALO HERNÁNDEZ¹, V. RODRÍGUEZ VILLANUEVA², X. SEGURA CIPRÉS³, E. CORTÉS REYES¹, M. RAMÍREZ DE ARELLANO SERNA³, V. ESTEVE SIMÓ³

¹FACULTAD DE MEDICINA, DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA. UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA (UNC) (BOGOTÁ (COLOMBIA)); ²REHABILITACIÓN. CONSORCIO SANITARIO TERRASSA HOSPITAL UNIVERSITARI (TERRASSA/ESPAÑA); ³NEFROLOGÍA. CONSORCIO SANITARIO TERRASSA HOSPITAL UNIVERSITARI (TERRASSA/ESPAÑA)

Introducción: Los programas de ejercicio físico (EF) y de realidad virtual (RV) son alternativas terapéuticas capaces de mejorar la condición física y grado de sarcopenia en los pacientes en hemodiálisis (HD). La variabilidad de la frecuencia cardíaca es un indicador crucial del equilibrio autonómico y puede ser mejorada mediante la práctica de ejercicio físico. No obstante, la evidencia actual de estos programas en la literatura continúa siendo escasa en los pacientes en HD. El objetivo de este estudio fue comparar los efectos de un programa de EF y de RV sobre la condición física, el sistema nervioso autónomo y el grado de sarcopenia de nuestros pacientes en HD.

Material y métodos: Estudio unicéntrico, prospectivo de 12 semanas, con dos grupos de intervención: Ejercicio Físico (EF) y Realidad Virtual no inmersiva (RV). Analizamos: Variables sociodemográficas y características de diálisis, fuerza muscular (Hand-grip dynamometer), capacidad funcional (Short Physical Performance Battery Test (SPPB), composición corporal (In-Body S10®: masa magra, masa grasa, masa musculoesquelética, grasa visceral, ángulo de fase), variabilidad de la frecuencia cardíaca (Polar Sensor H10®: índice actividad simpática (SNS) y parasimpática (PNS), grado de sarcopenia (EWGOSP2) y datos ecográficos musculares: área transversal cuádriceps (ATC), grosor recto anterior (GRA), ángulo de penación (AP) así como calidad de Vida (EuroQol-5D).

Resultados: 64 pacientes en HD, 24 incluidos (12 EF, 12 RVNI). 70.8% hombres, 73.5±10.4 años, 30.4±29.6 meses en HD, 54% DM. Principal etiología ERC: 29.1% HTA. Inicialmente, no existían diferencias significativas entre grupos. Al final del estudio, únicamente el grupo EF presentó mejoría significativa ($p < 0.05$) en fuerza muscular (HG 18.8±8.9 vs 20.5±8.3 kg), capacidad funcional (SPPB 5±3.4 vs 6.8±3.4), datos ecográficos musculares (ATC 3.6±1.2 vs 4.4±1.1 cm²; GRA 6.8±1.7 vs 10.8±2.1 mm, AP 5.4±1.6 vs 8.9±4.6 grados) y grado de sarcopenia severa (50 vs 30%). Del mismo modo, observamos una disminución significativa de la composición corporal (masa magra 51.4±9.3 vs 49.7±7.1 kg; masa musculoesquelética 30.2±6.3 vs 29.1±4.7 kg) en el grupo RV. No observamos cambios relevantes en la variabilidad de la frecuencia cardíaca ni en la escala de salud de calidad de vida.

Conclusiones: Comparado con la RV, el programa de EF evidenció mejoría en la condición física y sarcopenia de los pacientes en HD de nuestro estudio; atenuando la pérdida de masa muscular. En nuestra opinión, diversas condiciones clínicas del paciente renal podrían estar involucradas en la ausencia de cambios en la variabilidad de la frecuencia cardíaca. Dadas sus posibles limitaciones, estos resultados deben ser interpretados con cautela; si bien éstos pueden ser un punto de partida para futuros estudios prometedores.

490 INCREMENTANDO EL VALOR EN LA ATENCIÓN SANITARIA: PUESTA EN MARCHA DE LA ESCUELA DE PACIENTES TRASPLANTADOS RENALES

PAULA GANDÍA UREÑA¹, ALBA DURBÁ LACRUZ², AINA QUILIS PELLICER¹, ELENA GALVÁN BARRILERO¹, EMMA CALATAYUD ARISTOY¹, MANUEL PARRA COLLADO¹, JULIA KANTER BERGA¹, LAURA PORCAR SAURA¹, EVA GAVELA MARTÍNEZ¹, ASUNCIÓN SANCHO CALABUIG¹

¹NEFROLOGÍA. HU DR PESET (VALENCIA)

Introducción: El trasplante renal (TR) es la terapia renal sustitutiva que asocia mayor supervivencia y calidad de vida a las personas con enfermedad renal crónica. Pero también supone cambios radicales en la vida de estas personas, que a lo largo de su experiencia como trasplantados van a presentar necesidades que los profesionales somos incapaces de detectar o afrontar, debido a nuestra estricta formación académica y a la falta de tiempo. La transformación del paciente en agente activo sobre su enfermedad y la ayuda entre iguales puede ser clave para conseguirlo, por lo que nos planteamos como objetivo el desarrollo de una escuela de pacientes (EdP) trasplantados renales.

Material y método: Fases de desarrollo de la EdP:

- Formación del personal sanitario y pacientes interesados en el funcionamiento de EdP, por profesionales expertos en el tema.
- Formación específica de los pacientes interesados, que pasarán a considerarse expertos.
- Calendario de sesiones, dirigidas por expertos con apoyo de personal sanitario, para personas trasplantadas.

Resultados: Realizamos dos sesiones formativas dirigidas a conocer el funcionamiento de las EdP y el abordaje de las sesiones futuras en nuestra EdP (diciembre_2024). Posteriormente, el personal sanitario elaboró un programa formativo dirigido a pacientes implicados con intención de ejercer como expertos en las sesiones futuras con otros trasplantados. Hemos realizado 3 sesiones formativas de 3h30 de duración (febrero-abril_2025) con información diversa: inmunosupresión y rechazo, infecciones, vacunación, interacciones medicamentosas, sobrepeso y obesidad, nutrición, dieta y hábitos saludables, meditación y ejercicio físico, entre otros. Diecisiete personas trasplantadas han asistido a todas las formaciones y recibirán un certificado por la formación recibida que los habilita para participar en las sesiones con el resto de los pacientes. Algunos expertos ya han iniciado su colaboración en las sesiones informativas de inclusión en lista (abril_2025) y se ha organizado el calendario de temas para que los expertos, en grupos de 2-3, con personal sanitario de apoyo inicien las sesiones a partir de mayo_2025.

Conclusiones: La EdP de TR nos ha permitido alinear nuestros objetivos con los de los pacientes, a los pacientes les ha dotado de una herramienta para mejorar su salud, más cercana y personal que la atención convencional, y el paciente experto obtiene la satisfacción de poder ayudar a personas con los conocimientos adquiridos y su experiencia personal. Todo ello, inevitablemente, incrementa el valor de nuestra actuación diaria a múltiples niveles en una experiencia que consideramos necesaria y exportable a otras unidades de trasplante renal.

491 EJERCICIO TERAPÉUTICO Y ENFERMEDAD RENAL: ESTUDIO ETER

DR. RAÚL MORALES FEBLES¹, MR. OLAV RIVERO MARTÍN¹, DR. ANA MARÍA GONZÁLEZ RINNE², DR. ROSA MIQUEL RODRÍGUEZ³, DR. PATRICIA I. DELGADO MALLÉN⁴, DR. DOMINGO MARRERO MIRANDA⁵, DR. BEATRIZ ESCAMILLA CABRERA¹, MR. CORIOLANO CRUZ PERERA⁶, MS. LAURA DÍAZ MARTÍN¹, DR. ESTEBAN PORRINI¹

¹NEFROLOGÍA/MEDICINA INTERNA, DERMATOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA. UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA (TENERIFE/ESPAÑA); ²NEFROLOGÍA/DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA, DERMATOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS (TENERIFE/ESPAÑA); ³NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS (TENERIFE/ESPAÑA); ⁴UNIDAD DE INVESTIGACIÓN Y ENSAYOS CLÍNICOS. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS (TENERIFE/ESPAÑA)

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

Laboratorio de función renal de la Universidad de La Laguna. IP: Esteban Porrini

Introducción: La obesidad y el síndrome metabólico (SM) son factores de riesgo de progresión del daño renal en sujetos con enfermedad renal crónica (ERC) establecida por distintas causas, incluyendo el trasplante. El ejercicio terapéutico es un instrumento útil y eficaz para tratar en la obesidad y el SM en la población general. Sin embargo, el posible efecto renoprotector de la reducción del peso y la mejoría del SM con ejercicio en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) se desconoce.

Objetivos: En un grupo de pacientes con ERC + obesidad/SM, evaluaremos el efecto del ejercicio en (i) parámetros metabólicos: descenso de peso y mejoría del SM y (ii) en parámetros renales: disminución de la albuminuria/proteinuria, cambios en la función renal medida y en la reserva renal (RR), además de mejoría en la perfusión y oxigenación renales mediante MRI metabólica.

Material y métodos: El estudio ETER es un estudio exploratorio de intervención en el que pacientes con ERC de distintas causas y mGFR > 30 ml/min (tx renal incluido) con sobrepeso/obesidad + SM o diabetes tipo 2, serán sometidos a un plan de ejercicio terapéutico.

No hay evidencia previa para poder calcular la N, por tanto, analizaremos un grupo de 120 pacientes a partir de nuestros datos preliminares y divididos en 2 subgrupos: (A) ERC de distintas causas, (B) trasplante renal, con obesidad y SM. Asimismo, realizaremos estudios ad interim regularmente, cada 6 meses o cada 30 casos incluidos, para valorar la respuesta esperada.

Todos recibirán un tratamiento aeróbico y de fuerza individualizado según estado basal, incremental y progresivo. En simultáneo, se aplicará un protocolo de adherencia que aplicará nuevas tecnologías. El tratamiento será de 24 meses y estará dividido en: fase aguda (0-6M) y fase crónica (6-24M). Se valorarán los cambios en la función renal medida (mGFR -iohexolDBS), reserva renal, oxigenación, perfusión renal (MRI) y albuminuria cada 3 meses (fase aguda) y 6 meses (fase crónica).

Resultados esperados: En los pacientes que presenten descenso de peso y mejoría del MS se espera (i) disminución aguda del mGFR (mejora de la hiperfiltración), (ii) mejoría en la RR, (iii) incremento de la perfusión y oxigenación renales y (iv) disminución de la albuminuria/proteinuria. Luego, en la fase crónica, esperamos una disminución más lenta del GFR y mantenimiento de los elementos anteriores. El grupo que no presente descenso de peso no tendrá ninguna de las mejorías anteriores y será utilizado como grupo control.

492 PROGRAMA DE Telerrehabilitación precoz en el postrasplante renal

B. SERRANO¹, F. VILLANEGO¹, M. ALONSO¹, L.A. VIGARA¹, J.M. AMARO¹, A. SINGH¹, M. ARNAIZ¹, C.D. ORELLANA¹, T. ÁLVAREZ¹, A. MAZUECOS¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR (CÁDIZ)

Introducción: El trasplante renal (TR) es el tratamiento de elección en la enfermedad renal crónica (ERC) por sus beneficios sobre mortalidad y calidad de vida. Sin embargo, la baja actividad física en estos pacientes puede asociarse a peores resultados para el paciente y el injerto, por lo que se debe considerar como parte esencial de nuestra actividad asistencial. Aunque los programas de rehabilitación son efectivos, no están disponibles para todos, surgiendo la telerrehabilitación como una alternativa accesible y económica.

Objetivo: Evaluar la efectividad y seguridad de un programa precoz de telerrehabilitación en receptores de TR.

Material y métodos: estudio experimental unicéntrico prospectivo de pacientes TR en nuestro centro desde el 01/10/2024 al 01/10/2025. Consta de un programa de telerrehabilitación semisupervisado por una fisioterapeuta, con una duración de 12 semanas, incluyendo ejercicios de fuerza y resistencia a través de la aplicación ReHub®. Se incluyen a pacientes entre 55 - 75 años, filtrado glomerular estimado (FGe) ≥ 25 ml/min y cociente albúmina creatinina (CAC) < 300 mg/g sin contraindicaciones para la práctica de ejercicio físico. La selección de los pacientes se hace en la primera revisión ambulatoria en consulta de TR.

Previo a la intervención y tras la misma realizamos tests para evaluar la condición física y calidad de vida: cuestionario EuroQol, fuerza con uso de dinamómetro, test de la marcha, test de Sit to Stand y ecografía del músculo recto anterior. Asimismo, se recogen variables clínicas y analíticas y medidas antropométricas del receptor previo y tras la intervención.

Resultados: Actualmente 12 pacientes han sido incluidos en este programa, 7 hombres y 5 mujeres, con una media de edad de 66,33 años. La media de tiempo postTR hasta la inclusión en el programa es de 24.5 días.

Según el cuestionario HAP para el nivel de actividad física, 7 pacientes eran sedentarios (74 puntos).

Las medias obtenidas fueron: cuestionario EuroQol 6.8 puntos, fuerza con dinamómetro 27 kg, test de la marcha 308.03 metros y test de Sit to Stand 14.08 segundos. La media de la longitud del músculo recto anterior medido por ecografía fue 12.61mm.

Conclusión: El TR mejora la calidad de vida en pacientes con ERC, pero la baja actividad física puede afectar negativamente. Los programas de rehabilitación, incluidos los digitales como ReHub®, ofrecen una alternativa accesible y efectiva que fomenta la adherencia y reduce costos.

Resúmenes

Ejercicio físico, fragilidad y esfera psicosocial

493 ANALIZANDO EL PERFIL NUTRICIONAL COMPLEJO DE LOS PACIENTES ERCA

PM. DOLZ MOLINA¹, AC. RÓDENAS GÁLVEZ², P. CUENCA PÉREZ-MATEOS³, C. JIMÉNEZ NAJERA⁴, FJ. MONITEL TORROGLOSA⁵, MR. VIGUERAS HERNÁNDEZ⁶, I. GALÁN CARRILLO⁷, J. MESEGUER GUERRERO⁸, CL. ZÁRATE RISCAL⁹, AJ. ANDREU MUÑOZ¹⁰

¹NEFROLOGÍA. HGU REINA SOFÍA (MURCIA), ²ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN. HGU MORALES MESEGUER (MURCIA), ³NEFROLOGÍA. HGU MORALES MESEGUER (MURCIA)

Introducción: La desnutrición es un problema frecuente pero infradiagnosticado en pacientes con enfermedad renal. Aunque mejor estudiado en diálisis, se conoce menos en las etapas pre-diálisis. Objetivo: analizar parámetros nutricionales por analítica y bioimpedancia y su relación con fragilidad en pacientes con ERCA.

