



Hemodiálisis, Diálisis Peritoneal y Nutrición: Trabajos Originales.

Comunicaciones del XXI Congreso Latinoamericano de Nefrología e Hipertensión & VII Congreso Nacional de Nefrología e Hipertensión. Sociedad Ecuatoriana de Nefrología, Diálisis y Trasplante. Guayaquil, 27 al 30 de agosto de 2025.



SLANH 2025

Submission Deadline
June 13, 2025

Recibido: Julio 2, 2025.

Aceptado: Agosto 2, 2025.

Publicado: Agosto 7, 2025.

Editor: Dr. Franklin Mora B.

Como citar:

Hemodiálisis, Diálisis Peritoneal y Nutrición: Trabajos Originales. Comunicaciones del XXI Congreso Latinoamericano de Nefrología e Hipertensión & VII Congreso Nacional de Nefrología e Hipertensión. Sociedad Ecuatoriana de Nefrología, Diálisis y Trasplante. Guayaquil, 27 al 30 de agosto de 2025. REV SEN 2025;13(S1):342-434

DOI: <http://doi.org/10.56867/139>

Sociedad Ecuatoriana de Nefrología, Diálisis y Trasplantes.

ISSN-L: 2953-6448



Copyright 2025, SLANH. This article is distributed under the [Creative Commons CC BY-NC-SA 4.0 Attribution License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/), which allows the use and redistribution of the article, citing the source and the original author for non-commercial purposes.

Resumen

La hemodiálisis ha tenido un avance en esta década: la hemodiafiltración, ha demostrado mejor supervivencia y mejores resultados para el control de síntomas cardiovasculares, fósforo, prurito, menor uso de eritropoyetina. La mejora de la respuesta medular en parte es la necesidad de agua ultrapura como parte del tratamiento de hemodiafiltración que ha sido requerido como parte del sistema “En línea” que es una tarea pendiente en hemodiálisis. Las novedades de las presentes comunicaciones se emplazan en que la HDF provoca menos síntomas ambulatorios para los pacientes comparada con la HD. En otro estudio se compara la diálisis peritoneal versus la HDF para pacientes mayores de 75 años, otorgando una diferencia abismal entre escoger HDF con menor mortalidad. Otro estudio estudia la calidad de vida en HDF versus HD, la cual es impactantemente mejor con HDF. Otro estudio mide la remoción de B2 microglobulina comparando HDF versus HD expandida, nuevamente dando resultados ventajosos a la HDF. Presentamos los mejores posters del congreso.

Palabras claves:

Hemodiálisis, Diálisis Peritoneal, Nutrición, biomarcadores, Hemodiafiltración.



La HDF y la DP se asocian con menos complicaciones infecciosas relacionadas con el acceso a diálisis en pacientes con ERC 5D: resultados parciales de un estudio multicéntrico brasileño en la vida real

Hemodiálisis, Diálisis Peritoneal y Nutrición

Concurso E-POSTER

Trabajo original

Daniela Ponce

Hospital das Clínicas (HC-FMB) UNESP, Brasil.

daniela.ponce@unesp.br

Camila Albuquerque Alves

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, Brasil.

Cassia Lopes Dantas

Unicamp, Brasil.

Tales Dantas Vieira

Rede Nefrostar, Brasil.

Ana Paula Rovani Cardoso

Hospital das Clínicas da Faculdade Medicina de Botucatu, Brasil.

lara.dionizio@unesp.br

camila.albuquerque@unesp.br

Hospital das Clínicas da Faculdade Medicina de Botucatu, Brasil.

Bianca Vitória dos Santos Barbosa

bianca.vs.barbosa@unesp.br

Hospital das Clínicas da Faculdade Medicina de Botucatu, Brasil.

Helen Dias Martins

Hospital das Clínicas da Faculdade Medicina de Botucatu, Brasil.

Erica Pires da Rocha

Nefrostar, Brasil.

Christiane Akemi Kojima

Nefrostar, Brasil.

Maryanne Zilli Canedo da Silva

maryanne.zilli@unesp.br

Hospital das Clínicas da Faculdade Medicina de Botucatu, Brasil.

Luis Gustavo Modelli de Andrade

Hospital das Clínicas da Faculdade Medicina de Botucatu, Brasil.

Introducción: La elección del método de diálisis puede impactar directamente en la aparición de complicaciones infecciosas relacionadas con el acceso a diálisis en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) 5 D. La HDF se ha asociado con una menor inflamación y un mejor control de las toxinas urémicas, y puede influir en la reducción de estos eventos infecciosos. Sin embargo, los estudios que evalúan las complicaciones infecciosas entre modalidades aún son escasos en América Latina y carecen de validación en poblaciones reales y heterogéneas.

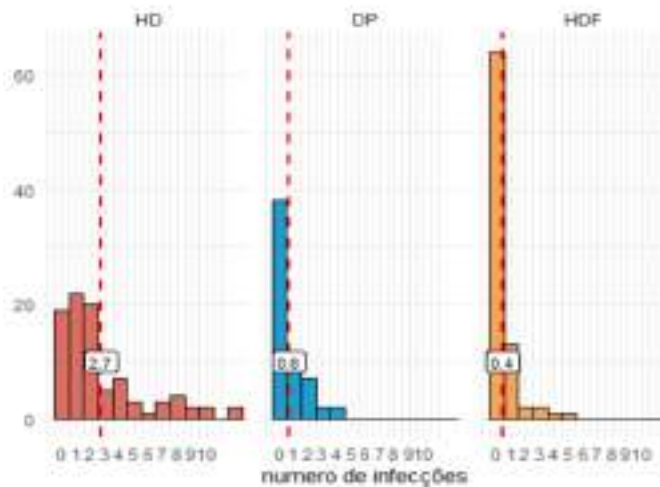
Objetivo: Evaluar la prevalencia de complicaciones infecciosas relacionadas con el acceso a diálisis en pacientes sometidos a tres métodos de diálisis diferentes (HDF, HD y DP).

Materiales y métodos: Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo brasileño multicéntrico con pacientes con ERC 5D, incidentes en TRR entre enero de 2019 y septiembre de 2024, seguidos durante al menos 24 meses o hasta la aparición de un resultado (peritonitis, infección del torrente sanguíneo o infección del orificio de salida). Los pacientes se clasificaron según el primer método de diálisis mantenido (HD, DP o HDF). Se excluyeron aquellos con neoplasias malignas activas, mujeres embarazadas, aquellos en cuidados paliativos o aquellos que cambiaron de modalidad al comienzo de la TRS. Los datos se extrajeron de las historias clínicas electrónicas, incluidas las variables clínicas, sociodemográficas y de laboratorio, y el número de infecciones relacionadas con el acceso (catéter, fístula o peritonitis). Solo se consideraron en el análisis los pacientes con resultados documentados. Las variables continuas se describieron como mediana y rango intercuartílico. El número de infecciones de acceso se analizó mediante modelos de regresión cuasi-poisson. En el análisis multivariado se incluyeron variables con $p < 0,10$ en el análisis univariado, excluyendo variables colineales. El tipo de acceso se consideró colineal con el método de diálisis.

Resultados parciales: Se incluyeron un total de 282 pacientes: 129 en HD, 70 en DP y 83 en HDF. La mediana de edad fue de 61 años, con predominio del sexo masculino (61%). La mayoría de los pacientes eran blancos (68%) y tenían hasta la escuela primaria (46%). La prevalencia de diabetes fue del 52% y la enfermedad cardiovascular fue del 28%. Los grupos fueron similares en términos de edad y enfermedad subyacente, pero difirieron en términos de ingresos y educación, ambos más altos en pacientes tratados con HDF. La mediana del número de infecciones fue de 2,0 en el grupo de EH, 0,0 en el grupo de DP y 0,0 en el grupo de HDF ($p < 0,001$). En el análisis multivariado ajustado por factores sociodemográficos y clínicos, la EP (HR = 0,23; IC95%: 0,12–0,40; $p < 0,001$) y HDF (HR = 0,16; IC95%: 0,08–0,29; $p < 0,001$) se asociaron con una menor tasa de infecciones en comparación con la EH. Aunque un nivel educativo más bajo se asoció con tasas de infección más altas en el análisis univariado, este efecto no fue



significativo en el modelo ajustado.



Characteristic	IRR	95% CI	p-value
escolaridade_cat			
analfabeto/ensino_fundamental	—	—	
ensino_medio	1.09	0.68, 1.72	0.7
ensino_superior	0.79	0.42, 1.42	0.5
metodo_dialitico			
HD	—	—	
DP	0.23	0.12, 0.40	<0.001
HDF	0.16	0.08, 0.29	<0.001
diabetes	0.83	0.55, 1.26	0.4
dcv	1.17	0.74, 1.82	0.5
has	1.57	0.88, 3.12	0.2
doenca_vascular_periferica	1.08	0.51, 2.09	0.8

Conclusión: En este estudio multicéntrico con datos de la vida real, las terapias de DP y HDF se asociaron con un menor riesgo de infección en comparación con la terapia de HD, lo que demuestra la necesidad de inserción de HDF en el sistema público de salud y mayores incentivos para la indicación de DP.

Aumento progresivo del flujo extracorpóreo (Q_b) en hemodiálisis y sus beneficios en el control del fósforo y la resistencia fistular.

Hemodiálisis, Diálisis Peritoneal y Nutrición

Concurso E-POSTER

Trabajo original

Franklin Mora Bravo

Pafram unidad de hemodiafiltración, Ecuador.

franklin.mora.bravo@gmail.com

Pamela Morales

Pafram, Red complementaria de Salud de Morona Santiago, Ecuador.

Samantha Pineda

Pafram, Unidad de Hemodiafiltración, Red Complementaria de Salud de Morona Santiago, Ecuador.

Introducción: El flujo extracorpóreo recomendado para un paciente en programa de hemodiálisis es de 350 a 500 ml/min. Esto es un amplio rango y es evidente que bajos flujos tienen peores resultados que altos flujos para la depuración de moléculas de mediano tamaño como el fósforo. El objetivo del presente estudio es presentar un programa de entrenamiento fistular con ejercicio y aumento progresivo del flujo extracorpóreo durante los 2 meses hasta llegar a un máximo de 600 ml/min y sus resultados en depuración en fósforo sérico.

Métodos: El presente estudio es de tipo longitudinal. La fuente es prospectiva. El estudio se desarrolló en la Unidad de Hemodiafiltración Pafram de la Red Complementaria de Salud de Morona Santiago, Ecuador. El período de estudio fue del 1 de mayo de 2023 al 31 de mayo de 2025. Se incluyeron los registros de pacientes mayores a 17 años, en programa regular trisemanal de hemodiafiltración por insuficiencia renal crónica Estadio 5d 4 horas por tratamiento. Las variables fueron: edad, sexo, mediciones basales de laboratorio. Se establecieron el fósforo, el calcio y el PTH como variables de seguimiento. Se registraron los casos con cizallamiento vascular. El tamaño muestral fue no probabilístico con todos los casos prevalentes e incidentes. Se utiliza estadística inferencial. Se comparan proporciones con Chi cuadrado y promedios con T de Student. Se usa Anova para comparar múltiples promedios. El programa de maduración de acceso vascular consistió en ejercicios con pesas de 1 kilo por sesiones extradiálisis de 20 ciclos mientras se posicionaba un torniquete a 20 cm de la fístula arterio-venosa. Semanalmente, se ascendieron los flujos Q_b a razón de 25 ml/min cada semana. Los pacientes que presentaron cizallamiento, caracterizado por dolor del acceso, fueron tratados con paracetamol 1 gramo intravenoso, disminución del flujo del acceso de 50 ml/min y por 1 semana se mantuvieron en el flujo previo, se reintentó el aumento del Q_b en la siguiente semana.



Tabla 1. Valores basales del grupo de estudio.

Peso (Kg)	65.5 ± 15
Ultrafiltración (Litros)	2.79 ± 0.91
IDWG (%)	4.60 ± 1.71
Presión sistólica pre-diálisis (mmHg)	140 ± 22
Tiempo de tratamiento (minutos)	218 ± 15
Hemoglobina (g/dL)	10.98 ± 1.77
Linfocitos (u/u)	1,845 ± 620
Saturación de transferrina (%)	34.8 ± 23.6
Ferritina (ng/ml)	429 ± 436
Glucosa (mg/dl)	139 ± 85
Urea (mg/dl)	113 ± 42
Creatinina (mg/dl)	10.85 ± 11.76
Colesterol (mg/dl)	178 ± 40
Triglicéridos (mg/dl)	158 ± 88
TGP (U/L)	20 ± 32
Sodio (mEq/L)	136.65 ± 4.77
Potasio (mEq/L)	5.24 ± 0.79

Resultados: ingresaron al estudio 169 pacientes con acceso vascular en miembros superiores. Fueron 89 hombres (53,25%) y 80 mujeres (46,75%). Fueron 87 pacientes diabéticos (51,47%). Índice de masa corporal de 25.9 y DS 4.73 kg/m². Fueron 125 con acceso fistular (73,9%), 12 (7,1%) con prótesis en extremidades superiores o inferiores y 33 (19,52%) con catéter y fistula en proceso de maduración sin uso inicial. Los datos basales se presentan en la tabla 1. El cizallamiento fue prevalente en un 26% de los casos. Ninguno de los casos de cizallamiento se presentó en pacientes con prótesis vasculares. La presencia de cizallamiento disminuyó a través del tiempo pese al aumento del flujo extracorpóreo. Los resultados del control del fósforo fueron óptimos en los siguientes 6, 12 y 24 meses (Tabla 2).

Tabla 2. Evolución a través del tiempo.

	Total	0 meses	12 meses	24 meses	P (Anova)
SB (Flujo) (ml/min)	407 ± 44	456 ± 52	380 ± 54	352 ± 60	<0.001 (Todos diferentes)
Cizallamiento (%)	0	24%	28%	3%	<0.001 (Todos diferentes)
Albúmina (g/dl)	4.14 ± 0.45	4.44 ± 0.31	4.75 ± 0.55	4.73 ± 0.70	<0.01 (Basal vs. 24 meses)
Fosforo (mg/dl)	359 ± 105	167 ± 52	178 ± 105	197 ± 173	NS
Calcio (mg/dl)	8.19 ± 1.04	9.45 ± 1.00	9.39 ± 1.00	9.51 ± 0.65	NS
Hemato (mg/dl)	5.32 ± 1.40	5.15 ± 1.37	4.34 ± 1.19	4.84 ± 0.86	<0.01 (Basal vs. 12 y 24 meses)
PTH (pg/dl)	302 ± 144	352 ± 271	344 ± 304	312 ± 369	NS

Conclusiones: el programa de entrenamiento fistular demostró ser efectivo para aumentar el flujo extracorpóreo y mejorar el control del fósforo sérico en pacientes en hemodiafiltración, al tiempo que contribuye a la adaptación y posible fortalecimiento del acceso vascular, evidenciado por la disminución del cizallamiento a lo largo del tiempo. Se identificó una mejora en los niveles de albúmina sérica, lo que indica una mejora en el estado nutricional de los pacientes.

Referencias:

1. Mora F. *Curr Med Imaging.* 2021;17(10):1256-61. doi: 10.2174/1573405616999201118140832.

2. Mora F. *BMC Nephrol.* 2008;9:15. doi: 10.1186/1471-2369-9-15.
 3. Mora F. *BMC Nephrol.* 2012;13:106.

Diálisis peritoneal versus Hemodiafiltración para pacientes ancianos mayores de 75 años con ERC estadio 5D: un estudio de cohorte prospectivo.

Hemodiálisis, Diálisis Peritoneal y Nutrición
 Concurso E-POSTER

Trabajo original

Daniela Ponce

Hospital das Clínicas (HC-FMB) UNESP, Brazil.

daniela.ponce@unesp.br

Ana Paula Rovani Cardoso

Hospital das Clínicas da Faculdade Medicina de Botucatu, Brazil.

Adriele Fogaça Costa

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, Brazil.

Gabriela Lucio Moraes

UNESP, Brazil.

Camila Albuquerque Alves

Hospital das Clínicas da Faculdade Medicina de Botucatu, Brazil.

Antecedentes: La enfermedad renal crónica (ERC) es un problema de salud pública mundial creciente, con diabetes, hipertensión arterial sistémica y envejecimiento como factores de riesgo clave. Una parte significativa de la población de edad avanzada se somete a hemodiálisis (HD), y estudios anteriores han comparado los resultados de los pacientes entre la diálisis peritoneal (DP) y la HD. A pesar de los beneficios de la EP, como el tratamiento domiciliario y una mayor autonomía, su uso ha disminuido cada vez más. Más recientemente, la hemodiafiltración (HDF) ha surgido como una alternativa a la HD, mostrando mejores resultados. Sin embargo, ningún estudio ha comparado la HDF con la EP en pacientes de edad avanzada.

Objetivo: Este estudio tuvo como objetivo comparar los resultados de mortalidad en pacientes ancianos (≥75 años) recién iniciados en terapia de reemplazo renal (TRS) con DP o HDF.

Métodos: Este estudio de cohorte observacional prospectivo incluyó pacientes de ≥75 años que iniciaron DP o HDF en dos hospitales (Hospital Sancta Maggiore - Liberdade y Botucatu Medical School Hospital) entre enero de 2022 y diciembre de 2023. Los pacientes fueron seguidos durante un año. Los resultados evaluados incluyeron la mortalidad, los cambios en la modalidad de tratamiento, la infección, la hospitalización, el estado de los líquidos y la calidad del tratamiento.

Resultados: Un total de 70 pacientes con ERC estadio 5D iniciaron HDF (n=30) o DP (n=40) entre enero de 2022 y



diciembre de 2023. De ellos, el 57,1% eran hombres, con una edad media de $77,6 \pm 5,9$ años. La diabetes fue la afección subyacente más común (37,1%), seguida de la hipertensión (35,7%). Durante el período de estudio, el 18,6% de los pacientes murieron y el 5,7% cambió de modalidad de tratamiento. La edad, el sexo, las enfermedades de base, las comorbilidades y los valores de laboratorio fueron similares entre los grupos, excepto por las diferencias en los niveles iniciales y de urea a los 6 meses, los niveles iniciales y de hemoglobina a los 6 meses, los niveles de albúmina a los 6 meses, los niveles iniciales y de fósforo a los 12 meses y los niveles iniciales de hormona paratiroidea (PTH). No se encontraron diferencias significativas entre los grupos en cuanto a las tasas de infección, hospitalización, cambios de modalidad o mortalidad. El análisis de regresión logística reveló que la EP, la infección y la albúmina a los 6 meses se asociaron de forma independiente con la mortalidad (OR= 31,855; [IC 95% = 1,643–4,440]; $p= 0,040$); (OR= 2,033; [IC del 95%= 1,5]; $p= 0,026$); (OR= 0,363; [IC del 95%= 0,529]; $p= 0,049$). La supervivencia fue mayor en los pacientes con HDF (log rank=0,02).

Conclusión: En pacientes en diálisis muy ancianos, la infección a los 12 meses, la albúmina más baja después de seis meses de terapia y la modalidad de DP se asociaron con una mayor mortalidad.

Palabras clave: Hemodiafiltración, Diálisis Peritoneal, Ancianos

Mejoría del perfil de síntomas con hemodiafiltración en pacientes en programas de diálisis. Un estudio observacional multicéntrico.

Hemodiálisis, Diálisis Peritoneal y Nutrición

E-Poster

Trabajo original

Franklin Mora Bravo

Pafram, Unidad de hemodiafiltración, Ecuador.

franklin.mora.bravo@gmail.com

Washington Osorio

Hospital de Especialidades Fuerzas Armadas N1, Quito, Ecuador

Rosalina de Lourdes Lituma

Hospital IESS Ambato, Ecuador.

Gustavo Guevara Nolivos

Corporación Integral de Diálisis (CID) INSNEP Sur, Quito, Ecuador.

Santiago David Silva Tobar

Hospital General Docente Ambato, Solca, Núcleo Tungurahua, Ecuador.

Paulina Cruz Idrovo

drapaulycruzi12@hotmail.es

Unidad de Diálisis Soldial, Salinas, Santa Elena, Ecuador.

Marisol Pérez Herrera

md.perez.herrera@gmail.com

IESS La Mariscal Quito, Ecuador.

Diego Adolfo Vimos

Menydia-Riobamba, Ecuador.

Victor Hugo Ortega

Unidad Médica Vida, Riobamba, Ecuador.

Marcia Verónica Pozo Calderón

Menydia Ibarra, Ecuador.

Elizabeth González González

elizagonzalez2408@gmail.com

Unidad de diálisis Contigo. El Carmen. Manabí, Ecuador.

Wilmer Stalin Sanango Reinoso

Hospital Universitario Católico Azogues, Azogues, Cañar, Ecuador.

Marlon Brayan Rivilla Nieto

Dialclinic – Quito, Ecuador.

Alfonso Silva Contreras

Contigo S.A. Dialicon Quito, Ecuador.

Yamilka Rodríguez Cueto

Clínica Renal Centro-El Carmen, Manabí, Ecuador.

Juan Carlos Paz Veloz

Dialcivar, Ecuador.

Estefanía Isabel León Hernández

Hospital Pablo Arturo Suárez, Quito, Ecuador.

Adriana Pamela Cabrera Eugenio

Nefróloga, Hospital Pablo Arturo Suárez, Quito, Ecuador.

María Cristina Chediak Terán

Hospital General Docente de Calderón, Quito, Ecuador.

Byron Fabricio Saa Sabando

Clínica de Diálisis Renal Centro Santo Domingo de los Tsáchilas, Ecuador.

Karol Vacacela Guerrero.

DIALILIFE. Centro de diálisis. Quevedo, Ecuador.

Rafael Becerra Guerra

SERDIDYV – Guayaquil, Ecuador.

Gustavo Coello Becerra

SERDIDYV – Guayaquil, Ecuador.



Nelson Segundo Rojas Campoverde

Fundación Renal del Ecuador, Guayaquil, Ecuador.

Guillermina Blum

Fundación Renal del Ecuador, Guayaquil, Ecuador.

Introducción: El tratamiento de hemodiafiltración ha demostrado una mayor supervivencia en pacientes con insuficiencia renal crónica estadio 5d [1]. El presente estudio tiene como objetivo medir la cantidad de síntomas presentes en un grupo de pacientes ambulatorios en programas de hemodiafiltración comparados con pacientes en programas de hemodiálisis.

Métodos: el presente estudio observacional, prospectivo se llevó a cabo en 9 unidades de hemodiálisis de la red complementaria de Salud de Ecuador. El período de estudio fue del 1 de mayo de 2025 al 30 de mayo de 2025. Ingresaron al estudio pacientes mayores de 18 años con insuficiencia renal crónica estadio 5d que se realizan terapia sustitutiva de la función renal. Se conformó un grupo de pacientes en terapias de hemodiafiltración y el grupo de pacientes en terapias de hemodiálisis convencional. Se midió la escala de síntomas del Score de Guayaquil para pacientes en hemodiálisis. La muestra fue probabilística con intervalo de confianza del 95%, límite de confianza de 5%, se calcularon 160 casos.

Resultados: se analizaron 189 casos en programas de hemodiálisis y 36 casos en programas de hemodiafiltración. No hubo diferencia entre los datos basales de tiempo de tratamiento, edad, distribución por sexo, distribución por presencia de diabetes tipo 2 entre los grupos (Tabla 1). Los síntomas fueron más intensos en el grupo de hemodiálisis con un Score de 21.6, (DS 15.1) versus 12.1 (DS 6.8), (P<0.001). Desglosando los tipos de síntomas más frecuentes en cada grupo, se presentan en la tabla 2.

Tabla 1. Descripciones generales de los grupos de estudio.

Variable	Grupo 1		P
	Hemodiálisis n=189	Hemodiafiltración n=36	
Tiempo en tratamiento (meses)	39.6 ± 64.5	37.3 ± 28.7	0.767
Edad (Años)	59.9 ± 15.3	54.8 ± 17.9	0.115
Sexo hombre	115 (60.8%)	17 (47.2%)	0.128
Diabetes tipo 2	72 (38.1%)	19 (52.8%)	0.100
Score de Guayaquil	21.6 ± 15.1	12.1 ± 6.8	<0.001

Tabla 2. Score de Guayaquil, síntomas en pacientes en hemodiálisis y hemodiafiltración.

Síntomas presentes en los últimos 3 semanas	Grupo 1		P
	Hemodiálisis n=189	Hemodiafiltración n=36	
1. Estreñimiento (0-4)	0.79 ± 1.13	0.19 ± 0.52	<0.001
2. Náusea (0-4)	0.20 ± 0.55	0.17 ± 0.38	0.738
3. Vómito (0-4)	0.13 ± 0.50	0.17 ± 0.51	0.708
4. Diarrea (0-4)	0.21 ± 0.57	0.28 ± 0.70	0.508
5. Disminución del apetito (0-4)	0.46 ± 0.85	0.17 ± 0.51	0.007
6. Calambres (0-4)	0.74 ± 1.14	0.78 ± 0.99	0.056
7. Hinchazón de piernas (0-4)	0.81 ± 1.03	0.79 ± 0.62	0.002
8. Falta de aire (especialmente en la noche) (0-4)	0.31 ± 0.69	0.51 ± 0.32	0.006
9. Mareo (0-4)	0.25 ± 0.65	0.33 ± 0.72	0.513
10. Piernas inquietas (0-4)	0.34 ± 1.13	0 ± 0	<0.001
11. Entumecimiento o hormigueo en los pies (0-4)	0.81 ± 1.24	0.93 ± 0.88	0.037
12. Sentirse cansado o falta de energía postdiálisis (0-4)	0.99 ± 1.31	0.56 ± 0.94	0.02
13. Tos persistente o crónica (0-4)	0.29 ± 0.71	0.19 ± 0.52	0.346
14. Boca seca (0-4)	0.51 ± 1.07	0.19 ± 0.40	0.003
15. Dolor de huesos o articulaciones (0-4)	0.79 ± 1.25	0.17 ± 0.61	<0.001
16. Dolor de pecho (0-4)	0.24 ± 0.69	0.28 ± 0.37	0.003
17. Dolor de cabeza (0-4)	0.62 ± 1.03	0.25 ± 0.50	0.001
18. Dolor muscular (0-4)	0.64 ± 1.13	0.36 ± 0.76	0.039
19. Dificultad para concentrarse (0-4)	0.37 ± 0.92	0.03 ± 0.17	<0.001
20. Piel seca (0-4)	1.20 ± 1.57	0.17 ± 0.61	<0.001
21. Confusión (0-4)	1.10 ± 1.55	0.50 ± 0.74	0.001
22. Preocupación (0-4)	1.11 ± 1.22	0.17 ± 0.45	<0.001
23. Sentirse nervioso o ansioso (0-4)	0.63 ± 1.03	0.17 ± 0.38	<0.001
24. Dificultad para dormir (0-4)	0.74 ± 1.09	0.56 ± 1.13	0.375
25. Se siente frodo (0-4)	0.62 ± 1.01	0.36 ± 0.67	0.115
26. Ha disminuido el interés en el sexo (0-4)	1.78 ± 1.69	2.79 ± 1.80	0.205
27. Ha tenido dificultad para sentir excitación sexual (0-4)	1.81 ± 1.69	2.79 ± 1.73	0.011
28. Ha disminuido la memoria? (0-4)	0.61 ± 0.97	0.94 ± 0.68	0.001
29. Ha disminuido su audición? (0-4)	0.48 ± 1.00	0.03 ± 0.17	<0.001
30. Ha disminuido su agudeza visual? (0-4)	0.64 ± 1.04	0.58 ± 1.27	0.790
31. Sed persistente (0-4)	1.06 ± 1.39	0 ± 0	<0.001
32. Dolor/rojo del sitio del acceso vascular (0-4)	0.19 ± 0.61	0 ± 0	<0.001
33. Intolerancia al caminar (0-4)	0.67 ± 1.22	0.17 ± 0.70	0.001
34. Ha presentado deposiciones negras? (0-4)	0.11 ± 0.50	0 ± 0	0.002

Conclusión: los hallazgos de este estudio sugieren que la hemodiafiltración podría reducir la carga global de síntomas y la intensidad de varios síntomas específicos en comparación con la hemodiálisis convencional.

Referencias:

- Rose M, et al. The CONVINCe randomized trial found positive effects on quality of life for patients with chronic kidney disease treated with hemodiafiltration. *Kidney Int.* 2024 Nov;106(5):961-971. doi: 10.1016/j.kint.2024.07.014.
- Mora F. *Curr Med Imaging.* 2021;17(10):1256-61. doi: 10.2174/1573405616999201118140832.
- Mora F. *BMC Nephrol.* 2008;9:15. doi: 10.1186/1471-2369-9-15.
- Mora F. *BMC Nephrol.* 2012;13:106. doi: 10.1186/1471-2369-13-106.
- Mora F. *BMC Nephrol.* 2025;26(1):30. doi: 10.1186/s12882-025-03948-0.
- Sánchez J. *BMC Cancer.* 2018;18(1):587. doi: 10.1186/s12885-018-4499-y.



Menor intensidad y cantidad de síntomas en pacientes sin dependencia. Un estudio observacional multicéntrico en hemodiálisis.

Hemodiálisis, Diálisis Peritoneal y Nutrición

E-Poster

Trabajo original

Franklin Mora Bravo

Pafram, Unidad de hemodiafiltración, Ecuador.

franklin.mora.bravo@gmail.com

Karol Vacacela Guerrero.

DIALILIFE. Centro de diálisis. Quevedo, Ecuador.

Washington Osorio

Hospital de Especialidades Fuerzas Armadas N1, Quito, Ecuador.

Rosalina de Lourdes Lituma

Hospital IESS Ambato, Ecuador.

Gustavo Guevara Nolivos

Corporación Integral de Diálisis (CID) INSNEP Sur, Quito, Ecuador.

Santiago David Silva Tobar

sdst1986@gmail.com

Hospital General Docente Ambato, Solca, Núcleo Tungurahua, Ecuador.

Paulina Cruz Idrovo

drapaulycruzi12@hotmail.es

Unidad de Diálisis Soldial, Salinas, Santa Elena, Ecuador.

Oscar Ron

Hospital General de Norte de Guayaquil Los Ceibos, Guayaquil, Ecuador.

Marisol Pérez Herrera

IESS La Mariscal Quito, Ecuador.

Diego Adolfo Vimos

Menydia-riobamba, Ecuador.

Victor Hugo Ortega

vosvef@hotmail.com

Unidad Médica Vida, Riobamba, Ecuador.

Marcia Verónica Pozo Calderón

Menydia Ibarra, Ecuador.

Elizabeth González González

Unidad de diálisis Contigo. El Carmen. Manabí, Ecuador.

Wilmer Stalin Sanango Reinoso

Hospital Universitario Católico Azogues, Azogues, Cañar, Ecuador.

Marlon Brayan Rivilla Nieto

Dialclinic – Quito, Ecuador.

Alfonso Silva Contreras

Contigo S.A. Dialicon Quito, Ecuador.

Yamilka Rodríguez Cueto

Clínica Renal Centro-El Carmen, Manabí, Ecuador.

Juan Carlos Paz Veloz

Dialcivar, Ecuador.

Estefanía Isabel León Hernandez

Hospital Pablo Arturo Suárez, Quito, Ecuador.

Adriana Pamela Cabrera Eugenio

Nefróloga, Hospital Pablo Arturo Suárez, Quito, Ecuador.

Maria Cristina Chediak Teran

Hospital General Docente de Calderón, Quito, Ecuador.

Byron Fabricio Saa Sabando

Clínica de Diálisis Renal Centro Santo Domingo de los Tsáchilas, Ecuador.

Rafael Becerra Guerra

SERDIDYV – Guayaquil, Ecuador.

Gustavo Coello Becerra

SERDIDYV – Guayaquil, Ecuador.

María José Cajas

Hospital Pablo Arturo Suarez, Ecuador.

Nelson Segundo Rojas Campoverde

Fundación Renal del Ecuador, Guayaquil, Ecuador.

Guillermina Blum

Fundación Renal del Ecuador, Guayaquil, Ecuador.

Introducción: La carga sintomática en pacientes con enfermedad renal crónica en diálisis impacta significativamente la calidad de vida. Este estudio observacional multicéntrico se propuso investigar la intensidad y cantidad de síntomas experimentados por pacientes sometidos a programas de diálisis, con un enfoque particular en aquellos que mantienen un grado de independencia y autonomía. A través de la recolección de datos de múltiples centros, buscamos dilucidar si la ausencia de dependencia y la conservación de autonomía se asocian con una menor carga sintomática, lo que podría orientar estrategias para mejorar el bienestar de esta población.