Material y métodos: Estudio transversal en pacientes de la consulta ERCA. Se registraron datos demográficos, comorbilidades, analítica y escalas de valoración nutricional (MIS) y fragilidad. Se realizó bioimpedancia espectroscópica (BIS) para evaluar la composición corporal.

Resultados: Se incluyeron 17 pacientes, 47.1% hombres, 73±8 años. FGe 16 (12-18) ml/min, CPC 2584±2432 mg/g y CAC 1325±1548 mg/g. Etiologías de ERC más frecuentes diabética (6 pacientes) y vascular (5). El peso fue 69,6±13,75 kg e IMC 26,6±4,2 kg/m², clasificándose 1 paciente bajo peso, 9 sobrepeso y 3 obesidad. La fragilidad según la escala Frail era 3,0±1,2 y el riesgo de malnutrición por escala MIS 7,0±3,6.

La evaluación por BIS evidenció que los pacientes con sobrepeso u obesidad presentaban mayor tejido adiposo (FAT 27,9±11,1, p=0,006; FTI 14,3±5,9, p=0,002) y menor proporción de masa muscular (LTM% 42,5±13,4, p=0,024), sugiriendo obesidad sarcopénica.

7 pacientes (41,2%) tenían un índice de tejido magro (LTI) <10, identificándose de mayor riesgo de malnutrición. Estos pacientes mostraron una mayor puntuación en escala de fragilidad (3,5±0,7 vs 2,5±1,5, p=0,05), sin diferencias en puntuación MIS. También presentaron niveles significativamente más elevados de IL-6 (4,9±1,1 vs 12,4±1,1, p=0,002) y más bajos de prealbúmina (29,4±6,4 vs 23,0±8,2, p=0,044).

Según la escala MIS, 8 (47%) pacientes tenían riesgo de desnutrición e inflamación. Estos pacientes no mostraron diferencias significativas en peso ni IMC comparados con los de riesgo nutricional bajo. Tenían cifras más altas de potasio (5,2±0,5 vs 4,7±0,4, p=0,04) y más bajas de colesterol (134,6±39,6 vs 199,4±43,9, p=0,003). Además, aunque sin significación estadística, este grupo tendió a presentar concentraciones más bajas de magnesio, albúmina, prealbúmina, transferrina, selenio, zinc, vitamina D, folato y B12, y más altas de PCR, ferritina e IL-6. No tenían diferencias significativas en los parámetros de bioimpedancia y en la puntuación de fragilidad.

Conclusiones: Existe una proporción no desdeñable de desnutrición y fragilidad en pacientes con ERCA, incluso en aquellos con sobrepeso u obesidad. Los hallazgos del estudio sugieren que algunos parámetros de composición corporal, como el LTI, podrían detectar perfiles de riesgo nutricional no captados por escalas tradicionales. La evaluación del estado nutricional en pacientes con ERCA es crucial, y necesitamos más estudios para comprender mejor la relación entre la composición corporal, el estado nutricional y los resultados clínicos en esta población.

494 ANÁLISIS DE PARÁMETROS NUTRICIONALES Y DE INFLAMACIÓN EN CONSULTA DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA AVANZADA: IMPACTO SOBRE LA FRAGILIDAD

A. PARDO RUIZ¹, AE. BELLO OVALLES², C. GARIJO PACHECO³, KJ. LOPEZ ESPINOZA⁴, M. SIERRA CARPIO⁵, H. HERNANDEZ VARGAS⁶, F. GIL CATALINAS⁷, E. NAJERA GALARRETA⁸, AM. GIL PARAISO⁹, ME. HUARTE LOZA¹⁰

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL SAN PEDRO LOGROÑO (LOGROÑO)

Introducción: La Enfermedad Renal Crónica Avanzada se caracteriza por una alta prevalencia de desnutrición e inflamación, factores asociados estrechamente con la fragilidad, esta combinación impacta negativamente en la calidad de vida de los pacientes.

La fragilidad ha cobrado creciente interés por su impacto clínico y su relación con mayor incidencia de hospitalizaciones, infecciones, pérdida de autonomía funcional y mortalidad en esta población. En este contexto, la inflamación desempeña un papel clave en la progresión de la enfermedad renal caracterizada por la presencia de toxinas urémicas, estrés oxidativo. Este estado proinflamatorio favorece el desarrollo de malnutrición e induce un hipermetabolismo proteico y pérdida de masa muscular que aumenta el riesgo de fragilidad.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal, observacional, descriptivo incluyendo un total de 103 pacientes atendidos en consulta ERCA entre octubre de 2024 y enero de 2025.

Se evaluaron parámetros nutricionales (prealbúmina, albúmina, proteínas totales, colesterol IMC), biomarcadores inflamatorios (IL-6, linfocitos, ferritina, PCR), comparándose entre los tres grupos de hospitalización mediante análisis estadístico. El objetivo fue evaluar cómo los factores nutricionales y de inflamación influyen en el estado de fragilidad en estos pacientes.

Se realizó un análisis estadístico con R-Commander empleando test de ANOVA (variables paramétricas) y Kruskal Wallis (no paramétricas).

Resultados: Nuestra muestra fue de 103 pacientes; 64% varones (n= 66) y 39% mujeres (n=37), con edad media de 75 años.

Los pacientes se clasificaron en tres grupos según su estado de fragilidad (FRAIL): frágiles (21,3%, n=22), prefrágiles (35,9%, n=37) y no frágiles (42,7%, n=44). Posteriormente, se analizó la relación entre el grado de fragilidad y distintos parámetros clínicos, inflamatorios y nutricionales.

Los resultados muestran que la fragilidad se asocia con indicadores nutricionales: los pacientes frágiles presentan niveles significativamente más bajos de colesterol, albúmina y proteínas totales en comparación con los no frágiles, lo que sugiere relación entre desnutrición y fragilidad. No se observaron diferencias significativas entre prealbúmina y el índice de masa corporal (IMC) con el estado de fragilidad.

Conclusión: En los pacientes con Enfermedad Renal Crónica Avanzada, nuestros resultados refuerzan la importancia de una nutrición adecuada para prevenir la fragilidad. La deficiencia de albúmina, proteínas totales y colesterol en los pacientes frágiles subraya la necesidad de optimizar la ingesta proteica. Al analizar marcadores inflamatorios con el estado de fragilidad, se observó una asociación estadísticamente significativa con los valores de PCR y albúmina. Una intervención temprana podría ayudar a preservar la masa muscular y mejorar la calidad de vida, reduciendo el riesgo de fragilidad y sus complicaciones.

495 AUTOEFICACIA Y PERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD COMO PREDICTORES PSICOLÓGICOS DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES EN HEMODIÁLISIS

R. PONCE-VALERO¹, A. LUPIAÑEZ-BARBERO², E. TAPIAS-SUÁREZ³, S. CAPARRÓS-MOLINA⁴, J. PEDRAZA-CARVAJAL⁵, MM. RIVAS-LORO⁶, A. RIBAS-PAULET⁷, M. EL-MANOUARI⁸, JM. ZUÑIGA-VERGARA⁹, S. MARTÍNEZ-VAQUERA¹⁰

¹PSICOLOGÍA CLÍNICA. DIAVERUM (CATALUÑA), ²NUTRICIÓN. DIAVERUM (CATALUÑA), ³TRABAJO SOCIAL. DIAVERUM (CATALUÑA), ⁴DIRECTORA MÉDICA (VM). DIAVERUM (CATALUÑA), ⁵ENFERMERÍA (VM). DIAVERUM (CATALUÑA), ⁶SUPERVISIÓN ENFERMERÍA (VM). DIAVERUM (CATALUÑA), ⁷NEFROLOGÍA (VM). DIAVERUM (CATALUÑA), ⁸DIRECTORA MÉDICA. DIAVERUM (CATALUÑA)

Introducción: La adherencia terapéutica en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) en hemodiálisis (HD) es esencial para prevenir complicaciones, hospitalizaciones y mortalidad prematura. Más allá de los factores clínicos, variables psicológicas pueden influir de forma decisiva en el comportamiento terapéutico del paciente. Entre ellas, la "autoeficacia" entendida como la creencia del individuo en su capacidad para organizar y ejecutar las acciones necesarias para manejar su enfermedad, se ha identificado como un posible factor modulador de la adherencia. Este estudio analiza la relación entre distintos tipos de autoeficacia, la percepción subjetiva de la enfermedad y la adherencia al tratamiento en pacientes en HD.

El objetivo de esta investigación es explorar la asociación entre autoeficacia general, crónica y específica renal, así como la percepción de la enfermedad, con la adherencia farmacológica en pacientes en HD crónica.

Material y método: Estudio observacional, transversal y multicéntrico. Se incluyeron 97 pacientes adultos en HD (>3 meses), seleccionados de una cohorte inicial de 148 (edad media: 64 años; 58,1% hombres; 92,6% con hipertensión arterial; 46,6% con DM2). Instrumentos utilizados: Autoeficacia: Escala General de Autoeficacia (EAG), Escala de Autoeficacia en Enfermedad Crónica (SEMCD-S), Escala Específica Renal (CDK-SE).

Percepción de enfermedad: Brief Illness Perception Questionnaire (B-IPQ). Adherencia: Escala Morisky (MMAS-8). Se aplicaron correlaciones de Spearman y regresiones lineales simples. Se verificaron los supuestos de normalidad y ausencia de valores atípicos influyentes.

Resultados: Se observó una correlación significativa entre autoeficacia general y adherencia (p = 0,219; p = 0,031). La autoeficacia en enfermedad crónica mostró una tendencia a la significación (β = 0,198; p = 0,051). La autoeficacia específica renal no se asoció directamente a la adherencia (β = 0,068; p = 0,510), aunque sí predijo una menor percepción de amenaza de la enfermedad (β = -0,483; p < 0,001).

Conclusiones: La autoeficacia general emerge como un factor psicológico relevante asociado a la adherencia al tratamiento en HD. Aunque la autoeficacia específica no predijo directamente la adherencia, su relación con la percepción de enfermedad sugiere implicaciones en el afrontamiento. Incluir herramientas breves de evaluación de autoeficacia en las valoraciones sistemáticas podría facilitar intervenciones psicoeducativas dirigidas a mejorar la adherencia y la autogestión terapéutica en pacientes con ERC en HD.

496 EXPLORANDO LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES DE HEMODIÁLISIS: UN ESTUDIO INTEGRAL DE DIMENSIONES FÍSICAS, SOCIALES Y EMOCIONALES

AD. ANGELA DIAZ TORRALBO¹, AF. AFRICA CRESPO MONTALBAN², EL. ELISA ANA LOPEZ GARCIA³, JL. JARY LORENZO PERELLO MARTINEZ⁴ NEFROLOGIA. H.U. JEREZ DE LA FRONTERA (CADIZ)

Justificación y objetivo: La calidad de vida (CV) en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis es un aspecto crucial en su manejo integral. Este tratamiento tiene efectos físicos, emocionales y sociales que impactan profundamente el bienestar de los pacientes, afectando su capacidad para llevar una vida satisfactoria. A pesar de la importancia de estos efectos, a menudo son subestimados. Este estudio tiene como objetivo evaluar la CV en pacientes en hemodiálisis mediante el cuestionario KDCCOL-36, con el fin de obtener una "fotografía" precisa de su estado actual, identificar las áreas más afectadas y diseñar intervenciones personalizadas para mejorar su bienestar global.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal con 53 pacientes en tratamiento de hemodiálisis en nuestra unidad. Los pacientes completaron el cuestionario KDCCOL-36, que evalúa dimensiones clave de la CV como la función física, el dolor, la vitalidad y el bienestar social y emocional. Los resultados obtenidos fueron analizados y se realizaron comparaciones entre géneros para identificar diferencias en la percepción de la CV.

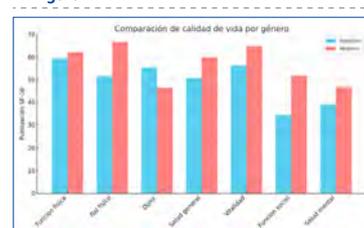
Resultados: (se aportará imagen de gráficas).

Los hallazgos revelaron importantes diferencias en la percepción de la CV entre los géneros:

- Función física: Se observó una afectación significativa en la capacidad funcional de los pacientes, con una puntuación media de 45.32. Las mujeres mostraron una mejor percepción (66.67 frente a 51.39 en hombres);
- Dolor corporal: Las mujeres reportaron menor dolor (46.43) que los hombres (55.43), lo que indica una mejor calidad de vida en esta dimensión;
- Salud general: Las mujeres también obtuvieron una puntuación más alta (59.77 frente a 50.72 en hombres);
- Vitalidad: Las mujeres mostraron una mejor percepción de vitalidad (64.66 frente a 56.25 en hombres), aunque la diferencia no fue siempre estadísticamente significativa;
- Función social: Las mujeres también puntuaron más alto en esta dimensión (51.72 frente a 34.38 en hombres).

Conclusiones: Las mujeres presentaron una mejor percepción de su calidad de vida en la mayoría de las dimensiones evaluadas, especialmente en áreas como rol físico, salud general y vitalidad. Aunque no todas las diferencias entre géneros alcanzaron significación estadística, los resultados son clínicamente relevantes y sugieren que las estrategias terapéuticas deben ser adaptadas al género. Se recomienda incorporar evaluaciones regulares de la CV, diseñar programas de ejercicio físico adaptados y reforzar intervenciones multidisciplinares que aborden tanto los aspectos físicos como emocionales de los pacientes.

Figura 1.



497 PAIN ASSESSMENT IN RENAL REPLACEMENT THERAPY PATIENTS: A SMALL CENTER EXPERIENCEF. FONSECA¹, A. PINHEIRO², B. MENDES¹, E. LOURENÇO¹, A. INÁCIO¹, A. PIEDADE¹, E. SOARES¹, K. SOTO¹¹NEPHROLOGY. ULS ARRÁBIDA (SETÚBAL), ²ANESTHESIOLOGY. ULS ARRÁBIDA (SETÚBAL)

Background and aims: Pain is a vital sign that is still largely underestimated in clinical practice. Pain management in patients with chronic kidney disease (CKD), particularly in patients on renal replacement therapy (RRT). Pain has an estimated prevalence of 50-70% in patients with CKD.

Methods: a cross-sectional study with the aim of characterizing and assessing the impact of pain in patients undergoing RRT (hemodialysis (HD)/peritoneal dialysis (PD)). To obtain the information, our patients filled in the short version of the Brief Pain Inventory (BPI) and other information was obtained from their medical records.

Results: A sample of 32 patients, 13 (40.63%) female and 19 (59.38%) male. Approximately 21 patients underwent HD (65.63%) and 11 PD (34.38%). The mean age was 59.36 years.

About 14 patients (43.75%) reported pain, while 18 (56.25%) denied it. Comparing the two techniques, about 9 HD patients (42.86%) and 5 PD patients (54.55%) reported new pain. The location of the pain was heterogeneous. Within the group of patients with pain, the average maximum pain intensity in the last week was 2.57 for HD patients and 4.64 for PD patients. The average pain intensity was 2.19 for HD patients and 3.73 for PD patients.

HD patients reported an average pain relief with analgesics of 45.45% and PD patients about 25%. Patients with poorly controlled pain reported greater interference with general activity and sleep (p<0.001).

Conclusions: This study highlights the importance of the recognition and control of pain in a specific group of patients - those undergoing RRT.

498 HOW ADEQUATELY DO WE MANAGE PAIN IN PATIENTS UNDER RENAL REPLACEMENT THERAPY (RRT)?F. FONSECA¹, A. PINHEIRO², B. MENDES¹, E. LOURENÇO¹, A. INÁCIO¹, E. SOARES¹, A. FARINHA¹, K. SOTO¹¹NEPHROLOGY. ARRÁBIDA LOCAL HEALTH UNIT (SETÚBAL/ PORTUGAL),²ANESTHESIOLOGY. ARRÁBIDA LOCAL HEALTH UNIT (SETÚBAL/ PORTUGAL),³NEPHROLOGY. ARRÁBIDA LOCAL HEALTH UNIT (SETÚBAL/ PORTUGAL)

Background and Aims: Pain is a vital sign that remains significantly underestimated in clinical practice, with an estimated prevalence 50–70% of patients with chronic kidney disease (CKD). Pain management in this group can be notably challenging, especially in patients under RRT.

Method: A cross-sectional study was conducted to assess pain control in patients undergoing RRT (hemodialysis (HD) or peritoneal dialysis (PD)). Patients were asked to fill out the short version of the Brief Pain Inventory (BPI), other clinical data was also collected from patients' medical records.

Results: A sample of 32 patients, 13 (40.63%) female and 19 (59.38%) male, with a mean age of 59.36 years, of which 21 (65.63%) underwent HD, and 11 (34.38%) PD.

Recent onset uncontrolled pain was reported by 14 patients (43.75%). Among those, 9 patients (42.86%) underwent HD and 5 patients (54.55%) underwent PD.

A total of 11 patients (34.4%) had been prescribed analgesics: 9 patients used paracetamol, 2 used metamizole, 1 patient was prescribed gabapentin, and another tramadol. In some instances, patients were prescribed multiple drug classes. Analgesic use was effective in 45.45% of HD patients and 25% of PD patients.

Conclusion: This study highlights the importance of pain recognition and management in patients undergoing RRT. Despite the small sample size, the findings reveal that nearly half of the patients undergoing HD experience unmanaged pain. Additionally, the predominant use of a single weak analgesic, paracetamol, highlights the inadequacy of current pain management strategies.

499 ALTERACIÓN DE LA β-OXIDACIÓN MITOCONDRIAL INDUCIDA POR LA HIPERFOSFATEMIA: IMPLICACIONES EN LA SARCOPENIA Y POTENCIAL TERAPÉUTICO DE LA L-CARNITINAA. MORENO PIEDRA¹, M. MARTOS ELVIRA², J. SANZ ZAMORA³, S. GARCÍA VILLORIA¹, A. GUERRERO MÉNDEZ⁴, A. ASENJO BUENO⁵, E. GÓMEZ MAROTO⁶, P. MARTÍNEZ MIGUEL⁴, M.P. RUIZ TORRES⁵, E. ALCALDE ESTÉVEZ⁷¹INVESTIGACIÓN. INSTITUTO RAMÓN Y CAJAL DE INVESTIGACIÓN SANITARIA (MADRID), ²BIOLÓGIA DE SISTEMAS. UNIVERSIDAD DE ALCALÁ (MADRID), ³INVESTIGACIÓN. FUNDACIÓN PARA LA INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO PRÍNCIPE DE ASTURIAS (MADRID), ⁴NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO PRÍNCIPE DE ASTURIAS (MADRID)

Introducción: La sarcopenia es un trastorno caracterizado por la pérdida progresiva de masa y función muscular, frecuente en el envejecimiento y en patologías asociadas como la enfermedad renal crónica (ERC). Investigaciones previas del grupo han demostrado que la hiperfosfatemia, una condición común en ambas situaciones, agrava la disfunción muscular asociada a la sarcopenia en modelos murinos envejecidos. En este trabajo se evalúa si la hiperfosfatemia altera la β-oxidación mitocondrial mediante cambios en la actividad o expresión de la carnitina palmitoiltransferasa I (CPT1), una enzima clave en este proceso, y si la L-carnitina puede mitigar estos efectos.

Material y métodos: Se añadió un donante de fósforo exógeno (BGP, 10 mM) durante el proceso de diferenciación de mioblastos de ratón C2C12 en cultivo para simular la condición de hiperfosfatemia. Se analizó la expresión de CPT1 (A y B) mediante Western Blot y RT-qPCR y su actividad mediante un ensayo espectrofotométrico con el reactivo Ellman. Además, se midieron los niveles de ATP como indicador de la función mitocondrial. Se añadió L-carnitina a las células en cultivo para evaluar su efecto sobre la diferenciación mediante el análisis de la expresión de la cadena pesada de la miosina por Western Blot.

Se analizó la expresión de CPT1 por RT-qPCR en el gastrocnemio de ratones C57BL6 jóvenes, viejos y viejos alimentados con una dieta hipofosfatémica durante sus últimos 3 meses de vida. Además, se realizó un test de agarre para medir la fuerza como indicador de sarcopenia.

Resultados: La hiperfosfatemia altera la oxidación mitocondrial de mioblastos en diferenciación, reduciendo la expresión y actividad de CPT1, y disminuyendo la producción de ATP por esta vía. La suplementación con L-carnitina mejora la diferenciación de estas células, lo que podría prevenir estos efectos.

La expresión de CPT1 muestra una tendencia a disminuir con la edad en ratones. La alimentación con una dieta baja en fósforo parece prevenir esta disminución. La expresión de CPT1 en músculo gastrocnemio correlaciona con la fuerza muscular en ratones viejos, lo que podría tener relevancia en el desarrollo de sarcopenia.

Conclusiones: En resumen, los resultados sugieren que la hiperfosfatemia reduce la expresión y actividad de CPT1, disminuyendo la disponibilidad de ATP lo que podría contribuir al desarrollo de sarcopenia asociada al envejecimiento y a la ERC. La L-carnitina podría prevenir estos efectos.

500 ALTERACIONES EN LA MIOGLOBINA Y LA FUNCIÓN MITOCONDRIAL DEL MÚSCULO ESQUELÉTICO DERIVADAS DE LA HIPERFOSFATEMIA ASOCIADA A LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA Y EL ENVEJECIMIENTOM. MARTOS ELVIRA¹, A. MORENO PIEDRA², A. GUERRERO MÉNDEZ³, S. GARCÍA VILLORIA¹, J. SANZ ZAMORA⁴, E. GÓMEZ MAROTO⁵, P. MARTÍNEZ MIGUEL⁴, E. ALCALDE ESTÉVEZ⁶, S. LÓPEZ ONGIL³, G. OLMOS CENTENERA¹¹BIOLÓGIA DE SISTEMAS. UNIVERSIDAD DE ALCALÁ (MADRID), ²INVESTIGACIÓN. INSTITUTO RAMÓN Y CAJAL DE INVESTIGACIÓN SANITARIA (MADRID), ³INVESTIGACIÓN. FUNDACIÓN PARA LA INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO PRÍNCIPE DE ASTURIAS (MADRID), ⁴NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO PRÍNCIPE DE ASTURIAS (MADRID)

Introducción: La hiperfosfatemia se asocia tanto a la enfermedad renal crónica (ERC) como al envejecimiento, estando ambas condiciones relacionadas con la disfunción muscular. En resultados previos de nuestro laboratorio, se ha demostrado que, en ratones envejecidos con altos niveles de fósforo sérico, se observan signos de sarcopenia que reversion con una restricción dietética de fósforo. Una de las alteraciones implicadas en el desarrollo de la sarcopenia es la disfunción mitocondrial en la que se puede observar aumento de las especies reactivas de oxígeno (ROS) y alteraciones de la cadena transportadora de electrones. En este contexto, la mioglobina tiene un papel crucial en el músculo debido a su capacidad de interacción con la mitocondria. El objetivo del presente estudio es analizar el efecto que la hiperfosfatemia, asociada a la ERC y el envejecimiento, tiene en el músculo esquelético sobre la función mitocondrial y la expresión de la mioglobina.

Material y métodos: Para los estudios in vivo se utilizaron ratones macho C57BL6 de 5 (jóvenes) y 24 (viejos) meses de edad alimentados con dieta estándar (0,6% fósforo) y un grupo de 24 meses con dieta hipofosfatémica (0,2% fósforo). En los estudios in vitro se usaron mioblastos de ratón (C2C12) diferenciados a miotubos durante 168 horas añadiendo al medio de cultivo Horse serum 2%, en presencia o ausencia de un donador exógeno de fósforo (BGP, 10mM). En los animales se analizó la expresión proteica de mioglobina y Superóxido Dismutasa 2 (SOD2) en cuádriceps. En los miotubos se estudió tanto en extracto celular total como en extracto mitocondrial la expresión de mioglobina. In vitro se analizaron mediante microscopía confocal, el potencial de membrana mitocondrial y la cantidad de ROS utilizando sondas fluorescentes. También se realizaron ensayos específicos para analizar la actividad enzimática de la Citocromo C oxidasa y la producción de ATP.

Resultados: Los resultados muestran una disminución de la expresión de Mioglobina y SOD2 que reversion con la dieta hipofosfatémica en los animales. Se observa in vitro una disminución de mioglobina tanto en extracto celular total como mitocondrial. Además, presentan una disminución del potencial de membrana mitocondrial y un aumento de expresión de ROS, así como una menor actividad de la citocromo C oxidasa y de los niveles de ATP.

Conclusión: La hiperfosfatemia asociada a la ERC y el envejecimiento, parece desempeñar un papel crucial en la disfunción mitocondrial y la disminución de la expresión de Mioglobina en el músculo esquelético.

Resúmenes

Ejercicio físico, fragilidad y esfera psicosocial

501 MAS ALLÁ DEL MOVIMIENTO: PERCEPCIÓN DEL PACIENTE ACERCA DE LOS PROGRAMAS DE EJERCICIO FÍSICO Y REALIDAD VIRTUAL EN HEMODIALISIS

E. ARÉVALO HERNÁNDEZ¹, M. RODRÍGUEZ BERNAL¹, X. SEGURA CIPRÉS², V. RODRÍGUEZ VILLANUEVA², E. CORTÉS REYES³, M. RAMÍREZ DE ARELLANO SERNA³, V. ESTEVE SIMÓ³

¹FACULTAD DE MEDICINA, DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA. UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA (UNC) (BOGOTÁ / COLOMBIA); ²FISIOTERAPIA. CONSORCI SANITARI TERRASSA HOSPITAL UNIVERSITARI (TERRASSA / ESPAÑA); ³NEFROLOGÍA. CONSORCI SANITARI TERRASSA HOSPITAL UNIVERSITARI (TERRASSA / ESPAÑA)

Introducción: Los programas de rehabilitación basados en ejercicio físico (EF) y en realidad virtual no inmersiva (RV) resultan beneficiosos para los pacientes renales. Conocer la opinión y mejorar la experiencia del paciente es esencial para proporcionar una atención sanitaria de alta calidad.

Nuestro objetivo fue analizar el grado de conocimiento y satisfacción de nuestros pacientes en HD que participaban en los programas de EF y RV intradiálisis, para identificar puntos débiles y ofrecer acciones de mejora de acuerdo con su propia experiencia.

Material y métodos: Realizamos una encuesta auto diseñada de 21 preguntas a los pacientes en HD de nuestra unidad acerca el grado de conocimiento y satisfacción de los programas de EF y RV durante la sesión habitual de 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 sociodemográficos, educacionales, condición física, barreras o dificultades encontradas, accesibilidad y repercusión en su vida diaria y grado de satisfacción percibido.

Resultados: 24 incluidos, 20 encuestas analizadas (9EF,11RV).70.8% hombres (39% >80 años). Un 45% refería estudios primarios. Un 30% no realizaba ejercicio físico de manera habitual. Un 80% y un 60% consideraban que ambos programas habían mejorado su salud física y mental respectivamente, observando un incremento del 25% en la condición física al final del programa. Principales aspectos de mejora observados (EF vs RV): Disnea (30 vs 9%), fatiga (55.5 vs 50%), sueño (30 vs 9%) y dolor (10 vs 33%). Únicamente un 35% presentó sintomatología autolimitada relacionada. Las principales barreras objetivadas fueron: incomodidad de la cama o sillón en un 40 y un 37,5% y preocupación por su acceso vascular en un 40 y 25% para EF y RV respectivamente. La puntuación máxima (5 puntos) se alcanzó en términos de calidad asistencial (80%), interacción con fisioterapeuta (90%), adaptabilidad a condiciones del paciente (60%) y seguridad (95%). El grado de satisfacción fue muy elevado (>8 puntos/10) en un 85%.

Conclusiones: Los resultados observados en nuestro estudio evidencian un elevado grado de conocimiento y satisfacción con ambos programas, siendo globalmente el programa de EF mejor percibido. Estos resultados, basados en la propia opinión del paciente, resultan de gran interés para mejorar la calidad asistencial de la actividad diaria a la vez que constituyen un argumento sobreañadido para la implementación de programas de rehabilitación en las unidades de HD.

502 ACTUACIONES DIRIGIDAS A AUMENTAR EL VALOR EN LA CALIDAD ASISTENCIAL EN LA CONSULTA DE TRASPLANTE RENAL: INFORMACIÓN PREVIA AL PROCESO DE TRASPLANTE RENAL PARA PACIENTES Y FAMILIARES

¹ MANUEL PARRA COLLADO¹, ² EMMA CALATAYUD ARISTOY¹, ³ AINA QUILIS PELLICER¹, ⁴ LAURA PORCAR SAURA¹, ⁵ PAULA GANDÍA UREÑA¹, ⁶ ELENA GALVÁN BARRILERO¹, ⁷ SANDRA BELTRÁN CATALÁN¹, ⁸ JULIA KANTER BERGA¹, ⁹ EVA GAVELA MARTÍNEZ¹, ¹⁰ ASUNCIÓN SANCHO CALA-BUIG¹

¹NEFROLOGÍA. HU DR PESET (VALENCIA)

Introducción: La información que recibe un paciente previamente al trasplante renal debe ser amplia, para permitirle entender todo el proceso, y flexible, para adaptarse a las necesidades de cada uno de ellos, lo que requiere un tiempo del que se carece habitualmente en las consultas de trasplante renal. Nos planteamos como objetivo la realización de sesiones informativas dirigidas a pacientes y acompañantes que les aportasen la información necesaria para afrontar el trasplante renal en un ambiente amable que favoreciese la resolución de dudas, incluyendo una valoración final por su parte acerca de la calidad de la información recibida mediante la realización de una encuesta de satisfacción.