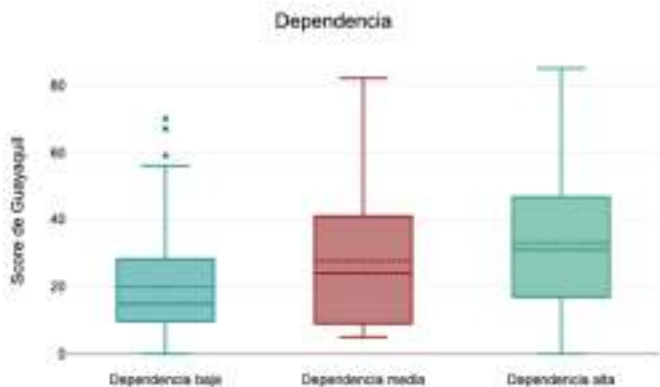
Métodos: el presente estudio observacional, prospectivo se llevó a cabo en 12 unidades de hemodiálisis de la red complementaria de Salud de Ecuador. El período de estudio fue del 1 de mayo de 2025 al 30 de mayo de 2025. Ingresaron al estudio pacientes mayores de 18 años con insuficiencia renal crónica estadio 5d que se realizan terapia sustitutiva de la función renal. Se conformaron 4 grupos de pacientes con distintos grados de dependencia desde grado cero (independiente), grado 1 (dependencia moderada), grado 2 (Dependencia alta). Se midió la escala de síntomas del Score de Guayaquil para pacientes en Hemodiálisis. La muestra fue probabilística IC 95%, frecuencia esperada de 31,4%, límite de confianza del 5%, el tamaño muestral fue de 325 casos. Se usa Anova para comparar los 3 grupos.

Resultados: se analizaron 327 casos en programas de hemodiálisis. Según la dependencia, los pacientes con baja dependencia tuvieron mayor tiempo en programas de hemodiálisis, 14 meses más que los pacientes con dependencia media y 8 meses más que los pacientes con dependencia alta. La mayor edad se asoció a la presencia de síntomas con diferencias de 8 años y 5 años. (Tabla 1). También la dependencia alta estuvo asociada con la mayor presencia de mujeres en el grupo y la mayor prevalencia de pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Según el grado de aceptación de la enfermedad, fue más frecuente en la dependencia baja y menos frecuente en la dependencia alta (Tabla 1). Los síntomas crónicos medidos por el Score de Guayaquil fueron más frecuentes estadísticamente en pacientes con dependencia alta (Figura 1).



Tabla 1. Distribución de variables por dependencia.

	Dependencia baja (A) n=180	Dependencia media (B) n=101	Dependencia alta (C) n=46	P
Síntomas crónicas "Score de Guayaquil"	19.9 ± 14.1	27.7 ± 18.7	33.0 ± 20.2	A vs B: 0.001 A vs C: <0.001
Tiempo en HD (meses)	44.8 ± 42.5	30.0 ± 31.6	35.0 ± 39.0	A vs B: 0.007
Edad (Años)	54.0 ± 15.0	62.3 ± 13.1	67.5 ± 12.8	A vs B <0.001 A vs C <0.001 B vs C 0.111
Sexo hombre	110 (61.1%)	56 (55.4%)	14 (30.4%)	A vs C <0.001 B vs C <0.001
Diabetes tipo 2	47 (26.1%)	57 (56.4%)	34 (73.9%)	Todos los grupos <0.001
Aceptación de la Enfermedad Renal	167 (92.8%)	85 (84.2%)	33 (71.7%)	A vs C <0.001



Conclusión: los hallazgos sugieren que la independencia y autonomía están estrechamente relacionadas con una menor carga sintomática en pacientes en hemodiálisis, y que factores como la edad avanzada, el sexo femenino, la diabetes tipo 2 y una menor aceptación de la enfermedad se asocian con mayor dependencia y, consecuentemente, con más síntomas. Estos resultados son cruciales para el desarrollo de estrategias que mejoren el bienestar y la calidad de vida de los pacientes en diálisis.

Referencias:

Mora F. *Curr Med Imaging*. 2021;17(10):1256-61. doi: 10.2174/1573405616999201118140832.
 Mora F. *BMC Nephrol*. 2008;9:15. doi: 10.1186/1471-2369-9-15.
 Mora F. *BMC Nephrol*. 2012;13:106. doi: 10.1186/1471-2369-13-106.
 Mora F. *BMC Nephrol*. 2025;26(1):30. doi: 10.1186/s12882-025-03948-0.
 Sánchez J. *BMC Cancer*. 2018;18(1):587. doi: 10.1186/s12885-018-4499-y.
 Rivera S. *Artif Organs*. 2014;38(2):113-20. doi: 10.1111/aor.12133.

Abril J. UC 1014 <https://shorurl.at/PXVHS>
 Alemán J. *Rev Hematol Mex* 2014;15(3):129-36. <https://shorturl.at/b8nFe>
 Alemán J. *Rev Portuguesa de End, Diabetes e Met* 18(4):143-8. <https://shorturl.at/mNr7c>
 Garrido D. *REV SEN* 2025;13(2):91-7. <https://doi.org/10.56867>



Validación y Factores Predictivos del Score de Guayaquil: Una Herramienta para la Evaluación Sintomática en Hemodiálisis.

Hemodiálisis, Diálisis Peritoneal y Nutrición

E-Poster

Trabajo original

Franklin Mora Bravo

Pafram Unidad de hemodiafiltración, Ecuador.

franklin.mora.bravo@gmail.com

Washington Osorio

Hospital de Especialidades Fuerzas Armadas N1, Quito, Ecuador.

Rosalina de Lourdes Lituma

Hospital IESS Ambato, Ecuador.

Gustavo Guevara Nolivos

Corporación Integral de Diálisis (CID) INSNEP Sur, Quito, Ecuador.

Santiago David Silva Tobar

Hospital General Docente Ambato, Solca Núcleo Tungurahua, Ecuador.

Paulina Cruz Idrovo

drapaulycruzi12@hotmail.es

Unidad de Diálisis Soldial, Salinas, Santa Elena, Ecuador.

Oscar Ron

oscarron@hotmail.com

Hospital General de Norte de Guayaquil Los Ceibos, Guayaquil, Ecuador.

Marisol Pérez Herrera

IESS La Mariscal Quito, Ecuador.

Diego Adolfo Vimos

Menydia-riobamba, Ecuador.

Victor Hugo Ortega

Unidad Médica Vida, Riobamba, Ecuador.

Marcia Verónica Pozo Calderón

veropoc34@hotmail.com

Menydia Ibarra, Ecuador.

Elizabeth González González

Unidad de diálisis Contigo. El Carmen. Manabí, Ecuador.

Wilmer Stalin Sanango Reinoso

Hospital Universitario Católico Azogues, Azogues, Cañar, Ecuador.

Marlon Brayán Rivilla Nieto

Dialclinic – Quito, Ecuador.

Alfonso Silva Contreras

Contigo S.A. Dialicon Quito, Ecuador.

Yamilka Rodríguez Cueto

Clínica Renal Centro-El Carmen, Manabí, Ecuador.

Juan Carlos Paz Veloz

Dialcivar, Ecuador.

Estefanía Isabel León Hernández

Hospital Pablo Arturo Suárez, Quito, Ecuador.

Adriana Pamela Cabrera Eugenio

Nefróloga, Hospital Pablo Arturo Suárez, Quito, Ecuador.

María Cristina Chediak Terán

Hospital General Docente de Calderón, Quito, Ecuador.

Byron Fabricio Saa Sabando

Clínica de Diálisis Renal Centro Santo Domingo de los Tsáchilas, Ecuador.

Karol Vacacela Guerrero.

DIALILIFE. Centro de diálisis. Quevedo, Ecuador

Rafael Becerra Guerra

SERDIDYV – Guayaquil, Ecuador.

Gustavo Coello Becerra

SERDIDYV – Guayaquil, Ecuador.

María Jose Cajas

Hospital Pablo Arturo Suarez, Ecuador.

Introducción: Este resumen presenta la concepción y validación del Score de Guayaquil, una herramienta innovadora diseñada para la evaluación sistemática de síntomas en pacientes sometidos a diálisis. Dada la complejidad y la alta carga sintomática que enfrentan estos pacientes, surge la necesidad crítica de un instrumento estandarizado que facilite una detección temprana y un manejo eficaz de sus manifestaciones clínicas. El desarrollo de este cuestionario se basa en un riguroso proceso de consenso, lo que asegura su relevancia y aplicabilidad en la práctica clínica diaria, ofreciendo a los profesionales de la salud una herramienta fiable para mejorar la calidad de vida de los pacientes dializados.

Métodos: el presente estudio observacional, prospectivo se llevó a cabo en 14 unidades de hemodiálisis de la red complementaria de Salud de Ecuador. El período de estudio fue del 1 de mayo de 2025 al 30 de mayo de 2025. Ingresaron al estudio pacientes mayores de 18 años con insuficiencia renal crónica estadio 5d que se realizan terapia sustitutiva de la función renal. Se midió la escala de síntomas del Score de Guayaquil para pacientes en hemodiálisis. La muestra fue probabilística IC 95%, frecuencia esperada de 31,4%, límite de confianza del 5%, el tamaño muestral fue de 325 casos. Se usa estadística descriptiva y regresión logística para predecir la presencia de sintomatología.

Resultados: se analizaron 373 casos en programas de hemodiálisis. La población tuvo una edad de 58,5 años (DS 14,7); el tiempo en diálisis fue de 37,4 meses (DS 38,9). Fueron 200 hombres (54%), 215 pacientes con diabetes tipo 2 (58%), 36 pacientes en modalidad de hemodiafiltración (10%), 327 casos con aceptación de su tratamiento (88%). Sin actividad ocupacional ni trabajo: 265 casos (71%), 206 casos con carácter de autodeterminación (55%), 181 casos con adherencia (49%) y 89 casos con dependencia física (24%) (Figura 1). El resumen de la frecuencia de los síntomas se presenta en la figura 2 y tabla 1. Usando el cuartil 2 del Score de Guayaquil, se dividió la muestra en pacientes sintomáticos con menos de 21 puntos y más de 21 puntos. Se presenta una regresión logística que establece factores asociados a la presencia de sintomatología >21 puntos en la tabla 2.



Hemodiafiltración en pacientes con catéter venoso (VVC)

Hemodiálisis, Diálisis Peritoneal y Nutrición

E-Poster

Trabajo original

Karen Ferreira

CASMU, Uruguay.

karendfm018@gmail.com

Vanessa Pla

CASMU, Uruguay.

Laura Solá

CASMU, Uruguay.

Introducción: La hemodiafiltración (HDF), que combina difusión y convección, permite mayor depuración de solutos de mediano peso molecular, como la β_2 -microglobulina, que la hemodiálisis (HD) convencional. Alcanzar un volumen convectivo mayor a 23 litros por sesión se asocia a menor mortalidad. Para ello se requiere obtener un alto flujo sanguíneo, difícil de alcanzar en pacientes con VVC.

Objetivo: Evaluar la factibilidad de realizar HDF en pacientes con VVC (HDF-VVC), y comparar con los parámetros biológicos en pacientes en HD por catéter (HD-VVC).

Métodos: Diseño: Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo de corte transversal.

Población: Pacientes > 18 años, en diálisis crónica por más de 3 meses, en enero de 2025 en el centro CASMU-IAMPP y que cuenten con catéter venoso central como acceso vascular.

Se comparan en ambas técnicas: edad, sexo, diabetes, tiempo en diálisis, y control metabólico (KTV potasio, fósforo), hemoglobina, bajo o no requerimiento de eritropoyetina (EPO) (≤ 2000 UI/semana), reducción de β_2 -microglobulina, presión arterial sistólica y diastólica (PAS/PAD) pre-diálisis, proBNP, interleucina 6 (IL-6).

Resultados: Se incluyeron 43 pacientes (31 en HD y 12 en HDF). La población HDF-VVC era significativamente menor que HD-VVC (66 ± 14 vs 78 ± 10 años) sin diferencias en sexo, ni de diabéticos (Tabla 1). Los pacientes en HDF no tenían diferencias significativas, en fosforemia, KTV, Hb ni en el uso de EPO (Tabla 2). La reducción de beta2 microglobulina fue significativamente mayor en HDF-VVC que HD-VVC (80 vs 55%). La PAS prediálisis fue significativamente menor en la población en HD (117 ± 17 vs 131 ± 14 mm de Hg) quizás vinculada a mayor edad y comorbilidad.

Tabla 2. Parámetros biológicos y calidad del tratamiento

	HDF-VVC X \pm DS	HD-VVC X \pm DS	P
Hemoglobina (g/dL)	10.63 \pm 1.01	10.58 \pm 1.06	NS
Baja dosis o sin EPO (%)	55.3% (7)	54.6% (17)	NS
Fósforo (mg/dL)	4.75 \pm 1.04	4.66 \pm 1.73	NS
Kt/V	1.88 \pm 0.42	1.85 \pm 0.39	NS
β_2 -microglobulina pre (mg/L)	19.77 \pm 1.72	20.51 \pm 7.62	NS
β_2 -microglobulina post (mg/L)	3.62 \pm 0.79	8.75 \pm 3.17	<0.05
Reducción β_2 -m (%)	80.3 \pm 6.9	55.2 \pm 11.3	<0.05
Pro-BNP (pg/mL)	134 \pm 116	843 \pm 1162	<0.05
IL-6 (pg/mL)	11.7 \pm 9.4	20.7 \pm 40.1	NS
Peso post-diálisis (kg)	70 \pm 3	64 \pm 8	NS
PAS prediálisis (mmHg)	131 \pm 14	117 \pm 17	<0.05
PAD prediálisis (mmHg)	70 \pm 13	64 \pm 8	NS

Es factible HDF con VVC: el flujo sanguíneo fue significativamente mayor en HDF-VVC (384 ± 12 vs 345 ± 13 ml/min) (Tabla 3). El volumen convectivo ≥ 23 litros se obtuvo en 50 % de los pacientes en HDF.

Tabla 3. Parámetros específicos HDF

	HDF-VVC X \pm DS	HD-VVC X \pm DS	P
Flujo sanguíneo (mL/min)	384 \pm 12	345 \pm 13	<0.05
Volumen convectivo (L)	23.75 \pm 2.54	-	-

Conclusión: La hemodiafiltración en pacientes portadores de VVC es factible, aunque solo el 50% mostró volumen convectivo adecuado. Igualmente se obtuvo una mayor depuración de moléculas medias que se asocia a mejores resultados en salud. Como está descrito, podría ser necesario en pacientes con VVC en HDF extender el tiempo de diálisis a 270 minutos por sesión.



Single-pool Kt/V para β2-microglobulina destaca diferencias entre hemodiafiltración y hemodiálisis expandida.

Hemodiálisis, Diálisis Peritoneal y Nutrición

E-Poster

Trabajo original

Alejandro Quiñonez Flores

INCMNSZ, México.

quinonez.md@outlook.com

Erick Yasar Zúñiga González

INCMNSZ, México.

Daniela Alejandra Hernández Bravo

INCMNSZ, México.

Noemí Del Toro Cisneros

INCMNSZ, México.

Yazmin Alejandra Mercado Hernández

INCMNSZ, México.

Olynka Vega

olynkavega@hotmail.com

INCMNSZ, México.

Introducción: Niveles elevados de beta-2-microglobulina (β2m) en pacientes en hemodiálisis se han asociado con un aumento de la mortalidad. Las terapias convectivas, como la hemodiafiltración (HDF) y la hemodiálisis expandida (HDx), mejoran la eliminación de moléculas de peso medio (MPM), utilizando la β2m como marcador representativo. Este estudio tuvo como objetivo evaluar y comparar la eficacia de HDF y HDx en la eliminación de β2m, utilizando un single pool Kt/V modificado (spKt/V β2m).

Métodos: Entre julio de 2024 y abril de 2025, se recolectaron mensualmente niveles pre y postdiálisis de β2m y BUN en nuestro centro. Se analizaron 264 sesiones de 36 pacientes (21 en HDF y 15 en HDx).

$$spKt/V \beta_{2m} = 6.12 \Delta W/W [1 - \ln (C_t / C_0) / \ln (1 + 6.12 \Delta W/W)]$$

donde ΔW/W es el volumen de ultrafiltración neto relativo al peso postdiálisis, C0 y Ct son las concentraciones de β2m pre y postdiálisis.

Esto deriva del modelo de aclaramiento de Leypoldt:

$$K \beta_{2m} = Q_f [1 - \ln (C_t / C_0) / \ln (1 + Q_f * T_d / V \beta_{2m})]$$

Qf: tasa de eliminación de líquido neto (mL/min); Td: duración de la sesión (min); V β2m: volumen de distribución de β2m, asumido como un tercio del volumen de distribución de urea (Vurea = 49% del peso corporal).

El Kt/V equilibrado (eKt/V β2m) se calculó de la siguiente manera:

$$eKt/V \beta_{2m} = spKt/V \beta_{2m} * T_d / (T_d + 110)$$

Resultados: El 52% de los pacientes eran mujeres, con una mediana de edad de 41 años (RIC 21-61) y una duración media en terapia de reemplazo renal de 5.5 ± 3.7 años. Todas las sesiones de diálisis duraron 240 minutos. El Qb medio fue de 364 ± 18 mL/min, Qd de 482 ± 51 mL/min, y la pérdida de peso neta de 2.1 ± 0.8 kg. En HDF el volumen convectivo medio fue de 27.2 ± 3.2 L/sesión.

HDF mostró un aclaramiento de β2m significativamente mayor que HDx: K β2m 125.4 ± 20.6 vs 115.0 ± 30.3 mL/min (p = 0.001), spKt/V β2m 3.2 ± 0.3 vs 2.7 ± 0.2 (p < 0.001), y eKt/V β2m 2.2 ± 0.2 vs 1.8 ± 0.1 (p < 0.001).

Tabla 1. Valores promedio de los parámetros clínicos y de la sesión de diálisis usados para los cálculos.

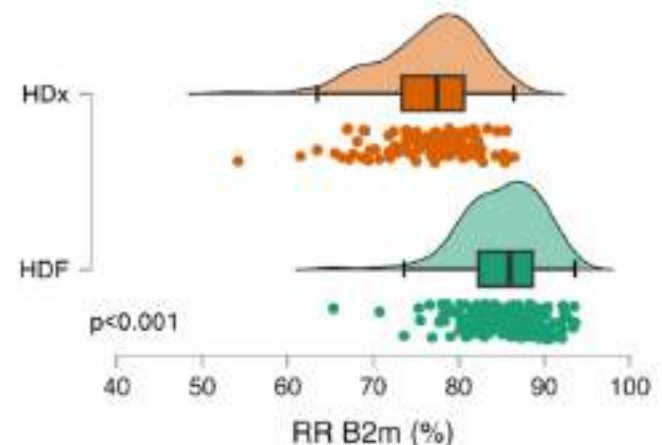
Terapia	n	Peso final (kg)	UF neto (L)	Volumen convectivo (L/sesión)	C0 (mg/L)	Ct (mg/L)	Qb (mL/min)	Qd (mL/min)	Peso (kg)	ΔW (kg)	ΔW/W (%)
HDF	21	57.2 ± 13.4	3.1 ± 0.8	27.2 ± 3.2	240 ± 0	308 ± 30	364 ± 18	482 ± 51	1482	2.1 ± 0.8	5.3 ± 3.1
HDx	15	63.7 ± 21.5	2.2 ± 2.0	-	240 ± 0	328 ± 12	328 ± 12	1482	1482	0.8 ± 0.8	1.8 ± 1.2

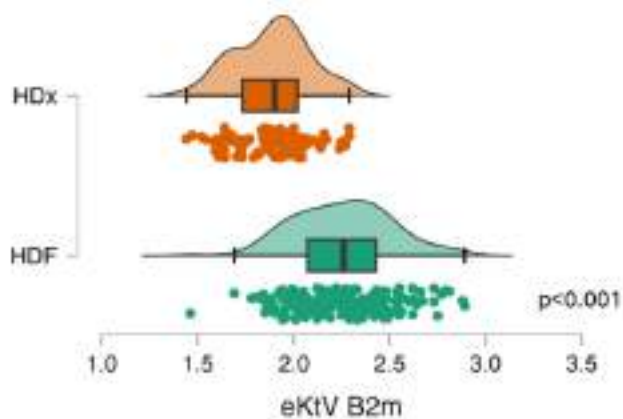
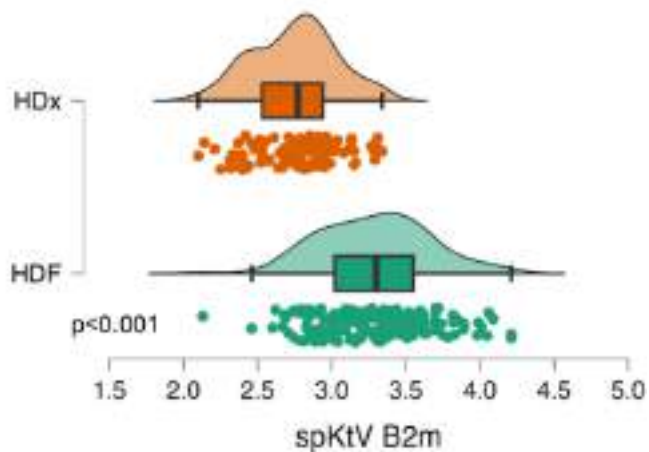
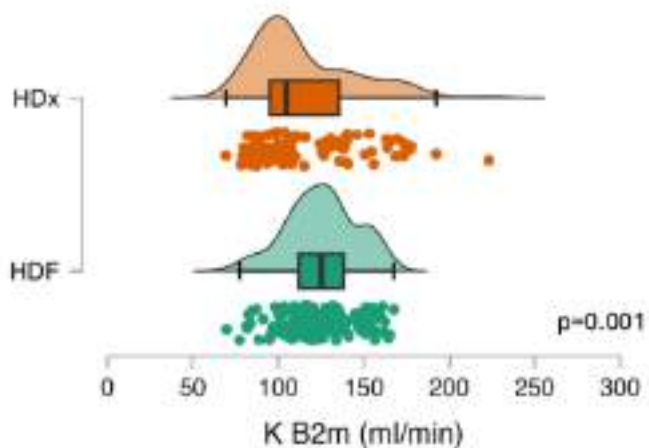
HDF: Hemodiafiltración; HDx: Hemodiálisis expandida; UF: Ultrafiltración; Qb: Tasa de flujo sanguíneo; Qd: Tasa de flujo dialisado; ΔW: Cambio de peso; ΔW/W: Cambio de peso relativo.

Tabla 2. Resultados obtenidos.

Terapia	n	RR β2m (%)	Kβ2m (mL/min)	spKt/V β2m	eKt/V β2m	C0 (mg/L)	Ct (mg/L)	ΔW/W (%)	ΔW/V β2m (L)
HDF	21	85.2 ± 4.5	125.4 ± 20.6	3.2 ± 0.3	2.2 ± 0.2	240 ± 0	308 ± 30	5.3 ± 3.1	27.2 ± 3.2
HDx	15	76.4 ± 8.7	115.0 ± 30.3	2.7 ± 0.2	1.8 ± 0.1	240 ± 0	328 ± 12	1.8 ± 1.2	-

RR β2m: Retención de β2m; HDx: Hemodiálisis expandida; Kβ2m: Tasa de aclaramiento de β2m; spKt/V β2m: Single-pool Kt/V modificado de β2m; eKt/V β2m: Kt/V equilibrado de β2m; ΔW/W: Cambio de peso relativo; ΔW/V β2m: Cambio de peso relativo por volumen de β2m.





Conclusiones: HDF demostró una eliminación superior de β_2m en comparación con HDx, respaldada por valores más altos de K β_2m , spKt/V β_2m y eKt/V β_2m . Estos hallazgos refuerzan la ventaja de las terapias convectivas para la eliminación de MPM en pacientes en hemodiálisis crónica.



Efecto de la hemodiafiltración en línea de alto volumen en la calidad de vida a lo largo del tiempo en pacientes en diálisis de 16 unidades renales de Ecuador.

Hemodiálisis, Diálisis Peritoneal y Nutrición

Concurso ORAL

Trabajo original

Jorge Quinchuela

Davita, Ecuador.

jorge.qh02@gmail.com

Gabriela Tamayo

Davita, Ecuador.

Diana Yépez

Davita, Ecuador.

Introducción: La calidad de vida, incorpora aspectos subjetivos y objetivos del funcionamiento de una persona. Se define como la experiencia subjetiva de bienestar y satisfacción personal, incluye aspectos objetivos como condiciones de vida, salud física, mental, relaciones sociales, entre otros.

Objetivo: Demostrar que los pacientes en hemodiafiltración en línea de alto volumen tienen mejor calidad de vida después de 6 meses de iniciada la modalidad.

Métodos: Estudio descriptivo, observacional, multicéntrico, de 2 años de seguimiento. Los criterios de inclusión fueron: tiempo en diálisis en la unidad renal por más de 3 meses y pacientes que tengan una prueba basal KDQOL y al menos una prueba posterior a los 6 meses de realizar el tratamiento. Se aplicó la prueba KDQOL-36 (v.2), El cuestionario aplicado consta de 36 preguntas. Los dominios tienen una calificación de 0 a 100, con altos puntajes que indican mejor calidad de vida o ausencia de problemas. Se realizó la prueba una semana antes de que ingresen a Hemodiafiltración (HDF-OL), a los 6 meses y cada año durante la terapia.

Resultados: Se incluyeron 913 pacientes de 16 Unidades Renales de Ecuador desde octubre de 2018 a diciembre de 2023. El 64,5% de los pacientes fueron hombres, 49,9% tenían educación básica, 80,5% tenían estatus desempleado. 87% tenían fístula arteriovenosa, 7,4% tenían prótesis, 5,6% tenían catéter permanente. Las 2 principales causas de enfermedad renal fueron hipertensión arterial (33%) y diabetes (31,7%). El 78% tenía un puntaje de índice de Charlson alto (> 2 puntos).

Características	media (desvío estándar)
Edad (años)	55,4 (14,3)
Tiempo en diálisis (meses)	66,1 (29,7)
Volumen convectivo (litros)	25,2 (3,01)
KT/V sp	1,97 (0,38)
Hemoglobina (g/dl)	11,2 (1,37)
Albumina (g/dl)	4,05 (0,26)
PCR (proteína C reactiva)	8,57 (6,74)
Número de hospitalizaciones	0,60 (1,55)

En el componente síntoma/problemas de la prueba KDQOL-SF36 tiene una tendencia creciente en el tiempo. Las puntuaciones son más bajas al inicio del estudio y van aumentando progresivamente en los sucesivos periodos. Esto sugiere una mejoría en los síntomas y problemas de salud con el paso del tiempo.

En el componente de efectos de la enfermedad también muestra una tendencia creciente a lo largo del tiempo. Esto indica que los efectos de la enfermedad renal en HDF-OL se van reduciendo con el tiempo.

Con respecto a la carga de enfermedad, tiene una tendencia creciente en el tiempo, con variaciones mínimas entre los diferentes periodos. Lo que implica mejoramiento en este aspecto de los pacientes.

Se observó una mejoría progresiva en el componente de salud física y mental a los 6 meses y al año, pero disminuye a los 2 años. Sugiere una mejor percepción de la salud física y mental hasta el 1 año en la terapia, pero una reducción de la salud física y mental a lo largo del tiempo.

En el análisis de regresión lineal múltiple se encontró:

-Asociación significativa entre los puntajes totales de KDQOL-36 y volumen convectivo, edad, género, hemoglobina.

-Por cada 1 g/dL de aumento de la hemoglobina aumenta 0,697 el puntaje de salud física.

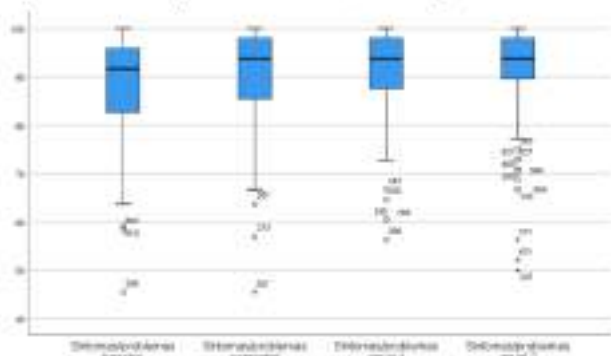
-Por cada 1 año disminuye el puntaje de salud física en 0,116.

-El género masculino tiene en promedio 1857 unidades más en salud física basal que las mujeres.

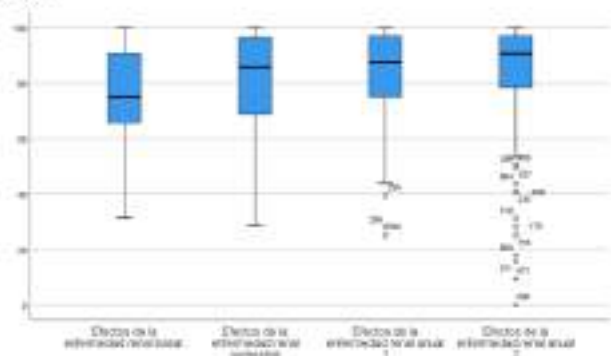


-Ser del género masculino aumenta 2,2 el puntaje en salud mental basal y a los 6 meses de tratamiento.

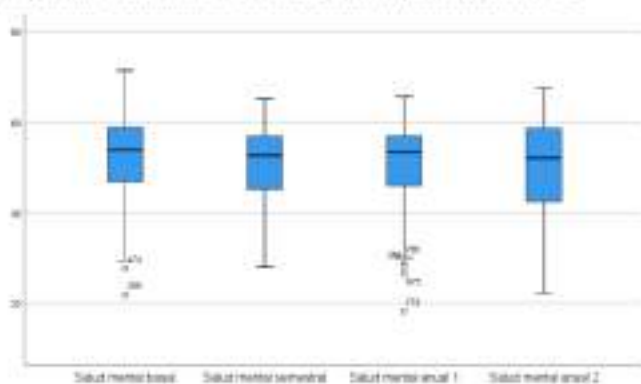
Componente "Síntomas/problemas" del KDQOL-SF36 en pacientes en HDF-OL



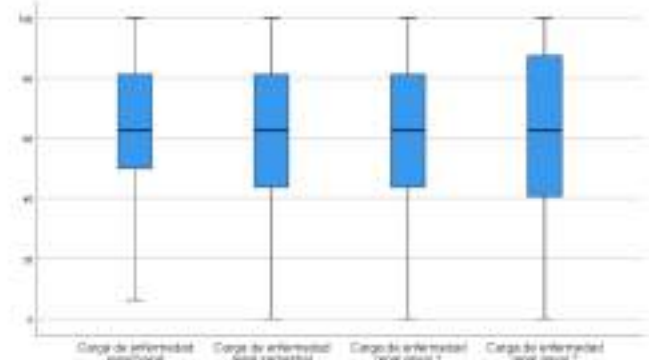
Componente "Efectos de la enfermedad renal" del KDQOL-SF36 en pacientes en HDF-OL



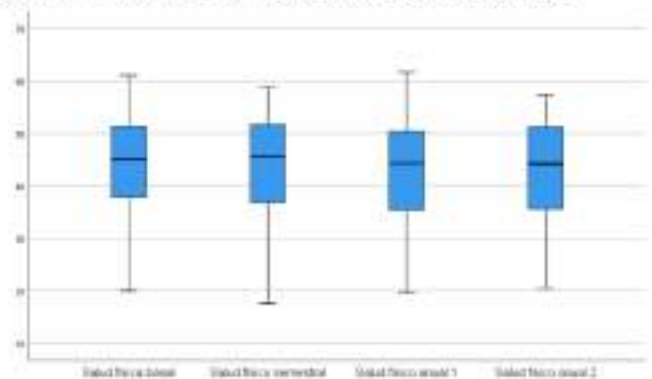
Componente "Salud mental" del KDQOL-SF36 en pacientes en HDF-OL



Componente "Carga de enfermedad renal" del KDQOL-SF36 en pacientes en HDF-OL



Componente "Salud física" del KDQOL-SF36 en pacientes en HDF-OL



Conclusiones: Los pacientes que recibieron HDF-OL obtuvieron una mejoría creciente del puntaje de la prueba KDQOL-SF36 en síntomas y problemas, efectos y carga de la enfermedad renal a los 2 años de seguimiento. El volumen convectivo, la hemoglobina, la edad y el género son predictores importantes de la salud física basal.

El volumen convectivo y género son predictores importantes de la salud mental basal.



La HDF se asocia con una menor mortalidad de pacientes con ERC 5D: resultados parciales de un estudio multicéntrico brasileño en la vida real.

Hemodiálisis, Diálisis Peritoneal y Nutrición

E-Poster

Trabajo original

Daniela Ponce

Hospital das Clínicas (HC-FMB) UNESP, Brazil.

daniela.ponce@unesp.br

Cassia Lopes Dantas

Unicamp, Brazil.

Tales Dantas Vieira

UNESP, Brazil.

Camila Albuquerque Alves

Hospital das Clínicas da Faculdade Medicina de Botucatu, Brazil.

Ana Paula Rovani Cardoso

Hospital das Clínicas da Faculdade Medicina de Botucatu, Brazil.

Iara de Campos

iara.campos@unesp.br

UNESP, Brazil.

Maryanne Zilli Canedo da Silva

maryanne.zilli@unesp.br

Hospital das Clínicas da Faculdade Medicina de Botucatu, Brazil.

Bianca Vitória dos Santos Barbosa

Hospital das Clínicas da Faculdade Medicina de Botucatu, Brazil.

Erica Pires da Rocha

Nefrostar, Brazil.

Christiane Akemi Kojima

Nefrostar, Brazil.

Luis Gustavo Modelli de Andrade

gustavo.modelli@unesp.br

Hospital das Clínicas da Faculdade Medicina de Botucatu, Brazil.