Material y método: Se han analizado las encuestas de valoración de las sesiones informativas mensuales cumplimentadas por todos los asistentes a las mismas desde mayo_2023 a abril_2025, ambos inclusive. La encuesta consta de 8 preguntas relativas a la claridad y utilidad de la información, tiempo y recursos utilizados, resolución de dudas, calendario de ejecución, grado de recomendación por su parte o cumplimiento de expectativas, en un rango de 1-5 en función del grado de aceptación.

Resultados: Durante el periodo analizado se realizaron 18 sesiones informativas (5 en el 2023, 9 en el 2024 y 4 en el 2025), en la que se trataron desde la inclusión en lista, donación de vivo, ingreso hospitalario, tratamientos, adherencia, complicaciones y seguimiento a medio-largo plazo, entre otros. Asistieron 164 personas, con datos acerca de su filiación solo desde 2024: 84 pacientes y 62 familiares o acompañantes. Se observó un incremento de la asistencia a partir del 2024, fecha en que se promocionó activamente la conveniencia de la asistencia previo al trasplante o la inclusión en lista. Destaca la elevada presencia de familiares o acompañantes que oscila entre el 59% del 2024 al 47,5% en el 2025. La valoración de la encuesta ha ido mejorando anualmente con puntuaciones que oscilan entre 4,55 y 4,9 (r:1-5) en todas las preguntas realizadas.

Conclusión: Las sesiones mejoraron el conocimiento de los pacientes y su entorno acerca del trasplante renal, siendo fundamental la presencia de los acompañantes como refuerzo de la información recibida. Las encuestas de valoración fueron muy positivas en todas las cuestiones planteadas y han sido fundamentalmente en la adaptación de los contenidos ofertados a las necesidades cambiantes del paciente que afronta un trasplante renal, mejorando así su vinculación al programa, que esperamos seguir mejorando con la reciente incorporación de pacientes a estas sesiones, en un ciclo de mejora continua que resulta clave para aumentar el valor de nuestra atención diaria.

503 AFRONTAR EL SEDENTARISMO TRAS EL TRASPLANTE RENAL: IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO

B. SERRANO¹, M. ALONSO¹, F. VILLANEGO¹, LA. VIGARA¹, JM. AMARO¹, A. SINGH¹, M. ARNAIZ¹, CD. ORELLANA¹, T. ÁLVAREZ¹, A. MAZUECOS¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR (CÁDIZ)

Introducción: La enfermedad renal crónica (ERC) se asocia con un mayor sedentarismo, especialmente en pacientes en diálisis. Tras el trasplante renal (TR), la actividad física mejora, pero no alcanzan los niveles de la población general, lo que puede afectar a la evolución del paciente y del injerto. Sin embargo, los factores que determinan esta baja actividad no están bien definidos.

Objetivo: Determinar los factores que predisponen al sedentarismo en pacientes TR.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal de pacientes TR de nuestro centro, muestreados desde noviembre de 2023 hasta diciembre de 2024 que cumplimentaron el cuestionario "Human Activity Profile (HAP)". Excluimos pacientes con graves limitaciones físicas, comorbilidades o contraindicaciones para la realización de ejercicio físico. Se calculó Adjusted Activity Score (AAS) para clasificarlos en sedentarios (74).

Se recopilaron variables clínicas y demográficas del receptor, donante y del TR. Comparamos los tres grupos y realizamos un análisis de regresión logística multinomial para identificar factores de riesgo asociados a baja actividad física.

Resultados: Se incluyeron 92 pacientes TR (62% varones, edad media 61±12 años, mediana de tiempo postrasplante 18 meses). La hipertensión arterial estuvo presente en el 95.7% de los pacientes, la diabetes mellitus en el 41.3 %, y la causa más frecuente de ERC fue glomerular (31.5 %).

Al comparar los grupos, los pacientes activos presentaron menor tiempo de isquemia fría (p=0.025), mientras que los sedentarios mostraron un mayor número de incompatibilidades HLA (p=0.030) y hospitalizaciones (p=0.045). Además, los sedentarios eran de mayor edad en comparación con los otros grupos (66.9 vs. 62.45 y 53.32 años; p<0.001). No se encontraron diferencias significativas en otras variables.

El análisis de regresión logística identificó la edad (HR: 1.12; p=0.001) y el número de hospitalizaciones (HR: 1.99; p=0.016) como factores de riesgo para el sedentarismo, mientras que un mayor tiempo postrasplante fue un factor protector (HR: 0.966; p=0.025).

Conclusión: En conclusión, los pacientes TR de mayor edad, con más hospitalizaciones y menor tiempo post-TR tienen mayor riesgo de sedentarismo. Es crucial intervenir tempranamente con programas de rehabilitación para mejorar su calidad de vida y los resultados del trasplante.

504 FACTORES PSICOLÓGICOS EN ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA AVANZADA: ASOCIACIÓN ENTRE DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y SU IMPACTO EN LA SALUD DE LOS PACIENTES

AE. BELLO OVALLES¹, A. PARDO RUIZ¹, C. GARIJO PACHECO¹, KJ. LOPEZ ESPINOZA¹, MM. SIERRA CARPIO¹, F. GIL CATALINAS¹, ME. HUARTE LOZA¹

¹NEFROLOGIA. HOSPITAL SAN PEDRO (LOGROÑO)

Introducción: Los pacientes con Enfermedad Renal Crónica Avanzada (ERCA) enfrentan múltiples desafíos físicos, emocionales y sociales. La salud mental en estos pacientes suele verse afectada, siendo la depresión y la ansiedad las comorbilidades más frecuentes. Se estima que entre el 20% y el 30% de los pacientes con ERCA presentan depresión, mientras que entre el 15% y el 25% experimentan ansiedad.

Estas condiciones no solo afectan la calidad de vida, sino que también aumentan el riesgo de fragilidad, lo cual puede agravar los síntomas afectivos y complicar aún más el pronóstico clínico. Reconocer y abordar estas comorbilidades es fundamental para mejorar el manejo integral de los pacientes con ERCA.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal, descriptivo, observacional en nuestro hospital. Se incluyeron un total de 103 pacientes atendidos en la consulta de ERCA entre octubre de 2024 y enero de 2025. Se evaluaron los síntomas depresivos y la presencia de ansiedad mediante la entrevista clínica y el cuestionario validado de Goldberg. La fragilidad se midió mediante la escala validada (FRAL). Mediante el programa estadístico R-comander aplicamos el test ANOVA en aquellas variables paramétricas y Kruskal Wallis en las no paramétricas. Dividimos la muestra según Ansiedad/no ansiedad y depresión/no depresión y fragilidad (frágil, prefrágil y no frágil) y se estableció la relación con parámetros analíticos cualitativos.

Resultados: Nuestra muestra estuvo compuesta por 103 pacientes, con una media de edad de 75 años. De estos, el 64% eran hombres (n=66) y el 36% mujeres (n=37). La prevalencia de depresión en toda la muestra fue del 18.5% (n=19). En cuanto a la ansiedad, se identificó en el 8.73% de los pacientes (n=9).

Al analizar los datos, se observa que la mayoría de los pacientes no presentan fragilidad ni depresión representados por 77.6% (n= 80). Por otro lado, 14.6% (n=15) presentan depresión sin ansiedad, mientras que el 3.9% (n=4) tienen ansiedad sin depresión. Finalmente, solo el 3.9% (n= 4) presentan ambas condiciones simultáneamente.

Conclusión: Aunque en nuestra muestra se observó una baja prevalencia de síntomas de depresión y ansiedad, se identificó una asociación estadísticamente significativa entre fragilidad y depresión, lo que sugiere que esta comorbilidad podría contribuir al sedentarismo y la anorexia observados en los pacientes. Como respuesta a estos hallazgos, en nuestra consulta se ha implementado un programa de pre acondicionamiento dirigido a pacientes en estado pre frágil y frágil, con el objetivo de mejorar su funcionalidad y calidad de vida.

 Ver tablas

505 PERCEPCIÓN DE ENFERMEDAD COMO PREDICTOR CLAVE DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN HEMODIÁLISIS: UN ENFOQUE CLÍNICO NECESARIO

R. PONCE-VALERO¹, A. LUPIAÑEZ-BARBERO², E. TAPIAS-SUÁREZ³, S. CAPARRÓS-MOLINA⁴, J. PEDRAZA-CARVAJAL⁵, MM. RIVAS-LORO⁶, A. RIBAS-PAULET⁷, M. EL-MANOUARI⁸, JM. ZUÑIGA-VERGARA⁹, S. MARTÍNEZ-VAQUERA⁸

¹PSICOLOGÍA CLÍNICA. DIAVERUM (CATALUÑA), ²NUTRICIÓN. DIAVERUM (CATALUÑA), ³TRABAJO SOCIAL. DIAVERUM (CATALUÑA), ⁴DIRECTORA MÉDICA (VM). DIAVERUM (CATALUÑA), ⁵ENFERMERÍA (VM). DIAVERUM (CATALUÑA), ⁶SUPERVISIÓN ENFERMERÍA (VM). DIAVERUM (CATALUÑA), ⁷NEFROLOGÍA (VM). DIAVERUM (CATALUÑA), ⁸DIRECTORA MÉDICA. DIAVERUM (ESPAÑA)

Introducción: La percepción de enfermedad, entendida como la representación cognitiva y emocional que el paciente construye acerca de su patología, desempeña un papel clave en la respuesta psicológica ante la Enfermedad Renal Crónica estadio 5D en hemodiálisis (HD). Una percepción más amenazante podría aumentar la vulnerabilidad a trastornos emocionales como la ansiedad y la depresión. El objetivo de este estudio fue analizar la influencia de la percepción de enfermedad sobre los niveles de ansiedad y depresión en pacientes en hemodiálisis.

Material y método: Estudio multicéntrico, observacional, transversal y correlacional realizado en una muestra inicial de 148 pacientes en hemodiálisis (58,1% hombres; edad media: 64 años; rango: 20-94 años). Tras aplicar criterios de exclusión (deterioro cognitivo severo, barrera idiomática, trastornos psiquiátricos graves no compensados), la muestra final consistió en 97 pacientes. Se evaluó la percepción de enfermedad mediante el Brief Illness Perception Questionnaire (BIPQ), la ansiedad con el Inventario de Ansiedad Geriátrica (GAI) y la depresión con la Escala de Depresión Geriátrica abreviada (GDS-SV). Se realizaron análisis de correlación de Spearman y regresión lineal múltiple, garantizando el cumplimiento de los supuestos de normalidad, homocedasticidad y ausencia de colinealidad.

Resultados: La percepción más negativa de la enfermedad se asoció de manera significativa con niveles más elevados de ansiedad ($p = 0,397$; $p < 0,001$) y depresión ($p = 0,587$; $p < 0,001$). En la regresión múltiple, se observó que la percepción de enfermedad contribuye de forma significativa e independiente a la predicción de los niveles de depresión ($\beta = 0,363$; $p < 0,001$), junto con la ansiedad ($\beta = 0,507$; $p < 0,001$), explicando conjuntamente el 51,6% de su variabilidad (R^2 ajustado = 0,516). La percepción de enfermedad, sin embargo, no se mantuvo como predictor independiente de la ansiedad tras ajustar por síntomas depresivos.

Conclusiones: La percepción de enfermedad se confirma como un predictor psicológico independiente de depresión en pacientes con ERC en HD, explicando más de la mitad de su variabilidad emocional. Estos datos subrayan que no solo la biología, sino también la representación subjetiva de la enfermedad influye en la salud mental del paciente renal. Integrar esta variable en las valoraciones sistemáticas permite identificar perfiles de riesgo emocional precozmente, facilitando intervenciones psicológicas específicas. Su abordaje clínico no solo mejora el ajuste emocional, sino que también puede favorecer la adherencia y reducir eventos adversos asociados al sufrimiento psicológico no tratado.

506 MÁS ALLÁ DEL DETERIORO COGNITIVO: LA COMPRESIÓN DE LA ENFERMEDAD COMO CLAVE DE LA PERCEPCIÓN Y LA AUTOEFICACIA EN HEMODIÁLISIS

R. PONCE-VALERO¹, A. LUPIAÑEZ-BARBERO², E. TAPIAS-SUÁREZ³, S. CAPARRÓS-MOLINA⁴, J. PEDRAZA-CARVAJAL⁵, MM. RIVAS-LORO⁶, A. RIBAS-PAULET⁷, M. EL-MANOUARI⁸, JM. ZUÑIGA-VERGARA⁹, S. MARTÍNEZ-VAQUERA⁸

¹PSICOLOGÍA CLÍNICA. DIAVERUM (CATALUÑA), ²NUTRICIÓN. DIAVERUM (CATALUÑA), ³TRABAJO SOCIAL. DIAVERUM (CATALUÑA), ⁴DIRECTORA MÉDICA (VM). DIAVERUM (CATALUÑA), ⁵ENFERMERÍA (VM). DIAVERUM (CATALUÑA), ⁶SUPERVISIÓN ENFERMERÍA (VM). DIAVERUM (CATALUÑA), ⁷NEFROLOGÍA (VM). DIAVERUM (CATALUÑA), ⁸DIRECTORA MÉDICA. DIAVERUM (ESPAÑA)

Introducción: La participación activa del paciente con enfermedad renal crónica (ERC) en hemodiálisis (HD) es esencial para lograr una adherencia terapéutica eficaz. Sin embargo, factores psicológicos como la percepción de la enfermedad y la autoeficacia pueden desempeñar un papel más decisivo en la comprensión de su patología que las variables puramente cognitivas. Comprender cómo estos factores interactúan permite diseñar estrategias clínicas más efectivas en el abordaje integral del paciente renal. Este estudio analiza los predictores psicosociales y cognitivos asociados a la comprensión percibida de la enfermedad en pacientes en hemodiálisis.

Material y método: Estudio multicéntrico, observacional, transversal y correlacional. La muestra incluyó a 97 pacientes en programa de hemodiálisis (60,8% hombres; edad media: 72,5 años; rango: 42-94), aplicando criterios de exclusión por deterioro cognitivo severo, barrera idiomática o trastornos psiquiátricos.

Se evaluó la comprensión de la enfermedad mediante el ítem de comprensión del Brief Illness Perception Questionnaire (BIPQ.6). Como predictores se consideraron: adherencia farmacológica (MMAS-8), autoeficacia en enfermedad renal crónica (CDK-SE), autoeficacia en enfermedad crónica (SEMCD-S), autoeficacia general (EAG), deterioro cognitivo global (MoCA), memoria (MIS) y síntomas emocionales (GDS-SV, GAI). Se realizaron correlaciones de Pearson y regresiones lineal múltiple.

Resultados: El modelo de regresión múltiple fue significativo ($F(12,84) = 4,939$, $p < 0,001$), explicando el 33% de la varianza de la comprensión de la enfermedad (R^2 ajustado = 0,330). Los principales predictores de mejor comprensión fueron la percepción global de gravedad de la enfermedad (BIPQ.TOT) ($\beta = 0,423$, $p < 0,001$) y la autoeficacia en búsqueda activa de soluciones (CDK-SE Busq) ($\beta = 0,314$, $p = 0,006$).

Ni el deterioro cognitivo, ni la memoria, ni los síntomas emocionales resultaron predictores relevantes. La adherencia mostró una tendencia no significativa ($p=0,094$).

Conclusiones: En pacientes en hemodiálisis, la comprensión de la enfermedad está más influida por cómo el paciente percibe su gravedad y su capacidad para afrontarla activamente, que por su estado cognitivo o emocional. Estos hallazgos justifican incorporar valoraciones psicológicas sistemáticas en la práctica nefrológica. Intervenir sobre la percepción de enfermedad y la autoeficacia puede potenciar la adherencia, mejorar la implicación activa del paciente y favorecer resultados clínicos más sostenibles. Se recomienda desarrollar intervenciones psicoeducativas integradas que aborden dimensiones perceptivas, emocionales y motivacionales.

507 LA PARADOJA DE LA ADHERENCIA EN HEMODIÁLISIS: CUANDO EL DETERIORO COGNITIVO NO EXPLICA EL INCUMPLIMIENTO

R. PONCE-VALERO¹, A. LUPIAÑEZ-BARBERO², E. TAPIAS-SUÁREZ³, S. CAPARRÓS-MOLINA⁴, J. PEDRAZA-CARVAJAL⁵, MM. RIVAS-LORO⁶, A. RIBAS-PAULET⁷, M. EL-MANOUARI⁸, JM. ZUÑIGA-VERGARA⁹, S. MARTÍNEZ-VAQUERA⁸

¹PSICOLOGÍA CLÍNICA. DIAVERUM (CATALUÑA), ²NUTRICIÓN. DIAVERUM (CATALUÑA), ³TRABAJO SOCIAL. DIAVERUM (CATALUÑA), ⁴DIRECTORA MÉDICA (VM). DIAVERUM (CATALUÑA), ⁵ENFERMERÍA (VM). DIAVERUM (CATALUÑA), ⁶SUPERVISIÓN ENFERMERÍA (VM). DIAVERUM (CATALUÑA), ⁷NEFROLOGÍA (VM). DIAVERUM (CATALUÑA), ⁸DIRECTORA MÉDICA. DIAVERUM (ESPAÑA)

Introducción: La adherencia farmacológica es fundamental para la estabilidad clínica de los pacientes en hemodiálisis. Factores neurocognitivos y psicológicos, como el deterioro cognitivo y la percepción subjetiva de la enfermedad, podrían influir en la adherencia. Sin embargo, su impacto específico en la población española sigue sin estar definido. El objetivo de este estudio es analizar la relación entre deterioro cognitivo, percepción de enfermedad y adherencia farmacológica en pacientes en hemodiálisis.

Material y método: Estudio multicéntrico, observacional, transversal y correlacional. La muestra inicial consistió en 148 pacientes. Tras aplicar criterios de exclusión (deterioro cognitivo severo, barrera idiomática, trastornos psiquiátricos, entre otros) la muestra final fue de 97 pacientes (60,8% hombres; edad media: 72,5 años; rango: 42-94). Se evaluó el deterioro cognitivo global mediante el Montreal Cognitive Assessment (MoCA), la memoria mediante el Memory Impairment Screen (MIS), la percepción de enfermedad mediante el Brief Illness Perception Questionnaire (BIPQ) y la adherencia farmacológica a través de la Escala de Morisky de 8 ítems (MMAS-8). Se realizaron análisis de correlación de Spearman, regresiones lineales múltiples para adherencia continua y regresiones logísticas binarias para adherencia dicotomizada (alta/moderada vs baja).

Resultados: La media en MoCA fue de 20,4 (DE = 4,3), indicando deterioro cognitivo moderado. MoCA correlacionó positivamente con MIS ($p = 0,668$, $p < 0,001$), mientras que la edad correlacionó negativamente tanto con MoCA ($p = -0,601$, $p < 0,001$) como con MIS ($p = -0,547$, $p < 0,001$). No se observaron correlaciones significativas entre MoCA, MIS o BIPQ total y adherencia continua ($p > 0,05$). La regresión múltiple con MoCA y BIPQ como predictores no fue significativa (R^2 ajustado = 0,026; $p = 0,107$). En la adherencia binarizada, el modelo no alcanzó la significancia ($p = 0,080$), aunque el BIPQ total mostró tendencia marginal ($p = 0,065$). Ni el deterioro cognitivo ni la edad predijeron el control personal percibido (BIPQ ítem 3) ($p = 0,831$).

Conclusiones: El deterioro cognitivo, a pesar de su asociación con la edad, no predijo adherencia farmacológica ni percepción de control de la enfermedad en esta cohorte de pacientes en hemodiálisis. Estos hallazgos invitan a replantear el foco clínico habitual y a explorar otros factores psicosociales; como "la autoeficacia, el apoyo social o las creencias sobre la enfermedad" como posibles moduladores clave de la adherencia. ¿Estamos enfocando bien los motivos del incumplimiento? Evaluar de forma más integral y personalizada al paciente renal podría ser la clave para intervenciones realmente efectivas.

508 B-CKD-HAS: DESARROLLO DE UN TEST BREVE PREDICTIVO DE ADHERENCIA FARMACOLÓGICA EN HEMODIÁLISIS BASADO EN AUTOEFICACIA

R. PONCE-VALERO¹, A. LUPIAÑEZ-BARBERO², E. TAPIAS-SUÁREZ³, S. CAPARRÓS-MOLINA⁴, J. PEDRAZA-CARVAJAL⁵, MM. RIVAS-LORO⁶, A. RIBAS-PAULET⁷, M. EL-MANOUARI⁸, JM. ZUÑIGA-VERGARA⁹, S. MARTÍNEZ-VAQUERA⁸

¹PSICOLOGÍA CLÍNICA. DIAVERUM (CATALUÑA), ²NUTRICIÓN. DIAVERUM (CATALUÑA), ³TRABAJO SOCIAL. DIAVERUM (CATALUÑA), ⁴DIRECTORA MÉDICA (VM). DIAVERUM (CATALUÑA), ⁵ENFERMERÍA (VM). DIAVERUM (CATALUÑA), ⁶SUPERVISIÓN ENFERMERÍA (VM). DIAVERUM (CATALUÑA), ⁷NEFROLOGÍA (VM). DIAVERUM (CATALUÑA), ⁸DIRECTORA MÉDICA. DIAVERUM (ESPAÑA)

Introducción: La baja adherencia al tratamiento farmacológico en hemodiálisis representa un reto clínico relevante, asociado a complicaciones cardiovasculares, hospitalizaciones y mortalidad. Las intervenciones basadas en autoeficacia han mostrado potencial, pero faltan herramientas breves, específicas y validadas para su detección clínica. Basándonos en un análisis de regresión validado mediante división Train/Test en pacientes en hemodiálisis, proponemos la creación del Brief - Chronic Kidney Disease - Hemodialysis Adherence Scale (B-CKD- HAS), compuesto por ítems de alta capacidad predictiva empírica.

Material y método: Estudio multicéntrico, transversal y observacional. Se analizaron 97 pacientes en HD, evaluando adherencia mediante MMAS-8 y autoeficacia mediante las escalas CDK-SE (específica) y EAG (general). La muestra se dividió aleatoriamente en grupo de entrenamiento ($n=65$) y validación ($n=32$). Se aplicaron análisis de regresión múltiple para identificar los ítems de autoeficacia con mayor poder predictivo sobre la adherencia.

Resultados: El modelo de regresión mostró significación en ambos grupos (entrenamiento: $F(6,58)=6,697$, $p<0,001$, $R^2=0,409$; validación: $F(6,25)=5,472$, $p=.001$, $R^2=0,568$). Se identificaron 6 ítems clave con mayor valor predictivo:

- Persistencia en metas personales ("Me es fácil persistir en lo que me he propuesto hasta alcanzar mis metas").
 - Afrontamiento de desafíos en ERC ("Puedo afrontar los desafíos de vivir con enfermedad renal crónica").
 - Seguimiento dietético fuera de casa ("Sigo mis recomendaciones dietéticas, aunque coma fuera de casa").
 - Elección adecuada de alimentos en actividades sociales ("Puedo elegir alimentos adecuados durante actividades sociales").
 - Manejo autónomo de la enfermedad ("Puedo manejar mi enfermedad renal crónica para mantenerme saludable").
 - Participación en actividades sociales ("Puedo participar en actividades sociales adecuadas").
- Especialmente, el ítem relacionado con la elección de alimentos en contextos sociales fue un predictor independiente robusto en ambos modelos. El test propuesto (B-CKD-HAS) tiene formato Likert de 5 puntos, con puntuación total entre 6-30 y una duración de aplicación menor a 2 minutos.

Conclusiones: El B-CKD-HAS surge de un análisis empírico riguroso y ofrece una herramienta breve, fiable y orientada a la práctica clínica para detectar pacientes en riesgo de baja adherencia en HD. Su implementación puede facilitar estrategias psicoeducativas personalizadas y mejorar resultados clínicos. Se plantea como próximo paso su validación psicométrica completa. Este enfoque refuerza la utilidad de integrar variables psicológicas breves y específicas en la valoración rutinaria en pacientes en HD.

Resúmenes

Ejercicio físico, fragilidad y esfera psicosocial

509 MÁS ALLÁ DEL TRATAMIENTO: IMPACTO DE LOS SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN LA ADHERENCIA DE PACIENTES EN HEMODIÁLISIS

R. PONCE-VALERO¹, A. LUPIAÑEZ-BARBERO², E. TAPIAS-SUÁREZ³, S. CAPARRÓS-MOLINA⁴, J. PEDRAZA-CARVAJAL⁵, MM. RIVAS-LORO⁶, A. RIBAS-PAULET⁷, M. EL-MANOUARI⁸, JM. ZUÑIGA-VERGARA⁹, S. MARTÍNEZ-VAQUERA¹⁰

¹PSICOLOGÍA CLÍNICA. DIAVERUM (CATALUÑA), ²NUTRICIÓN. DIAVERUM (CATALUÑA), ³TRABAJO SOCIAL. DIAVERUM (CATALUÑA), ⁴DIRECTORA MÉDICA (VM). DIAVERUM (CATALUÑA), ⁵ENFERMERÍA (VM). DIAVERUM (CATALUÑA), ⁶SUPERVISIÓN ENFERMERÍA (VM). DIAVERUM (CATALUÑA), ⁷NEFROLOGÍA (VM). DIAVERUM (CATALUÑA), ⁸DIRECTORA MÉDICA. DIAVERUM (ESPAÑA)

Introducción: La adherencia farmacológica es esencial para la estabilidad clínica y la supervivencia en pacientes en hemodiálisis. Factores psicosociales, como la depresión, podrían influir significativamente en esta adherencia, aunque su impacto específico en población española no está plenamente definido. Este estudio analiza dicha relación en una muestra multicéntrica de pacientes en hemodiálisis.

Material y método: Estudio multicéntrico, observacional, transversal y correlacional. La muestra inicial compuesta por 148 pacientes en hemodiálisis (58,1% hombres; edad media 64 años; rango 20-94 años). Tras criterios de exclusión (barras idiomáticas, cognitivas o psiquiátricas entre otras) la muestra final fue de 97 pacientes.

La adherencia se evaluó mediante la escala Morisky de Adherencia al Tratamiento farmacológico (MMAS-8), categorizada en baja, moderada y alta adherencia. Los síntomas depresivos se midieron mediante la Escala de Depresión Geriátrica Abreviada (GDS-SV). Se realizaron análisis de correlación de Spearman, regresión lineal múltiple para la puntuación continua de adherencia y regresión logística binaria tras recodificar la adherencia en dos niveles (alta/moderada vs baja).

Resultados: Del total de 97 pacientes incluidos en el análisis, el 22% presentó baja adherencia, el 41% moderada y el 37% alta, según la escala MMAS-8. Los síntomas depresivos, evaluados mediante la escala GDS-SV, mostraron una correlación negativa significativa con la adherencia farmacológica ($p = -0,327$; $p = 0,001$). En el modelo de regresión lineal múltiple, la puntuación en depresión fue un predictor significativo de menor adherencia ($\beta = -0,274$; $p = 0,020$), explicando el 9,5% de la varianza total (R^2 ajustado = 0,066). El análisis categórico, mediante regresión logística binaria, confirmó que los síntomas depresivos reducen significativamente la probabilidad de adherencia alta o moderada (OR = 0,319; $p = 0,006$), con un modelo global significativo ($p = 0,042$) y un R^2 de Nagelkerke del 27,2 %.

El modelo clasificó correctamente el 74,2% de los casos, con una sensibilidad del 86,7% y una especificidad del 54,1%. Estos resultados sugieren que los síntomas depresivos impactan de forma significativa tanto en la puntuación continua como en la clasificación clínica de adherencia, y deben ser considerados como un factor de riesgo clave en el seguimiento terapéutico del paciente en hemodiálisis.

Conclusiones: Los síntomas depresivos se asocian significativamente con una menor adherencia al tratamiento en pacientes en hemodiálisis, lo que los convierte en un factor de riesgo relevante. Su detección sistemática y tratamiento, puede mejorar la adherencia y los resultados clínicos, destacando la importancia de integrar la evaluación emocional en la atención integral del paciente renal.