Helen Dias Martins

Hospital das Clínicas da Faculdade Medicina de Botucatu, Brazil

Introducción: La elección del método de diálisis puede influir significativamente en los resultados clínicos en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) en estadio 5D, incluyendo mortalidad, hospitalizaciones e infecciones. La hemodiafiltración (HDF) se asocia con una eliminación más eficiente de las toxinas urémicas de peso molecular medio, y puede reducir la inflamación y mejorar el pronóstico. Sin embargo, los estudios comparativos entre hemodiálisis convencional (HD), diálisis peritoneal (DP) y HDF aún son limitados en América Latina y carecen de validación en poblaciones reales y heterogéneas.

Objetivo: Evaluar la supervivencia de los pacientes sometidos a los tres métodos de diálisis diferentes.

Pacientes y métodos: Estudio de cohorte brasileño retrospectivo y multicéntrico (03 centros), que incluyó pacientes con ERC en estadio 5, terapia renal sustitutiva incidente (TRS)

entre enero de 2019 y septiembre de 2024. Los participantes fueron seguidos durante al menos 24 meses o hasta la aparición de un resultado. Los pacientes se clasificaron según el primer método de diálisis mantenido (HD, DP o HDF). Los datos sociodemográficos, clínicos, de laboratorio y de resultados se extrajeron de las historias clínicas electrónicas. La supervivencia se evaluó mediante curvas de Kaplan-Meier y modelos de riesgos proporcionales de Cox ajustados por edad, ingresos, educación, comorbilidades y centro.

Resultados parciales: Se incluyeron un total de 282 pacientes: 129 en HD, 70 en DP y 83 en HDF. La mediana de edad fue de 61 años; El 61% eran hombres y el 68% se declararon blancos. La diabetes estuvo presente en el 52% y las enfermedades cardiovasculares en el 28%. Los grupos fueron similares en términos de edad y enfermedad subyacente, pero difirieron en términos de ingresos y educación, ambos más altos en pacientes tratados con HDF. La tasa de mortalidad global fue del 20%, 27% en el grupo de HD, 24% en el grupo de DP y solo 4,8% en el grupo de HDF. La supervivencia estimada a los 36 meses fue de 71% (HD), 70% (DE) y 95% (HDF), $p < 0,001$. En el análisis multivariante, la HDF se asoció con un menor riesgo de muerte que la HD (HR = 0,15; IC95%: 0,04–0,61; $p < 0,001$), incluso después de excluir las muertes prematuras (<3 meses).

Conclusión: En este estudio multicéntrico con datos de la vida real, la HDF se asoció con una mejor supervivencia en comparación con las modalidades de HD y DP. Los hallazgos refuerzan el beneficio potencial de la HDF y la necesidad de ampliar su acceso en el sistema público de salud brasileño.



Rol del Índice de Masa Muscular en la Precisión del ECW/TBW como Marcador de Euvolemia en Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en Hemodiálisis.

Hemodiálisis, Diálisis Peritoneal y Nutrición

Concurso E-POSTER

Trabajo original

Franklin Mora Bravo

Pafram Unidad de hemodiafiltración, Ecuador.

franklin.mora.bravo@gmail.com

Pamela Morales

Pafram, Red complementaria de Salud de Morona Santiago, Ecuador.

Introducción: El logro del peso seco es crucial en pacientes sometidos a hemodiálisis para evitar complicaciones relacionadas con la sobrecarga de volumen. Emergentemente, el índice de agua extracelular/agua corporal total (ECW/TBW), con valores inferiores a 0.38 medidos por bioimpedancia, se ha considerado un marcador fiable de euvolemia. Sin embargo, nuestra práctica clínica ha revelado que en poblaciones específicas, como pacientes con amputaciones o sarcopenia grave, este índice se presenta persistentemente elevado (> 0.38), sugiriendo falsamente un estado de hipervolemia. El presente estudio se propuso investigar esta aparente discordancia, analizando la influencia del índice de masa muscular en la interpretación del ECW/TBW en estos pacientes.

Métodos: El estudio es observacional, pre y postdiálisis, realizado en la Unidad de hemodiafiltración de la Clínica Pafram de la Red Complementaria de Salud de Morona Santiago, Ecuador, del 1 de mayo de 2023 al 24 de septiembre de 2024. Ingresaron al estudio, pacientes con insuficiencia renal crónica en estadio 5d en programa de hemodiafiltración mayores a 18 años, estables en el programa con un período de permanencia mayor a 3 meses. Se excluyeron pacientes con infección activa. Se registró una bioimpedancia In BodyS10 pre y post diálisis en posición acostada. Se proveyó de un uniforme liviano de 2 piezas, con un peso de 300 gramos. Las mediciones de peso se realizaron sin calzado. La muestra fue no probabilística. Se utilizó estadística inferencial. Se dividió a la muestra en 4 grupos usando los cuartiles de índice de masa muscular: Q1=5.7; Q2=6.7; Q3=7.7.

Resultados: Se incluyeron en el estudio 54 casos, 31 mujeres (y 23 hombres) (42.6%). La talla de los pacientes fue 153.5 ± 9.2 cm. La edad del grupo fue de 53.3 ± 18.4 años. La tabla 1 presenta los datos generales de bioimpedancia de 54 pacientes. Fueron 914 registros de mediciones pre y posthemodiafiltración. Cada paciente se repitió el estudio por 19 tratamientos. En la tabla 2 se presentan los datos del índice en los 4 grupos estudiados.

Tabla 1. Datos descriptivos de la muestra de estudio

Pre-Hemodiálisis	A Sarcopenia (n=485)	B Sarcopenia leve (n=595)	C Masa muscular normal (n=528)	D Masa muscular alta (n=549)	P
Sexo (Mujer)	473 (97.0%)	477 (80.2%)	171 (32.2%)	76 (13.8%)	<0.001 (U, GSI)
Edad (Años)	51 ± 19	53 ± 18	58 ± 15	56 ± 15	<0.001 (valor ajustado A-B, C-D)
Talla (cm)	148 ± 8	151 ± 6	157 ± 5	160 ± 6	<0.001 (U, GSI)
Peso (Kg)	51.2 ± 7.9	55.8 ± 10.8	65.7 ± 8.6	73.4 ± 8.4	<0.001 (U, GSI)

U, GSI: Todos los grupos son diferentes.

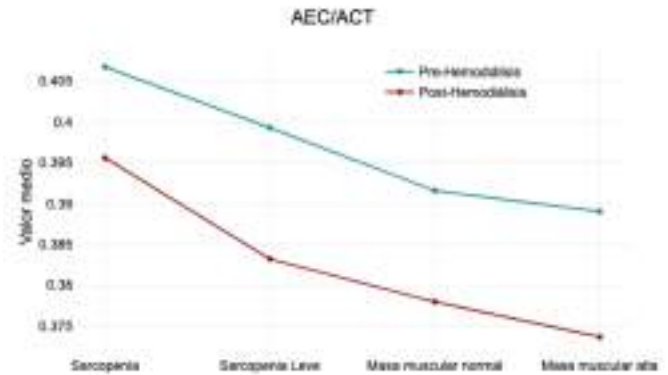


Tabla 2. Datos de distribución del agua corporal en los grupos de estudio

Pre-Hemodiálisis	A Sarcopenia (n=485)	B Sarcopenia leve (n=595)	C Masa muscular normal (n=528)	D Masa muscular alta (n=549)	P
Agua corporal total (L)	22.7 ± 3.8	28.0 ± 2.2	32.2 ± 1.9	37.1 ± 2.4	<0.001 (U, GSI)
Agua extracelular (L)	22.2 ± 3.6	26.9 ± 2.6	32.0 ± 2.2	36.1 ± 2.4	<0.001 (U, GSI)
Agua intracelular pre-diálisis (L)	14.1 ± 1.8	16.2 ± 1.2	19.6 ± 1.3	22.6 ± 2.5	<0.001 (U, GSI)
Agua extracelular post-diálisis (L)	18.0 ± 1.8	19.4 ± 1.6	20.2 ± 1.6	22.4 ± 2.4	<0.001 (U, GSI)
Agua intracelular post-diálisis (L)	15.7 ± 1.2	15.8 ± 1.1	12.6 ± 0.8	15.4 ± 1.5	<0.001 (U, GSI)
Agua intracelular post-diálisis (L)	9.2 ± 1.2	10.2 ± 1.1	12.3 ± 0.9	15.2 ± 1.9	<0.001 (U, GSI)
Índice Agua Extracelular/Agua corporal total Pre-HD	0.91 ± 0.07	0.95 ± 0.07	0.94 ± 0.07	0.94 ± 0.07	No diferencias
Índice Agua Extracelular/Agua corporal total Post-HD	0.40 ± 0.07	0.38 ± 0.02	0.38 ± 0.02	0.37 ± 0.02	Se diferencia de B, C y D: <0.001
Ángulo de Fase Total Pre-HD	3.8 ± 0.18	4.44 ± 1.05	5.21 ± 1.12	5.8 ± 0.95	Todos diferentes <0.001
Ángulo de Fase Total Post-HD	4.56 ± 0.96	5.71 ± 1.21	6.56 ± 1.01	7.02 ± 1.00	Todos diferentes <0.001

U, GSI: Todos los grupos son diferentes.

Conclusiones: El índice ECW/TBW post-diálisis muestra una relación con la masa muscular: El estudio revela que, después de la hemodiálisis, el índice ECW/TBW es significativamente diferente entre el grupo con sarcopenia grave (Grupo A) y los grupos con sarcopenia leve, masa muscular normal y masa muscular alta (Grupos B, C, D). Específicamente, el Grupo A (Sarcopenia) mantiene un índice postdiálisis más alto (0.40 ± 0.01) en comparación con los otros grupos, que alcanzan valores de 0.38 ± 0.02 (B y C) y 0.37 ± 0.02 (D). Esto sugiere que la sarcopenia grave influye en que el índice ECW/TBW permanezca elevado incluso después de la diálisis, lo que podría conducir a una falsa impresión de hipervolemia.

Referencias:

Mora F. Curr Med Imaging. 2021;17(10):1256-61. doi: 10.2174/1573405616999201118140832.



Mora F. BMC Nephrol. 2008;9:15. doi: 10.1186/1471-2369-9-15.
Mora F. BMC Nephrol. 2012;13:106. doi: 10.1186/1471-2369-13-106.
Mora F. BMC Nephrol. 2025;26(1):30. doi: 10.1186/s12882-025-03948-0.
Sánchez J. BMC Cancer. 2018;18(1):587. doi: 10.1186/s12885-018-4499-y.
Rivera S. Artif Organs. 2014;38(2):113-20. doi: 10.1111/aor.12133.
Abril J. UC 1014 <https://shorurl.at/PXVHS>
Alemán J. Rev Hematol Mex 2014;15(3):129-36. <https://shorurl.at/b8nFe>
Alemán J. Rev Portuguesa de End, Diabetes e Met 18(4):143-8. <https://shorturl.at/mNr7c>
Garrido D. REV SEN 2025;13(2):91-7. <https://doi.org/10.56867/>

Impacto de la quelación de hierro con deferasirox en la longitud de los telómeros y estrés oxidativo en pacientes en hemodiálisis: un estudio aleatorizado

Hemodiálisis, Diálisis Peritoneal y Nutrición

E-Poster

Trabajo original

Marcos Javier Romero Vazquez

IMSS, México.

marcsjav@hotmail.com

Blanca Olivia Murillo Ortiz

IMSS, México.

Antecedentes: Estudios recientes han demostrado la eficacia, seguridad y tolerabilidad del deferasirox en pacientes en diálisis peritoneal, sin embargo, su efecto no ha sido estudiado en pacientes sometidos a hemodiálisis.

Objetivo: Investigar el impacto de la quelación del hierro sobre la longitud de los telómeros, el estrés oxidativo y los niveles de ferritina en pacientes sometidos a hemodiálisis.

Método: Se trata de un estudio abierto, con un grupo de control de pacientes en hemodiálisis, que recibieron tratamiento con deferasirox 15 mg/kg/día durante 6 meses para la quelación del hierro. La longitud de los telómeros se midió mediante PCR en tiempo real. Se evaluaron los niveles séricos de ferritina y los marcadores de oxidación. Para evaluar la farmacocinética y la seguridad del deferasirox, se analizaron las concentraciones plasmáticas mediante HPLC.

Resultados: Se incluyeron 54 pacientes para recibir deferasirox, y un grupo control de 50 pacientes. Se observaron diferencias significativas en los niveles séricos de ferritina ($p < 0,0001$), TBARS (sustancias reactivas al ácido tiobarbitúrico) ($p < 0,01$). La longitud de los telómeros aumentó significativamente tras la quelación ($p < 0,001$). La concentración sérica de deferasirox a tiempo cero a las 48 h se mantuvo dentro de un rango de 2,67 a 23,78 mmol/L.



Table 2 – Comparison of biochemical markers at baseline and end of treatment.

Variable	Baseline Group treated n=94	Final Group treated n=94	p value*	Baseline Group control n=30	Final Group control n=30	p value*	Intergroup p value**
Ferritin (µg/dl)	2053.41 ± 1281.89	1229.26 ± 1129.33	<0.0001	1003.69 ± 552.73	2279 ± 1091.95	0.990	0.001
TBARS (µM)	146.26 ± 63.29	144.87 ± 69.89	0.919	149.36 ± 52.31	144.67 ± 68.89	0.75	0.80
TBAP %	46.69 ± 19.93	54.37 ± 19.55	0.009	47.89 ± 22.30	44.29 ± 21.89	0.70	0.80
TBAP (nmol/dl)	36.12 ± 18.56	44.50 ± 15.78	0.001	36.65 ± 29.74	36.19 ± 19.62	0.95	0.80
ExpB (mg/dl)	14.22 ± 25.81	21.89 ± 7.89	0.00	23.87 ± 32.73	22.70 ± 4.91	0.50	0.50
Telomere length (kb)	1.93 ± 1.05	6.79 ± 1.11	0.000	5.46 ± 1.63	5.41 ± 1.11	0.66	0.001
Homocystein (µM)	11.01 ± 1.86	10.47 ± 0.65	0.64	12.55 ± 1.54	10.9 ± 1.4	0.60	0.001
Homocystein (µM)	16.12 ± 5.74	16.69 ± 1.86	0.96	16.49 ± 5.55	16.3 ± 4.8	0.88	0.001
Protein (g/l)	113.47 ± 18.42	115.47 ± 15.39	0.99	108.24 ± 18.93	112.61 ± 8.67	0.55	0.75
Albumin (g/l)	3.41 ± 0.32	3.46 ± 0.46	0.69	3.47 ± 1.32	3.38 ± 0.69	0.41	0.92
Deferasirox (mg/dl)	11.01 ± 1.86	6.82 ± 0.65	0.00	9.96 ± 2.06	20.11 ± 1.86	0.71	0.00
Sua (mg/dl)	206.21 ± 34.94	202.69 ± 42.20	0.70	103.10 ± 18.41	120.9 ± 34.7	0.42	0.32
Glucose (mg/dl)	123.67 ± 47.76	92.26 ± 39.69	0.14	97.67 ± 46.88	84 ± 33.81	0.44	0.46
ACT (dL)	20.86 ± 11.59	23.87 ± 75.59	0.06	19.66 ± 12.38	20.57 ± 10.64	0.83	0.16
WBC (K/L)	71.91 ± 16.37	43.56 ± 18.86	0.28	36.23 ± 9.27	34.12 ± 22.66	0.62	0.49
WBC (mg/dl)	4.29 ± 0.33	4.25 ± 0.22	0.51	4.29 ± 0.68	4.22 ± 0.47	0.83	0.92
LDL (mg/dL)	166.39 ± 30.60	17.55 ± 18.84	0.07	19.20 ± 18.60	48.87 ± 32.40	0.83	0.17
HDL (mg/dL)	41.89 ± 17.81	41.95 ± 12.15	0.61	49.78 ± 14.89	43.89 ± 23.78	0.79	0.80
Cholesterol (mg/dL)	135.94 ± 48.23	148.89 ± 19.18	0.71	148.05 ± 45.21	139.60 ± 3.86	0.43	0.80
Triglycerides (mg/dL)	123.94 ± 60.39	138.57 ± 16.30	0.37	202.52 ± 94.94	144.30 ± 21.29	0.37	0.004
C-reactive protein (mg/dL)	1.79 ± 1.60	3.55 ± 0.95	0.76	2.29 ± 2.40	3.70 ± 1.34	0.44	0.88

TBAP: total antioxidant capacity; TBARS: thiobarbituric acid reactive substances; ACT: activated partial thromboplastin time; HDL: high-density lipoprotein; LDL: low-density lipoprotein; HbA1c: glycated hemoglobin; WBC: white blood cells. The significance of bold values is p < 0.05. Intergroup significance: ** p value. * Intergroup p value.

Conclusiones: Nuestros resultados demuestran que la quelación del hierro en pacientes en hemodiálisis reduce significativamente la ferritina y el TBARS, lo que se traduce en un aumento de la longitud de los telómeros. El deferasirox demuestra ser beneficioso para los pacientes con sobrecarga de hierro sometidos a hemodiálisis.

Biomarcadores hematológicos como predictores de mortalidad en pacientes con hemodiálisis en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé, Huancayo, 2020-2024.

Hemodiálisis, Diálisis Peritoneal y Nutrición

E-Poster

Trabajo original

Luis Jesús Arellan Bravo

H REPS, Perú.

luisarellan@gmail.com

Sumiko Miluska Ruiz Suarez

Universidad Continental, Perú.

"Los pacientes sometidos a hemodiálisis presentan una tasa de mortalidad elevada, por lo que es fundamental investigar los factores que predisponen al empeoramiento de esta enfermedad, entre las recientes investigaciones se encuentran biomarcadores costo-efectivos que se han convertido en índices inflamatorios que predicen complicaciones y mortalidad en diversas enfermedades, pero el objetivo es utilizarlo en pacientes renales; por esta razón, se busca identificar si los biomarcadores hematológicos son un factor predictor de mortalidad en pacientes en hemodiálisis pertenecientes al Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé Huancayo 2020 – 2024. Se llevó a cabo un diseño no experimental, retrospectivo, observacional, correlacional y transversal. La muestra fue de 172 pacientes obtenidas de historias clínicas según criterios de inclusión y exclusión. Los resultados obtenidos fueron que, al identificar 172 pacientes, 94 correspondieron al grupo etario de adultos mayores (>65 años) y se asociaron a mortalidad (p=0.016); asimismo, el 65,7% fue del sexo masculino. El 69.2 % de los pacientes provienen fuera de Huancayo. Los biomarcadores hematológicos en el análisis bivariado y multivariado, el índice plaqueta/linfocito tuvo un valor de p=0.007 (IC 95% 1.216 – 2.338). Sin embargo, el índice neutrófilo/linfocito y la anemia <10gr/dl obtuvo un valor de p=0.715 y p=0.241, no siendo significativo. En los hallazgos clínicos, la hipertensión arterial fue mayor en un 81,4 %, el aumento de urea ExpB=1.006 aumentó un 0,6% el riesgo de fallecer y la hipoalbuminemia ≤3,5 resultó significativa con el riesgo de mortalidad (p<0,001).

Se llega a la conclusión de que son estadísticamente positivas la edad, procedencia, índice plaqueta/linfocito, uremia e hipoalbuminemia que se asocian con un riesgo mayor de



mortalidad al inicio de hemodiálisis.

CARACTERÍSTICAS	MORTALIDAD		P
	VIVOS 118 (87.1%)	FALLECIDOS 38 (12.9%)	
EDAD			
≤66	60	18	0.018
>66	58	20	
SEXO			
FEMENINO	36	20	0.788
MASCULINO	77	38	
PROCEDENCIA			
HUANCAYO	30	23	0.043
FUERA DE HUANCAYO	88	35	
GRADO DE INSTRUCCIÓN			
SUPERIOR	74	31	0.388
NO SUPERIOR	42	25	
DIABETES TIPO 2			
SI PRESENTA	25	17	0.208
NO PRESENTA	91	39	
HIPERTENSIÓN ARTERIAL			
SI PRESENTA	95	43	0.808
NO PRESENTA	21	11	
ALBÚMINA			
≤2.6	16	23	<0.001
>2.6	97	23	
HEMOGLOBINA			
≤10	43	26	0.241
>10	73	30	
ÍNDICE NEÚTROFILO/LINFOCITO			
<3.5	66	22	0.046
≥3.5	51	34	
ÍNDICE PLAQUETA/LINFOCITO			
<232.5	67	36	0.002
≥232.5	49	21	

Tabla 7. Análisis bivariado y multivariado según Poisson para evaluar predictores de mortalidad en pacientes en hemodiálisis (n=172)

VARIABLES	ANÁLISIS BIVARIADO			ANÁLISIS MULTIVARIADO		
	RP	IC 95% Inf - sup	Valor p	RP	IC 95% Inf - sup	Valor p
EDAD						
≤66	---	---	---	---	---	---
>66	1.752	1.091 - 2.813	0.021	1.648	1.228 - 2.278	0.003
PROCEDENCIA						
HUANCAYO	---	---	---	---	---	---
FUERA DE HUANCAYO	1.585	1.025 - 2.380	0.038	1.648	1.129 - 2.411	0.018
ALBÚMINA						
≤2.6	3.211	2.173 - 5.046	<0.001	3.184	2.090 - 4.818	<0.001
>2.6	---	---	---	---	---	---
ÍNDICE PLAQUETA/LINFOCITO						
<232.5	---	---	---	---	---	---
≥232.5	1.900	1.315 - 2.691	0.001	2.815	1.216 - 3.338	0.007
ÍNDICE NEÚTROFILO/LINFOCITO						
<3.5	---	---	---	---	---	---
≥3.5	1.582	1.013 - 2.480	0.044	1.168	0.640 - 1.917	0.715

Palabras clave: hemodiálisis, biomarcadores hematológicos, mortalidad, hemoglobina.



Hemodiálisis emergente, ¿cómo y por qué?

Hemodiálisis, Diálisis Peritoneal y Nutrición

E-Poster

Trabajo original

Iván Rosero

Hospital Vicente Corral Moscoso, Ecuador.

nefrologoroseroviteri@gmail.com

Diego Argudo

Hospital José Carrasco Arteaga, IESS, Ecuador.

Introducción: La enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) representa un desafío creciente para los sistemas de salud, especialmente cuando el inicio de terapia de reemplazo renal se produce de manera no programada. El inicio urgente de hemodiálisis suele estar asociado con peores desenlaces clínicos y mayor mortalidad. En Ecuador, la información sobre los perfiles clínicos de estos pacientes es limitada. Este estudio tiene como objetivo describir las características de los pacientes que iniciaron hemodiálisis urgente en el Hospital Vicente Corral Moscoso entre 2023 y 2025, identificando los principales criterios clínicos de inicio y las comorbilidades asociadas.

Metodología: Se realizó un estudio retrospectivo, observacional y descriptivo, basado en la revisión de historias clínicas de pacientes que iniciaron hemodiálisis urgente en el Hospital Vicente Corral Moscoso entre enero de 2023 y marzo de 2025. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con indicación urgente de terapia dialítica. Se recopilaron variables demográficas (edad, sexo), antecedentes clínicos (diabetes, hipertensión, enfermedad cardiovascular), parámetros bioquímicos (creatinina, potasio, hemoglobina) y criterios de inicio dialítico (síndrome urémico, hiperkalemia, sobrecarga de volumen, acidosis metabólica). El análisis estadístico incluyó medidas de tendencia central y frecuencias simples.

Resultados: Se incluyeron 184 pacientes. La edad promedio fue de 57,1 años (DE \pm 13,2), con un 58% de hombres (n=107). La diabetes mellitus fue la comorbilidad más frecuente (62%), seguida de hipertensión arterial (78%) y enfermedad cardiovascular (29%). El 91% no tenía seguimiento nefrológico previo. Los principales criterios clínicos de inicio urgente fueron: síndrome urémico en 47% (n=87), hiperkalemia refractaria en 31% (n=57), sobrecarga hídrica con edema pulmonar en 15% (n=28), y acidosis metabólica severa en 7% (n=12). La creatinina promedio al ingreso fue 10.3 mg/dL (DE \pm 3.1), el potasio 6.2 mEq/L (DE \pm 1.1), y la hemoglobina 8.9 g/dL (DE \pm 1.6). El 91% de los accesos vasculares iniciales fueron catéteres venosos centrales temporales. Solo el 9% inició diálisis con un acceso definitivo (fistula arteriovenosa o catéter tunelizado).

Tabla 2. Comparación entre pacientes con DM2 y pacientes con HTA

Variable	DM2 (n=114)	HTA (n=143)	p
Edad promedio	59.3 años	58.1 años	0.21
Sexo masculino	60%	55%	0.42
Creatinina al ingreso	10.6 mg/dL	10.1 mg/dL	0.17
Potasio	6.3 mEq/L	6.1 mEq/L	0.12
Hemoglobina	8.7 g/dL	8.8 g/dL	0.63
Síndrome urémico	49%	45%	0.03
Hiperkalemia	30%	33%	0.04
Acceso temporal	76%	70%	0.19

Conclusiones: En este estudio, la mayoría de los pacientes iniciaron hemodiálisis de forma no planificada, siendo el síndrome urémico el criterio predominante. La alta frecuencia de comorbilidades como diabetes e hipertensión, sumada al escaso seguimiento nefrológico previo, sugiere deficiencias en la detección y referencia oportuna de la ERCA. Estos hallazgos destacan la necesidad de fortalecer las estrategias de atención primaria y vigilancia nefrológica en etapas tempranas, así como promover la preparación planificada para terapia sustitutiva renal.

Caracterización de la anemia en pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis. Unidad de diálisis. Hospital “Julio Criallo Rivas”.

Hemodiálisis, Diálisis Peritoneal y Nutrición

E-Poster

Trabajo original

Lorendiz Ronca

Hospital Dr Americo Babo, Venezuela.

lorendiz.ronca@gmail.com

Pedro Betancourt

Hospital Universitario Ruiz y Paez, Venezuela.

Maria Lara

Hospital Universitario Ruiz y Paez, Venezuela.

Introducción: La enfermedad renal crónica (ERC), es un trastorno multifactorial que se caracteriza por la pérdida gradual y progresiva de la capacidad renal de excretar desechos nitrogenados, de concentrar la orina y de mantener la homeostasis del medio interno. Entre otras funciones, el riñón sintetiza hormonas como la eritropoyetina, en respuesta a la hipoxia. Las causas fundamentales que provocan anemia en pacientes con ERC se resumen en: disminución de la producción de eritropoyetina, disminución de la vida media del glóbulo rojo, pérdida de la masa eritrocitaria, eritropoyesis disminuida secundaria a la producción de sustancias tóxicas urémicas, disminución de la disponibilidad de hierro para la eritropoyesis y el aumento de los niveles de hepcidina. La anemia asociada a la ERC habitualmente es normocítica y normocrómica en su origen. Las principales opciones terapéuticas para la anemia de la ERC incluyen: hierro, agentes estimulantes de la



eritropoyesis (AEE) y, en raras ocasiones, transfusiones de glóbulos rojos. En pacientes sometidos a proceso de hemodiálisis, es uno de los parámetros de mayor control directamente relacionado con la morbimortalidad y el grado de supervivencia de los pacientes. La prevalencia de anemia en la ERC ha ido acrecentándose durante los últimos años. En consecuencia, es de gran necesidad realizar investigaciones, controles adecuados y seguimientos sobre anemia y su relación con la ERC, tomando en cuenta los factores que la pueden producir.

Objetivos: Describir las características de la anemia en pacientes con enfermedad renal crónica en terapia de reemplazo renal modalidad hemodiálisis.

Material y Método: Este estudio fue de tipo descriptivo, retrospectivo, transversal, de campo, no experimental. La muestra estuvo constituida por 42 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión, en hemodiálisis y se excluyeron los de otras modalidades de diálisis.

Resultados: Se observó que; 64,3% (n=27) fueron de sexo masculino; 28,6% (n=12) tenía entre 50-9 años, con una media de 47,71 años, en 31,0%(n=13) la causa de la diálisis fue la diabetes mellitus, 64,3% (n=27) el acceso vascular fue a través de catéter bilumen; 54,8% (n=23) tenía anemia moderada y 23,8% cursaron con ferropenia, en la cual fue más frecuente un déficit funcional en 90,0% (n=9). Se encontró la presencia de manifestaciones clínicas en 21,4% (n=9), siendo las únicas documentadas debilidad, palidez y palpitations en 100,0% (n=9). Todos los pacientes cumplieron tratamiento con AEE (100%; n=42), en el cual fue más frecuente el intervalo de 3 veces por semana con 80,9% (n=34). Por último, se documentó la administración de hemoderivados en 21,4% (n=9), siendo el concentrado globular el único administrado en 100,0% (n=9) de los casos.

Categoría	Sexo		Total (n=42; 100%)
	Masculino (n=27; 64,3%)	Femenino (n=15; 35,7%)	
	n (%)	n (%)	
Edad (años)^a			
Media	49,81	43,93	47,71
<20	0 (0,0)	1 (6,7)	1 (2,4)
21-29	4 (14,8)	1 (6,7)	5 (11,9)
30-39	3 (11,1)	4 (26,7)	7 (16,7)
40-49	5 (18,5)	2 (13,3)	7 (16,7)
50-59	7 (25,9)	5 (33,3)	12 (28,6)
60-69	4 (14,8)	2 (13,3)	6 (14,3)
70-79	4 (14,8)	0 (0,0)	4 (9,5)
Causa de diálisis			
Diabetes mellitus	8 (29,6)	5 (33,3)	13 (31,0)
Glomerulonefritis	8 (29,6)	3 (20,0)	11 (26,2)
Hipertensión arterial	5 (18,5)	0 (0,0)	5 (11,9)
Nefritis túbulo intersticial	2 (7,4)	3 (20,0)	5 (11,9)
Lupus eritematoso sistémico	1 (3,7)	2 (13,3)	3 (7,3)
Nefropatía por VIH	2 (7,4)	1 (6,7)	3 (7,3)
Poliquistosis renal	1 (3,7)	1 (6,7)	2 (4,8)
Acceso vascular^b			
Catéter bilumen	13 (48,1)	14 (93,3)	27 (64,3)
Fístula arteriovenosa	14 (51,9)	1 (6,7)	15 (35,7)

Fuente: Hoja de recolección de datos
^a con corrección de Yates = 0,31; gl: 9; Test de Fisher: p: 0,54 (NS)
^b con corrección de Yates = 0,44; gl: 4; Test de Fisher: p: 0,48 (NS)
^c con corrección de Yates = 0,82; gl: 1; Test de Fisher: p: 0,49 (NS)

Conclusiones: se encontró la presencia de anemia moderada y ferropénica en un importante grupo. El conocimiento y manejo de la anemia en pacientes con enfermedad renal crónica es actualmente un pilar fundamental del tratamiento del paciente en vista de que brinda calidad de vida. En los últimos años, el tratamiento de la anemia en la enfermedad renal crónica ha mejorado sustancialmente debido al uso regular de agentes estimuladores de eritropoyesis, lo que ha conllevado una mejoría en la calidad de vida de los pacientes, efectos cardiovasculares, mejoría de la capacidad funcional, cognitiva y disminución del número de transfusiones.

Categoría	Total (n=42) n (%)
Tipo de anemia según la OMS / KDIGO	
Leve	8 (19,0)
Moderada	23 (54,8)
Severa	11 (26,2)
Anemia ferropénica	
Si	10 (23,8)
No	32 (76,2)
Déficit de hierro	
Funcional	9 (90,0)
Absoluto	1 (10,0)

Fuente: Hoja de recolección de datos



Análisis clínico y epidemiológico de pacientes en hemodiálisis crónica durante 2024.

Hemodiálisis, Diálisis Peritoneal y Nutrición

E-Poster

Trabajo original

Lorendiz Ronca

Hospital Dr Americo Babo, Venezuela.

lorendiz.ronca@gmail.com

Maria Lara

Hospital Universitario Ruiz y Páez, Venezuela.

Angela Hernandez

Hospital Universitario Ruiz y Páez, Venezuela.

Rosanny Rodulfo

Hospital Universitario Ruiz y Páez, Venezuela.

Eimy Cermeño

Hospital Universitario Ruiz y Páez, Venezuela.

Jeenere Salazar

jenireesifonte1993@gmail.com

Hospital Universitario Ruiz y Páez, Venezuela.

Zunimar Salazar

Zunimarsalazar@gmail.com

Hospital Universitario Ruiz y Páez, Venezuela.

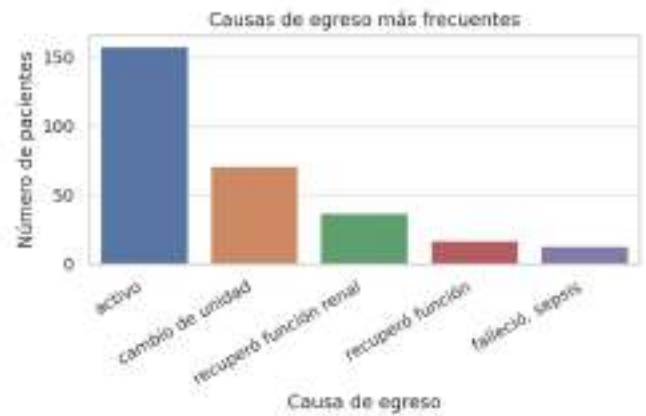
Introducción: La Enfermedad Renal Crónica (ERC) representa una carga creciente en los sistemas de salud de América Latina. La hemodiálisis sigue siendo el tratamiento sustitutivo más utilizado, particularmente en poblaciones con limitaciones de acceso a trasplante o diálisis peritoneal. Este estudio describe las características clínicas, tipos de acceso vascular y causas de egreso en pacientes en hemodiálisis atendidos en la Unidad Dr. Carlos Rendón durante el año 2024.