510 FRAGILIDAD EN HEMODIÁLISIS: ¿QUÉ TEST OFRECE LA MEJOR CAPACIDAD DE DETECCIÓN? COMPARACIÓN ENTRE ESCALAS ESPECÍFICAS Y CLÍNICAS VALIDADAS

S. CAPARRÓS-MOLINA¹, R. PONCE-VALERO², A. LUPIAÑEZ-BARBERO³, E. TAPIAS-SUÁREZ⁴, A. RIBAS-PAULET⁵, J. ZUÑIGA-VERGARA⁶, M. EL-MANOUARI⁷, S. MARTÍNEZ-VAQUERA⁸

¹DIRECTORA MÉDICA VIRGEN DE MONTSERRAT. DIAVERUM (CATALUÑA), ²PSICOLOGÍA CLÍNICA. DIAVERUM (CATALUÑA), ³NUTRICIÓN. DIAVERUM (CATALUÑA), ⁴TRABAJO SOCIAL. DIAVERUM (CATALUÑA), ⁵SUPERVISIÓN ENFERMERÍA VIRGEN DE MONTSERRAT. DIAVERUM (CATALUÑA), ⁶NEFROLOGÍA VIRGEN DE MONTSERRAT. DIAVERUM (CATALUÑA), ⁷DIRECTORA MÉDICA. DIAVERUM (ESPAÑA)

Introducción: La identificación precisa de la fragilidad en pacientes con enfermedad renal crónica avanzada en hemodiálisis es crucial para planificar estrategias asistenciales individualizadas, optimizar recursos y reducir eventos adversos. Ante la proliferación de herramientas para su evaluación, surge la necesidad de establecer comparaciones objetivas entre escalas específicas y clínicas. Este estudio examina tres instrumentos: Edmonton Frail Scale (EFS), Clinical Frailty Scale (CFS) y el Índice VIG.

Material y método: Estudio observacional, transversal y analítico en 71 pacientes prevalentes en hemodiálisis. Se aplicaron las escalas EFS, CFS y VIG, clasificando a los pacientes como "Frágil" o "No Frágil" según puntos de corte validados. Se generaron tablas de contingencia cruzada entre escalas y se realizó análisis ROC para valorar su capacidad discriminativa (AUC, sensibilidad, especificidad y punto de corte óptimo). La concordancia y asociación entre escalas se evaluó mediante Chi-cuadrado, coeficiente Kappa, correlaciones de Pearson/Spearman y prueba de McNemar. Se interpretaron los resultados en función de su aplicabilidad clínica.

Resultados: La prevalencia de fragilidad varió según la escala: EFS y CFS clasificaron al 60,6% de la muestra como frágil, VIG sólo al 14,1%. El análisis ROC mostró que CFS obtuvo el mejor rendimiento global (AUC = 0,927; IC95%: 0,859-0,996), seguido del Índice VIG (AUC = 0,910; IC95%: 0,842-0,978). EFS, fue utilizado como standard comparativo. La correlación entre EFS y CFS fue alta (Kappa = 0,764, $p < 0,001$), con un 90,7% de acuerdo en casos frágiles. La asociación entre VIG y EFS fue moderada (Kappa = 0,193, $p = 0,006$), con baja sensibilidad (23,3%) frente a EFS.

En cuanto a estadísticos descriptivos, las medias fueron EFS 7,08 ($\pm 4,01$), CFS 4,51 ($\pm 1,98$) y VIG 0,31 ($\pm 0,17$). La asimetría y curtosis indicaron una distribución más simétrica en CFS y mayor concentración de valores bajos en VIG.

Conclusiones: La CFS demostró ser la herramienta con mejor equilibrio entre sensibilidad, precisión y capacidad de discriminación, excelente correlación con EFS, lo que la posiciona como alternativa eficiente, rápida y robusta para el cribado de fragilidad en pacientes en HD. El VIG, presenta menor sensibilidad y concordancia, su implementación podría reservarse para contextos de evaluación más exhaustiva.

Estos hallazgos tienen implicaciones directas para los protocolos de calidad asistencial en unidades de HD, apoyando la integración sistemática de CFS en la evaluación funcional basal.

511 IMPACTO DE LA AUTOEFICACIA SOBRE LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN PACIENTES RENALES EN HEMODIÁLISIS: UNA NUEVA VENTANA A LA ADHERENCIA EN EL TRATAMIENTO

R. PONCE-VALERO¹, A. LUPIAÑEZ-BARBERO², E. TAPIAS-SUÁREZ³, S. CAPARRÓS-MOLINA⁴, J. PEDRAZA-CARVAJAL⁵, MM. RIVAS-LORO⁶, A. RIBAS-PAULET⁷, M. EL-MANOUARI⁸, JM. ZUÑIGA-VERGARA⁹, S. MARTÍNEZ-VAQUERA¹⁰

¹PSICOLOGÍA CLÍNICA. DIAVERUM (CATALUÑA), ²NUTRICIÓN. DIAVERUM (CATALUÑA), ³TRABAJO SOCIAL. DIAVERUM (CATALUÑA), ⁴DIRECTORA MÉDICA (VM). DIAVERUM (CATALUÑA), ⁵ENFERMERÍA (VM). DIAVERUM (CATALUÑA), ⁶SUPERVISIÓN ENFERMERÍA (VM). DIAVERUM (CATALUÑA), ⁷NEFROLOGÍA (VM). DIAVERUM (CATALUÑA), ⁸DIRECTORA MÉDICA. DIAVERUM (ESPAÑA)

Introducción: La enfermedad renal crónica conlleva un profundo impacto psicológico, especialmente en pacientes en tratamiento de hemodiálisis, donde las tasas de depresión superan ampliamente a las de la población general. Este estado emocional negativo afecta directamente la adherencia terapéutica y la calidad de vida, aumentando el riesgo de morbilidad. La autoeficacia, entendida como la percepción de la propia capacidad para gestionar los desafíos de la enfermedad, podría actuar como un factor protector ante estos efectos adversos. El presente estudio analiza la relación entre distintas dimensiones de la autoeficacia (general, enfermedad crónica y enfermedad renal) y los niveles de depresión en pacientes en hemodiálisis, evaluando además su capacidad predictiva.

Material y método: Estudio observacional, transversal y multicéntrico, realizado en una muestra de 97 pacientes 18 años en programa de hemodiálisis crónica (>3 meses). Se aplicaron las siguientes escalas validadas: Autoeficacia General (EAG), Autoeficacia en Enfermedad Crónica (SEMCD-S), Autoeficacia Renal (CKD-SE) y Depresión Geriátrica Abreviada (GDS-SV). Se llevaron a cabo correlaciones bivariadas (Spearman y Pearson) y un análisis de regresión lineal múltiple, verificando los supuestos estadísticos clásicos.

Resultados: Se encontraron correlaciones negativas significativas entre autoeficacia y depresión (EAG: $r = -0,379$; SEMCD-S: $r = -0,483$; CKD-SE: $r = -0,475$; $p < 0,001$). El modelo de regresión resultó significativo ($R^2 = 0,320$; R^2 ajustado = 0,298; $F(3,93) = 14,563$; $p < 0,001$). Dentro del modelo, la autoeficacia en enfermedad crónica ($\beta = -0,318$; $p = 0,002$) y la autoeficacia renal ($\beta = -0,263$; $p = 0,019$) fueron predictores independientes de menores niveles de depresión, mientras que la autoeficacia general no alcanzó significación estadística ($p = 0,306$).

Conclusiones: La autoeficacia específica (en enfermedad crónica y renal) se asocia a una menor sintomatología depresiva en pacientes en hemodiálisis, lo que refuerza su papel como objetivo terapéutico. Este hallazgo abre nuevas oportunidades para el diseño de intervenciones psicológicas dirigidas a potenciar la percepción de control y competencia del paciente. Incluir programas de apoyo psicológico centrados en la autoeficacia puede ser clave para mejorar tanto la salud mental como la adherencia, contribuyendo hacia un enfoque verdaderamente integral de la atención del paciente.

512 IDENTIFICACIÓN DE PERFILES DE RIESGO PSICOLÓGICO ASOCIADOS A BAJA ADHERENCIA EN HEMODIÁLISIS

R. PONCE-VALERO¹, A. LUPIAÑEZ-BARBERO², E. TAPIAS-SUÁREZ³, S. CAPARRÓS-MOLINA⁴, J. PEDRAZA-CARVAJAL⁵, MM. RIVAS-LORO⁶, A. RIBAS-PAULET⁷, M. EL-MANOUARI⁸, JM. ZUÑIGA-VERGARA⁹, S. MARTÍNEZ-VAQUERA¹⁰

¹PSICOLOGÍA CLÍNICA. DIAVERUM (CATALUÑA), ²NUTRICIÓN. DIAVERUM (CATALUÑA), ³TRABAJO SOCIAL. DIAVERUM (CATALUÑA), ⁴DIRECTORA MÉDICA (VM). DIAVERUM (CATALUÑA), ⁵ENFERMERÍA (VM). DIAVERUM (CATALUÑA), ⁶SUPERVISIÓN ENFERMERÍA (VM). DIAVERUM (CATALUÑA), ⁷NEFROLOGÍA (VM). DIAVERUM (CATALUÑA), ⁸DIRECTORA MÉDICA. DIAVERUM (ESPAÑA)

Introducción: En el contexto de la hemodiálisis, el comportamiento adherente no depende únicamente de variables clínicas, sino también de factores psicológicos complejos. Identificar patrones psicológicos subyacentes puede ofrecer una visión más precisa sobre los mecanismos que favorecen o dificultan la adherencia terapéutica. Este estudio plantea un enfoque innovador basado en la detección de perfiles psicológicos latentes combinando autoeficacia, percepción de enfermedad, depresión y ansiedad, para analizar su asociación diferencial con la adherencia farmacológica en pacientes en hemodiálisis.

Material y método: Estudio multicéntrico, observacional, transversal y correlacional. Se incluyeron 97 pacientes en hemodiálisis (criterios: MoCA >17, >3 meses en tratamiento, consentimiento informado, no presencia de criterios de exclusión propios de los instrumentos psicométricos como barrera idiomática, barreras sensoriales, entre otros). Se aplicaron diferentes instrumentos para evaluar adherencia farmacológica (MMAS-8), autoeficacia (EAG, SEMCD-S, CKD-SE), percepción de enfermedad (BIPO), depresión (GDS-SV), ansiedad (GAI) y cognición (MoCA, MIS). Se realizó análisis de clases latentes (TwoStep Cluster), comparaciones intergrupales (t de Student, Chi-cuadrado) y regresiones lineales múltiples por perfil.

Resultados: Se identificaron dos perfiles psicológicos:

- Perfil Vulnerable: Baja autoeficacia, alta percepción de amenaza, altos niveles de depresión y ansiedad.

- Perfil Resiliente: Alta autoeficacia, baja percepción de amenaza, baja depresión y ansiedad.

El Perfil Resiliente presentó mejor adherencia (MMAS-8 6,65 \pm 1,29 vs 5,84 \pm 1,54; $p=0,007$; d de Cohen=1,39), con una diferencia clínicamente relevante. La adherencia categorizada mostró diferencias significativas entre perfiles ($\chi^2(2)=6,418$; $p=0,040$), observándose mayor proporción de alta adherencia en resilientes (25%) frente a vulnerables (16,2%).

Respecto a los predictores, en resilientes la depresión predijo de forma significativa peor adherencia ($\beta=-0,285$; $p=0,040$), mientras que, en vulnerables, paradójicamente, una mejor cognición global (MoCA) se asoció a menor adherencia ($\beta=-0,487$; $p=0,035$). La memoria inmediata (MIS) y la edad mostraron tendencias de influencia en ambos perfiles, sin alcanzar significación estadística.

Conclusiones: Existen perfiles psicológicos diferenciados en hemodiálisis que modulan de manera específica la adherencia farmacológica. En pacientes resilientes, los síntomas depresivos actúan como un factor crítico de riesgo, subrayando la importancia de su detección y abordaje precoz. En pacientes vulnerables, el impacto paradójico de la conciencia cognitiva sobre la adherencia plantea la necesidad de estrategias psicoeducativas específicas que contemplan la percepción de control y resignificación de la enfermedad. Estos hallazgos evidencian la necesidad de intervenciones clínicas personalizadas, adaptadas a las características psicológicas de cada paciente, para optimizar los resultados terapéuticos en hemodiálisis.

513 SENESCENCIA CELULAR Y FRAGILIDAD CLÍNICA EN LA ERC: IMPLICACIONES DIAGNÓSTICAS Y TERAPÉUTICAS DEL FENOTIPO SASP

GO. ORTIZ DÍAZ¹, MR. RODRÍGUEZ SAN PEDRO¹, GV. VALERA ARÉVALO¹, JC. CARO ESPADA², EM. MORALES RUIZ³, JC. CARRACEDO AÑÓN¹, NG. GUERRA PÉREZ¹, RR. RAMÍREZ CARRACEDO¹

¹INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN HOSPITAL 12 DE OCTUBRE. HOSPITAL UNIVERSITARIO (MADRID/ESPAÑA); ²SERVICIO DE NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE (MADRID/ESPAÑA); ³DPTO. DE CIRUGÍA, CIENCIAS MÉDICAS Y SOCIALES. UNIVERSIDAD DE ALCALÁ DE HENARES (MADRID/ESPAÑA)

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

Grupo de Neuroinmunología, Envejecimiento y Nutrición

Introducción: La enfermedad renal crónica (ERC) se puede asociar en muchos pacientes con el desarrollo de fragilidad, cuyo diagnóstico es exclusivamente clínico y se realiza mediante escalas de valoración como la de Fried o la de Edmonton. Por tanto, considerando el desconocimiento molecular en este campo, este trabajo propone la inflamación crónica y la senescencia celular, comunes en la ERC y convergentes en la generación de un fenotipo secretor senescente (SASP), como mecanismos centrales de este proceso.

Materiales y métodos: Se obtuvieron muestras de sangre de 103 sujetos que se agruparon en controles sanos (CT), pacientes con ERC no frágiles (NF) y frágiles (F). Además, los pacientes con ERC incluidos pertenecían a grupos de enfermedad renal crónica avanzada, diálisis peritoneal, hemodiálisis y trasplante renal. Las muestras se procesaron para la obtención del plasma y, mediante métodos fluorométricos (Luminex[®] xMAP[®]) y colorimétricos (ELISA), se cuantificaron 24 moléculas SASP. Los resultados obtenidos fueron analizados con el software SPSS.

Resultados: Se identificó un incremento generalizado en los niveles de citoquinas proinflamatorias en el grupo F en comparación con el grupo NF, siendo especialmente destacable en el factor de necrosis tumoral alfa (TNF α \Rightarrow F = 31,61 pg/mL; NF = 20,25 pg/mL; p = 0,01) y en la interleuquina-18 (IL-18 \Rightarrow F = 45,11 pg/mL; NF = 25,41 pg/mL; p = 0,000). En contraste, la interleuquina-1 α mostró una reducción en F respecto a NF (IL-1 α \Rightarrow F = 11,21 pg/mL; NF = 16,11 pg/mL; p = 0,05). Asimismo, se observó un aumento en quimiocinas como fractalquina en F frente a NF (Fractalquina \Rightarrow F = 153,62 pg/mL; NF = 100,77 pg/mL; p = 0,01). Finalmente, los niveles de factores de crecimiento como el factor de crecimiento de fibroblastos 21 (FGF21 \Rightarrow F = 279,10 pg/mL; NF = 241,78 pg/mL; p = 0,01) y el factor de diferenciación de crecimiento 15 (GDF15 \Rightarrow F = 10.346,86 pg/mL; NF = 10.572,41 pg/mL; p = 0,05) también se encontraron aumentados en el grupo F en comparación con NF.