Objetivo: Caracterizar a los pacientes en hemodiálisis crónica de la Unidad Dr. Carlos Rendón, con énfasis en edad, sexo, diagnóstico de base, tipo de acceso vascular y causas de egreso.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo, basado en el registro clínico de 462 pacientes atendidos entre enero y diciembre de 2024. Se recolectaron variables sociodemográficas (edad, sexo, procedencia), clínicas (diagnóstico de ERC), tipo de acceso vascular (catéter, fistula o mixto), serología y condición al egreso. Se realizó un análisis estadístico descriptivo y la generación de gráficos mediante herramientas computacionales.

Resultados: Se evaluaron 462 pacientes, con una edad promedio de 56,1 años. El 55,8% fueron hombres y el 44,2% mujeres. El acceso vascular más común fue el catéter (84%), seguido por la fistula arteriovenosa (15%) y accesos mixtos o no especificados (1%). Los diagnósticos más frecuentes fueron nefropatía hipertensiva y ERC G5 de causa no especificada. En cuanto al egreso, el 34% de los pacientes permanecieron activos al cierre del año, el 15% fueron trasladados a otra unidad,

el 12% recuperaron función renal y un 3% falleció, principalmente por sepsis u otras causas infecciosas.



Conclusión: El predominio de accesos por catéter sugiere barreras en la colocación oportuna de fistulas, lo que incrementa el riesgo de complicaciones. Las comorbilidades cardiovasculares (hipertensión) siguen siendo las causas principales de ingreso a hemodiálisis. Estos hallazgos deben orientar intervenciones institucionales para mejorar el acceso temprano a terapia sustitutiva renal definitiva y optimizar la transición de accesos transitorios a permanentes.

Uno de los gráficos no ha podido ser leído o está dañado, el autor deberá enviar la información suplementaria en formato de imagen JPG, JPEG, PNG al correo revista.sen.ec@gmail.com con la referencia 139-Hemodiálisis-trabajos originales, Título del artículo y Autor.



¿Médico o Inteligencia Artificial? impacto de la educación digital en pacientes en diálisis

Hemodiálisis, Diálisis Peritoneal y Nutrición

Concurso E-POSTER

Trabajo original

María Cristina Chediak Terán

Hospital General Docente de Calderón, Quito
crischediak@hotmail.com

María Belén Larco Vargas

Hospital General Docente de Calderón, Ecuador.

Adela Marisol Anguisaca Vega

Hospital General Docente de Calderón, Ecuador.

Darwin Paul Larcos Herrera

Hospital General Docente de Calderón, Ecuador.

Mayra Alejandra Oñate García

Hospital General Docente de Calderón, Ecuador.

Meri Magoli Orna Logroño

meri1567@hotmail.com

Hospital General Docente de Calderón, Ecuador.

Introducción: La educación del paciente en enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) en diálisis es esencial para mejorar la adherencia y los resultados clínicos. La incorporación de herramientas digitales, como videos generados por inteligencia artificial (IA), puede ofrecer una alternativa efectiva y accesible para la educación en salud además de optimizar el tiempo del personal médico. El objetivo del estudio fue comparar la efectividad de la explicación médica personalizada frente a un video educativo generado con IA en la comprensión, satisfacción y preferencias de los pacientes en tratamiento de diálisis.

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo transversal en la unidad de diálisis del Hospital General Docente de Calderón durante junio de 2025. Los participantes fueron asignados aleatoriamente a dos grupos: (1) explicación personalizada por un nefrólogo o (2) visualización de un video educativo creado con IA (usando ChatGPT y Canva), que abordaba el tratamiento dialítico, cuidado del acceso vascular, manejo de síntomas y atención multidisciplinaria. Se recopilaron datos socio-demográficos y se aplicó un cuestionario estructurado tras la intervención, con ítems sobre claridad, comprensión, toma de decisiones, formato preferido, conocimientos adquiridos y necesidad de atención integral. Se utilizaron pruebas estadísticas descriptivas, Chi cuadrado y t de Student ($p < 0.05$).

Resultados: Se incluyeron 54 pacientes (50% hombres y 50% mujeres), la mayoría entre 41-50 años (17%), con primaria completa (31,5%) y en diálisis por menos de 6 meses (38,2%). Se distribuyeron en dos grupos iguales (27 pacientes por grupo).

La mayoría percibió como clara la información recibida, comprendió su enfermedad y tratamiento, y afirmó que esto les

permitiría tomar mejores decisiones. Esta percepción fue levemente superior en el grupo que visualizó el video con IA. La mayoría expresó preferencia por una combinación de explicación médica presencial e IA.

Los pacientes que recibieron educación con IA mostraron mejor comprensión sobre la función renal, causa de su ingreso a diálisis y que este tratamiento es indefinido hasta un trasplante; estas diferencias fueron estadísticamente significativas. Sin embargo, la mayoría no logró identificar correctamente la importancia de la dieta ni nombrar tres cuidados específicos del acceso vascular, sin diferencias entre grupos.

Ambos grupos reconocieron adecuadamente signos de alarma para acudir a emergencias y síntomas relevantes durante la diálisis que deben reportar. El grupo con IA mostró mayor conciencia sobre la necesidad de atención con otros especialistas.



Conclusión: Los videos educativos generados por inteligencia artificial son una herramienta efectiva y bien aceptada para complementar la educación en pacientes en diálisis, facilitando la comprensión y son particularmente útiles en contextos de baja escolaridad. Sin embargo, la interacción personalizada



con profesionales de la salud sigue siendo fundamental para abordar dudas específicas y brindar apoyo emocional. La integración de ambos métodos puede optimizar la educación del paciente, mejorar la adherencia y potenciar la calidad de vida en pacientes con ERCA.

Asociación de los hábitos alimenticios no saludables con la presencia de enfermedad renal temprana y sus factores de riesgo en un primer nivel de atención

Hemodiálisis, Diálisis Peritoneal y Nutrición

E-Poster

Trabajo original

Artemio Sánchez Soriano

Instituto Mexicano del Seguro Social, México.

ar.themo2505@gmail.com

Alfonso Cueto Manzano

Hospital de Especialidades, CMNO, IMSS-Guadalajara, México.

Rembrandt Pérez González

Instituto Mexicano del Seguro Social, México.

Fabiola Martín del Campo

Instituto Mexicano del Seguro Social, México.

Introducción: Los hábitos alimenticios incluyen el orden en que se consumen los alimentos, el tiempo y horario destinados para ingerirlos y el tiempo entre la cena y la hora de dormir. Algunos malos hábitos como tomar bocadillos posteriores a la cena y saltarse el desayuno. Los malos hábitos alimenticios pueden causar cambios por alteraciones en el ciclo circadiano, incluyendo la presión arterial y secreción de diferentes hormonas, predisponen a obesidad, dislipidemia, resistencia a la insulina, síndrome metabólico y proteinuria. Actualmente, aunque se han identificado estos cambios y los hábitos poco saludables suelen ser frecuentes en personas con enfermedad renal crónica (ERC), la relación entre la función renal y los hábitos alimenticios ha sido poco estudiada.

Objetivo: Evaluar la posible relación de los hábitos alimenticios y la calidad de la dieta con la presencia de ERC temprana en pacientes de un primer nivel de atención médica.

Métodos: Estudio transversal analítico, que incluyó 157 pacientes de un primer nivel de atención, divididos en dos grupos: 1) con ERC temprana, 2) sin enfermedad renal. A todos los participantes se les realizó una evaluación médica y nutricional, la cual constó de un cuestionario de hábitos alimenticios y el índice de la calidad de los alimentos (Mini-ECCA v2); se revisaron los exámenes de laboratorio más recientes que no superaran los 3 meses del día de la evaluación. Análisis estadístico: Las comparaciones entre grupos se hicieron mediante prueba chi-cuadrado y t de Student según estuvo indicado. Un valor $p < 0,05$ se consideró significativo.

Resultados: Se incluyeron 157 pacientes: 57 formaron el grupo con enfermedad renal temprana y 100 sin ERC. Los pacientes encuestados tenían un promedio de edad de 59 ± 11 años; además, la mayor parte de los participantes fueron del sexo femenino (113, 72%). Todos los pacientes presentaban por lo menos un factor de riesgo para ERC, siendo la diabetes mellitus tipo 2 la más frecuente, con un tiempo de evolución promedio de 84 (24-201) meses. La comparación de los hábitos alimenticios y la calidad de la dieta entre el grupo con ERC temprana y sin ERC se muestra en la tabla 1.

Tabla 1. Comparación de los hábitos alimenticios y calidad de la dieta entre pacientes con ERC temprana vs sin ERC en un primer nivel de atención.

Variables	Con ERC (n, %)	Sin ERC (n, %)	p
Hábitos alimenticios			
Numero de comidas que realizan en un día, n (%)			0.99
1	1 (1)	0	
2	18 (32)	17 (17)	
3	46 (77)	83 (83)	
Tempo por periodo de comida (min)	27.19 ± 9.4	30.0 ± 13.8	0.40
Percepción de velocidad para comer en relación a las personas de su entorno, n (%)			<0.0001
Rápido	8 (14)	41 (41)	
Similar	23 (40)	33 (33)	
Lento	26 (44)	27 (27)	
Consumo de alimentos 2 horas previas a dormir, n (%)	32 (56)	84 (84)	0.16
Consumo de bocadillos entre comidas, n (%)	37 (63)	88 (88)	0.73
Evitar el desayuno con regularidad, n (%)	24 (42)	17 (17)	<0.0001
Grupo de alimentos de cada periodo de alimentos, n (%)			
Carbohidratos	16 (28)	25 (25)	0.87
Proteínas	17 (30)	18 (18)	
Grasas	24 (42)	48 (48)	
Velocidad para comer acorde al tiempo, n (%)			0.44
Rápido (< 20 min)	11 (23)	18 (18)	
Medio (20 - 30 min)	38 (63)	47 (47)	
Lento (> 30 min)	8 (14)	18 (18)	
Calidad de la dieta por Mini-ECCA, n (%)			
Calidad de la dieta por Mini-ECCA, n (%)			
No saludable	8 (14)	18 (18)	0.87
Consumo de los grupos alimenticios, n (%)			
Agua, n (%)	42 (74)	78 (78)	0.86
Verduras, n (%)	28 (49)	35 (35)	0.51
Pescado, n (%)	30 (53)	32 (32)	0.02
Bebidas azucaradas, n (%)	37 (65)	88 (88)	0.90
Frutas, n (%)	24 (42)	78 (78)	0.05
Tipos de grasas, n (%)			0.24
Monosaturadas	3 (5)	14 (14)	
Poliinsaturadas	46 (77)	72 (72)	
Saturadas	8 (14)	13 (13)	
Omega-3, n (%)	28 (49)	32 (32)	0.34
Alimentos de origen animal, n (%)	11 (19)	15 (15)	0.51
Tipos de carne consumida con mayor frecuencia a la semana, n (%)			0.23
Res	13 (23)	38 (38)	
Pollo	41 (72)	58 (58)	
Pescado	3 (5)	5 (5)	
Alimentos procesados, n (%)	4 (7)	8 (8)	0.80
Postres, n (%)	32 (56)	28 (28)	<0.0001
Leguminosas, n (%)	51 (89)	78 (78)	0.95
Tipos de cereales, n (%)			0.02
Cereales integrales	48 (84)	72 (72)	
Miembros procesados	8 (14)	25 (25)	

Nota: ERC: enfermedad renal crónica.

Las variables cualitativas se expresan en frecuencia (%). Las comparaciones entre grupos se realizaron con χ^2 en las variables cualitativas.

Conclusiones: Los pacientes con ERC tuvieron menor velocidad percibida para comer comparada con personas que los rodean, solían no desayunar con mayor frecuencia y tendieron a iniciar sus comidas con el componente proteico con mayor frecuencia que los pacientes sin enfermedad renal. En la calidad de la dieta no se encontraron diferencias, sin embargo, el consumo de pescado y postres fue mayor, y menor el consumo de frutas y cereales mínimamente procesados en los pacientes con ERC que en los que no tenían enfermedad renal."



Indicadores de calidad de pacientes prevalentes en hemodiálisis

Hemodiálisis, Diálisis Peritoneal y Nutrición

E-Poster

Trabajo original

Kévin Esaú Soch Tohom

Corporación Integral De Diálisis Nipro, Guatemala.

drkevinsoch@gmail.com

Carlos Avendaño

Corporación Integral De Diálisis Nipro, Guatemala.

Introducción: Los indicadores de calidad en pacientes en hemodiálisis reflejan cambios o situaciones de salud que sirven para vigilar la evolución de los pacientes y valorar mejoras según las mediciones, resultados obtenidos y atribuciones de la unidad de Hd.

Objetivos: Conocer la variabilidad de los indicadores básicos y opcionales que permitan una mejora continua de los pacientes atendidos en Corporación Integral de Diálisis Nipro Quetzaltenango.

Materiales: Informes mensuales presentados a la unidad Contratante de Servicios de Hemodiálisis y base de datos interna.

Método: Cuantitativo y Retrospectivo.

Resultados: Los pacientes prevalentes en hemodiálisis en el año 2024 fueron 128 pacientes, a quienes consideramos como indicador básico el de DIALISIS ADECUADA; ya que es el que depende directamente del servicio al cual la unidad está contratada, en cuyo indicador se obtuvieron las metas trazadas. Los indicadores opcionales son todos aquellos que no dependen de la unidad que presta el servicio de terapia de sustitución renal, pero que influye en el aumento de morbi-mortalidad del paciente, en donde vemos que hay muchas variables que pueden mejorarse en beneficio de la reducción de riesgos a la salud del paciente los cuales son dependientes de la logística de los servicios de salud del país y/o institución; pública, social, privada.

Conclusiones: Las guías de calidad nos permiten analizar y mejorar los servicios sanitarios. Los indicadores en pacientes prevalentes en hemodiálisis pueden variar según los objetivos y responsabilidades de la unidad.

Enfermedad renal y calidad de vida.

Hemodiálisis, Diálisis Peritoneal y Nutrición

E-Poster

Trabajo original

Kévin Esaú Soch Tohom

Corporación Integral De Dialisis Nipro, Guatemala.

drkevinsoch@gmail.com

Estephani Bino

Corporacion Integral De Dialisis Nipro, Guatemala.

Carlos Avendaño

Corporacion Integral De Dialisis Nipro, Guatemala.

Introducción: La encuesta KDQOL-36 nos permite calificar la calidad de vida que lleva el paciente con la enfermedad renal. Este cuestionario nos permite comparar el puntaje del paciente frente al de otras personas que comparten una condición similar de enfermedad renal, edad, sexo y diabetes. El estudio DOPPS halló un fuerte vínculo entre la forma en que se sienten las personas, su calidad de vida y el éxito que tienen con la diálisis, por lo que es importante evaluar la calidad de vida del paciente en hemodiálisis para conocer el estado de cada paciente y ayudarlo a llevar de mejor manera su enfermedad.

Objetivos: Conocer el puntaje de los componentes físicos y de la carga mental de la enfermedad renal. Identificar el puntaje promedio de los síntomas y carga y efectos de la enfermedad renal en los pacientes en HD.

Materiales: Cuestionario Enfermedad Renal y Calidad de Vida™ (KDQOL™-36)

Método: Descriptivo - Cuantitativo

Resultados: Se incluyeron 131 pacientes de Corporación Integral de Diálisis Nipro Quetzaltenango, de los cuales el 69% son de género masculino, el promedio de edad fue 55 ± 10 años, 56% padecen diabetes mellitus (73 casos). El acceso vascular que predomina es el catéter no tunelizado en el 79.5%.

ACCESO VASCULAR	N 131	%
CATETER TRANSITORIO	104	79.5
CATETER TUNELIZADO	4	3
FISTULA NATIVA	23	17.5

En relación con la situación laboral; el 31% es jubilado por discapacidad, 24% trabaja en jornada completa. Los resultados en cuanto a la calidad de vida reflejan que, en relación con el puntaje del componente físico, el 85.9% se encuentra con puntaje en o por encima del promedio de la población. El puntaje de carga mental el 87.1% en o por encima del promedio. En relación con la carga de la enfermedad renal, el 14,6 se encuentra por debajo de la media. En relación con los síntomas y efectos de la enfermedad renal, el 12.3% y 12.9% se



encuentran por debajo del promedio de una población homóloga respectivamente.

Se determinó que la calidad de vida en nuestros pacientes en general es adecuada y que en promedio el 31% se encuentra por encima del promedio, lo cual los ha motivado a seguir con el mayor apego posible al tratamiento sustitutivo y medidas complementarias a su condición médica.

N 131	PCS	MCS	BURDEN	SYMPTOMS	EFFECTS
BELOW AVERAGE	14.1%	12.9	14.8	12.3	12.9
AVERAGE	57.4%	58.5	53.5	57.5	51
ABOVE AVERAGE	28.5%	28.5	31.9	29.7	36



Conclusiones: El Cuestionario Enfermedad Renal y Calidad de Vida es una herramienta útil para que el paciente conozca sus condiciones de vida y permite obtener sugerencias de mejora en los puntajes por debajo de la media.

Los pacientes de Corporación Integral de Diálisis tienen una calidad de vida promedio adecuada."

Pérdida calórico proteica usando parámetros, protein-energy wasting (pew) score en pacientes que utilizan filtro-HX de hemodiálisis durante el periodo junio - octubre 2023: análisis descriptivo de los casos.

Hemodiálisis, Diálisis Peritoneal y Nutrición

E-Poster

Trabajo original

Andree Intriago

Centro Integral Diálisis RENACER, Ecuador.

andreeintriagomd@gmail.com

Christian Cedeño

Centro Integral Diálisis RENACER, Ecuador.

Vanessa Tuárez

Centro Integral Diálisis RENACER, Ecuador.

Cristopher Escudero

Centro Integral Diálisis RENACER, Ecuador.

Silvana Zambrano

Centro Integral Diálisis RENACER, Ecuador.

Ángela Palma

Angelam@cidlatam.com

Centro Integral Diálisis RENACER, Ecuador.

Daniela Loor

dloorcabrera2023@gmail.com

Universidad Central del Ecuador, Quito, Ecuador.

Jésus Endara

Centro Integral Diálisis RENACER, Ecuador.

Introducción: La desnutrición proteico-calórica es una complicación frecuente en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento con hemodiálisis, y se asocia con mayor morbimortalidad (1). El síndrome de pérdida calórico proteica (Protein-Energy Wasting, PEW) es una condición reconocida por la International Society of Renal Nutrition and Metabolism (ISRNM), caracterizada por la pérdida progresiva de masa muscular y reservas proteico-energéticas. El uso de filtros de súper alto flujo (HX) en hemodiálisis puede influir en el estado nutricional debido a la posible pérdida de aminoácidos y pequeñas proteínas durante el tratamiento.

Objetivo: Describir la pérdida calórico proteica (PEW) en pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis que utilizan filtro de súper alto flujo (HX), atendidos en el centro CID Renacer durante el período de junio a octubre de 2023, mediante la aplicación del PEW Score 2014.

Métodos: Se tomaron datos de 5 pacientes de hemodiálisis atendidos en el Centro Integral de Diálisis "RENACER" utilizando el filtro HX. Se evaluaron los parámetros de medición del PEW score (Protein – Energy Wasting) durante los meses de junio a noviembre de 2023. Se utilizaron creatinina sérica



normalizada por el área de superficie corporal (Scr/BSA), albúmina sérica, apariencia normalizada de nitrógeno proteico (nPNA). Se realizó una evaluación del comportamiento de los parámetros durante los meses de estudio, así como un análisis descriptivo de los datos.

Resultados: El promedio de varianza en el grupo de estudio durante el tiempo evaluado fue de 0,46 g/dl para la albúmina, 4,57 para SCr/BSA, y 0,16 para nPNA. No se registraron cambios significativos durante el tiempo de estudio en cada parámetro (Figura 1 y Figura 2). No se reportaron cambios en el IMC de cada paciente. No se encontraron cambios significativos en el PEW Score de cada paciente.

Conclusión: Los pacientes dializados con filtro HX no mostraron una pérdida calórica proteica significativa de acuerdo con los parámetros del PEW Score 2014, mostrando leves cambios en sus valores y evaluación con el score.

Uno de los gráficos o tablas no ha podido ser leído o está dañado; el autor deberá enviar la información suplementaria en formato de imagen JPG, JPEG, PNG al correo revista.sen.ec@gmail.com con la referencia 139-Hemodiálisis-trabajos originales, título del artículo y autor.

Sobrevida de los pacientes con mieloma múltiple en diálisis crónica.

Hemodiálisis, Diálisis Peritoneal y Nutrición
Concurso E-POSTER

Trabajo original

Leonella Luzardo

Registro Uruguayo de Diálisis, Uruguay.

leonellaluzardo@gmail.com

Belén Canzani

Registro Uruguayo de Diálisis - UDELAR, Uruguay.

Eloísa Riva

UDELAR, Uruguay.

Alejandro Ferreiro Fuentes

Registro Uruguayo de Diálisis – UDELAR, Uruguay.

María Carlota González-Bedat

Registro Uruguayo de Diálisis, Uruguay.

Introducción: El mieloma múltiple es una gammapatía monoclonal que se caracteriza por una proliferación neoplásica de una clona de células plasmáticas productora de una inmunoglobulina monoclonal. Esta proteína puede producir insuficiencia renal y, ocasionalmente, enfermedad renal extrema con requerimiento de tratamiento renal sustitutivo. **Objetivo:** Analizar la presentación, la evolución y el pronóstico de los pacientes que ingresaron a diálisis crónica en Uruguay entre los años 1981 y 2020 con nefropatías asociadas a mieloma múltiple.

Métodos: Se trata de un estudio descriptivo y retrospectivo, basado en el Registro Uruguayo de Diálisis, Programa de Prevención y Tratamiento de Glomerulopatías, y datos de la entidad financiadora. Realizamos un análisis en función de haber recibido o no tratamiento con bortezomib, disponible en nuestro medio desde el año 2010.

Resultados: Analizamos 287 pacientes con una media de edad de 65.1 ± 12.1 años, de los cuales el 92.3% iniciaron la modalidad de hemodiálisis. El 24.4% de los pacientes contaban con una biopsia renal, siendo amiloidosis el diagnóstico más frecuente. La sobrevida de toda la población fue de 29 meses (RIC: 14-37). Observamos un aumento en la tasa de incidencia de pacientes con mieloma múltiple, que pasó de 0.55 pmp en el primer quinquenio analizado (1981-1984) a 3.77 pmp en el último período (2015-2020). La supervivencia de los pacientes que recibieron el fármaco fue mayor (41 meses; IC95%: 31-52) que la de los que no lo recibieron (26 meses; IC95%: 21-32) ($p = 0,014$).

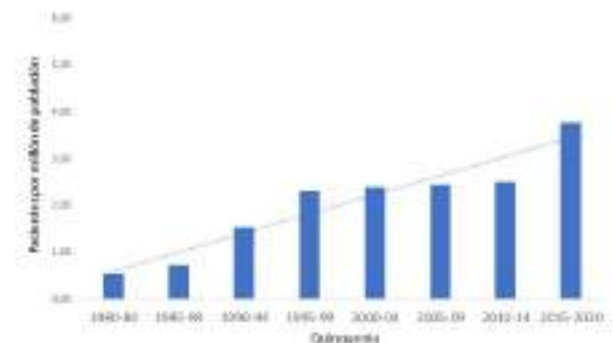
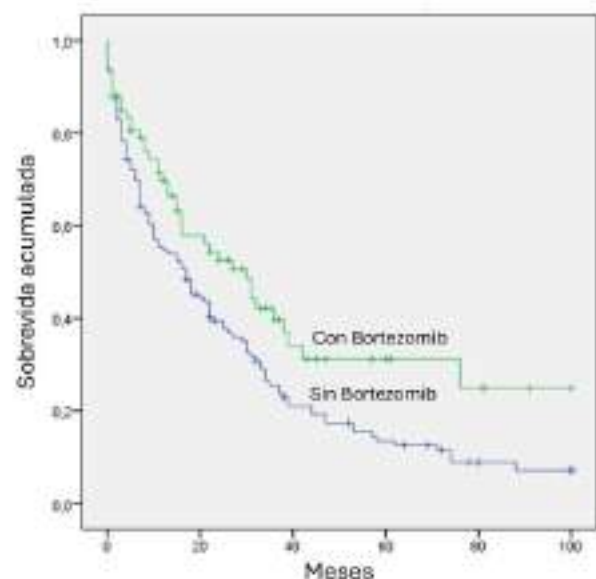


Figura 1. Incidencia de pacientes con MM en diálisis crónica según quinquenio.





Conclusiones: Los pacientes tratados con bortezumib tuvieron una mayor sobrevida, a lo que seguramente contribuyó la mejora en los cuidados nefrológicos y hematológicos de los últimos años. "

Evaluación del metabolismo mineral óseo y factores nutricionales en pacientes en hemodiálisis.

Hemodiálisis, Diálisis Peritoneal y Nutrición

E-Poster

Trabajo original

Caterina Tiscornia Gonzalez

Escuela de Nutrición y Dietética, Universidad Finis Terrae, Chile.

caterinattiscornia@gmail.com

Fabián Vásquez

Escuela de Nutrición, Universidad Finis Terrae, Chile.

Francisca Peña

Universidad Mayor - Fundación Salud Renal Integral (FUSAR), Chile.

Valeria Aicardi

Clínica Indisa, Chile.

Introducción: El manejo nutricional en pacientes sometidos a hemodiálisis (HD) plantea un desafío clínico debido al profundo impacto de la enfermedad renal crónica avanzada en el metabolismo de proteínas, lípidos y minerales. La albúmina sérica se usa comúnmente como marcador del estado nutricional y el pronóstico en esta población; sin embargo, su concentración puede estar influenciada por múltiples factores, incluidos la inflamación crónica y las alteraciones en el metabolismo mineral. Parámetros como el fósforo, el calcio y los triglicéridos pueden reflejar tanto el estado nutricional como los desequilibrios metabólicos característicos de la EH. Explorar la relación entre estos indicadores y los niveles de albúmina puede contribuir a una evaluación nutricional más precisa y a una mejor planificación terapéutica individualizada.

Objetivos: El objetivo de este estudio fue determinar la asociación entre los niveles de albúmina y los parámetros de fósforo, calcio y triglicéridos en pacientes en HD, identificando su papel como indicadores del estado nutricional.

Materiales y métodos: Se analizaron los datos de 168 pacientes en HD trisemanal. Se evaluaron las correlaciones de Pearson entre la albúmina y los indicadores metabólicos (fósforo, calcio, triglicéridos). Posteriormente, se realizó un análisis de regresión lineal múltiple con albúmina como variable dependiente y fósforo, calcio y triglicéridos como predictores para evaluar sus efectos conjuntos.

Resultados: Entre los 168 pacientes en HD analizados, se observó una asociación positiva y significativa entre los niveles de fósforo y albúmina ($r = 0,278$; $p < 0,001$). Por el contrario, el calcio ($p = 0,137$) y los triglicéridos ($p = 0,092$) no mostraron correlaciones estadísticamente significativas con la albúmina.

El modelo de regresión lineal múltiple explicó el 8,7% de la variabilidad en los niveles de albúmina, siendo el fósforo el único predictor significativo ($\beta=0,057$; $p<0,001$). Aunque los triglicéridos mostraron una tendencia hacia la significación ($p = 0,058$), el calcio no tuvo ningún efecto estadísticamente relevante ($p = 0,207$). Estos hallazgos subrayan la relevancia del fósforo como un marcador potencial asociado con el estado nutricional en pacientes con HD.

Conclusiones: Los resultados del estudio destacan que el fósforo es un predictor significativo de los niveles de albúmina, mientras que el calcio y los triglicéridos no mostraron relaciones claras. Esto pone de manifiesto el papel del metabolismo mineral, concretamente del fósforo, en el estado nutricional de los pacientes con EH. La relación positiva entre fósforo y albúmina podría estar asociada con una mayor ingesta de proteínas, dado que las fuentes de proteínas suelen ser ricas en fósforo orgánico. Estos hallazgos subrayan la importancia de individualizar las estrategias nutricionales en pacientes con EH, equilibrando la necesidad de una ingesta adecuada de proteínas para mantener niveles óptimos de albúmina con el manejo del fósforo orgánico para prevenir complicaciones relacionadas con el metabolismo mineral. Este enfoque integrado podría optimizar tanto el estado nutricional como los resultados clínicos en esta población.

Uno de los gráficos o tablas no ha podido ser leído o está dañado; el autor deberá enviar la información suplementaria en formato de imagen JPG, JPEG, PNG al correo revista.sen.ec@gmail.com con la referencia 139-Hemodiálisis-trabajos originales, título del artículo y autor.



Impacto y adaptación del servicio de diálisis en el contexto del huracán Otis: un estudio retrospectivo en el Hospital General Regional 1 "Vicente Guerrero" (HGR1VG), México.

Hemodiálisis, Diálisis Peritoneal y Nutrición

E-Poster

Trabajo original

Anwar Hernandez

Instituto Mexicano del Seguro Social, México.

anwar.pazypuente@gmail.com

Janette Estefan Garfias

Hospital Ángeles del Pedregal, México.

Elisa Sanchez Cabrera

Instituto Mexicano del Seguro Social, México.

Introducción: México se encuentra entre los países más expuestos a fenómenos naturales extremos con huracanes como Otis (2023) y John (2024), los cuales comprometen gravemente los servicios médicos esenciales. En octubre de 2023, el huracán Otis impactó Acapulco con categoría 5, causando daños severos a la infraestructura sanitaria. El Hospital General Regional 1 Vicente Guerrero (HGR1VG) del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) resultó afectado en un 70%, comprometiendo la atención de pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC), una población altamente vulnerable.

Foto 1. Área de hospitalización HGR1VG (25/10/2023) archivo personal.



Objetivos: Analizar la respuesta del HGR1VG para sostener los servicios de hemodiálisis (HD) y diálisis peritoneal (DP) durante y después del huracán, evaluando las adaptaciones clínicas y logísticas implementadas en un contexto de crisis.

Material y Método: Se realizó un estudio retrospectivo y observacional en pacientes con IRC atendidos entre el 25 de octubre y el 31 de diciembre de 2023. Se incluyeron 372 pacientes en DP y 640 en HD. Se recopilaron datos clínicos y

demográficos, así como complicaciones reportadas durante el periodo. Además, se analizaron las medidas de mitigación y las adaptaciones protocolarias, utilizando prueba exacta de Fisher, χ^2 , U de Mann-Whitney, Kruskal-Wallis y OR de prevalencia.

Resultados: Capacidad hospitalaria: El HGR1VG activó su plan de acción previo al meteoro y posteriormente plan de emergencia apoyándose de plantas eléctricas por 8 días con suministro de diésel y agua externo. Pacientes en estado crítico fueron evacuados por vía aérea. Se habilitaron 10 máquinas de HD y 8 cicladoras para DP, lo que permitió continuar los tratamientos de forma priorizada.

Foto 2. Sala de DP HGR1VG (30/10/2023) archivo personal.



Ajustes terapéuticos: Las sesiones de HD se redujeron a 120 minutos para maximizar cobertura y ahorro de agua. En DP se adaptó el protocolo a 8 litros por semana, priorizando el manejo de líquidos y electrolitos para evitar hipercalemia y sobrecarga hídrica.

Educación: Se capacitó a pacientes y familiares en dieta hiposódica, hipopotasémica y limitada a 800 ml líquidos/día, así como, se reforzaron habilidades en DP manual domiciliaria. Estas medidas educativas contribuyeron a mitigar complicaciones derivadas de la reducción en sesiones.

Morbimortalidad: Se registraron 363 sesiones de HD y 136 de DP en dos semanas post-impacto. La sobrecarga hídrica se presentó en el 74% de los pacientes con DP y en el 56% con HD ($p < 0.001$). La mortalidad fue más alta en HD, relacionada principalmente con eventos cardiovasculares ($p = 0.048$). En DP, los fallecimientos ocurrieron en domicilio, fuera del entorno hospitalario.



Tabla 1. Características de los pacientes en diálisis renal que ameritaron terapia intrahospitalaria en el periodo octubre-diciembre 2023 (HGR1VG).

	DP	HD	p
Población DR intrahospitalaria (n)	70	271	0.001*
prevalentes (n)	49	257	0.001*
casos nuevos (n)	21	14	NS
hombres (%)	65.7	51.9	0.001*
mujeres (%)	34.3	48.1	0.001*
edad (años)	50 ± 16	63 ± 13	0.001*
diabetes (%)	72	67	NS
hipertensión (%)	21	30	NS
otras (%)	7	3	NS
sobrecarga pre tratamiento (%)	74	34	0.001**
tratamiento (h/semana)	10	4	0.001**
Ultrafiltración por terapia (ml)	850 ± 225	1850 ± 380	0.001**

Tabla 2 : Características de los pacientes en diálisis renal que fallecieron en el periodo octubre-diciembre 2023 (HGR1VG)

modalidad	defunciones (n)	hombres (n)	mujeres (n)	edad (x̄)	causa de defunción			*p
					CV	sepsis	domicilio CNE	
HD	18	8	10	57 ± 13	15	0	3	0.048
DP	4	1	3	66 ± 2	0	0	4	

HD: hemodiálisis; DP: diálisis peritoneal; CV: cardiovascular y CNE: causa no especificada

* Prueba exacta de Fisher

Conclusiones: El huracán Otis (2023) y John (2024) no deben considerarse episodios aislados, sino manifestaciones de una crisis ambiental mundial. La experiencia del HGR1VG durante el huracán Otis subraya la importancia de contar con planes de contingencia flexibles, protocolos adaptativos y programas educativos eficaces para pacientes renales. La DP demostró ser una modalidad ventajosa en entornos de recursos limitados. Se recomienda establecer protocolos nacionales específicos para la atención nefrológica durante desastres naturales o de cualquier índole, así como, fortalecer la infraestructura hospitalaria ante emergencias excepcionalmente prolongadas."



Comparación de la efectividad de NaCl 0.9%, albúmina 25% y solución glucosada 50% en episodio de hipotensión intradiálisis.

Hemodiálisis, Diálisis Peritoneal y Nutrición

E-Poster

Trabajo original

Diego Osmany Chamba Pineda

Hospital General Dr. Miguel Silva, México.

diego.chambapineda@hotmail.com

José Iván Martínez Salas

Hospital General Dr. Miguel Silva, México.

Luis Alfonso Mariscal Ramírez

Hospital General Dr. Miguel Silva, México.

Ramsés Iván Equihua González

Hospital General Dr. Miguel Silva, México.

Jesús Arellano Martínez

Hospital General Dr. Miguel Silva, México.

Introducción: La hipotensión intradiálisis (HID) se presenta en un 20% a un 55% de las sesiones de hemodiálisis y es más frecuente en los pacientes sometidos a HD a largo plazo. Para abordar este problema, se han utilizado diferentes soluciones intravenosas para el manejo de la HID, entre las que se incluyen la NaCl 0,9%, la albúmina 25% y la solución glucosada 50%.

Objetivo: Comparar la efectividad de NaCl 0.9%, albúmina 25% y solución glucosada 50% para el manejo de HID en pacientes en HD crónica intermitente.

Material y Métodos: Estudio tipo ensayo clínico, aleatorizado, en pacientes con enfermedad renal terminal en HD del Hospital General Dr. Miguel Silva (Tabla 1), con HID. Asignados a recibir NaCl 0.9%, albúmina 25% o solución glucosada 50%. Se monitorizaron los cambios en los parámetros hemodinámicos y la eficiencia en el tratamiento dialítico entre la infusión de NaCl 0.9%, albúmina al 25% y glucosada al 50%.

Resultados: Completaron el estudio 110 pacientes, 38 pacientes en el grupo de NaCl 0.9%, y 36 pacientes en ambos grupos con solución glucosada al 50% y albúmina al 25%. Hubo significativamente mayor número de episodios de HID recurrentes en el grupo de NaCl 0.9%, 2[1-3], en comparación con albúmina al 25% 1 [1-2] y glucosada al 50% 1 [1-2] (Grafica2), así como mayor cambio en la caída de PAS entre el inicio y final de la sesión de HD, con NaCl 0.9% (-22 ± 28 mmHg) vs (-8 ± 09 mmHg) para albúmina al 25% y glucosada al 50% (-20 ± 24 mmHg) p=0.03. No hubo diferencias significativas en la proporción de pacientes que se recuperaron del episodio de HID, en el grupo con NaCl 0.9%, (55%), albúmina al 25% (75%) y solución glucosada al 50% (69%) (Grafica

1).

GRAFICA 2. NÚMERO DE EPISODIOS DE HID DE ACUERDO A LA SOLUCIÓN INFUNDIRA.

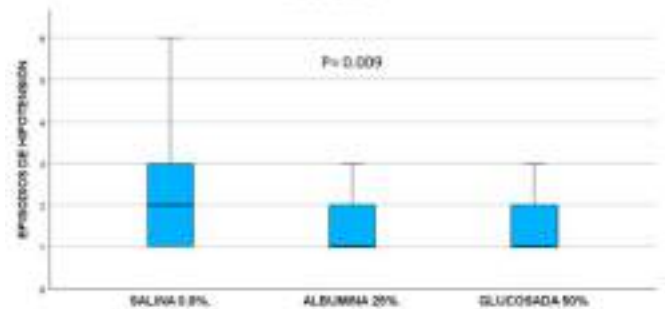
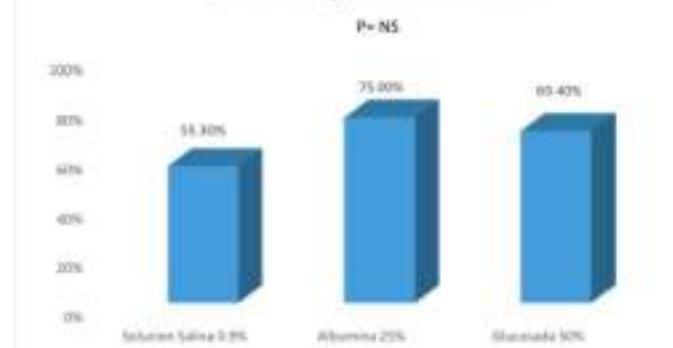


Tabla 1. Características básicas de la población.

	Salina 0.9% n=38	Albumina 25% n=36	Glucosada 50% n=36	Valor P
Edad (años)	53 ± 17	47 ± 16	49 ± 16	NS
Género n (%)				
Hombre	20 (53)	17 (47)	21 (58)	NS
Mujer	18 (47)	19 (53)	15 (41)	
Causa de ERC n (%)				
Insuficiencia cardíaca	27 (71)	20 (56)	19 (53)	NS
No determinada	11 (29)	16 (44)	17 (47)	
Tiempo en HD (años)	9.08 ± 4.0	8.2 ± 3.0	5.7 ± 3.3	0.01
Peso seco (kg)	54.0 ± 8.6	56.3 ± 11.4	54.9 ± 8.1	NS
Talla (metros)	1.53 ± 0.08	1.54 ± 0.08	1.53 ± 0.08	NS
SBP (mmHg)	22.9 ± 2.5	22.6 ± 2.4	23.6 ± 2.4	NS
Hemoglobina (g/dL)	9.6 ± 2.0	9.8 ± 1.7	8.8 ± 1.8	0.04
Albúmina (g/dL)	4.1 ± 0.2	4.1 ± 0.3	4.1 ± 0.4	NS
Calcio (mg/dL)	7.4 ± 0.9	7.2 ± 1.1	7.3 ± 0.7	NS
BUN (mg/dL)	73.4 ± 17.8	75.4 ± 21.4	66.7 ± 21.8	NS
Creatinina (mg/dL)	12.0 ± 2.9	11.9 ± 3.0	10.6 ± 3.3	NS

ERC: Enfermedad renal crónica, SBP: Índice de masa corporal, g/dL: Gramos por decilitro, kg: kilogramos, mg/dL: miligramos por decilitro.

Gráfica 1. Proporción de pacientes que se recuperaron al episodio de Hipotensión intradiálisis.



Conclusiones: La efectividad de NaCl 0.9%, albúmina 25% y solución glucosada 50% para el manejo de HID en pacientes en HD es similar. Hay una reducción significativamente en el número de episodios de HID recurrentes durante la sesión de hemodiálisis con solución albúmina 25% y glucosa 50%

Palabras Clave: Hemodiálisis, Hipotensión intradiálisis, Tratamiento, Albumina"



Factores asociados a mortalidad en adultos mayores con enfermedad renal terminal que inician hemodiálisis: datos de la cohorte START-MEX-HD.

Hemodiálisis, Diálisis Peritoneal y Nutrición

Concurso E-POSTER

Trabajo original

Alfredo Fonseca Chávez

Departamento de Nefrología - Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, México.

alfredo.fonseca.chavez@gmail.com

Sofía De la Cruz Pérez

OASIS - Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, México.

Guadalupe Campos Núñez

Departamento de Nefrología - Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, México.

Introducción: El crecimiento sostenido de la población de adultos mayores ha provocado un aumento paralelo en la prevalencia de la enfermedad renal terminal (ERT). La decisión de iniciar hemodiálisis (HD) en este grupo debe individualizarse, tomando en cuenta la carga de comorbilidades, el estado funcional y la calidad de vida. En cohortes internacionales se ha documentado una mortalidad superior al 50% a los dos años en pacientes ≥ 75 años que inician HD¹⁻⁴. Factores como edad ≥ 85 años, hipoalbuminemia y antecedentes de enfermedad cardiovascular se asocian con mayor riesgo de mortalidad temprana. En México no existen estudios poblacionales que describan las características y los desenlaces de los adultos mayores que inician HD.

Objetivo: Identificar los factores de riesgo asociados con mortalidad en adultos mayores con ERT que inician HD.

Metodología: Se incluyeron adultos ≥ 60 años que iniciaron HD y forman parte de la cohorte retrospectiva mexicana START-MEX-HD, atendidos en un centro de tercer nivel entre enero de 2019 y diciembre de 2023. Con un seguimiento mínimo de 12 meses desde el inicio de HD o hasta el fallecimiento. Se registraron variables demográficas, clínicas, analíticas y ecocardiográficas. Las diferencias entre supervivientes y no supervivientes se analizaron con las pruebas estadísticas apropiadas. Los factores asociados con mortalidad se exploraron mediante regresión logística univariada y un modelo multivariado paso a paso (stepwise). Se consideró estadísticamente significativa una $p < 0.05$. El análisis se realizó en R, versión 4.3.2.

Resultados: Se evaluaron 92 pacientes (38% de la cohorte), con una mediana de edad de 68 años (RIQ 63–75) y predominio masculino (65.2%). Las comorbilidades más frecuentes fueron hipertensión arterial (85.9%), diabetes mellitus (67.4%)

e insuficiencia cardíaca (64.1%). La mortalidad global fue 16.3%, atribuible principalmente a infecciones (73.3%) y eventos cardiovasculares (24.7%); el 40% de las defunciones sucedió durante la hospitalización inicial. Al inicio de HD, los pacientes que murieron presentaron presión arterial media más baja (98.9 ± 18.3 vs 82.1 ± 13.9 mmHg; $p = 0.049$), menor volumen urinario (900 ml [RIQ 500–1300] vs 134 ml [RIQ 0–775]; $p < 0.001$), bicarbonato sérico inferior (18.3 ± 5.1 vs 15.7 ± 4.3 mmol/L; $p = 0.049$), producto calcio-fósforo más alto (44.7 [RIQ 37.4–52.3] vs 56.7 [RIQ 43.9–64.0]; $p = 0.022$), excursión sistólica del plano anular tricuspídeo menor (20.2 ± 5.5 vs 16.3 ± 4.7 mm; $p = 0.014$), fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) reducida (52.0% [RIQ 41.5–61.9] vs 30.3% [RIQ 20.1–49.2]; $p = 0.002$) y mayor prevalencia de valvulopatías (71.4% vs 41.9%; $p = 0.046$) (Tabla 1). En el modelo multivariado ajustado por edad y sexo, la FEVI baja se asoció independientemente con mayor mortalidad (Tabla 2).

Tabla 1. Características basales según mortalidad de pacientes adultos mayores que inician hemodiálisis.

Característica	Total (n=92)	Supervivientes (n=77)	Muertos (n=15)	p
Edad, años (media [SD])	68.0 (10.0)	68.0 (10.0)	68.0 (10.0)	0.8
Sexo, n (%)	59 (64.1%)	50 (64.9%)	9 (60.0%)	0.8
IMC, kg/m ² (media [SD])	23.0 (3.7)	23.0 (3.7)	23.0 (3.7)	0.8
Comorbilidades, n (%)				
Hipertensión arterial	78 (84.8%)	67 (87.1%)	11 (73.3%)	0.049
Diabetes mellitus tipo 2	62 (67.4%)	53 (68.8%)	9 (60.0%)	0.8
Insuficiencia cardíaca	59 (64.1%)	50 (64.9%)	9 (60.0%)	0.8
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	11 (12.0%)	10 (13.0%)	1 (6.7%)	0.8
Colesterol alto	11 (12.0%)	10 (13.0%)	1 (6.7%)	0.8
Cáncer	11 (12.0%)	10 (13.0%)	1 (6.7%)	0.8
Enfermedad renal tipo 3 o 4	11 (12.0%)	10 (13.0%)	1 (6.7%)	0.8
Anemia (hemoglobina < 10 g/dL)	11 (12.0%)	10 (13.0%)	1 (6.7%)	0.8
Dislipidemia (colesterol > 200 mg/dL)	11 (12.0%)	10 (13.0%)	1 (6.7%)	0.8
DCC, n (%)	11 (12.0%)	10 (13.0%)	1 (6.7%)	0.8
Infecciones, n (%)	11 (12.0%)	10 (13.0%)	1 (6.7%)	0.8
Hemoglobina (media [SD])	11 (12.0%)	10 (13.0%)	1 (6.7%)	0.8
Albúmina (media [SD])	11 (12.0%)	10 (13.0%)	1 (6.7%)	0.8
Creatinina (media [SD])	11 (12.0%)	10 (13.0%)	1 (6.7%)	0.8
Fosfato (media [SD])	11 (12.0%)	10 (13.0%)	1 (6.7%)	0.8
Calcio (media [SD])	11 (12.0%)	10 (13.0%)	1 (6.7%)	0.8
Bicarbonato (media [SD])	11 (12.0%)	10 (13.0%)	1 (6.7%)	0.8
Producto calcio-fósforo (media [SD])	11 (12.0%)	10 (13.0%)	1 (6.7%)	0.8
FEVI, % (media [SD])	11 (12.0%)	10 (13.0%)	1 (6.7%)	0.8
Fracción de eyección del ventrículo izquierdo (media [SD])	11 (12.0%)	10 (13.0%)	1 (6.7%)	0.8
Excursión sistólica del plano anular tricuspídeo (media [SD])	11 (12.0%)	10 (13.0%)	1 (6.7%)	0.8
Presión arterial media (media [SD])	11 (12.0%)	10 (13.0%)	1 (6.7%)	0.8
Volumen urinario (media [SD])	11 (12.0%)	10 (13.0%)	1 (6.7%)	0.8
Bicarbonato sérico (media [SD])	11 (12.0%)	10 (13.0%)	1 (6.7%)	0.8
Producto calcio-fósforo (media [SD])	11 (12.0%)	10 (13.0%)	1 (6.7%)	0.8
Excursión sistólica del plano anular tricuspídeo (media [SD])	11 (12.0%)	10 (13.0%)	1 (6.7%)	0.8
Fracción de eyección del ventrículo izquierdo (media [SD])	11 (12.0%)	10 (13.0%)	1 (6.7%)	0.8
Excursión sistólica del plano anular tricuspídeo (media [SD])	11 (12.0%)	10 (13.0%)	1 (6.7%)	0.8
Presión arterial media (media [SD])	11 (12.0%)	10 (13.0%)	1 (6.7%)	0.8
Volumen urinario (media [SD])	11 (12.0%)	10 (13.0%)	1 (6.7%)	0.8
Bicarbonato sérico (media [SD])	11 (12.0%)	10 (13.0%)	1 (6.7%)	0.8
Producto calcio-fósforo (media [SD])	11 (12.0%)	10 (13.0%)	1 (6.7%)	0.8
Excursión sistólica del plano anular tricuspídeo (media [SD])	11 (12.0%)	10 (13.0%)	1 (6.7%)	0.8
Fracción de eyección del ventrículo izquierdo (media [SD])	11 (12.0%)	10 (13.0%)	1 (6.7%)	0.8
Excursión sistólica del plano anular tricuspídeo (media [SD])	11 (12.0%)	10 (13.0%)	1 (6.7%)	0.8
Presión arterial media (media [SD])	11 (12.0%)	10 (13.0%)	1 (6.7%)	0.8
Volumen urinario (media [SD])	11 (12.0%)	10 (13.0%)	1 (6.7%)	0.8
Bicarbonato sérico (media [SD])	11 (12.0%)	10 (13.0%)	1 (6.7%)	0.8
Producto calcio-fósforo (media [SD])	11 (12.0%)	10 (13.0%)	1 (6.7%)	0.8
Excursión sistólica del plano anular tricuspídeo (media [SD])	11 (12.0%)	10 (13.0%)	1 (6.7%)	0.8
Fracción de eyección del ventrículo izquierdo (media [SD])	11 (12.0%)	10 (13.0%)	1 (6.7%)	0.8
Excursión sistólica del plano anular tricuspídeo (media [SD])	11 (12.0%)	10 (13.0%)	1 (6.7%)	0.8
Presión arterial media (media [SD])	11 (12.0%)	10 (13.0%)	1 (6.7%)	0.8
Volumen urinario (media [SD])	11 (12.0%)	10 (13.0%)	1 (6.7%)	0.8
Bicarbonato sérico (media [SD])	11 (12.0%)	10 (13.0%)	1 (6.7%)	0.8
Producto calcio-fósforo (media [SD])	11 (12.0%)	10 (13.0%)	1 (6.7%)	0.8
Excursión sistólica del plano anular tricuspídeo (media [SD])	11 (12.0%)	10 (13.0%)	1 (6.7%)	0.8
Fracción de eyección del ventrículo izquierdo (media [SD])	11 (12.0%)	10 (13.0%)	1 (6.7%)	0.8
Excursión sistólica del plano anular tricuspídeo (media [SD])	11 (12.0%)	10 (13.0%)	1 (6.7%)	0.8
Presión arterial media (media [SD])	11 (12.0%)	10 (13.0%)	1 (6.7%)	0.8
Volumen urinario (media [SD])	11 (12.0%)	10 (13.0%)	1 (6.7%)	0.8
Bicarbonato sérico (media [SD])	11 (12.0%)	10 (13.0%)	1 (6.7%)	0.8
Producto calcio-fósforo (media [SD])	11 (12.0%)	10 (13.0%)	1 (6.7%)	0.8
Excursión sistólica del plano anular tricuspídeo (media [SD])	11 (12.0%)	10 (13.0%)	1 (6.7%)	0.8
Fracción de eyección del ventrículo izquierdo (media [SD])	11 (12.0%)	10 (13.0%)	1 (6.7%)	0.8
Excursión sistólica del plano anular tricuspídeo (media [SD])	11 (12.0%)	10 (13.0%)	1 (6.7%)	0.8
Presión arterial media (media [SD])	11 (12.0%)	10 (13.0%)	1 (6.7%)	0.8
Volumen urinario (media [SD])	11 (12.0%)	10 (13.0%)	1 (6.7%)	0.8
Bicarbonato sérico (media [SD])	11 (12.0%)	10 (13.0%)	1 (6.7%)	0.8
Producto calcio-fósforo (media [SD])	11 (12.0%)	10 (13.0%)	1 (6.7%)	0.8
Excursión sistólica del plano anular tricuspídeo (media [SD])	11 (12.0%)	10 (13.0%)	1 (6.7%)	0.8
Fracción de eyección del ventrículo izquierdo (media [SD])	11 (12.0%)	10 (13.0%)	1 (6.7%)	0.8
Excursión sistólica del plano anular tricuspídeo (media [SD])	11 (12.0%)	10 (13.0%)	1 (6.7%)	0.8
Presión arterial media (media [SD])	11 (12.0%)	10 (13.0%)	1 (6.7%)	0.8
Volumen urinario (media [SD])	11 (12.0%)	10 (13.0%)	1 (6.7%)	0.8
Bicarbonato sérico (media [SD])	11 (12.0%)	10 (13.0%)	1 (6.7%)	0.8
Producto calcio-fósforo (media [SD])	11 (12.0%)	10 (13.0%)	1 (6.7%)	0.8
Excursión sistólica del plano anular tricuspídeo (media [SD])	11 (12.0%)	10 (13.0%)	1 (6.7%)	0.8
Fracción de eyección del ventrículo izquierdo (media [SD])	11 (12.0%)	10 (13.0%)	1 (6.7%)	0.8
Excursión sistólica del plano anular tricuspídeo (media [SD])	11 (12.0%)	10 (13.0%)	1 (6.7%)	0.8
Presión arterial media (media [SD])	11 (12.0%)	10 (13.0%)	1 (6.7%)	0.8
Volumen urinario (media [SD])	11 (12.0%)	10 (13.0%)	1 (6.7%)	0.8
Bicarbonato sérico (media [SD])	11 (12.0%)	10 (13.0%)	1 (6.7%)	0.8
Producto calcio-fósforo (media [SD])	11 (12.0%)	10 (13.0%)	1 (6.7%)	0.8
Excursión sistólica del plano anular tricuspídeo (media [SD])	11 (12.0%)	10 (13.0%)	1 (6.7%)	0.8
Fracción de eyección del ventrículo izquierdo (media [SD])	11 (12.0%)	10 (13.0%)	1 (6.7%)	0.8
Excursión sistólica del plano anular tricuspídeo (media [SD])	11 (12.0%)	10 (13.0%)	1 (6.7%)	0.8
Presión arterial media (media [SD])	11 (12.0%)	10 (13.0%)	1 (6.7%)	0.8
Volumen urinario (media [SD])	11 (12.0%)	10 (13.0%)	1 (6.7%)	0.8
Bicarbonato sérico (media [SD])	11 (12.0%)	10 (13.0%)	1 (6.7%)	0.8
Producto calcio-fósforo (media [SD])	11 (12.0%)	10 (13.0%)	1 (6.7%)	0.8
Excursión sistólica del plano anular tricuspídeo (media [SD])	11 (12.0%)	10 (13.0%)	1 (6.7%)	0.8
Fracción de eyección del ventrículo izquierdo (media [SD])	11 (12.0%)	10 (13.0%)	1 (6.7%)	0.8
Excursión sistólica del plano anular tricuspídeo (media [SD])	11 (12.0%)	10 (13.0%)	1 (6.7%)	0.8
Presión arterial media (media [SD])	11 (12.0%)	10 (13.0%)	1 (6.7%)	0.8
Volumen urinario (media [SD])	11 (12.0%)	10 (13.0%)	1 (6.7%)	0.8
Bicarbonato sérico (media [SD])	11 (12.0%)	10 (13.0%)	1 (6.7%)	0.8
Producto calcio-fósforo (media [SD])	11 (12.0%)	10 (13.0%)	1 (6.7%)	0.8
Excursión sistólica del plano anular tricuspídeo (media [SD])	11 (12.0%)	10 (13.0%)	1 (6.7%)	0.8
Fracción de eyección del ventrículo izquierdo (media [SD])	11 (12.0%)	10 (13.0%)	1 (6.7%)	0.8
Excursión sistólica del plano anular tricuspídeo (media [SD])	11 (12.0%)	10 (13.0%)	1 (6.7%)	0.8
Presión arterial media (media [SD])	11 (12.0%)	10 (13.0%)	1 (6.7%)	0.8
Volumen urinario (media [SD])	11 (12.0%)	10 (13.0%)	1 (6.7%)	0.8
Bicarbonato sérico (media [SD])	11 (12.0%)	10 (13.0%)	1 (6.7%)	0.8
Producto calcio-fósforo (media [SD])	11 (12.0%)	10 (13.0%)	1 (6.7%)	0.8
Excursión sistólica del plano anular tricuspídeo (media [SD])	11 (12.0%)	10 (13.0%)	1 (6.7%)	0.8
Fracción de eyección del ventrículo izquierdo (media [SD])	11 (12.0%)	10 (13.0%)	1 (6.7%)	0.8
Excursión sistólica del plano anular tricuspídeo (media [SD])	11 (12.0%)	10 (13.0%)	1 (6.7%)	0.8
Presión arterial media (media [SD])	11 (12.0%)	10 (13.0%)	1 (6.7%)	0.8
Volumen urinario (media [SD])	11 (12.0%)	10 (13.0%)	1 (6.7%)	0.8
Bicarbonato sérico (media [SD])	11 (12.0%)	10 (13.0%)	1 (6.7%)	0.8
Producto calcio-fósforo (media [SD])	11 (12.0%)	10 (13.0%)	1 (6.7%)	0.8
Excursión sistólica del plano anular tricuspídeo (media [SD])	11 (12.0%)	10 (13.0%)	1 (6.7%)	0.8
Fracción de eyección del ventrículo izquierdo (media [SD])	11 (12.0%)	10 (13.0%)	1 (6.7%)	0.8
Excursión sistólica del plano anular tricuspídeo (media [SD])	11 (12.0%)	10 (13.0%)	1 (6.7%)	0.8
Presión arterial media (media [SD])	11 (12.0%)	10 (13.0%)	1 (6.7%)	0.8
Volumen urinario (media [SD])	11 (12.0%)	10 (13.0%)	1 (6.7%)	0.8
Bicarbonato sérico (media [SD])	11 (12.0%)	10 (13.0%)	1 (6.7%)	0.8
Producto calcio-fósforo (media [SD])	11 (12.0%)	10 (13.0%)	1 (6.7%)	0.8
Excursión sistólica del plano anular tricuspídeo (media [SD])	11 (12.0%)	10 (13.0%)	1 (6.7%)	0.8
Fracción de eyección del ventrículo izquierdo (media [SD])	11 (12.0%)	10 (13.0%)	1 (6.7%)	0.8
Excursión sistólica del plano anular tricuspídeo (media [SD])	11 (12.0%)	10 (13.0%)	1 (6.7%)	0.8
Presión arterial media (media [SD])	11 (12.0%)	10 (13.0%)	1 (6.7%)	0.8
Volumen urinario (media [SD])	11 (12.0%)	10 (13.0%)	1 (6.7%)	0.8
Bicarbonato sérico (media [SD])	11 (12.0%)	10 (13.0%)	1 (6.7%)	0.8
Producto calcio-fósforo (media [SD])	11 (12.0%)	10 (13.0%)	1 (6.7%)	0.8
Excursión sistólica del plano anular tricuspídeo (media [SD])	11 (12.0%)	10 (13.0%)	1 (6.7%)	0.8
Fracción de eyección del ventrículo izquierdo (media [SD])	11 (12.0%)	10 (13.0%)	1 (6.7%)	0.8
Excursión sistólica del plano anular tricuspídeo (media [SD])	11 (12.0%)	10 (13.0%)	1 (6.7%)	0.8
Presión arterial media (media [SD])	11 (12.0%)	10 (13.0%)	1 (6.7%)	0.8
Volumen urinario (media [SD])	11 (12.0%)	10 (13.0%)	1 (6.7%)	0.8
Bicarbonato sérico (media [SD])	11 (12.0%)	10 (13.0%)	1 (6.7%)	0.8
Producto calcio-fósforo (media [SD])	11 (12.0%)	10 (13.0%)	1 (6.7%)	0.8
Excursión sistólica del plano anular tricuspídeo (media [SD])	11 (12.0%)	10 (13.0%)	1 (6.7%)	0.8
Fracción de eyección del ventrículo izquierdo (media [SD])	11 (12.0%)	10 (13.0%)	1 (6.7%)	0.8
Excursión sistólica del plano anular tricuspídeo (media [SD])	11 (12.0%)	10 (13.0%)	1 (6.7%)	0.8
Presión arterial media (media [SD])	11 (12.0%)	10 (13.0%)	1 (6.7%)	0.8
Volumen urinario (media [SD])	11 (12.0%)	10 (13.0%)	1 (6.7%)	0.8
Bicarbonato sérico (media [SD])	11 (12.0%)	10 (13.0%)	1 (6.7%)	0.8
Producto calcio-fósforo (media [SD])	11 (12.0%)	10 (13.0%)	1 (6.7%)	0.8
Excursión sistólica del plano anular tricuspídeo (media [SD])	11 (12.0%)	10 (13.0%)	1 (6.7%)	0.8
Fracción de eyección del ventrículo izquierdo (media [SD])	11 (12.0%)	10 (13.0%)	1 (6.7%)	



ecocardiográficos se asociaron con mayor riesgo de mortalidad, destacando la disfunción ventricular izquierda como principal factor independiente. Estos hallazgos subrayan la importancia de una valoración integral al inicio de la HD, que incluya parámetros bioquímicos y cardiovasculares, para orientar decisiones terapéuticas y potencialmente modificar el pronóstico a largo plazo."

Efectos del ejercicio físico intradialítico en la capacidad física, funcionalidad, calidad de vida y composición corporal en personas en hemodiálisis.

Hemodiálisis, Diálisis Peritoneal y Nutrición

Concurso ORAL

Trabajo original

Eliana Zambrano Hendez

Universidad Nacional de Colombia, Colombia

yezambranoh@unal.edu.co

Amanda Lucía Páez Rodríguez

Universidad Nacional de Colombia, Colombia

Vicent Steve Simo

Consorci sanitari de Terrassa

Edgar Cortes Reyes

Universidad Nacional de Colombia, Colombia

Antecedentes: La Enfermedad Renal Crónica (ERC) es un problema de salud pública global que impone una carga financiera significativa en los sistemas de salud y conduce a un deterioro gradual de las capacidades físicas, mentales y funcionales de las personas afectadas. En consecuencia, es esencial un enfoque integral de tratamiento que incorpore intervenciones como el ejercicio físico (EF) para mitigar los efectos negativos tanto de la enfermedad como de las terapias de reemplazo renal necesarias, mejorando así la calidad de vida de las personas con ERC.

Objetivo: Desarrollar e implementar un programa de ejercicio físico intradialítico con el propósito de describir sus efectos en la condición física, el estado funcional, la calidad de vida y la composición corporal de personas con ERC.

Métodos: Este estudio pre-post incluyó a 28 individuos ambulatorios que recibieron atención en la unidad de hemodiálisis (HD) del Hospital Consorci Sanitari de Terrassa en Barcelona, España. Se implementó un programa de EF de 10 semanas que combinó entrenamiento aeróbico y de resistencia utilizando un modelo de periodización ondulante. El programa se llevó a cabo dos veces por semana, con sesiones de aproximadamente 40-60 minutos. Las siguientes evaluaciones se realizaron antes y después del programa de EF: fuerza máxima de extensión de rodilla, dinamometría manual, Test de Pasos de 2 Minutos (2MST), Test de Caminata de 6 Minutos (6MWT),

prueba Time Up and Go (TUG), Short Physical Performance Battery (SPPB), EuroQoL-5D (EQ-5D), Inventario de Depresión de Beck (BDI) y análisis de bioimpedancia eléctrica multifrecuencia (BIA). Para el análisis estadístico se utilizó el software SPSS.

Resultados: De las cuatro categorías evaluadas, que incluyeron 33 mediciones, 19 mostraron diferencias medias positivas: tres en condición física, seis en estado funcional, una en calidad de vida y siete en composición corporal. Entre estas, solo tres mediciones alcanzaron significancia estadística con un valor de $p < 0,05$: 2MST ($-11,71 \pm 12,96$; $p = 0,001$), puntuación total de SPPB ($-0,69 \pm 1,62$; $p = 0,039$) e índice de masa musculoesquelética obtenido del BIA ($-0,22 \pm 0,48$; $p = 0,024$).

Conclusiones: El ejercicio intradialítico ofrece múltiples beneficios a las personas en HD, aumentando su independencia funcional y percepción de calidad de vida. Por lo tanto, este programa debería continuar implementándose a nivel mundial por fisioterapeutas, con el apoyo de los nefrólogos y directores de las unidades renales. Este enfoque puede conducir a resultados más concluyentes para esta población mediante la provisión de una intervención más integral y a largo plazo, que incluya la prescripción de otras capacidades como equilibrio, propiocepción, control motor y funciones ejecutivas.

Implicaciones: El estudio proporciona evidencia sobre los efectos del EF intradialítico en personas con ERC y destaca la relevancia de implementar este tipo de programas supervisados por fisioterapeutas en las unidades renales."



Diálisis incremental: resultados clínicos y desenlaces en el Centro Médico ISSEMYM Toluca.

Hemodiálisis, Diálisis Peritoneal y Nutrición

E-Poster

Trabajo original

Paola Jacqueline Loor Alava

Centro Médico Issemym Toluca, México.

paolaloor.26@hotmail.com

José Rodríguez Chagolla

Centro Médico Issemym Toluca, México.

Introducción: La diálisis incremental (Di) consiste en iniciar a dosis menor que la estándar aplicada tanto en hemodiálisis (HD) como diálisis peritoneal (DP), que en conjunto con la función renal residual (FRR) logra alcanzar objetivos individuales en el paciente.

Objetivo: Describir la experiencia de diálisis incremental en un solo centro enfocándonos en los resultados clínicos y sus desenlaces.

Materiales y métodos: Estudio de cohorte prospectivo, único centro. Periodo de seguimiento abril de 2021 – agosto de 2024. Se incluyó a pacientes con enfermedad renal crónica que iniciaron DP o HD con FRR 5-12 ml/min/1.73 m² o volumen urinario igual o mayor de 500 cc.

Resultados: Se evaluaron a 53 pacientes, 47 (88,68%) para el grupo de DPi y 6 (11,32%) para el grupo de HDi, hombres 32 (60,4%), la causa principal de enfermedad renal crónica (ERC) fue diabetes mellitus en 36 (67,9%). La duración media en Di fue de 20 meses (+/- 11,09). No hubo diferencias entre los 53 pacientes en cuanto a: características clínicas. Al final del seguimiento 19 (35,85%) pacientes mantuvieron la dosis inicial, 16 (30,19%) aumentaron la dosis y 18 (33,96%) requirieron disminución, de los cuales 3 (5,66%) suspendieron la terapia ante recuperación de función renal y solo 1 (1,89%) abandonó la terapia. 32 pacientes ameritaron hospitalización, 27 (84,36%) para DPi y 5 (15,64%) para HDi, 5 (9,4%) pacientes fallecieron, de los cuales 4 (80%) fueron por causas infecciosas.