Conclusiones: Dada la mayor expresión del SASP en pacientes con ERC y fragilidad clínica que en pacientes con ERC no frágiles, la inflamación crónica y la senescencia celular se perfilan como mecanismos moleculares subyacentes al desarrollo de esta comorbilidad. Por tanto, las moléculas SASP pueden emplearse como biomarcadores fiables para el diagnóstico y pronóstico de fragilidad clínica en la ERC, así como dianas para su tratamiento.

514 RASE-4HD: NUEVA HERRAMIENTA PREDICTIVA PARA EL CRIBADO ESTRUCTURADO DE FRAGILIDAD EN PACIENTES EN HEMODIÁLISIS

S. CAPARRÓS MOLINA¹, R. PONCE-VALERO², A. LUPIAÑEZ-BARBERO³, E. TAPIAS-SUAREZ⁴, A. RIBAS-PAULET⁵, J. ZUÑIGA-VERGARÁ⁶, M. EL-MANOUARI⁷, S. MARTINEZ-VAQUERA⁸

¹DIRECTORA MEDICA VIRGEN DE MONTSERRAT. DIAVERUM (CATALUÑA); ²PSICOLOGIA CLINICA. DIAVERUM (CATALUÑA); ³NUTRICIÓN. DIAVERUM (CATALUÑA); ⁴TRABAJO SOCIAL. DIAVERUM (CATALUÑA); ⁵SUPERVISIÓN ENFERMERIA VIRGEN DE MONTSERRAT. DIAVERUM (CATALUÑA); ⁶NEFROLOGIA VIRGEN DE MONTSERRAT. DIAVERUM (CATALUÑA); ⁷DIRECTORA MEDICA. DIAVERUM (ESPAÑA)

Introducción: La fragilidad en pacientes con ERCA en hemodiálisis se asocia a peores desenlaces clínicos. Sin embargo, las escalas tradicionales como la Clinical Frailty Scale (CFS) o la Edmonton Frail Scale (EFS), están limitadas en entornos clínicos por su dependencia de tiempo o formación específica. Este estudio presenta el Rapid Assessment for Screening End-stage frailty - Hemodialysis (RASE-4HD), una nueva herramienta predictiva basada en ítems clínicos habituales, para facilitar el cribado estructurado de forma eficiente y aplicable en la práctica asistencial.

Material y método: Estudio transversal y analítico con 146 pacientes en programa de hemodiálisis crónica. Se incluyeron 71 pacientes en el análisis final, tras aplicar criterios de exclusión por incompatibilidades metodológicas. Se evaluaron 20 ítems provenientes de tres escalas validadas (EFS, CFS y Valoración Integral Geriátrica - VIG). Mediante análisis ROC y regresión logística, se seleccionaron los cuatro predictores con mayor capacidad discriminativa (AUC > 0,73; p < 0,05) y sin redundancia conceptual: EFS-GFS2, VIG-Barthel, EFS-Continencia y VIG-Función cardiaca. Estos conformaron el modelo base del RASE-4HD, definiendo fragilidad como CFS \geq 4. Se generó una variable predictiva y se aplicó validación cruzada interna para valorar la estabilidad del modelo. Se utilizaron análisis ROC, coeficientes R² de Cox & Snell y Nagelkerke, y prueba de Hosmer-Lemeshow para evaluar ajuste y capacidad explicativa.

Resultados: La edad media fue de 69,1 años (DE = 16,0; rango: 20-94), con un 51,7 % de mujeres, el 92,4 % con hipertensión arterial y el 46,9 % diabetes mellitus tipo 2. El modelo RASE-4HD explicó el 88,9 % de la varianza (R² de Nagelkerke), con una tasa de clasificación del 94,4 % y ajuste excelente (Hosmer-Lemeshow p = 0,957). Las cuatro variables seleccionadas mostraron una elevada capacidad predictiva: VIG-Cardiaca (OR = 187,17), EFS-Continencia (OR = 33,46), VIG-Barthel (OR = 21,31) y EFS-GFS2 (OR = 15,57), todas con significación estadística (p < 0,05). El área bajo la curva (AUC) fue de 0,991 frente a la escala CFS y de 0,962 frente a EFS, superando el rendimiento individual de ambas herramientas.

Conclusiones: Proponemos el RASE-4HD como una herramienta robusta, válida y práctica para el cribado de fragilidad en HD. Basado en datos clínicos rutinarios, de fácil implementación sin añadir carga asistencial. Su rendimiento predictivo es excelente y justifica su validación externa. Esto representa un avance en la estratificación funcional de pacientes en hemodiálisis, con implicaciones directas para la calidad asistencial y la personalización del tratamiento.

515 RESANNA-CKD-HD: EVALUACIÓN MULTIDIMENSIONAL COMPUESTA DE FRAGILIDAD EN PACIENTES EN HEMODIÁLISIS

S. CAPARRÓS-MOLINA¹, R. PONCE-VALERO², A. LUPIAÑEZ-BARBERO³, E. TAPIAS-SUAREZ⁴, A. RIBAS-PAULET⁵, JM. ZUÑIGA-VERGARÁ⁶, M. EL-MANOUARI⁷, S. MARTINEZ-VAQUERA⁸

¹DIRECTORA MEDICA VIRGEN DE MONTSERRAT. DIAVERUM (CATALUÑA); ²PSICOLOGIA CLINICA. DIAVERUM (CATALUÑA); ³NUTRICIÓN. DIAVERUM (CATALUÑA); ⁴TRABAJO SOCIAL. DIAVERUM (CATALUÑA); ⁵SUPERVISIÓN ENFERMERIA VIRGEN DE MONTSERRAT. DIAVERUM (CATALUÑA); ⁶NEFROLOGIA. DIAVERUM (CATALUÑA); ⁷NEFROLOGIA VIRGEN DE MONTSERRAT. DIAVERUM (CATALUÑA); ⁸DIRECTORA MEDICA. DIAVERUM (ESPAÑA)

Introducción: La fragilidad en pacientes en hemodiálisis (HD) es un factor predictor de complicaciones clínicas, hospitalizaciones y mortalidad. Sin embargo, las herramientas tradicionales como EFS, CFS o el índice VIG no recogen de forma integral aspectos clave como el estado cognitivo, emocional, nutricional o social, relevantes en el paciente en HD. En este contexto, se propone el desarrollo del instrumento RESANNA-CKD-HD (Relational, Emotional, Social, Autonomy, Nutritional and Nephrological Assessment - Chronic Kidney Disease - Hemodialysis), una escala compuesta de 20 ítems que permite un abordaje global y sintético de la fragilidad.

Material y método: Estudio observacional, transversal y analítico con 146 pacientes en hemodiálisis crónica. Tras excluir aquellos que no cumplían los criterios de aplicabilidad, se analizó una muestra final de 71 pacientes. Se administraron escalas funcionales (EFS), cognitivas (MoCA), emocionales (GDS-SV, GAI), de percepción de enfermedad (B-IPQ), autoeficacia (CKD-SE), y datos objetivos nutricionales (DPE, albúmina) y sociales (Matriz Social), empleando versiones validadas en población española. Se calcularon correlaciones bivariadas entre cada uno de los 172 ítems obtenidos y la puntuación global del EFS. Aquellos con significación estadística (p < 0,05; r o p > 10,30), sin redundancia conceptual y baja colinealidad (VIF < 10), fueron seleccionados. Posteriormente, se construyó un modelo de regresión lineal múltiple jerárquico para determinar su capacidad explicativa.

Resultados: La muestra final incluyó 71 pacientes prevalentes en hemodiálisis, con una edad media de 69,1 años (rango: 20-94), y un 51,7 % de mujeres. El 92,4 % presentaba hipertensión arterial y el 46,9 % diabetes mellitus tipo 2, configurando un perfil clínico característico de alta complejidad. De los 172 ítems analizados, se seleccionaron 20 variables con correlación estadísticamente significativa con el EFS (p < 0,05; r o p > 10,30), sin solapamientos conceptuales ni colinealidad (VIF < 10). Estos ítems se distribuyeron en siete dimensiones clave: funcionalidad, cognición, estado emocional, percepción de enfermedad, autoeficacia, nutrición y red social. El modelo de regresión lineal múltiple jerárquico explicó el 92,4 % de la varianza del EFS (R² = 0,924), con independencia aceptable de los errores (Durbin-Watson = 2,60) y sin problemas de multicolinealidad (VIF medio < 4,5).

Conclusiones: El RESANNA-CKD-HD representa una propuesta sólida y coherente con el concepto de fragilidad multidimensional, al integrar aspectos frecuentemente evaluados de forma aislada. Su potencial aplicación clínica reside en facilitar la identificación precoz de perfiles vulnerables y guiar decisiones terapéuticas individualizadas. Futuros estudios deberán validar su sensibilidad al cambio y utilidad transversal en distintos entornos nefrológicos.

516 ¿EXISTEN DIFERENCIAS EN FUNCIÓN DEL FILTRADO GLOMERULAR EN LA SITUACIÓN FUNCIONAL Y FRAGILIDAD DE PACIENTES MAYORES CON ESTENOSIS AÓRTICA GRAVE CANDIDATOS A REEMPLAZO VALVULAR?

DM. MONTEJO HERNÁNDEZ¹, ME. ENCUNTRA SOPENA¹, LS. SAMANIEGO VEGA¹, SR. RODRÍGUEZ ARIAS¹, AM. MEDINA NIETO¹, BS. SAMANIEGO LAMPÓN¹, EL. LÓPEZ ÁLVAREZ¹, PA. AVANZAS FERNÁNDEZ², JG. GUTIÉRREZ RODRÍGUEZ³, PS. SOLLA SUÁREZ¹

¹GERIATRÍA. HOSPITAL MONTE NARANCO (OVIEDO/ESPAÑA); ²GERIATRÍA. HOSPITAL CRUZ ROJA DE MADRID (MADRID/ESPAÑA); ³CARDIOLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS (OVIEDO/ESPAÑA)

Introducción: La estenosis aórtica (EAO) grave sintomática es una entidad prevalente en mayores y se asocia a deterioro funcional y mortalidad en ausencia de un reemplazo valvular aórtico (RVAo). Este procedimiento es de carácter invasivo, por lo que es esencial una valoración detallada del balance beneficio/riesgo antes de su indicación. Aunque un filtrado glomerular (FGe) disminuido se ha asociado a fragilidad, esta relación no ha sido explorada en profundidad en mayores con EAO.

Objetivos: Analizar potenciales diferencias en la situación funcional y en fragilidad según el FGe en pacientes mayores con EAO grave candidatos a RVAo.

Métodos: Estudio prospectivo, incluyendo pacientes \geq 75 años con EAO grave sintomática candidatos a RVAo, evaluados mediante Valoración Geriátrica Integral (VGI) previa al procedimiento. El FGe se calculó con CKD-EPI, considerándose alterado si <60 mL/min/1,73m². Se compararon variables funcionales entre grupos según el FGe. La fragilidad se valoró utilizando la Short Physical Performance Battery (SPPB), considerándose fragilidad puntuaciones \leq 6.

Resultados: Incluidos 755 pacientes, 55,6% mujeres, edad media 83,7 \pm 4,4 años. SPPB medio 8 \pm 2,6 puntos, identificándose fragilidad en el 25,6%. Índice Lawton medio 5,1 \pm 2,2, el 44,2% independientes para actividades instrumentales; Barthel 91,5 \pm 13, el 66,2% independientes para básicas. Enfermedades más prevalentes: HTA (76,2%), DL (59,2%), FA (33,9%), IC (31,1%), DM (30,7%), anemia (30,7%) y ERC (21,1%). El 54,8% (414 pacientes) presentaba FGe.

Conclusiones: En pacientes mayores con EAO grave candidatos a RVAo, un FGe reducido se asoció a mayor prevalencia de fragilidad.

■ **Tabla 1.** Diferencias según filtrado glomerular estimado (FGe) en variables funcionales: análisis univariante.

Variables n (%)	FGe <60 mL/min/1,73 m ²		p-valor
	No	Si	
Short Physical Performance Battery	8,3 \pm 2,6	7,8 \pm 2,7	0,007
- Fragilidad	71 (20,8)	122 (29,5)	0,007
Índice Lawton	5,3 \pm 2,2	5,2 \pm 2	0,109
- Dependencia AIVD	173 (50,7)	248 (59,9)	0,012
Índice Barthel	92,5 \pm 12,2	90,6 \pm 13,6	0,052
- Dependencia ABVD	105 (30,8)	150 (36,2)	0,116

Resultados en n (%) o media \pm DE. FGe: filtrado glomerular estimado; AIVD: actividades básicas de la vida diaria; ABVD: actividades básicas de la vida diaria.

Resúmenes

Ejercicio físico, fragilidad y esfera psicosocial

517 ANÁLISIS DE FRAGILIDAD EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA AVANZADA

J.A. CIDONCHA MURILLO¹, LM. BUENO MENA-BERNAL², P. RECIO CASERO³, I. CARDENAS CONCEJERO⁴, M. ACEVEDO RIBO⁵, L. BASSA⁶, ML. AMOEDO⁷, FJ. TORO PRIETO⁸

¹NEFROLOGIA. HUVR (ESPAÑA), ²NEFROLOGIA. HUVR (ESPAÑA), ³NEFROLOGIA. HUVR (ESPAÑA)

Introducción: La fragilidad se caracteriza por disminución progresiva de reserva fisiológica que conlleva mayor vulnerabilidad ante estresores, asociándose a peores desenlaces clínicos. Su detección precoz en enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) permite optimizar el abordaje multidisciplinar del paciente y mejorar la planificación terapéutica.

Objetivo: Evaluar la prevalencia de fragilidad y características clínicas en pacientes que llegan por primera vez a consultas de ERCA durante 2024.

Metodología: Estudio observacional retrospectivo en pacientes con enfermedad renal crónica estadios 4 y 5 no en diálisis. Se analizan datos demográficos, comorbilidad, índice de masa corporal (IMC), Escala FRAIL. Índice de Barthel, polifarmacia (≥ 10 fármacos) y datos analíticos: filtrado glomerular por CKD-EPI, hemoglobina (Hb), proteína C reactiva (PCR), NT-ProBNP, CA 125, cociente albumina creatinina en orina (CAC).