Conclusiones: La diálisis incremental es segura para comenzar como terapia de reemplazo renal requiriendo una vigilancia continua dado los ajustes en dosificación que pueden llegar a requerir, demostrando en nuestra población que un porcentaje significativo requirió dosis decremental e incluso suspensión de la terapia ante recuperación de función renal.

Uno de los gráficos o tablas no ha podido ser leído o está dañado; el autor deberá enviar la información suplementaria en formato de imagen JPG, JPEG, PNG al correo revista.sen.ec@gmail.com con la referencia 139-Hemodiálisis-trabajos originales, título del artículo y autor.

Respuesta inmunológica de la vacuna contra hepatitis B versus vacuna combinada contra hepatitis A y B en pacientes en diálisis de 22 clínicas de Ecuador.

Hemodiálisis, Diálisis Peritoneal y Nutrición

E-Poster

Trabajo original

Jorge Quinchuela

Davita, Ecuador.

jorge.qh02@gmail.com

Gabriela Tamayo

Davita, Ecuador.

Maritza Pérez

Davita, Ecuador.

Alfredo Allueva

Davita, Ecuador.

Marilyn Ramos

Davita, Ecuador.

Susana Cedeno

Susana.cedeno@davita.com

Davita Ecuador.

Introducción: Los pacientes en hemodiálisis tienen características particulares que aumentan la susceptibilidad a la infección por el virus de hepatitis B. En los últimos años, la incidencia de esta infección disminuyó por las medidas de bioseguridad y, sobre todo, por las vacunas. Existen estudios con algunas vacunas contra la hepatitis B en esquemas de doble dosis y 4 dosis, con lo cual se ha logrado mayor respuesta versus otros esquemas. Sin embargo, existe poca evidencia de las vacunas combinadas contra la hepatitis B y A en pacientes en hemodiálisis, por lo que se propone realizar el siguiente estudio.

Objetivo principal: Comparar la respuesta inmunológica al aplicar la vacuna contra Hepatitis B versus la vacuna combinada contra hepatitis A y B en pacientes incidentes con y sin diagnóstico de infección por VIH o hepatitis C.

Métodos: Estudio descriptivo, observacional, multicéntrico, prospectivo.

Se estudiaron 820 pacientes incidentes de 22 Unidades Renales privadas de Ecuador, entre el periodo de 01/10/2021 al 30/09/2023, que requerían esquema completo de la vacuna contra Hepatitis B [Anticuerpos contra hepatitis B (AntiHbsAg) < 10 UI/L] o refuerzo (AntiHbsAg 10 – 20 UI/L). Se aplicaron 2 tipos de vacunas para comparar la respuesta inmunológica.

1. Esquema completo con la vacuna recombinante contra la hepatitis B, 40 mcg, intramuscular: 0,1,2,6 meses o refuerzo: 40 mcg.



2. Vacuna recombinante contra la hepatitis A y B (720 UI y 20 mcg respectivamente), 0,1,6 meses, o refuerzo 20 mcg: 720 UI y 20 mcg.

Se valoraron los AntiHbsAg 1 – 3 meses posterior a la última dosis de la vacuna y se catalogó:

Respondedor: AntiHbsAg: > 20 UIL. Respondedor parcial: AntiHbsAg: 10 – 20 UI/L. No respondedor: AntiHbsAg: < 10 UI/L

Resultados: Los pacientes que recibieron la vacuna combinada eran ligeramente mayores que los que recibieron la vacuna contra hepatitis B. Los valores de KTV_{sp} son casi idénticos entre ambos grupos. La albúmina y proteína C reactiva fueron mayores en los pacientes que recibieron la vacuna contra hepatitis B.

Los niveles basales y post vacunación de AntiHBsAg fueron más altos en los pacientes que recibieron la vacuna contra hepatitis B.

Los niveles de anticuerpos contra hepatitis B fueron significativamente mayores en el grupo de respondedores y respondedores parciales en los que recibieron vacuna contra hepatitis B exclusivamente comparados con la vacuna combinada, encontrando un mayor porcentaje de pacientes no respondedores en este último grupo.

El 70,5% de los pacientes que recibieron hemodiálisis (HD) fueron respondedores versus el 71,6% en hemodiafiltración (HDF). Los respondedores parciales, representaron el 3,6% (HD) versus el 3,4% en HDF, y el 26% no respondió a la vacunación en HD versus el 25% en HDF. Los pacientes con VIH tuvieron una mayor proporción de respuesta inmunológica cuando fueron vacunados con la vacuna combinada en comparación con la vacuna recombinante. En los pacientes que recibieron la vacuna recombinante, incluidos los pacientes portadores de hepatitis C, no se presentaron diferencias significativas en la respuesta inmunológica.

Conclusiones: Se evidenció una mayor respuesta con la vacuna recombinante contra la hepatitis B con la pauta de 40 mcg en el esquema completo y en refuerzo comparada con la vacuna combinada. Las diferencias en la respuesta en los pacientes con VIH indican que el tipo de vacuna puede influir en la respuesta inmunológica en este subgrupo de pacientes.

Uno o varios de los gráficos o tablas no ha podido ser leído o está dañado; el autor deberá enviar la información suplementaria en formato de imagen JPG, JPEG, PNG al correo revista.sen.ec@gmail.com con la referencia 139-Hemodiálisis-trabajos originales, título del artículo y autor.

Trastornos del ritmo cardíaco en pacientes con terapia sustitutiva renal modalidad hemodiálisis del Centro Nefrológico Cruz Azul Sermesa, 2022-2024.

Hemodiálisis, Diálisis Peritoneal y Nutrición

Concurso E-POSTER

Trabajo original

Vielka Montenegro

SERMESA, Nicaragua

dra.montenegro25@gmail.com

Norman Manuel, Luna Umaña

SERMESA - Hospital Escuela Roberto- Huembes, Nicaragua.

Introducción: A pesar de que los trastornos del ritmo cardíaco en pacientes con hemodiálisis son reconocidos como una complicación importante, existe una falta de estudios específicos que describan en detalle su prevalencia, incidencia, tipos y los factores de riesgo asociados en pacientes del Centro Nefrológico Cruz Azul SERMESA. No se cuenta con un análisis exhaustivo de cómo estos trastornos afectan a los pacientes en su dinámica transdiálisis ni de los desenlaces asociados a la aparición de las arritmias, lo que representa un vacío de conocimiento que podría impactar en la calidad del tratamiento y la atención de los pacientes.

Objetivo General: Analizar los trastornos del ritmo cardíaco en pacientes con terapia sustitutiva renal modalidad hemodiálisis del Centro Nefrológico Cruz Azul Sermesa, 2022-2024.

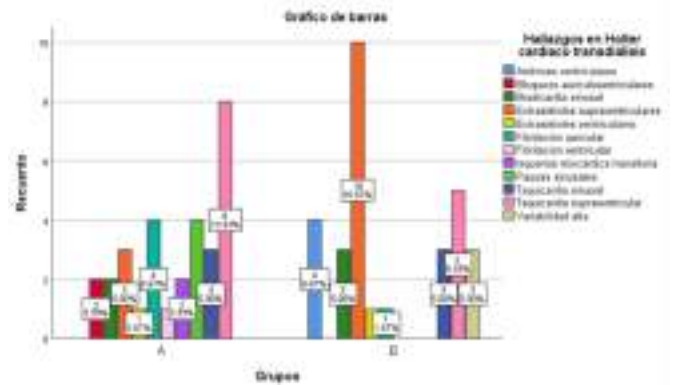
Específicos: 1.Describir las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes con ERC en hemodiálisis. 2.Determinar los factores de riesgo asociados a la aparición de arritmias cardíacas transdiálisis. 3.Evaluar el comportamiento clínico de los pacientes durante y después de la hemodiálisis en relación con las arritmias. 4.Identificar prevalencia e incidencia y tipos de arritmias cardíacas transdiálisis. 5.Definir el desenlace de la presentación de arritmias.

Métodos: Estudio Observacional, analítico casos y controles en 60 pacientes con ERCT en HD, divididos en dos grupos: aquellos con arritmias previas (n = 30) y aquellos sin antecedentes (n = 30). Se realizaron electrocardiogramas (ECG) y monitoreo Holter para evaluar las arritmias intradiálisis.

Técnica de recolección de datos: Se procedió a la colocación del monitor ECG Holter TLC9803 con 3 derivaciones digitales. El tiempo de colocación y de monitoreo fue de 1 hora previa a la sesión de hemodiálisis, durante la sesión 1 hora posterior, para una monitorización total de 6 horas, así como registro de sintomatología clínica y control electrocardiográfico.



Resultados: Los resultados mostraron una mayor incidencia de arritmias durante la sesión de hemodiálisis, especialmente taquicardias supraventriculares y fibrilación auricular. Sin embargo, un porcentaje significativo de pacientes experimentó la resolución de las arritmias al finalizar la sesión de diálisis, lo que indica que las alteraciones transitorias del ritmo cardíaco pueden estar relacionadas con los cambios fisiológicos inducidos por la hemodiálisis, como la alteración en los niveles de volumen extracelular, la variabilidad en los electrolitos y las fluctuaciones en la presión arterial. La prevalencia de arritmias cardíacas fue alta, con la fibrilación auricular (23.3%) y las taquicardias supraventriculares paroxísticas (18.3%), como las arritmias más comunes. La prevalencia total de arritmias alcanzó el 95%, ya sea como condición preexistente o inducida por la hemodiálisis. La incidencia de arritmias durante las sesiones de hemodiálisis fue del 90%, lo que indica que una gran mayoría de los pacientes desarrollaron nuevos trastornos del ritmo cardíaco durante el tratamiento. Estos hallazgos son estadísticamente significativos (valor de $p < 0.05$ en diversas variables).



Conclusiones: En términos de desenlace, las arritmias fueron transitorias, resolviéndose sin intervención terapéutica. Sin embargo, las arritmias más graves o recurrentes fueron necesarias implementar intervenciones terapéuticas como la cardioversión farmacológica, el uso de betabloqueantes y, en casos selectos, la implantación de marcapasos."

Variables	Población total (N= 60)		Grupo A (n=30)		Grupo B (n=30)		Valor de p	X ²
	N	%	N	%	N	%		
Diagnósticos establecidos por el cardiólogo								
Arritmias ventriculares	4	6.7	3	10.0	1	3.3	0.317	
Bloqueo de salida sinusal II intermitente	3	5.0	0	0.0	3	10.0	0.083	
Bloqueos AV	1	1.7	1	3.3	0	0.0	0.317	
Complejos ventriculares prematuros	2	3.3	2	6.7	0	0.0	0.157	
Crecimientos de cavidades	2	3.3	2	6.7	0	0.0	0.157	
Disfusión nodo sinusal	1	1.7	1	3.3	0	0.0	0.317	
Extrasístoles supraventriculares	1	1.7	0	0.0	1	3.3	0.317	
Extrasístoles ventriculares polimórficas	7	11.7	0	0.0	7	23.3	0.008	
Extrasístoles ventriculares unifocales	5	8.3	0	0.0	5	16.7	0.035	
Fibrilación auricular	14	23.3	10	33.3	4	13.3	0.109	
Flutter atrial	2	3.3	2	6.7	0	0.0	0.35	
Isquemia miocárdica transitoria	2	3.3	2	6.7	0	0.0	0.157	
Síndromes de seno enfermo	1	1.7	0	0.0	1	3.3	0.317	
Síndrome taquicardia-bradicardia	2	3.3	0	0.0	2	6.7	0.157	
Taquicardia de rama nodal por foco ectópico	1	1.7	1	3.3	0	0.0	0.317	
Taquicardia sinusal	1	1.7	1	3.3	0	0.0	0.317	
Taquicardia supraventricular paroxística	11	18.3	5	16.7	6	20.0	0.025	



Evaluación del estado nutricional de pacientes hemodializados que asisten a un centro privado en Paraguay.

Hemodiálisis, Diálisis Peritoneal y Nutrición

E-Poster

Trabajo original

Juan Daniel Acosta González

Universidad Católica "Nuestra Señora de la Asunción", Paraguay.

juadacostanefro1984@gmail.com

Igor Ernesto Marcet Franco

Universidad del Norte/FCM filial Santa Rosa del Aguaray, Paraguay.

Maria Regina Giangreco Ayub

FCM Universidad Nacional de Asunción, Paraguay.

Introducción: La hemodiálisis es el tratamiento más eficaz para pacientes renales crónicos, que usualmente provoca alteraciones en el estado nutricional, que deterioran la calidad de vida de los pacientes.

Objetivo: Evaluar el estado nutricional de pacientes hemodializados que asisten a un centro privado durante enero y febrero de 2024.

Materiales y métodos: Estudio transversal descriptivo en el que se evaluaron 120 pacientes que cumplieron con los criterios de selección. Para la valoración nutricional se utilizó el Score Bilibrey-Cohen modificado por Milano Cusumano, que incluye datos antropométricos y bioquímicos relacionados al estado nutricional. Además, se evaluaron datos demográficos y clínicos de interés. Se respetaron los principios éticos y se empleó la estadística descriptiva para la presentación de resultados.

Resultados: de los 120 pacientes, el 56,7% eran del sexo masculino, el promedio de edad de la muestra fue 57 ± 13 años. El tiempo promedio en diálisis fue de 35 meses. 41% de los pacientes presentan desnutrición, mayoritariamente leve (90%), no se reportaron casos de desnutrición severa. Solo 2 pacientes (1,6%) presentaron síntomas gastrointestinales. Las principales indicaciones nutricionales fueron una dieta baja en sodio, control del consumo de potasio, fósforo y líquidos (31,7%).

Conclusión: La evaluación multidimensional del score proporciona una imagen más completa del estado nutricional del paciente; lo que reafirma la necesidad de emplear una valoración global con el mayor número de estimadores para realizar un diagnóstico correcto del estado nutricional de los pacientes.

Palabras clave: evaluación nutricional, hemodiálisis, insuficiencia renal crónica.

Uno o varios de los gráficos o tablas no ha podido ser leído o está dañado; el autor deberá enviar la información suplementaria en formato de imagen JPG, JPEG, PNG al correo revista.sen.ec@gmail.com con la referencia 139-Hemodiálisis-trabajos originales, título del artículo y autor.

Hipoclorito de sodio al 0.057% como antiséptico en la unidad de hemodiálisis del Hospital General de Zona # 83 de Morelia, Michoacán.

Hemodiálisis, Diálisis Peritoneal y Nutrición

E-Poster

Trabajo original

Daniel Gil Romero

HGZ # 83, IMSS, México.

dgr_daniel@hotmail.com

Introducción: Las infecciones asociadas al acceso vascular (IAAV) son de las complicaciones más frecuentes con gran impacto en la morbimortalidad del paciente en hemodiálisis. La estancia prolongada y constante manipulación del acceso vascular son el principal factor de riesgo. No existe evidencia del uso de hipoclorito de sodio en la asepsia en hemodiálisis. Se cuenta con evidencia de la seguridad y eficacia de su uso de hipoclorito de sodio y ácido hipocloroso a diluciones bajas como antiséptico en el manejo de heridas, quemaduras, úlceras.

Objetivo: evaluar el uso de hipoclorito de sodio al 0.057% (Anasept®, con formulación: NaCl 0.85% + NaClO 0.057% + HClO 0.015%) y el riesgo de infecciones asociadas al acceso vascular dentro de la unidad de hemodiálisis del Hospital General de Zona # 83.

Materiales y métodos: En un diseño longitudinal, retrospectivo, observacional se incluyeron pacientes en hemodiálisis del Hospital General de Zona #83, con acceso vascular tipo catéter venoso central tunelizado y no tunelizado, con seguimiento dentro de la unidad, del 1 de enero de 2024 al 31 de diciembre de 2024. Se dividieron en 2 cohortes, aquellos que presentaron infección asociada al acceso vascular (IAAV) y los que no presentaron infección (NoIAAV). El punto primario fue evaluar la tasa de infecciones asociadas al acceso vascular y como punto secundario fue analizar los microorganismos desarrollados en los hemocultivos, así como el requerimiento de recolocación del acceso vascular.

Resultados: se incluyeron 102 pacientes, de los cuales 44% (45) presentaron IAAV y 56% (57) NoIAAV, las principales características demográficas se muestran en la tabla. Se observó significancia entre la cohorte de IAAV y NoIAAV en la edad (47.2 ± 15.5 vs 53.4 ± 15.7 años, $p=0.049$), antecedente de



trasplante renal previo (16% vs 2%, $p=0.013$), pacientes con catéter venoso central tunelizado (51% vs 28%, $p=0.023$) y el tiempo de inserción del catéter venoso central (34 ± 26 vs 24 ± 16 meses, $p=0.014$). *Staphylococcus* sp. se desarrolló en el 29% de los hemocultivos, seguido de infecciones multiorganismos en el 16%, *Enterobacter cloacae* en el 11%. El 84% de los microorganismos desarrollados en el hemocultivo presentaron una alta sensibilidad a los antimicrobianos. La tasa general de IAAV fue de 0,50 episodios por 1000 días de uso del catéter. La tasa IAAV en pacientes con catéter venoso central tunelizado fue de 0,39 episodios por 1000 días de uso del catéter y en pacientes con catéter venoso central no tunelizado fue de 1,16 episodios por 1000 días de uso del catéter. El 19% de los pacientes requirió de recolocación del acceso vascular. El 4% (4) fue la IAAV la indicación del cambio del acceso vascular.

Tabla. Características demográficas de acuerdo a si presentaron IAAV

Variables	IAAV n = 45	NotIAAV n = 57
Edad (años)	47.2 ± 15.5	53.4 ± 15.7 *
Genero		
Masculino	69%	56%
Femenino	31%	44%
Diabetes Mellitus	44%	42%
Tiempo ERC (años)	9.3 ± 6.2	8.6 ± 6.3
Causa de ERC		
Desconocida	40%	44%
Diabetes Mellitus	40%	44%
Riñones poliquísticos	7%	4%
Otras	13%	8%
Diálisis peritoneal	46%	53%
Trasplante renal	16% *	2%
Tiempo en HD (meses)	55.5 ± 32.7	56 ± 52
Tipo acceso vascular		
CVCNT	26%	72%
CVCT	51% *	49%
Tiempo inserción (meses)	34 ± 26 *	24 ± 16

Abreviaturas: IAAV infecciones asociadas al acceso vascular, ERC Enfermedad Renal Crónica, HD Hemodiálisis, CVCNT catéter venoso central no tunelizado, CVCT catéter venoso central

Conclusión: La tasa general de IAAV fue acorde a la recomendación internacional (<1.5 episodios por 1000 días de uso del catéter). Se observó una diferencia significativa en la cohorte de IAAV: una menor edad, antecedente de trasplante renal previo, el uso de catéter venoso central tunelizado y el tiempo de inserción del catéter. El *Staphylococcus* sp fue el microorganismo prevalente en los hemocultivos. Se observó una alta sensibilidad a los antibióticos.

Estado nutricional y resultados de pacientes en hemodiálisis convencional vs incremental: un estudio de casos y controles.

Hemodiálisis, Diálisis Peritoneal y Nutrición

Concurso E-POSTER

Trabajo original

Daniela Ponce

Hospital das Clínicas (HC-FMB) UNESP, Brasil.

daniela.ponce@unesp.br

Helen Dias Martins

Hospital das Clínicas da Faculdade Medicina de Botucatu, Brasil.

Maryanne Zilli Canedo da Silva

Hospital das Clínicas da Faculdade Medicina de Botucatu, Brasil.

Vanessa Piacitelli Cassimiro Sobrinho

UNESP, Brasil.

Introdução: A hemodiálise incremental consiste em sessões com menor frequência e/ou duração, podendo impactar no estado nutricional. Entretanto, estudos ainda são escassos. O objetivo do estudo foi comparar o estado nutricional de pacientes incidentes em hemodiálise de modo convencional e incremental ao longo de um ano após início da terapia e desfechos em dois anos.

Material e método: Estudo do tipo caso-controle, com pacientes adultos incidentes em hemodiálise, pareados por faixa etária, sexo, doença de base, comorbidades e valores de albumina, no início da terapia. Foram coletados dados clínicos, demográficos, albumina sérica, dados antropométricos e de bioimpedância elétrica (BIA), força de prensão palmar (FPP) e avaliação global subjetiva (AGS) após 30 dias e um ano do início do método. Os desfechos hospitalização e mortalidade por todas as causas foram identificados durante o período de dois anos.

Resultados: Foram incluídos 80 pacientes com média de idade $63,8\pm 11,9$ anos, 46,2% com diabetes, 88,8% com hipertensão, os quais foram divididos em grupos de acordo com modo de início de diálise, sendo 40 em ambos. Não foram encontradas diferenças com relação a albumina no momento inicial e final ($p=0,122$; $p=0,565$), dados antropométricos: índice de massa corporal ($p=0,17$; $p=0,125$) e adequação da circunferência muscular do braço ($p=0,305$; $p=0,567$), dados de BIA: ângulo de fase ($p=0,097$; $p=0,742$), água extracelular ($p=0,062$; $p=0,180$), massa magra ($p=0,135$; $p=0,358$) e gorda ($p=0,881$; $p=0,844$), FPP ($p=0,266$; $p=0,399$) e AGS ($p=0,666$; $p=0,778$). Durante o acompanhamento, houve 23 hospitalizações (57,5%) e 3 óbitos (7,5%) no grupo incremental, enquanto no convencional 19 hospitalizações (47,5%) e 2 óbitos (5%) ($p=0,502$; $p=1,000$).

Discussão e conclusões: Não foram encontradas diferenças significativas em relação ao estado nutricional e desfechos,



durante o período de acompanhamento, independente do modo de início. Este estudo resalta a importância desta temática e necessidade de pesquisas corroborem com esses achados.

Hemodiálisis incremental vs. estándar para preservar la función renal residual: un estudio de casos y controles

Hemodiálisis, Diálisis Peritoneal y Nutrición

Concurso ORAL

Trabajo original

Daniela Ponce

Hospital das Clínicas (HC-FMB) UNESP, Brazil.

daniela.ponce@unesp.br

Ana Paula Rovani Cardoso

Hospital das Clínicas da Faculdade Medicina de Botucatu, Brazil.

Bianca Vitória dos Santos Barbosa

Hospital das Clínicas da Faculdade Medicina de Botucatu, Brazil.

Vanessa Piacitelli Cassimiro Sobrinho

UNESP, Brazil

Adrielle Fogaça

UNESP, Brazil

Introducción: La enfermedad renal crónica (ERC) se considera un importante problema de salud pública mundial, y la hemodiálisis (HD) es el método de diálisis más utilizado. Según algunos estudios, la EH incremental puede ser un enfoque de tratamiento alternativo viable; sin embargo, los estudios que evalúan su seguridad y sus posibles beneficios siguen siendo escasos.

Objetivos: Comparar la preservación de la función renal residual (RKF) en pacientes incidentes sometidos a HD incremental versus HD estándar después de dos años de terapia. Los objetivos secundarios incluyeron comparar la calidad de vida, las hospitalizaciones y la mortalidad

Métodos: Este fue un estudio observacional, retrospectivo, longitudinal de casos y controles que incluyó pacientes con ERC en estadio 5 que comenzaron HD incremental o HD estándar entre el 1 de enero de 2021 y el 31 de enero de 2023. Los pacientes se asignaron en dos grupos: el grupo de casos incluyó pacientes que comenzaron la HD con frecuencia reducida (1-2 sesiones semanales) o con sesiones de menor duración (< 3,5 horas); y el grupo de control incluyó pacientes que comenzaron la HD estándar (tres veces por semana, sesiones mínimas de 4 horas). Los controles se emparejaron individualmente con los casos según el grupo de edad, el sexo, la enfermedad subyacente, las comorbilidades y los valores iniciales de hemoglobina, albúmina, fósforo, hormona paratiroidea y aclaramiento de creatinina (variación máxima del 3%).

Resultados: Se incluyeron 80 pacientes, de los cuales el 50% eran hombres, con una edad media de $63,8 \pm 11,9$ años. La

diabetes fue la principal afección subyacente (32,5%), seguida de la hipertensión (22,5%). Durante el período de estudio, el 3,8% de los pacientes se sometieron a trasplante renal, el 6,2% murió y el 2,5% recuperó la función renal. Después de 12 y 24 meses, el 20% y el 55% de los pacientes en el grupo incremental, respectivamente, hicieron la transición a la HD estándar. Los grupos de estudio fueron similares en términos de edad, sexo, enfermedad subyacente y comorbilidades. Después de 24 meses, 45 % de los pacientes en el grupo incremental aún conservaban RKF, mientras que ninguno en el grupo estándar lo hizo. El grupo incremental también tuvo menos infecciones y una mejor supervivencia. No se encontraron diferencias entre los grupos en cuanto a eventos cardiovasculares, mortalidad o trasplante. La preservación de RKF se asoció con el régimen incremental de HD, niveles más altos de albúmina y ausencia de infecciones del torrente sanguíneo.

Conclusión: Comenzar la HD con un enfoque incremental puede preservar mejor la RKF en comparación con la terapia estándar, al tiempo que ofrece una supervivencia similar y una mejor calidad de vida. Se necesitan más ensayos clínicos para evaluar la seguridad y eficacia de la EH incremental y para promover una aceptación más amplia de este enfoque centrado en el paciente, en lugar de centrado en la enfermedad.

Uno o varios de los gráficos o tablas no ha podido ser leído o está dañado; el autor deberá enviar la información suplementaria en formato de imagen JPG, JPEG, PNG al correo revista.sen.ec@gmail.com con la referencia 139-Hemodiálisis-trabajos originales, título del artículo y autor.



Hemodiálisis incremental en pediatría. ¿Es factible la prescripción en niños menores de 15 kg con función renal residual según el modelo cinético de la urea?

Hemodiálisis, Diálisis Peritoneal y Nutrición

Concurso E-POSTER

Trabajo original

Jean Grandy Henriquez

Hospital Exequiel González Cortés, Chile.

antoinedufrance@yahoo.com

Carolina Garay

Hospital Exequiel González Cortés, Chile.

Victor Au

Hospital Exequiel González Cortés, Chile.

Introducción: La hemodiálisis (HD) incremental ha demostrado ser una herramienta útil en niños y adolescentes con función renal residual. La cuantificación del aclaramiento renal de urea residual (Kru) permite ajustar la terapia y prevenir la infradiálisis. Actualmente, no hay datos sobre el valor de Kru para alcanzar la dosis objetivo de depuración de urea total basada en el modelo cinético de urea (UKM) en lactantes.

Objetivo: Estimar el Kru para lograr el objetivo de adecuación basado en el UKM para HD incremental dos veces por semana en niños de menos de 15 kg.

Materiales y métodos: Un niño de 3 años (11,5 kg) con displasia renal bilateral, poliuria y enfermedad renal crónica etapa 5, inició HD tres veces por semana, 3 horas/sesión. El Kru se calculó al inicio y al mes de evolución, sumándose a la dosis de diálisis trisemanal administrada. Para estimar el Kru necesario para prescribir y evaluar la adecuación de HD incremental, se simuló un modelo de diálisis considerando la dosis alcanzada de un régimen de HD isovolumétrico de 240 minutos dos veces por semana. Se calcularon spKt/V, eKt/V y Kt/V estándar (std-Kt/V) con metas fijas en un programa Excel (2.1, 1.8 y 1.71 respectivamente). La dosis dialítica se expresó como std-Kt/V normalizado por área de superficie (SAN), y se obtuvo un std-Kt/V total combinando las contribuciones de diálisis y Kru para alcanzar la dosis objetivo-recomendada en niños de 2.45. Adicionalmente, se realizaron simulaciones para 8 niños y 8 niñas entre 5 y 15 kg, diferenciados por superficie corporal para determinar el Kru necesario para lograr la adecuación.

Resultados: Al inicio, el Kru del paciente fue 3,99 ml/min/1,73 m², requiriendo un SAN std-Kt/V de 1,3 para alcanzar el objetivo. Después de un mes, el Kru disminuyó a 2,98 ml/min/1,73 m², alcanzando un std-Kt/V total de 2,77 con régimen trisemanal. La simulación mostró que con un programa de HD dos veces por semana, sería necesario un Kru

>4.1 ml/min/1,73 m² para alcanzar la meta de 2,45. En el esquema simulado de HD dos veces por semana para 16 diferentes niños, el Kru mínimo para alcanzar los objetivos fue superior a la recomendación pediátrica (Kru >3ml/min/1,73 m²) para iniciar HD incremental. El Kru mínimo necesario osciló entre 3,59 y 4,7 ml/min/1,73 m² en niñas y entre 3,52 y 6,1 ml/min/1,73 m² en niños, aumentando la necesidad de Kru con la progresiva disminución del peso.

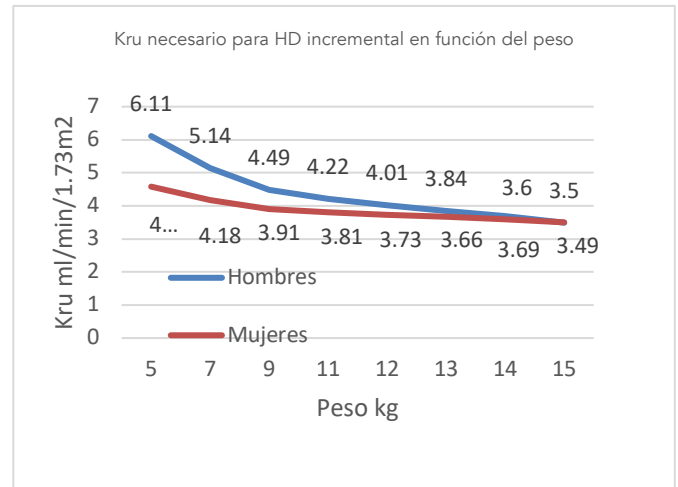


Tabla 1. Kru esperado en condiciones de simulación de diálisis. HD dos veces por semana. Sesiones de 240 minutos a isovolumétrica. spKt/V 2.1, eKt/V 1.8 and std-Kt/V 1.71 por sesión

Niños						
Peso kg	S.C m ²	V urea Litros	(V/S.C)/17.5	SAN std-Kt/V	std-Kt/V Residual esperado	Kru esperado
5	0.28	1.93	0.39	0.69	1.76	6.11
7	0.35	3.44	0.56	0.97	1.46	5.14
9	0.43	4.95	0.66	1.16	1.29	4.49
10	0.47	5.78	0.71	1.23	1.22	4.22
11	0.50	6.57	0.75	1.30	1.15	4.01
12	0.54	7.29	0.77	1.35	1.1	3.84
13	0.57	8.01	0.80	1.39	1.06	3.69
15	0.64	9.48	0.84	1.46	0.99	3.49

Niñas						
Peso kg	S.C m ²	V urea Litros	(V/S.C)/17.55	SAN std-Kt/V	std-Kt/V Residual esperado	Kru esperado
5	0.28	3.18	0.65	1.13	1.32	4.58
7	0.35	4.44	0.72	1.25	1.20	4.18
9	0.43	5.72	0.78	1.32	1.13	3.91
10	0.47	6.4	0.78	1.35	1.1	3.81
11	0.51	7.02	0.79	1.38	1.07	3.73
12	0.54	7.62	0.8	1.4	1.05	3.65
13	0.58	8.21	0.81	1.41	1.04	3.60
15	0.65	9.38	0.83	1.44	1.01	3.50

HD Hemodiálisis. S.C Superficie corporal calculada por fórmula de Mosteller. Se consideró peso ideal para el peso y sexo de acuerdo a OMS y luego se definió talla con peso para la talla con Z score 0.

V Volumen de distribución de urea calculada por fórmula de Morgenstern. (V/S.C)/17.5 Cociente entre V y S.C dividido por factor 17.5 de acuerdo a ajuste sugerido por Daugirdasq en niños.

spKt/V Single pool Kt/V. eKt/V Kt/V equilibrado. std-Kt/V Kt/V estándar. SAN std-Kt/V Kt/V de una normalizado a superficie corporal. Kru Aclaramiento residual de urea



Conclusión: En los pacientes con un peso inferior a 15 kg parece ser necesario un valor de Kru superior al indicado en las recomendaciones pediátricas. La dificultad para alcanzar el objetivo de adecuación en este grupo hace esencial medir cuidadosamente el valor de Kru al considerar la prescripción de HD incremental dos veces por semana.

Impacto de la Modalidad de Reemplazo Renal (CRRT vs. PIRRT) en Pacientes Críticos: Un Estudio Comparativo y sus Implicaciones Clínicas

Hemodiálisis, Diálisis Peritoneal y Nutrición

E-Poster

Trabajo original

José Luis Mora Loján

Hospital General "Dr. Manuel Gea González", México.

joselmora24@outlook.com

Bruno Eduardo Reyes Torres

Hospital General "Dr. Manuel Gea González", México.

Mauricio Adrián Salinas Ramírez

Hospital General "Dr. Manuel Gea González", México.

Joana Balderas Juárez

Hospital General "Dr. Manuel Gea González", México.

Introducción: La terapia de reemplazo renal (TRR) constituye una herramienta crítica en el manejo de pacientes con lesión renal aguda, especialmente en contextos de inestabilidad hemodinámica, donde la elección del tipo de TRR puede impactar directamente en la evolución clínica. Dentro de las modalidades más empleadas se encuentran la Terapia de Reemplazo Renal Continua (CRRT, por sus siglas en inglés) y la Terapia de Reemplazo Renal Intermitente Prolongada (PIRRT).

Objetivo: Valorar la mortalidad entre Continuous Renal Replacement Therapy (CRRT) y Prolonged Intermittent Renal Replacement Therapy (PIRRT) a 7 y 30 días, y los factores involucrados que incrementan la mortalidad.

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo comparativo y análisis estadístico multivariable de regresión logística en 2 grupos poblacionales con requerimiento de terapia dialítica en escenarios de inestabilidad hemodinámica, se valoraron 13 pacientes en terapia de reemplazo renal continua y 43 pacientes en PIRRT en el hospital general "Dr. Manuel Gea González" durante el periodo de febrero 2024 a septiembre 2024, se obtuvieron valores demográficos (edad, sexo, comorbilidades, uso previo de terapia de sustitución renal), estudios de laboratorio al inicio de la terapia dialítica (urea, creatinina, potasio, pH, lactato, bicarbonato, tasa de filtración glomerular), escalas de mortalidad (APACHE II y SOFA), uso de vasopresores, estado hemodinámico al inicio de cada terapia, mortalidad a 7 y

30 días y recuperación de la función renal posterior a la terapia.

Resultados: Se analizó un total de 56 pacientes, 13 en CRRT y 43 en PIRRT. En el análisis multivariado se encontraron los siguientes resultados: la edad (0.05075, $p = 0.140$) (OR: 1.052), lo que implica que por cada incremento de un año en la edad, las probabilidades de morir en 7 días aumentan en un 5.2%. Sin embargo, el p valor (0.140) no es significativo ($p > 0.05$), por lo que la edad no tiene un impacto estadísticamente significativo en la mortalidad a 7 días en este análisis. APACHE (0.20899, $p = 0.039$) (OR es 1.232), lo que significa que por cada incremento en la puntuación APACHE, la probabilidad de mortalidad aumenta un 23.2%. El p -valor (0.039) es significativo, por lo que se puede concluir que el score APACHE tiene un efecto importante en la mortalidad a 7 días. TFG (CKDEPI) (-0.04377, $p = 0.705$): El OR es 0.957, lo que sugiere que un aumento en la tasa de filtración glomerular (TFG) se asocia con una ligera disminución en la mortalidad, aunque no es estadísticamente significativo ($p = 0.705$). Requerimiento de vasopresores (OR: 2.74, $p=0.99$). Mortalidad CRRT a 7 días: Proporción de mortalidad: 46.2%. Sin diferencia significativa en la proporción de mortalidad a 7. Mortalidad CRRT a 30 días: 53.8% sin diferencia significativa en la mortalidad a 30 días. Mortalidad PIRRT a 7 días: 44.2% p -valor: 0.542 sin diferencia estadísticamente significativa. Mortalidad PIRRT a 30 días: 39.5% p -valor: 0.222 sin diferencia significativa.

Conclusión: La mortalidad en CRRT es ligeramente mayor (46.2% a 7 días, 53.8% a 30 días) que en PIRRT (44.2% a 7 días, 39.5% a 30 días) ($p > 0.05$), pero sin diferencia significativa en las proporciones de mortalidad a 7 y 30 días en los grupos. El valor de APACHE II es el predictor más relevante en el modelo en el grupo PIRRT, por cada aumento en su valor incrementa la mortalidad en un 23.2%."



Qualidade da dieta de pacientes em diálise peritoneal: determinantes da diversidade alimentar e do consumo de ultraprocessados em três regiões brasileiras

Hemodiálisis, Diálisis Peritoneal y Nutrición

E-Poster

Trabajo original

Fabiana Baggio Nerbass

Fundação Pró-Rim, Brazil.

fabiana.nerbass@gmail.com

Vitória Gomes

Brazil

Sheila Borges

Brazil

Natália Scatone

Brazil

Fabiana Costa

Brazil

Daniela Ponce

daniela.ponce@unesp.br

Hospital das Clínicas (HC-FMB) UNESP, Brazil.

Viviane Calice-Silva

viviane.silva@prorim.org.br

Brazil

Maryanne Zilli Canedo da Silva

Hospital das Clínicas da Faculdade Medicina de Botucatu, Brazil

Introdução: A qualidade da dieta é fundamental para a saúde de pacientes em diálise peritoneal (DP). Dois marcadores importantes são a diversidade alimentar — que reflete o consumo de alimentos in natura ou minimamente processados — e a ingestão de alimentos ultraprocessados (UP), que pode comprometer a saúde. Entretanto, pouco se sabe sobre os fatores que determinam esses padrões alimentares e suas variações regionais no Brasil.

Objetivo: Avaliar a diversidade alimentar e o consumo de alimentos ultraprocessados, seus determinantes e as diferenças entre pacientes em DP das regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste.

Métodos: Estudo multicêntrico realizado com 246 pacientes em DP nas cidades de Botucatu (SP - Sudeste), Joinville (SC - Sul) e Brasília (DF - Centro-Oeste). Foram coletadas variáveis clínicas e demográficas, e aplicado dois questionários alimentares validados para a população brasileira. Esse instrumento avaliou o consumo, no dia anterior à entrevista, de 13 subgrupos de alimentos in natura ou minimamente processados (grupo 1 da classificação NOVA) e 13 subgrupos de alimentos UP (grupo 4). Foram calculados dois escores: um de diversidade alimentar e outro de consumo de UP, baseados na soma de subgrupos consumidos. Os pacientes foram classificados em maior ou menor escore com base nas medianas (≥ 6 para

diversidade; ≥ 2 para UP). Regressões logísticas simples e múltiplas foram realizadas para identificação dos fatores associados.

Resultados: A amostra foi composta por pacientes com idade média de $57,8 \pm 16,6$ anos, 52% homens, tempo em DP de 17 [7–31] meses, IMC médio de $27,3 \pm 5,0$ kg/m² e 58% com escolaridade >8 anos. A mediana do escore de diversidade alimentar foi 6 (4–7). A região Centro-Oeste teve a maior proporção de pacientes no grupo com maior diversidade (79%) comparado ao Sudeste (56%) e Sul (53%) ($p=0,007$). Já o escore de consumo de UP teve mediana de 2 (1–3), com maior prevalência de maior consumo no Sul (58%) e Centro-Oeste (54%) do que no Sudeste (40%) ($p=0,02$). Na análise multivariada, a região de residência foi o principal determinante da diversidade alimentar: pacientes do Centro-Oeste apresentaram três vezes mais chance de maior diversidade em relação ao Sudeste (OR 3,1; IC95%: 1,4–7,2; $p=0,007$). Para o consumo de UP, os determinantes independentes foram maior escolaridade (OR 2,3; IC95%: 1,4–4,0; $p=0,002$) e residência na região Sul (OR 2,2; IC95%: 1,2–4,0; $p=0,008$).

Conclusão: Em pacientes em DP, a região de residência foi o principal fator associado à diversidade alimentar, enquanto escolaridade e região influenciaram o consumo de ultraprocessados. Esses achados indicam que fatores culturais e socioeconômicos impactam de maneira distinta a qualidade da dieta entre as diferentes regiões do Brasil.



Caracterización clínica y epidemiológica de las infecciones en pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis. Unidad de diálisis. “Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez” Ciudad Bolívar - Estado Bolívar. enero - diciembre 2023.

Hemodiálisis, Diálisis Peritoneal y Nutrición

E-Poster

Trabajo original

Maria Caldera

Unidad de diagnóstico Betfre, Venezuela.

mariacalderavirla@gmail.com

José Andrés Escalona Viña,

Clinica ICEA, Venezuela

Introducción: Las infecciones en los pacientes con ERC TRR representan una causa importante de morbimortalidad a nivel mundial. Las enfermedades cardiovasculares son tradicionalmente consideradas la principal causa de muerte en pacientes en hemodiálisis, sin embargo, en algunas regiones las infecciones ocupan el primer lugar. Cada vez es más común encontrar en los centros de atención médica a pacientes con ERC que se encuentran en diálisis con infecciones. En Venezuela, no se dispone de estudios epidemiológicos suficientes que aborden esta problemática sobre los pacientes en hemodiálisis y con diagnóstico infeccioso asociado.

Objetivo: Evaluar las características clínicas y epidemiológicas de las infecciones en pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis que acudieron a la Unidad de Diálisis “Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez” Ciudad Bolívar - Estado Bolívar. Enero - diciembre 2023.

Metodología: Estudio descriptivo, de campo, no experimental, retrospectivo. El universo está conformado por 177 pacientes con diagnóstico de ERC en TRR HD en la Unidad de Diálisis, con una muestra de 110 pacientes con infección y ERC EN TRR HD, cumpliendo los criterios de inclusión.

Resultados: El 52,72% de los pacientes fue de sexo masculino, con una edad media de 55,23 años; según la comorbilidad, se evidenció, que el 51,81% tenía hipertensión, seguido de diabetes mellitus 27,27% y nefritis túbulo-intersticial 18,18%; el 60,90% tenía menos de 1 año en hemodiálisis. La infección con mayor prevalencia se asoció al catéter 35,27%, seguida de las infecciones respiratorias bajas 29,45%, gastrointestinales 14,38% y las infecciones urinarias 9,58%. Los pacientes con sepsis 12,72%, cursaron con una \bar{x} de hemoglobina 9,04 g/dL, leucocitos 17.576 mm³, plaquetas 179.071 mm³,

PCR 28,7 mg/L, procalcitonina 21,17 ng/mL y albúmina 3,25 g/dL; En relación a los gérmenes aislados en los cultivos, fue más frecuente los gérmenes gran positivos como *S. aureus* con 29,1%, seguido de *S. epidermidis* con 18,2% y por los gérmenes negativos el *E. coli* con 10,9%. En los pacientes con infección de catéter de hemodiálisis fue más frecuente *S. aureus* en 21,4%. En los pacientes con infección respiratoria baja lo fue *K. pneumoniae* en 3,5%. Al establecer la mortalidad, se determinó que, de los 110 pacientes infectados, falleció el 31,81%, de los cuales el 51,43% se asoció a infección; el 34,29%, a otras causas y en el 14,28% no se logró determinar el origen de la muerte. La mortalidad fue mayor en los pacientes con infección respiratoria baja en 66,66%, seguida de infección relacionada con catéter de hemodiálisis con 27,77%, sin diferencias estadísticamente significativas según el sexo.

Conclusiones: Se demostró que los pacientes en hemodiálisis, presentaron múltiples procesos infecciosos de manera aislada o coexistiendo entre ellas, donde las infecciones de catéter de hemodiálisis siguen destacando en comparación a otros procesos infecciosos, prevaleciendo lo gérmenes gran positivos como *S. aureus* y de *S. epidermidis*, en cambio los gérmenes gran negativos predominaron en infecciones por vías urinarias y respiratorias. Biomarcadores de reactantes de fase aguda como PCR, LDH, procalcitonina, leucocitos, no demostraron ser relevantes en relación con la gravedad de la infección, aun cuando fueron más elevados en pacientes con sepsis. Aunque las infecciones asociadas a catéter de HD se presentaron con mayor frecuencia, fueron las infecciones respiratorias las que cursaron con mayor mortalidad.



Tendências na Prevalência e Incidência da Diálise Crônica no Brasil (2006 a 2024) com Projeções até 2039

Hemodiálisis, Diálisis Peritoneal y Nutrición

E-Poster

Trabajo original

Fabiana Baggio Nerbass

Fundação Pró-Rim, Brazil.

fabiana.nerbass@gmail.com

Helbert Lima

Brazil

Jocemir Lugon

Brazil

Ricardo Sesso

Brazil

Introdução: O Brasil é o terceiro país do mundo com o maior número de pacientes em diálise. O aumento no número de pacientes em diálise pode refletir o estado do cuidado renal no país. Analisamos e relatamos as tendências na prevalência e incidência de diálise crônica no Brasil desde 2006, com estimativas projetadas até 2039.

Métodos: Comparamos as tendências nas taxas de prevalência e incidência com base no Censo Brasileiro de Diálise da Sociedade Brasileira de Nefrologia desde 2006. As tendências monotônicas foram avaliadas pelo teste de Mann-Kendall, e as projeções foram realizadas utilizando técnicas de suavização clássica e exponencial até 2039.

Resultados: As taxas de incidência e prevalência da diálise no Brasil apresentaram tendência de aumento ao longo dos últimos 19 anos. As taxas de prevalência aumentaram em todas as cinco regiões do país. Em relação às taxas de incidência, apenas a região Nordeste não apresentou tendência de aumento significativa no período. As taxas projetadas de incidência e prevalência para 2039 são, respectivamente, de 338 pacientes por milhão de habitantes (IC 95%: 306–370) e 1225 por milhão de habitantes (IC 95%: 1179–1271). Isso representa um aumento de 35,8% e 50,9% em 15 anos, respectivamente.

Conclusões: O aumento projetado nas taxas de incidência e prevalência de diálise crônica no Brasil na próxima década é preocupante. Isso ressalta a necessidade de medidas mais rigorosas para o enfrentamento da doença renal crônica no país, com o objetivo de mitigar seu impacto sobre o sistema de saúde e os custos associados"

Encuesta de satisfacción para pacientes en hemodiálisis en tres países de Centroamérica.

Hemodiálisis, Diálisis Peritoneal y Nutrición

E-Poster

Trabajo original

Santiago Blas Torales

Comité Economía SLANH, Argentina.

santiago.torales@gmail.com

Leticia Botta

AETSU, Uruguay.

Diego Méndez

AETSU, Uruguay.

Florencia Rossi

AETSU, Uruguay.

Harold Gil

UNOPS, Venezuela.

Rogério Urbina

rogeriou@unops.org

UNOPS, Nicaragua

Omar García

omarg@unops.org

UNOPS, México

Osman Gálvez

IGSS, Guatemala.

Sebastián Valderrama

UNOPS, Colombia.

Introducción: Conocer la opinión del usuario es relevante para mejorar la calidad asistencial en hemodiálisis (HD), donde la complejidad y demanda de organización tecnológica y asistencial contrastan con las expectativas del paciente y la realidad prestacional en la región. Medir la satisfacción permitiría identificar las dimensiones del cuidado a optimizar, facilitando mejoras en la calidad asistencial.

Objetivos: Evaluar la satisfacción sobre servicios de HD mediante una encuesta para pacientes en países de Centroamérica.

Materiales y métodos: Se adaptaron en una encuesta específica los contenidos de herramientas validadas sobre satisfacción en HD para un estudio observacional con 10 centros HD en Honduras (2), Nicaragua (2) y Guatemala (6). El formulario (voluntario y anónimo) se montó online para relevar información acerca de 5 dimensiones de satisfacción sobre servicios / cuidados (25 preguntas), con análisis de estadística descriptiva sobre proporción de pacientes satisfechos por pregunta (y ponderando por dimensión) más análisis de asociaciones por 4 variables seleccionadas (país, turno de hemodiálisis, tiempo en tratamiento y necesidad de cuidadores) mediante de chi² (significancia estadística $p < 0,05$) usando Microsoft® Excel® y Power BI®.

Resultados: Se obtuvieron 1601 respuestas (55,8% DE±28,9%): la mitad correspondían a pacientes < 50 años, un



31% necesitaban apoyo de cuidadores en actividades diarias, y 65% llevaban más de 2 años en HD. El promedio global de satisfacción fue 72,7% (DE±16,1%), dividido por dimensión: comunicación y clima laboral (91,7%), atención y capacitación (75,6%), procesos y servicios (70,4%), accesibilidad y demoras (64,8%) e higiene y adecuación (64,5%). Los mayores niveles de satisfacción en general se encontraron en Guatemala (80,2%), seguido por Nicaragua (74,8%) y Honduras (71,3%): la capacitación de personal, higiene general y comodidades de instalaciones tuvieron mayor satisfacción en Nicaragua. La accesibilidad estaba más afectada en Honduras (centros solo en 2 núcleos urbanos del país). La amabilidad y predisposición del personal sobresalieron pese a la escasez de técnicos y médicos en la región como las variables de mayor satisfacción, en todos los centros y países. Los pacientes con más tiempo en tratamiento tienen mayor conocimiento sobre el proceso de atención, pero manifiestan también más frustración o sentido crítico más elevado (mayor demanda de información del personal $\chi^2=17,35$ $p=0,027$, insatisfacción con el trato recibido $\chi^2=21,03$ $p=0,007$, o las condiciones de limpieza $\chi^2=9,61$ $p=0,047$, funcionamiento de las máquinas $\chi^2=18,48$ $p<0,001$ y la calidad de la comida $\chi^2=36,80$ $p<0,001$). Entre turnos de diálisis, se evidencia satisfacción decreciente del 1.º al 4.º, con énfasis particular sobre la disposición del personal ($\chi^2=29,14$ $p<0,001$), su capacitación ($\chi^2=42,13$ $p<0,001$) y trato ($\chi^2=21,86$ $p=0,039$); también hay más quejas sobre instalaciones y procesos en los últimos turnos ($\chi^2=25,14$ $p<0,001$). En relación con demoras, el 2.º y 4.º turnos experimentan más retrasos acumulados ($\chi^2=45,56$ $p<0,001$) en el inicio de las sesiones.

Conclusiones: Los resultados evidencian la importancia y factibilidad de obtener información directamente de los pacientes, identificando dimensiones específicas de cuidado y grupos de atención más demandantes, para un uso eficiente de los recursos en los centros; la obtención de resultados comparativos y a lo largo del tiempo, facilitaría estrategias de mejora de calidad.

Onconeurología: Hemoadsorción combinada con Terapia de Reemplazo Renal (TRR) en pacientes oncológicos y sepsis.

Hemodiálisis, Diálisis Peritoneal y Nutrición

E-Poster

Trabajo original

Andrea Plaza

Solca, Ecuador.

anzu2311@gmail.com

Carlos Calle Camaño

Solca, Ecuador

Introducción: La sepsis es una disfunción orgánica potencialmente mortal causada por la respuesta desregulada del huésped a una infección. La falla renal aguda es un factor común en el paciente séptico con cáncer, aumentando así la mortalidad. Se pueden emplear técnicas de reemplazo renal para la adsorción extracorpórea de mediadores inflamatorios empleando membranas de adsorción, cartuchos absorbentes de hemoperfusión; cuyo objetivo es disminuir los efectos tóxicos precoces de las citocinas proinflamatorias circulantes y endotoxinas como parte del enfoque terapéutico en el paciente séptico con el fin de mejorar los resultados del paciente.

Objetivos: Conocer la mortalidad, la etiología, las características clínicas y el comportamiento de los marcadores bioquímicos en pacientes que recibieron hemoadsorción combinada con Terapia de Reemplazo Renal (TRR) en pacientes oncológicos y sepsis.

Material y método: estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, transversal a través de la recolección de datos de historias clínicas de pacientes de la unidad de cuidados intensivos en un hospital oncológico con diagnóstico de sepsis a quienes se les empleó hemoadsorción combinada con terapia de reemplazo renal, se recabaron los datos en Excel y se analizaron en SPSS.

Resultados: la edad promedio fue de 64 años, la mayor parte correspondió al sexo masculino con un 54.2%, el cáncer sólido fue el más frecuente frente al cáncer hematológico con un 87,5%, los cánceres más frecuentes fueron el linfoma no Hodgkin, tumor maligno de próstata, tumor maligno de colon y recto, tumor maligno de hígado y vías biliares, y tumor maligno de pulmón con un 12.5% cada uno, los diagnósticos clínicos fueron sepsis de lecho tumoral y sepsis abdominal quirúrgica ambos con 33.3%, el 20.8 % a sepsis de foco pulmonar, y el 12.5% a sepsis de foco urinario, el inicio temprano de terapia de reemplazo renal y hemoadsorción correspondió al 87.5% y el inicio tardío al 12.5% con un valor de $P = 0.29$, el 41.7% recibieron entre 1 y 2 terapias de hemoadsorción el 41.7 % , el 8.3% recibió 3 terapias, y otro 8.3 % recibió 5 terapias,



el 54.2% recibió hemoadsorción SLEED y el 45.8% hemoadsorción más HDI, en escala de SOFA el 25 % puntuó 6 puntos, el 16.7 % con 8 puntos y el 16.7% con 4 puntos, el APACHE II con 18 y 12 puntos ambos con 16.7%, seguido de 14 y 16 con 12.5%, el PS ECOG más frecuente fue el PS ECOG 2 con un 50% mientras que el PS ECOG 1 lo presento el 33.3% , el Meropenem fue empleado con el 46.4%, seguido de Cefepime con 25% , todos los pacientes estaban con ventilación mecánica invasiva, el promedio de días de ventilación fue de 1.7 (+- 0.95) días, la media de adrenalina fue de 0.30 ug/kg/min al primer día , posterior a la hemoperfusión la dosis de promedio fue de 0.28 ug/kg/ min, respecto a la urea el promedio fue de 105mg/dl (+- 77) posterior a la hemoperfusión fue de 93 mg/dl (+- 63), la creatinina promedio fue de 3.9 mg/dl (+-3.9) y posterior a la hemoperfusión fue de 2.4 mg/dl (+- 2.4), la mortalidad fue del 33.3% a los 7 días.

Conclusiones: se deben considerar terapias de soporte no solo con el objetivo de mejorar la función renal sino también de disminuir marcadores proinflamatorios y necesidad de soporte vasopresor, tiempo de ventilación mecánica y días de hospitalización optimizando de esta manera los recursos hospitalarios y los costos, consideramos se deben hacer más estudios en este tipo de pacientes y terapias para evidenciar si hay beneficios.

Implementación y resultados de un programa de mejora continua de la calidad en terapia de reemplazo renal continua en hospitales de tercer nivel.

Hemodiálisis, Diálisis Peritoneal y Nutrición

E-Poster

Trabajo original

Yazmin Alejandra Mercado Hernández

INCMNSZ, México.

yazale1992@hotmail.com

Olynka Vega

INCMNSZ, México.

Pablo Enrique Galindo Vallejo

Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, México.

Mario Alejandro Méndez Morales

Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, México.

Introducción: Las métricas de calidad (MC) son herramientas fundamentales para medir, monitorear y evaluar la práctica clínica en distintos entornos de atención médica. Se ha reportado que la implementación de programas de mejora continua de la calidad (PMCC) puede mejorar estas MC en pacientes sometidos a terapias de reemplazo renal continua (TRRC).

Objetivo: Comparar el grado de cumplimiento de metas en MC de las TRRC antes y después de la implementación secuencial de un PMCC en dos hospitales universitarios.

Material y métodos: Estudio ambispectivo dividido en 3 periodos evaluados (Figura 1): Periodo 1 (retrospectivo): previo a la implementación del PMCC en el hospital 1 (01/01/16 – 31/12/19); Periodo 2 (prospectivo): posterior a la implementación del PMCC en el mismo hospital (01/01/20 – 31/12/23); Periodo 3 (prospectivo): inicio de un programa de TRCC en el segundo hospital, incorporando desde el inicio el PMCC previamente establecido (15/03/24 – 15/03/25). El PMCC incluyó la implementación de anticoagulación regional con citrato (ACR) y un programa estructurado de educación continua para el personal de enfermería y médico (Figura 1). Se recabaron datos clínicos de los pacientes, y datos técnicos de las sesiones de TRRC, se calcularon las MC y se compararon entre los tres periodos.

Resultados: Se realizaron 209, 412 y 377 sesiones de TRRC en 59, 93 y 89 pacientes durante los periodos 1, 2 y 3, respectivamente (Tabla 1). La ARC se utilizó en el 45,6% y 77% de las sesiones en los periodos 2 y 3. La mediana de vida útil del filtro aumentó de 36.5 h en el periodo 1, a 64 h en el 2°, y en el 3° periodo fue de 50.5 h. El porcentaje de filtros con vida útil >60 h pasó de 23% a 54.5% y hasta 80%. La proporción de sesiones con relación a la n dosis entregada/prescrita >80% se mantuvo estable durante los tres periodos. El cumplimiento de la meta de ultrafiltrado (>80%) fue de 66%, 61% y 74%. El porcentaje de sesiones con downtime <10% fue de 64,6%, 70% y 74%. La tasa de eventos adversos asociados a la terapia fue de 8% en el primer periodo, aumentó a 32% en el segundo, y se redujo nuevamente al 8% en el 3° periodo. Respecto al porcentaje de metas cumplidas por periodo, hubo una mejora importante en el 3.º periodo, en comparación con el 2.º y 1.º (Figura 2).

Conclusiones: La implementación de un PMCC en TRRC, así como su integración desde el inicio de un nuevo programa, se asoció con mejoras sustanciales en la vida útil del filtro y en el cumplimiento de MC clave. Estos hallazgos sugieren un uso más eficiente de los recursos y una posible optimización del cuidado de pacientes críticamente enfermos sometidos a TRRC. "



Estudio MEXHEMO: desenlaces clínicos y factores de riesgo en pacientes en hemodiálisis crónica en México.

Hemodiálisis, Diálisis Peritoneal y Nutrición

Concurso E-POSTER

Trabajo original

Jackeline Anzures Enriquez

Instituto Mexicano de Investigaciones Nefrológicas IMIN, México.

jackieea2@gmail.com

Juan Manuel Ardavin Ituarte

Instituto Mexicano de Investigaciones Nefrológicas IMIN, México.

Olynka Vega

INCMNSZ, México.

Jesús Manolo Ramos Gordillo

Instituto Mexicano de Investigaciones Nefrológicas IMIN, México.

Salvador López Gil

Instituto Mexicano de Investigaciones Nefrológicas IMIN, México.

José Carlos Peña Rodríguez

jcpr2931@gmail.com

Instituto Mexicano de Investigaciones Nefrológicas IMIN, México.

Introducción: La enfermedad renal crónica (ERC) representa un desafío creciente de salud pública en México, donde el número de pacientes en hemodiálisis (HD) ha aumentado de forma sostenida en las últimas dos décadas. En ausencia de un registro nacional de HD, la información epidemiológica confiable sigue siendo limitada. El proyecto MEXHEMO tiene como objetivo caracterizar el perfil clínico y los desenlaces de los pacientes mexicanos en hemodiálisis crónica.

Métodos: Estudio de cohorte retrospectivo, observacional. Se invitó a centros de hemodiálisis de todo el país a reportar datos de pacientes en hemodiálisis de mantenimiento entre el 1 de enero y el 30 de junio de 2023. Se recolectó información demográfica, clínica, relacionada con la diálisis y de laboratorio. Los desenlaces analizados incluyeron tasas de mortalidad, razones estandarizadas de mortalidad (SMR, por sus siglas en inglés) y factores de riesgo asociados a muerte. Se emplearon modelos de regresión de Poisson para estimar tasas de mortalidad, y las SMR se calcularon utilizando como referencia el United States Renal Data System de 2019. Se utilizaron modelos de riesgos proporcionales de Cox para identificar factores asociados a mortalidad.

Resultados: Se incluyeron 11,902 pacientes provenientes de 41 clínicas (Figura 1). La edad media fue de 52 ± 16 años; 57% eran hombres y el 91% contaba con cobertura de seguridad social (Tabla 1). El 86% recibía HD de alto flujo, y el 42% de los pacientes reutilizaba dializadores. La tasa de mortalidad ajustada fue de 155 muertes por cada 1,000 pacientes-año (IC 95%: 65–368), con una SMR de 1.12 (IC 95%: 1.07–1.18), lo que indica una mortalidad más elevada en la cohorte MEXHEMO. La hipoalbuminemia, una hemoglobina ≤ 9 g/dL, el

uso de catéter no tunelizado y la reutilización del dializador se asociaron de manera independiente con un mayor riesgo de mortalidad (Tabla 2).

Conclusiones: MEXHEMO constituye la cohorte más grande de pacientes en HD reportada hasta la fecha en México. Los hallazgos evidencian una elevada mortalidad a pesar de tratarse de una población relativamente joven, lo que subraya la necesidad urgente de establecer un registro nacional y políticas de mejora continua en la calidad del cuidado.

Management of acute poisoning with Hemoadsorption. Local Experience

Hemodiálisis, Diálisis Peritoneal y Nutrición

E-Poster

Trabajo original

Dario Jimenez

DIALNEF, Ecuador.

dxjimenezmd@gmail.com

Jazmin Alejandra Jimenez Lopez

DIALNEF, Ecuador.

Andres Herdoiza

Hospital Enrique Garcés, Ecuador.

Gustavo Paredes

Hospital Enrique Garcés, Ecuador.

Octavio Salgado

Universidad Católica de Cuenca, Ecuador.

Fernando Jimenez

ferjimenezj@yahoo.com

Hospital Metropolitano, Ecuador.

Background: In Ecuador, the most frequent causes of intoxication are pesticides and drugs. Some of these substances can be removed by hemoadsorption. However, the use of this therapeutic resource is still very scarce or limited. This study aimed to evaluate the evolution of patients with acute poisoning who underwent hemoadsorption and to identify the factors associated with mortality.

Patients and Methods: A retrospective study was carried out on adult patients treated with hemoadsorption in intensive care units in Ecuador from January 2014 to October 2024. Patients with a clinical diagnosis of acute poisoning were eligible for inclusion. Fig. 1 shows the characteristics of the poisoning agent in HA-eligible patients and their critical path. Patients were excluded if more than 4 days had elapsed after ingesting the poison.

HA procedures were performed with a dedicated HA machine or hemodialysis machines equipped with an appropriate circuit set with a resin cartridge (Jafron HA 230 has been used as an intoxication-specific resin since 2019). The dialysis catheter was placed according to each unit's protocol, the preferred sites being the right internal jugular and right femoral veins.



In patients with superimposed AKI, HA was used in conjunction with intermittent hemodialysis, Online hemodiafiltration, or Continuous Renal Replacement Therapy. Typical blood flow rates were 200-400 mL/min. For organophosphate poisoning, three sessions were administered at least every 8 hours; for other types of poisoning, the number of sessions was determined by the clinical response. The usual duration of treatment was 6 hours.

Anticoagulation was heparin-based or a saline flush cartridge if heparin was contraindicated. The preparation of the HA cartridge complied with the manufacturer's recommendations. (shown Fig. 2)

Results: One hundred three patients were included, with an age range from 3 to 69, and were managed in 11 hospital centers; the median age was 25 years, with a predominance of females. Organophosphate, insecticides (n36), and carbamazepine (n20) intoxications were the most common. The mean number of HA sessions carried out was 1.76; intensive care stays were 3.4 days, with an overall mortality of 6.7%. One fatal case was recorded for organophosphate, while mortality for paraquat was 27.3% (n:3). The time from toxicant ingestion to the first hemoadsorption session was 21 hours and 34.5 hours in live vs. dead, respectively.

Conclusion: The application of this strategy strongly suggests a positive impact on mortality, days of stay in intensive care, and the need for intensive support, with a substantial implication on hospital costs, demonstrating that it is cost-effective and cost-efficient.

Impacto clínico y microbiológico de la estrategia vancomicina-amikacina frente al ISPD en peritonitis por diálisis peritoneal – Hospital Jorge Reátegui Delgado (Essalud Piura, Perú).

Hemodiálisis, Diálisis Peritoneal y Nutrición

E-Poster

Trabajo original

Rebeca Beatriz Alatriza Vergara

Essalud, Perú.

arebeca_beatriz@yahoo.com

Flor Elena Montoya Aguilar

H REPS54, Perú.

Joanna Delgado Velasquez

Essalud, Perú.

Fiorella Ivonne Lopez Jimenez

Essalud, Perú.

Heidi Vanessa Seminario Farias

Essalud, Perú.

Gustavo Lorenzo Moretta Pedemera

gmoretta@silhercorp.com

Peru

Introducción: La peritonitis es una complicación crítica en pacientes con diálisis peritoneal (DP), asociada a fallas técnicas y transición a hemodiálisis. En 2018, el Hospital Jorge Reátegui Delgado enfrentó bajas tasas de recuperación microbiológica (70%) y alta salida de la técnica (47,8%). Como respuesta, se implementó una estrategia basada en un esquema antibiótico empírico adaptado (Vancomicina + Amikacina) y mejoras en el procesamiento microbiológico. Este estudio evalúa su impacto a seis años.

Objetivo: Evaluar el impacto clínico y microbiológico del protocolo empírico local implementado, en comparación con el esquema ISPD, durante el año 2024.

Métodos: Estudio retrospectivo descriptivo de todos los episodios de peritonitis registrados en 2024 en la unidad de DP del hospital. Se analizaron la frecuencia y el tipo de gérmenes, perfiles de resistencia (ESBL, BLAC), desenlaces clínicos (continuidad, hemodiálisis, muerte) y se desarrolló un modelo predictivo mediante regresión logística.

Resultados: Se registraron 42 episodios de peritonitis en 119 pacientes (0,4 episodios/paciente-año), con una tasa de recuperación microbiológica del 95,3%. Los gérmenes Gram positivos predominaron (50%), seguidos por Gram negativos (41.7%) y hongos (8.3%). Los gérmenes Gram negativos representaron el 41.7%, con presencia de resistencia (ESBL: 2 casos; BLAC: 5 casos). Sin embargo, estos casos no se asociaron con peores desenlaces clínicos, lo que sugiere una cobertura efectiva del esquema empírico local. La continuidad en DP fue del 69%, superando el umbral recomendado por ISPD (>50%). Las cefalosporinas mostraron alta resistencia (Cefazolina 100%, Ceftazidima 61%). Vancomicina y Amikacina mantuvieron perfiles adecuados (76.9% y 100% de sensibilidad, respectivamente). El modelo predictivo indicó que infecciones por Gram positivos se asociaron positivamente con la continuidad en DP.