Resultados: Se analizaron 382 pacientes, 57,3% varones, edad media 72 años. 54,2% DM tipo 2, 86,4% HTA, 38,3% etiología vascular, FRAIL: 40,5% frágil y 58,9% prefrágil. Barthel: 54,5% independientes y 27% dependencia moderada. IMC medio 28,55 (76,5% con sobrepeso u obesidad). 42,7% polimedicados. Analítica con FGe medio 20 ml/min. CAC 228 mg/g, Hb 12 gr/dl. PCR 3,4. La fragilidad se correlacionó con la edad de forma significativa. Es más frecuente en diabéticos, con IMC más elevado, polimedicados y PCR, NT-ProBNP y CA 125 más elevada, pero sin llegar a la significación.

Conclusión: En nuestra serie la prevalencia de fragilidad es muy elevada. La integración de escalas funcionales y parámetros analíticos podría permitir una estratificación de riesgo más personalizada y eficiente.

518 ÍNDICES DE FRAGILIDAD (FRAIL, CLINICAL FRAIL SCALE, VIG FRAGIL), ESTADO FÍSICO (FUERZA PRENSORA, SPPB Y TEST LEVANTA Y CAMINA), CORRELACIÓN CON VALORACIÓN ANALÍTICA DE FUNCIÓN RENAL, ANEMIA, FERROPENIA, CONGESTIÓN CARDIOPULMONAR E HIPERPARATIROIDISMO EN LA CONSULTA DE NEFROGERIATRÍA

FJ. LAVILLA ROYO¹, L. GARRIZ MORENO², G. BUADEZ LUCAS³, AM. HURTADO PAMIES⁴, CB. ULLOA CLAVIJO⁵, L. FERNANDEZ LORENTE⁶, PL. MARTIN MORENO⁷, JM. MORA GUTIERREZ⁸, LJ. CASTAÑEDA INFANTE⁹, N. GARCIA FERNANDEZ¹⁰

¹NEFROLOGIA. CLINICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA (PAMPLONA/ESPAÑA), ²FACULTAD MEDICINA. UNIVERSIDAD DE NAVARRA (PAMPLONA/ESPAÑA)

Objetivos: Inclusión de índices de fragilidad (IF) (FRAIL -F-, clinical frail scale -CFS-, VIG FRAGIL -VF- en la consulta de nefrogeriatria, así como de índices de estado físico (fuerza prensora -FP-, SPPB, Test Levanta y camina -TLC-). Estudio descriptivo. Valoración de asociaciones. Influencia de la ERCA.

Material y métodos: Se han incluido 232 pacientes Edad media de 81.9 años (EE 0.388) Varones 52.6%. ERC 66.1% Se valoró creatinina, CKD EPI creatinina, cistatina, CKD EPI cistatina, CKD EPI creatinina cistatina, Índice sarcopénico (IS), cociente albumina/creatinina (CAC), PTH intacta, hemoglobina, ferritina. Presencia de ERC.

Resultados: Evaluación índices de fragilidad (medias, EE): F 1.04 (0.071) CFS 1.78 (0.086), VF 0.171 (0.0075).

Asociaciones significativas ($p < 0.001$) entre los tres IF, especialmente F con CFS ($r = 0.761$) y CFS con VF ($r = 0.661$).

Asociaciones IF con estado físico, significativas ($p < 0.001$) especialmente SPPB con F (-0.737), CFS (-0.688) y VF (-0.549). TLC con F (0.601), CFS (0.567) y VF (0.537).

Asociación IF con estudios analíticos significativas ($p < 0.01$): Con función renal se asocian los tres IF con CKD EPI creatinina, CKD EPI cistatina y CKD EPI creatinina-cistatina de forma similar F ($r = -0.325$, -0.343, -0.300), CFS ($r = -0.323$, -0.312, -0.310), VF ($r = -0.356$, -0.365, -0.377).

Ferritina ($r = 0.329$, 0.365, 0.373), BNP ($r = 0.362$, 0.324, 0.290) El IS con FP ($r = 0.374$, $p < 0.001$).

Asociación estado físico con estudios analíticos. FP no se asocia, SPPB y TLC con CKD EPI creatinina (0.286 $-p < 0.001$ -, -0.240 $-p = 0.025$), CKD cistatina (0.229 $-p = 0.039$ -, -0.411 $-p = 0.006$). Ferritina (-0.307 $-p = 0.002$ -, 0.327 $-p = 0.018$ -).

No encontramos correlación entre IF, estado físico con ortostatismo. Presencia de ERC.

IF según presencia de ERC (no/si) F 0.92 EE 0.135 vs 1.14 EE 0.105 ($p = 0.208$), CFS 1.47 EE 0.133 vs 1.61 EE 0.262 ($p = 0.055$), VF 0.135 EE 0.015 vs 0.175 EE 0.008 ($p = 0.016$) Los índices de estado físico según ERC no se apreciaron diferencias.

Existían diferencias (no/si) en CKD EPI creatinina 63,1 EE 2.5 vs 39.82 EE 1.31, CKD EPI cistatina 52.71 EE 3.1 vs 37.81 EE 2.3, CKD EPI creatinina cistatina 56.82 EE 3.3 vs 38.52 EE 2.1 ($p < 0.001$). En IS (no/si) 80.75 EE 2.77 vs 95.1 EE 1.3 ($p = 0.005$). En CAC (no/si) 73.91 EE 21.1 vs 253.6 EE 49.9 ($p = 0.022$) y PTH 75.06 EE 14.9 vs 107.5 EE 9.1 $p = 0.085$. Se apreció tendencia a mas cambios ortostáticos en ERC Sistólica 6.07 EE 12.8 vs -8.77 EE 2.4 ($p = 0.132$) y diastólica -0.9231 EE 1.02 vs -2.8 EE 0.84 ($p = 0.176$).

Conclusiones: La inclusión de índices de fragilidad permite una aproximación a la valoración geriátrica integral que precisa la persona mayor en la consulta de nefrogeriatria. Se observa asociación entre fragilidad y estado físico. También entre función renal, con fragilidad y estado físico.

Sorprende la relación paradójica entre la ferritina y la fragilidad-estado físico. Respecto a la ERC, se aprecia deterioro mayor de los índices de fragilidad y una mayor tendencia a presentar ortostatismo pero sin diferencias en el estado físico aunque el índice sarcopénico era mayor.

519 ÍNDICES DE FRAGILIDAD (FRAIL, CLINICAL FRAIL SCALE, VIG FRAGIL) Y ESTADO FÍSICO (FUERZA PRENSORA, SPPB Y TEST LEVANTA Y CAMINA), CORRELACIÓN CON ESTADO DE BIENESTAR EN CONSULTA DE NEFROGERIATRÍA. APROXIMACIÓN AL PROBLEMA DE LA SOLEDAD

FJ. LAVILLA ROYO¹, MN. BASTIDA IÑARREA², AM. CARVAJAL REYES³, A. ZABALZA SEGUIN⁴, M. SERRANO ALONSO⁵, E. POLO TRAPERO⁶, B. PALOMA MORA⁷

¹NEFROLOGIA. CLINICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA (PAMPLONA/ESPAÑA), ²FARMACIA. CLINICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA (PAMPLONA/ESPAÑA), ³ENFERMERIA. CLINICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA (PAMPLONA/ESPAÑA)

Objetivos: Inclusión de índices de fragilidad (IF) (FRAIL -F-, CLINICAL FRAIL SCALE -CFS-, VIG FRAGIL -VF-) y evaluaciones del estado físico (Fuerza prensora -FP-, SPPB. Test levanta y camina -TLC-) en la consulta de nefrogeriatria, correlación con estado de bienestar.

Material y métodos: Se han incluido 345 pacientes Edad media de 80.6 años (EE 0.381) Varones 72%. Se valoró estado de bienestar (EB). Se aplicó en la consulta una encuesta mediante una rueda de salud que categorizaba de 1 a 3 el seguimiento de la dieta, actividad física, calidad del sueño, control de la salud, seguimiento medicación, actividad laboral-diaria, entorno socio-familiar (1: soledad no deseada, 2: soledad acompañada, 3 acompañamiento adecuado) y estado emocional (1: negativo, 2: neutro, 3 positivo). Al final el paciente puntuaba su estado de salud en una escala de 1 a 10 (malestar a bienestar).

Resultados: Evaluación puntuación EB, índices de fragilidad (medias, EE): EB 7.28, (0.083) F 1.12 (0.066) CFS 1.74 (0.073), VF 0.171 (0.0075). Asociaciones significativas ($p < 0.001$) entre EB con IF, F (-0.326) CFS (-0.242) y VF (-0.201), y con estado físico SPPB (0.296) y TLC (-0.250).

Aspectos que influyen en el EB. En la población, estado emocional (t 7.314, $p < 0.001$) y actividad física (t 10.868, $p < 0.001$) Según categorización FRAIL: NO FRAGIL estado emocional (t 8.058, $p < 0.001$) y la actividad física (t 2.414, $p = 0.017$). En PREFRAGIL y FRAGIL el estado emocional (t 6.757, $p < 0.001$) como única variable significativa.

Puntuaciones según estado emocional (1: malo, 2: regular, 3 bueno) de IF: F ($p < 0.001$) (1: 1.67 EE 0.373, 2: 1.49 EE 0.137, 3: 0.86 EE 0.076), CFS ($p = 0.004$) (1: 2.11 EE 0.484, 2: 1.95 EE 0.145, 3: 1.48 EE 0.074). No apreciamos diferencias significativas con estado físico, tan solo en pacientes con ERC se aprecia diferencias en SPPB (1: 7.00 EE 3.00, 2: 7.83 EE 0.58, 3: 9.43 EE 0.223).

Factores protectores respecto al estado emocional: Actividad (t 7.830, $p < 0.001$) y entorno (t 3.475 $p < 0.001$) En pacientes con ERC solo la actividad (t 7.209 $p < 0.001$).

Puntuaciones según entorno de IF: F ($p = 0.025$) (1: 1.11 EE 0.216, 2: 1.33 EE 0.110, 3: 0.93 EE 0.091), CFS ($p = 0.002$) (1: 1.79 EE 0.282, 2: 1.95 EE 0.138, 3: 1.45 EE 0.076). y con el estado físico la FP ($p < 0.001$) (1: 18.23 EE 1.99, 2: 19.01 EE 0.088, 3: 25.4 EE 1.05). En pacientes con ERC el F ($p = 0.063$) (1: 0.9 EE 0.314, 2: 1.43 EE 0.107, 3: 0.97 EE 1.34 EE 0.124), CFS ($p = 0.036$) (1: 1.8 EE 0.389, 2: 2.05 EE 0.18, 3: 1.54 EE 0.103), la FP ($p < 0.001$) (1: 14.3 EE 1.69, 2: 19.405 EE 1.19, 3: 23.32 EE 0.66) y SPPB (1: 8.71 EE 0.918, 2: 8.27 EE 0.402, 3: 9.46 EE 0.280).

Conclusiones: La aplicación de herramientas de coaching en la consulta de nefrogeriatria puede ayudar a valorar la fragilidad desde otro punto de vista, haciendo hincapié en el estado emocional y en estrecha relación con la actividad que desarrollan y el entorno o presencia de soledad (la soledad acompañada, en la que se incluyen cuidadores con familiar enfermo, presentan un deterioro de la puntuación similar a la soledad no deseada). En pacientes con ERC influye de forma más importante estado físico y actividad.

520 APLICACIÓN DE HERRAMIENTAS DE COACHING DE VIDA EN LA CONSULTA DE NEFROLOGIA, VALORACIÓN DEL ESTADO DE BIENESTAR. RELACIÓN CON LA EDAD Y LA PRESENCIA DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

FJ. LAVILLA ROYO¹, AM. HURTADO PAMIES², G. BUADEZ LUCAS³, M. BAZTAN ILUNDAIN⁴, L. FERNANDEZ LORENTE⁵, CB. ULLOA CLAVIJO⁶, LJ. CASTAÑEDA INFANTE⁷, JM. MORA GUTIERREZ⁸, PL. MARTIN MORENO⁹, N. GARCIA FERNANDEZ¹⁰

¹NEFROLOGIA. CLINICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA (PAMPLONA/ESPAÑA)

Objetivos: Valoración del estado de bienestar en pacientes atendidos en la consulta de Nefrología e Hipertensión arterial. Valoración de la edad. Papel del envejecimiento.

Material y métodos: Se incluyeron 1567 pacientes (Agosto 2022-Abril 2025) Edad media 63 años (EE 0.053) Varones 63.7%. Se valoró estado bienestar (EB) mediante encuesta que categorizaba de 1 a 3 el seguimiento de la dieta, actividad física, calidad del sueño, control de la salud, seguimiento medicación, actividad laboral-diaria, entorno socio-familiar y estado emocional (1: negativo, 2: neutro, 3 positivo). Al final el paciente puntuaba su estado de bienestar en una escala de 1 a 10 (malestar a bienestar).

Resultados: Población sin ERC Evaluación puntuación EB (media, EE): EB 7.39, (0.053). Hay leve asociación con edad ($r = -0.132$, $p < 0.001$).

Factores que influyen en EB: estado emocional (t 12.9 $p < 0.001$) y ejercicio físico (t 7.621 $p < 0.001$). En estado emocional influye sobre todo ($p < 0.001$) actividad (t 10.052) y entorno (t 7.018).

Según grupos edad: Si valoramos presencia de entorno adecuado (en ausencia de soledad no deseada o acompañada) la incidencia baja por edad.

En pacientes con ERC (43,7%) Edad media 74.58 años (EE 0.416). Evaluación puntuación EB (media, EE): EB 7.43, (0.100) No hay asociación con edad ($r = -0.061$, $p = 0.016$).

Factores que influyen en EB: estado emocional (t 7.025 $p < 0.001$) y ejercicio físico (t 4.01 $p < 0.001$). En el estado emocional influye ($p < 0.001$) actividad (t 11.052) y entorno (t 8.276).

Según grupos de edad en EB influye: $p < 0.001$ y ejercicio físico (t 3.114 $p < 0.001$), igual o mayor 75 años estado emocional (t 3.074 $p < 0.001$) y ejercicio físico (t 2.321 $p = 0.021$). En estado emocional mayores 75 años actividad (t 8.803) y entorno (t 4.959).

Si valoramos la presencia de entorno adecuado la incidencia baja por edad.

Conclusiones: La aplicación de coaching en consulta nefrogeriatria ayuda a valorar al paciente desde otro punto de vista, haciendo hincapié en el estado emocional y en estrecha relación con la actividad que desarrollan y entorno o presencia soledad. La ERC no plantea diferencias significativas respecto patrones observados, salvo en mayor influencia del ejercicio físico en estado de bienestar y menor presencia de entorno problemático en mayores.