Conclusión: El esquema empírico basado en Vancomicina y Amikacina, junto con mejoras operativas en microbiología, mostró una mejora sustancial en los desenlaces clínicos y microbiológicos. Estos resultados apoyan la adaptación de protocolos internacionales a los perfiles locales de resistencia. Se recomienda mantener y replicar esta estrategia en otras unidades de DP en contextos similares.



Adaptación de pacientes incidentes en hemodiálisis crónica.

Hemodiálisis, Diálisis Peritoneal y Nutrición

E-Poster

Trabajo original

Romina Martínez

CASMU, Uruguay.

romi.1496@hotmail.com

Cecilia Recalde

Uruguay

Susana Gonzalez

Uruguay

Silvana Piriz

Uruguay

María Otero

Uruguay

Fabianna Ardoguein

psyche000pompos@gmail.com

Uruguay

Laura Bentancor

canutrihemo@casmu.com

Uruguay

Magdalena Balboa

Uruguay

Micaela Ferreira

Uruguay

Patricia Urrutia

Uruguay

Isabel Valiño

isabelvali7@gmail.com

Uruguay

Laura Sola

Uruguay

Introducción: La enfermedad renal crónica en etapa dialítica produce un deterioro de múltiples aspectos vitales, afectando de forma importante la calidad de vida relacionada a la salud (CVRS). Se relaciona con aspectos del tratamiento sustitutivo y con cambios en situación laboral, familiar y psicosocial. Es de interés disponer de estrategias de intervención para su mejoría.

Objetivo General: Mejorar la adaptación al ingreso a plan de hemodiálisis crónica en pacientes incidentes.

Objetivos Específicos:

- Capacitar en aspectos relacionados con la enfermedad renal crónica y la hemodiálisis.
- Facilitar la interacción paciente-familia con el equipo multidisciplinario.
- Incrementar la satisfacción de pacientes con respecto a su tratamiento crónico.

Materiales y métodos: Formar un equipo multidisciplinario (EQM) para planificar las acciones (médicos nefrólogos y psiquiatras, nutricionistas, licenciadas en enfermería, asistentes sociales). Integrar al equipo de trabajo a pacientes en plan de hemodiálisis con años en la técnica.

Se planifica en el primer año realizar 3 talleres de 90 minutos de duración. Las actividades incluyen, presentaciones por los integrantes del EQM y trabajo en taller grupal. Participaron en cada mesa de trabajo, pacientes incidentes, un familiar, pacientes prevalentes e integrante del EQM, con consignas del taller en aspectos de adaptación al tratamiento sustitutivo renal.

En cada taller se implementaron evaluaciones: test pre y post de conocimientos, satisfacción con el taller y valoración subjetiva de adaptación al tratamiento.

Se describirán las variables categóricas como porcentajes.

Resultados: Se realizaron tres talleres de entre 5 y 7 pacientes cada uno, que comprendieron 18 pacientes en total.

Se consultó sobre la facilidad de comunicarse con el centro, que fue positiva en 16 de 18 pacientes.

La repercusión del estado de ánimo al ingreso a hemodiálisis se evaluó como sin repercusión, poca o mucha repercusión, resultando en 4, 11 y 3, respectivamente, de 18 pacientes. El conocimiento sobre cuál es su acceso vascular, 3 de los 18 pacientes refirieron no conocer cuál era su acceso vascular. En relación con la ingesta de líquidos, 4 de 18 refirieron no conocer que tuvieran restricción hídrica.

La encuesta de satisfacción completada por 15 pacientes, en relación con cómo evaluaron el taller, respondieron la totalidad como muy bueno o excelente. De igual forma, la recomendación de que participen otros pacientes, así como la información recibida.

Como sugerencias surgieron ideas de realizar actividades de recreación y fisioterapia.

En el relevamiento de psicología médica sobre los mecanismos y síntomas de adaptación, se constató como estado anímico más frecuente: la tristeza, la aceptación y la culpa inicial. Con el 50% habiendo sido capaz de entablar algún mecanismo de adaptación, permitiendo mejorar la percepción del estado anímico en la evolución.

Conclusiones: Se evalúan como una iniciativa positiva para los pacientes estas actividades de integración con el EQM y su entorno familiar, para así mejorar el difícil proceso de adaptación al inicio de terapia de sustitución renal. La



implementación de estas actividades favorece la educación en salud y el empoderamiento sobre su propia enfermedad.

Prurito urémico en pacientes en hemodiálisis: evaluación clínica en el Hospital Docente Salvador Bienvenido Gautier.

Hemodiálisis, Diálisis Peritoneal y Nutrición

E-Poster

Trabajo original

Erwin Campos

Hospital Docente Salvador Bienvenido Gautier, República Dominicana.
erwinivan@hotmail.com

Rafael Martínez Peralta

Hospital Docente Salvador Bienvenido Gautier, República Dominicana.

Miguel A. Cuevas Budhart

Unidad de Investigación Médica en Enfermedades Nefrológicas, IMSS, México.

Denisse González

Hospital Docente Salvador Bienvenido Gautier, República Dominicana.

Rigoberto Jimenez Ramirez

Hospital Docente Salvador Bienvenido Gautier, República Dominicana.

Introducción: El prurito urémico es una complicación frecuente en pacientes en hemodiálisis (HD), con una prevalencia estimada entre el 20% y el 60%, y a menudo subdiagnosticado. Afecta negativamente la calidad de vida y se asocia con mayor mortalidad. Su origen es multifactorial e involucra disfunción inmune, inflamación sistémica, alteraciones del metabolismo fosfocálcico y neuropatía periférica. En República Dominicana no existen datos publicados sobre su frecuencia, severidad ni factores asociados. El objetivo de este estudio es evaluar la prevalencia y severidad del prurito en pacientes en HD en el Hospital Docente Salvador Bienvenido Gautier (HDSBG).

Metodología: Se realizó un estudio observacional, transversal con 36 pacientes ≥ 18 años con un mínimo de 90 días en HD en el HDSBG. Se aplicaron entrevistas utilizando la escala 5D del prurito, donde una puntuación ≥ 6 se considera la presencia de prurito.

Se utilizaron medidas de tendencia central y dispersión para variables cuantitativas, las variables cualitativas se presentaron en frecuencias simples y porcentajes. Para evaluar la asociación entre el prurito y las variables independientes, se emplearon pruebas de Chi-cuadrado para variables categóricas y pruebas inferenciales como correlación de Spearman, prueba t de Student para muestras independientes y análisis bivariado. Se consideró un nivel de significancia de $p < 0.05$.

Resultados: La edad promedio fue de 53 años con una media de 45 meses en HD, el 33% de la población era diabética y el 94% hipertensos, 70% fueron hombres. El 64% tenían

una fistula AV funcionante. Las características sociodemográficas se describen en la tabla 1.

La puntuación media en la escala 5D fue de 7.4 ± 3.5 , con una mediana de 5 puntos y un máximo de 20. Se evidenció una prevalencia de prurito del 41.7% de los pacientes en HD, teniendo la mayoría de leve a moderada intensidad, afectando principalmente el área de los muslos, brazos y espaldas.

La intensidad fue moderada en piernas (22.2%) y antebrazos (11.1%), mientras que la cara, abdomen, tronco y extremidades distales presentaron menor compromiso (Ilustración 1).

Los pacientes con prurito llevaban más tiempo en HD ($M=66.13$, $DE=55.25$) que quienes no lo presentaban ($M=29.33$, $DE=35.01$); $t(34) = -2.45$, $p = 0.020$.

Se observó una correlación positiva significativa entre el prurito y niveles séricos de PTH ($\rho=0.487$, $p = 0.003$), no así para los valores séricos de ácido úrico y calcio. Los valores de fósforo y urea mostraron una tendencia positiva a asociarse pero sin significancia estadística. (Tabla 2).

Conclusiones: El prurito urémico, frecuentemente subestimado, afecta significativamente la calidad de vida de los pacientes en HD. Este estudio evidenció una prevalencia notable de esta afección, especialmente entre aquellos con mayor tiempo en tratamiento y niveles elevados de PTH.

Estos hallazgos resaltan la importancia de incorporar la evaluación sistemática del prurito en la práctica clínica, así como el desarrollo de estrategias terapéuticas que aborden esta condición de forma eficaz.

Reconocer y abordar el prurito urémico no es solo una responsabilidad médica, sino un compromiso con la dignidad y el bienestar de nuestros pacientes. Su abordaje integral representa un paso hacia una atención más humana y centrada en el paciente.



Análisis de metabolómica con hemodiálisis expandida (HDx), y hemodiafiltración en línea (OL-HDF) versus hemodiálisis de alto flujo (HF): un ensayo clínico aleatorizado cruzado

Hemodiálisis, Diálisis Peritoneal y Nutrición

E-Poster

Trabajo original

Noemí Del Toro Cisneros

INCMNSZ, México.

noemi_3090@hotmail.com

Adrián E. Caballero-Islas

INCMNSZ, México.

Armando Martínez-Rueda

INCMNSZ, México.

José Carlos Páez Franco

INCMNSZ, México.

Alfredo Ulloa-Aguirre

INCMNSZ, México.

Ricardo Correa-Rotter

correarotter@gmail.com

INCMNSZ, México.

Olynka Vega Vega

olynkavega@gmail.com

INCMNSZ, México.

Conclusión: Todos los metabolitos mostraron un gradiente, siendo más altos al inicio de la terapia dialítica y disminuyendo después de 4 semanas de uso constante de los 3 tipos de filtro/modalidades, lo que refleja que son toxinas urémicas o moléculas eliminadas normalmente por los riñones. En particular, el ácido treónico, un metabolito de la vitamina C con funciones relacionadas con el efecto antioxidante, ha sido recientemente asociado con la morbilidad y mortalidad cardiovascular."

Antecedentes: El análisis de metabolómica puede revelar alteraciones en rutas metabólicas clave, incluidas aquellas relacionadas con el estrés oxidativo, la inflamación, el metabolismo energético y el estado nutricional. Este estudio tuvo como objetivo comparar los efectos metabólicos de la hemodiálisis expandida (HDx) y la hemodiafiltración en línea (OL-HDF) con los de la hemodiálisis de alto flujo (HF).

Métodos: Estudio cruzado realizado en un solo centro; los pacientes fueron aleatorizados para determinar la modalidad inicial de tratamiento. Cada período duró 4 semanas, y entre una modalidad y otra se incluyó un período de lavado ("washout") de 1 semana. El análisis metabolómico se realizó al inicio de la modalidad asignada y al final de las 4 semanas, dicho análisis se repitió de esta forma en cada una de las modalidades de hemodiálisis.

Resultados: Se incluyeron veintidós pacientes. En los análisis de importancia de la variable en la proyección (VIP) y PLS-DA, los metabolitos más significativos fueron ácido glutámico, ácido treónico, ácido 2-oxoglutarico, ácido hipúrico y eritritol. De forma significativa, el gradiente de intensidad del ácido treónico (VIP) disminuyó con cualquiera de los tres filtros al final de las 4 semanas (Fig. 1).



Inteligencia sanitaria y modelos predictivos en diálisis peritoneal: Estratificación de riesgo y supervivencia esperada en pacientes coberturados por el seguro público en el Perú

Hemodiálisis, Diálisis Peritoneal y Nutrición

E-Poster

Trabajo original

Rosana Claudia Chaud Covarrubias

Fondo Intangible Solidario de Salud, Perú.

rosana.chaud@yahoo.com

Gustavo Moretta

LACDD, Perú.

Claudia Moreano

Fondo Intangible Solidario de Salud, Perú.

Introducción: La diálisis peritoneal (DP) es una modalidad clave para el tratamiento de la enfermedad renal crónica, especialmente en regiones con acceso limitado a hemodiálisis. En Perú, la calidad del cuidado en DP es altamente heterogénea. Este estudio presenta un modelo de inteligencia sanitaria que articula estratificación clínica, predicción de supervivencia para guiar las decisiones sanitarias y salvar vidas.

Objetivo: Desarrollar y aplicar un modelo nacional predictivo de riesgo clínico y supervivencia esperada en pacientes en DP, fundamentado en guías DOQI/DOPPS y datos reales, para orientar las intervenciones clínicas y operativas según la carga de riesgo por región y unidad de atención.

Materiales y métodos: Diseño: estudio observacional, retrospectivo multicéntrico.

Se analizaron los datos de 655 pacientes adultos y coberturados por el seguro público del Perú y atendidos en DP entre noviembre de 2024 y abril de 2025 en 23 hospitales.

Variables consideradas y ponderación de riesgo:

No modificables:

- Diabetes Mellitus tipo 2 (+2 puntos)
- Hipertensión arterial (+1 punto)
- Edad >60 años (+1 punto)
- Sexo masculino (+0.5 puntos)

Modificables:

- Hemoglobina (+1 punto)
- Albumina <3.5 g/dL (+1 punto)
- Fósforo >5.5 mg/dL (+1 punto)
- Kt/V <1.7 (+1 punto)

Estratificación del riesgo cardiovascular.

0–2 puntos: bajo, 2.5–4.5 puntos: moderado y >5 puntos: alto

Estimación de supervivencia esperada a 1, 2 y 3 años a través de un modelo predictivo basado en Hazard Ratios internacionales (KDIGO, ISPD, ANZDATA). Se aplicó una lógica aditiva de riesgo: a mayor número de factores modificables no controlados, menor supervivencia esperada a 1, 2 y 3 años. Análisis estadístico con lenguaje Python.

Resultados: 655 pacientes evaluados, Edad promedio 53 años (18-91), 53% hombres, tiempo promedio en DP 2.3 años (0.2-10.5), procedentes de 23 hospitales del Perú.

Magnitud de riesgo	Número de pacientes	Porcentaje del total
Sin riesgos clínicos activos	94	15.0%
1 riesgo activo	178	28.4%
2 riesgos activos	220	35.2%
3 o más riesgos activos	134	21.4%
Riesgo CVC		
Bajo	154	24.8%
Moderado	305	48.7%
Alto	167	26.7%

El 56% de los pacientes presentó ≥ 2 factores de riesgo clínico; solo el 15% estuvo libre de riesgos modificables.

La proyección de supervivencia sin intervención fue de 62% a 3 años, mientras que con control efectivo de riesgos clínicos podría alcanzar el 80%, lo que equivale a salvar 112 vidas.

Tabla 2
Modelo de supervivencia esperada a 3 años

Año	Supervivencia esperada sin intervención	Supervivencia esperada con control de riesgos
1 año	91%	96%
2 años	75%	88%
3 años	62%	80%

Conclusión: Este modelo predictivo de riesgo, aplicado a una cohorte nacional real, constituye una herramienta funcional de inteligencia sanitaria operativa. Permite anticipar pérdidas evitables, priorizar acciones territoriales y mejorar la supervivencia de pacientes en diálisis peritoneal. Su implementación en el sistema nacional de salud puede transformar la gestión clínica de la diálisis en el Perú.



Comparación entre la calidad de vida de pacientes sometidos a diálisis peritoneal y hemodiálisis.

Hemodiálisis, Diálisis Peritoneal y Nutrición

E-Poster

Trabajo original

Marcos Martínez

Hospital de Clínicas, Paraguay.

memp312@gmail.com

Introducción: La Enfermedad Renal Crónica (ERC) afecta significativamente la calidad de vida (CdV) de los pacientes sometidos a terapias de sustitución renal, siendo la hemodiálisis (HD) y la diálisis peritoneal (DP) las modalidades más utilizadas. Estudios previos sugieren diferencias en la percepción de la calidad de vida entre ambas terapias, especialmente en los componentes físicos y mentales. Este estudio busca comparar la calidad de vida en pacientes en HD y DP mediante la aplicación del cuestionario SF-12.

Objetivos: Comparar la calidad de vida en pacientes sometidos a HD y DP. Específicamente, se evaluarán los componentes físicos y mentales del SF-12 y su asociación con la modalidad de diálisis.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo y de corte transversal en pacientes adultos sometidos a HD o DP durante al menos 2 meses en el Hospital de Clínicas de la Universidad Nacional de Asunción. Se aplicó el cuestionario SF-12 para medir la CdV, diferenciando los componentes físico y mental. Los datos fueron procesados mediante Jamovi versión 2.0.5.0, utilizando pruebas t de Student para la comparación de medias entre grupos.

Gráfico 1. Gráfico descriptivo del componente de salud física (PCS-12) en relación con el tipo de diálisis.

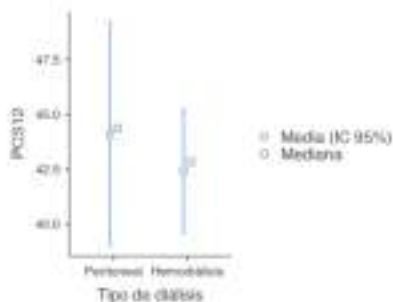
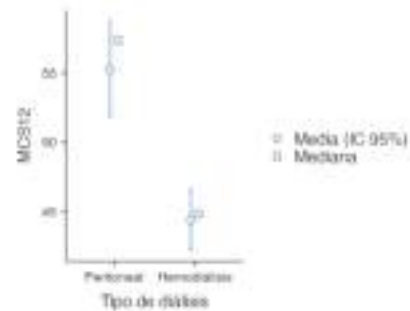


Gráfico 2. Gráfico descriptivo del componente de salud mental (MCS-12) en relación con el tipo de diálisis.



Resultados: Se incluyeron 46 pacientes (58,7 % hombres), con una edad media de $49,2 \pm 14,8$ años. El 65,2 % se encontraba en HD y el 34,8 % en DP. En el componente físico, no se observaron diferencias significativas entre HD y DP ($p = 0,536$), con una media de 42,1 en HD y 44,1 en DP. Sin embargo, el componente mental mostró diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,001$), con una media de 44,4 en HD y 55,3 en DP, indicando mejor calidad de vida mental en los pacientes en DP.

Conclusiones: Los resultados evidencian que los pacientes en DP presentan una mejor calidad de vida en el componente mental en comparación con aquellos en HD, mientras que en el componente físico no se observaron diferencias significativas. Estos hallazgos sugieren la necesidad de un abordaje multidisciplinario que contemple tanto el bienestar físico como mental en pacientes sometidos a terapias de sustitución renal.



Frecuencia de peritonitis en los pacientes con enfermedad renal crónica en diálisis peritoneal del hospital de clínicas de Paraguay, en el periodo de marzo de 2019 a marzo de 2024.

Hemodiálisis, Diálisis Peritoneal y Nutrición

E-Poster

Trabajo original

Alexis Benítez

Hospital de Clínicas, Paraguay.

alexabe2010@hotmail.com

Alejandra Amarilla

FCM UNA, Paraguay.

Elisa Martínez

FCM UNA, Paraguay.

Luz Solis

Hospital de Clínicas, Paraguay.

Laura Morra

Hospital de Clínicas, Paraguay.

Victoria Deggeller

victoriadeggeller@gmail.com

FCM UNA, Paraguay.

Idalina Stanley

idalinastanley@gmail.com

Hospital de Clínicas, Paraguay.

María Liz Vera

FCM UNA, Paraguay.

Fernando Da Ponte

Hospital de Clínicas, Paraguay.

Johana Silvero

FCM UNA, Paraguay.

Edilsa Espínola

edidosantos_92@hotmail.com

Sociedad Paraguaya de Nefrología

Paraguay

Introducción: La diálisis peritoneal (DP) es una modalidad de tratamiento crucial para pacientes con enfermedad renal crónica terminal (ERC). Sin embargo, una de las complicaciones importantes asociadas con la DP es la peritonitis, que puede tener consecuencias clínicas graves si no se trata de forma rápida y eficaz.

Objetivo: El objetivo de este trabajo fue identificar la frecuencia de peritonitis en los pacientes con enfermedad renal crónica en diálisis peritoneal.

Métodos: se realizó un estudio cuantitativo, de tipo observacional descriptivo, temporalmente retrospectivo y de corte transversal.

Resultados: fueron incluidos 58 pacientes en diálisis peritoneal de los cuales tenían edades comprendidas entre 19 y 77

años donde la edad más frecuente fue de 62 años, 56,9 % del sexo masculino, 25,9 % presentaron peritonitis (100 % líquido turbio, 80 % dolor abdominal y 20 % diarrea), los días de tratamiento en el 100 % fueron más de 21 días, germen aislado en mayor frecuencia fue el *Staphylococcus aureus* con 73,3 %.

Discusión y conclusiones: del trabajo fueron que la frecuencia de peritonitis fue del 25,9 %, equivalente a 15 pacientes; nuestro centro tiene una frecuencia relativamente baja con respecto a la media del resto del país y de la población mundial, la cual en 2019 reportó una prevalencia del 30%. En el estudio se incluyeron 58 pacientes con edades comprendidas entre 19 y 77 años, con una media de $54,1 \pm 14$ años. El 56,9 % de los pacientes eran hombres. De los pacientes con peritonitis, el 100 % presentó líquido turbio, el 80 % tuvo dolor abdominal y el 20 % experimentó diarrea. Todos los pacientes requirieron más de 21 días de tratamiento. El germen más frecuentemente aislado fue *Staphylococcus aureus*, identificado en el 73,3 % de los casos.



Sobrevida de catéteres de diálisis peritoneal y factores de riesgo asociados a su retiro en el hospital central del Instituto de Previsión Social: análisis de tres años.

Hemodiálisis, Diálisis Peritoneal y Nutrición

E-Poster

Trabajo original

Natalia Wasmuth

Hospital Central del Instituto de Previsión Social, Paraguay.

natys7edge@gmail.com

Roger Ayala Ferrari

Hospital Central del Instituto de Previsión Social, Paraguay.

Mirna Reinoso

Hospital Central del Instituto de Previsión Social, Paraguay.

Mario Cardozo

Hospital Central del Instituto de Previsión Social, Paraguay.

Christyan Saldivar

Hospital Central del Instituto de Previsión Social, Paraguay.

Eligio Díaz

eligio.diaz18@gmail.com

Hospital Central del Instituto de Previsión Social, Paraguay.

Lisandry Rodríguez Núñez

lisandryrodri@gmail.com

Hospital Central del Instituto de Previsión Social, Paraguay.

María del Carmen Romero

Hospital Central del Instituto de Previsión Social, Paraguay.

Introducción: La diálisis peritoneal (DP) es una modalidad de tratamiento renal sustitutivo que requiere de un acceso peritoneal funcional y confiable (1), habitualmente mediante un catéter Tenckhoff. La extracción anticipada del catéter debido a complicaciones representa una causa importante de falla técnica (2). Conocer los factores asociados a su retiro permite mejorar la selección de pacientes, el seguimiento clínico y la prevención de eventos adversos (3).

Objetivos: Evaluar la sobrevida técnica de los catéteres Tenckhoff y los factores de riesgo asociados a su retiro en pacientes tratados con diálisis peritoneal en el Hospital Central del Instituto de Previsión Social entre enero de 2022 y diciembre de 2024.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo de cohorte realizado en el Hospital Central del Instituto de Previsión Social. Se incluyeron 93 pacientes adultos con catéter Tenckhoff colocado entre enero de 2022 y diciembre de 2024. Se definió como evento principal el retiro del catéter por falla técnica (peritonitis refractaria, migración, fuga peritoneal o hidrocele), mientras que los casos con catéter funcionando, trasplante, fallecimiento o cambio voluntario de modalidad fueron considerados censura. La sobrevida técnica fue estimada mediante Kaplan-Meier, y se aplicaron análisis bivariado (prueba exacta de Fisher) y regresión logística univariada

para identificar factores asociados, considerando significativo un valor de $p < 0,05$. El análisis estadístico fue realizado con Python 3.x (Statsmodels v0.13.5).

Resultados: De 93 pacientes, 8 (8,6%) requirieron retiro del catéter por falla técnica, principalmente por peritonitis refractaria ($n=4$), migración ($n=2$), fuga ($n=1$) e hidrocele ($n=1$). La tasa de peritonitis fue baja (0,12 episodios/paciente-año) y la sobrevida técnica acumulada alcanzó 95,2% a los 12 meses, 86,2% a los 24 meses y 80,0% a los 36 meses, comparable con centros de referencia (4). La peritonitis fue el único factor significativamente asociado al retiro del catéter (OR 7,8; $p=0,029$) (5).

Tabla 1.

Análisis univariado por regresión logística de factores asociados al retiro del catéter peritoneal

Variable	Razón de probabilidades (OR)	Valor p	Significativo ($p < 0,05$)
Edad	1,03	0,9424	NO
Sexo masculino	0,73	0,6894	NO
Técnica peritoneal	1,23	0,8129	NO
Tiempo en seguimiento (meses)	0,96	0,3719	NO
Peritonitis	9,85	0,0087	SI

Figura 1.



Conclusiones: La supervivencia técnica de catéteres Tenckhoff se sitúa en rangos óptimos, con cifras comparables a centros de referencia. La tasa de peritonitis se mantiene dentro de los estándares establecidos por la Sociedad Internacional de Diálisis Peritoneal (ISPD) (3). El estudio identificó a la peritonitis como el principal determinante de falla técnica (5), mientras que variables como edad, sexo, técnica quirúrgica o comorbilidades no mostraron asociaciones significativas con el retiro del catéter. Estos hallazgos subrayan la importancia de fortalecer las estrategias preventivas y el manejo oportuno de la peritonitis, optimizando la educación de pacientes y la formación continua del personal sanitario



Estrategia para reducir las infecciones del orificio de salida y las tunelitis en un programa de DP en Argentina.

Hemodiálisis, Diálisis Peritoneal y Nutrición

E-Poster

Trabajo original

Gabriela Gonzalez

Hospital de Clínicas Jose de San Martin, UBA, Argentina.

gagonzalez@intramed.net

Jimena Conforti

Red DIALMED Palermo, Argentina.

Luciana Lopez

Red DIALMED Palermo, Argentina.

Richard Dos Santos

Red DIALMED Palermo, Argentina.

Maria Alejandra Copa

Red DIALMED Palermo, Argentina.

Kelly Zanella

kelly.zanella@dialmed.ar

Red DIALMED Palermo, Argentina.

Daniela Piastrella

daniela.piastrella@dialmed.ar

Red DIALMED Palermo, Argentina.

Alexamar Borrego

Red DIALMED Palermo, Argentina.

Introducción: Los pacientes tratados con DP pueden tener infecciones asociadas al catéter llamadas del orificio de salida (IOS) o del túnel subcutáneo, tunelitis (T). Existen estrategias para prevenir dichas infecciones con antibióticos locales, nasales o endovenosos previos a la colocación del catéter.

Objetivo: Analizar y describir las IOS y las T antes y después de un protocolo de profilaxis antibiótica local.

Material y métodos: Se analizaron las infecciones asociadas a catéter de DP de dos grupos de pacientes. Grupo A: estudio retrospectivo, 62 pacientes, edad media 55 años (18-86), 41% mujeres, 23% diabéticos, estudiados entre el 1/5/23 y el 30/4/24. Grupo B: estudio prospectivo, 52 pacientes, 45% mujeres, edad media 55,8 años (18-85), 25% diabéticos, incluidos entre el 1/5/24 y el 30/4/25. El grupo A, sin intervención, recibía profilaxis en el OS solo cuando presentaba granulomas, eritema sin secreción, o antecedentes de infecciones previas. El grupo B, llamado grupo intervención, recibió un protocolo diseñado para prevenir las infecciones asociadas al catéter de DP administrándose antibióticos locales una vez al día en el orificio de salida del catéter en el 100 % de ellos, divididos en dos subgrupos según criterios clínicos: 1) 12 pacientes portadores nasales de SA y viviendas con agua corriente, agua segura recibieron mupirocina 2g; 2) 40 pacientes diabéticos y/o con viviendas con agua considerada no segura: 2 pacientes tratados con ciprofloxacina gotas y 38 con

gentamicina 0.1% . Se analizaron las infecciones durante ambos periodos.

Resultados: En la tabla 1 se describen las infecciones de ambos grupos

GRUPO A n: 62	GRUPO B n: 52
TUNELITIS Flora habitual de piel	TUNELITIS Staphylococcus aureus
TUNELITIS Staphilo lugdunensis MS	TUNELITIS Staphylococcus aureus
TUNELITIS Proteus mirabilis	IOS Flora habitual de piel
TUNELITIS Flora habitual de piel	
IOS Flora habitual de piel	
IOS Flora habitual de piel	
IOS Staphylococcus aureus	
IOS Staphylococcus aureus	
IOS Staphylococcus aureus	
IOS Staphylococcus aureus	
IOS Pseudomonas aeruginosa	
IOSE. Coli BLEE	
IOS Proteus mirabilis	

Grupo A presentó 4 T (2 flora habitual de la piel, Proteus M y S Lugdunensis, y 9 IOS (2 flora de la piel, 4 SA, 1 Pseudomonas aeruginosa, 1 Coli Blee y 1 Proteus mirabilis). Los pacientes del grupo B tuvieron 2 T por SA y una IOS por flora habitual de la piel. Las IOS por SA recibían gentamicina.

Los pacientes de ambos grupos con tunelitis requirieron destechamiento en el 100% sin pérdida ni recambio del catéter.

El uso de profilaxis antibiótica redujo las infecciones del 21% en el grupo A al 5,8% en el grupo B, siendo las tasas de IOS 0.16 a 0.07 respectivamente. De los 6 pacientes con hisopado del catéter peritoneal positivo para SA solo 2 eran portadores nasales.

Discusión: Las guías ISPD evidencian que la aplicación diaria de mupirocina en el sitio de salida ha demostrado ser una estrategia exitosa para disminuir el riesgo de infección por SA, en estudios observacionales, ensayos controlados aleatorios y metaanálisis. Otros autores se contraponen a estos resultados. Otra alternativa es la gentamicina. Se demostró que la aplicación diaria de gentamicina en el sitio de salida es altamente efectiva para prevenir la infección causada por especies de Pseudomonas, y tan efectiva como la mupirocina tópica en reducir las infecciones por SA.

Conclusiones: En nuestro centro, la intervención de tratar al 100 por ciento de los pacientes redujo la tasa de IOS del 0.16 al 0.07. Ningún paciente salió de la técnica por IOS ni tunelitis, ni tuvo peritonitis asociada a IOS. Nuestro equipo de trabajo concluye que el uso de antibioticoterapia local es una excelente intervención clínica para reducir las IOS en pacientes tratados con DP.



Factores asociados a la remoción de β_2m en hemodiafiltración de alto volumen y hemodiálisis expandida.

Hemodiálisis, Diálisis Peritoneal y Nutrición

E-Poster

Trabajo original

Erick Yasar Zúñiga González

INCMNSZ, México.

yasareyzg@gmail.com

Alejandro Quiñonez Flores

INCMNSZ, México.

Daniela Alejandra Hernández Bravo

INCMNSZ, México.

Guillermina Becerril Gutiérrez

INCMNSZ, México.

Jessica Maribel Asunción Tomas

INCMNSZ, México.

Noemí Del Toro Cisneros

noemi_3090@hotmail.com

INCMNSZ, México.

Olynka Vega Vega

olynkavega@gmail.com

INCMNSZ, México.

Introducción: La β_2m es una toxina urémica de mediano peso molecular asociada con inflamación, disfunción inmune y complicaciones cardiovasculares en pacientes en hemodiálisis. Las técnicas actuales como la hemodiafiltración (HDF) y hemodiálisis expandida (HDx) permiten su remoción eficaz; sin embargo, los factores que determinan esta eliminación en la práctica clínica no están bien definidos. El objetivo de este estudio fue evaluar factores in vivo asociados a la remoción de β_2m en pacientes en HDF y HDx.

Objetivos: Evaluar los factores clínicos y técnicos asociados a la remoción de β_2m en pacientes en tratamiento con hemodiafiltración de alto volumen (HDF) y hemodiálisis expandida (HDx).

Materiales y Métodos: Se incluyeron pacientes con volumen urinario residual <500 ml/día, en tratamiento con HDF de alto volumen ($n=28$, Cordiax Fx100) o HDx ($n=20$, Teranova). Se analizaron 257 sesiones de HDF y 179 de HDx, con medición de β_2m pre y post sesión. Se utilizaron modelos de regresión logística para identificar predictores individuales de una tasa de reducción de $\beta_2m >80\%$ (RR β_2m) y regresión lineal múltiple para determinar los factores asociados a la tasa de remoción de β_2m .

Resultados: No se observaron diferencias significativas entre los grupos, salvo la edad (HDF 36 años vs HDx 45 años). En HDF, el volumen convectivo fue de 26.7 ± 3.8 L/sesión, flujo sanguíneo (Q_s) 365 ± 19.5 , flujo dializante (Q_d) 447 ± 26 ml/min, tiempo de sesión 235 ± 17 min y RR β_2m 84.8 ± 4.9 .

En HDx el Q_s 363 ± 19 , Q_d 539 ± 38 ml/min, el tiempo medio de sesión 230 ± 21 min, ultrafiltrado 2.1 ± 0.9 L y RR β_2m 76.6 ± 5.5 .

La HDF mostró mayor probabilidad de alcanzar una RR $\beta_2m >80\%$ comparada con HDx (OR 15.8, $p < 0.0001$). En HDF, el volumen convectivo se asoció positivamente con la tasa de reducción ($\beta_1 +0.32$) y el peso tuvo una relación inversa ($\beta_1 -0.21$). En HDx, ni Q_s ni Q_d mostraron asociación significativa, pero el peso se relacionó inversamente con el logro de RR $\beta_2m >80\%$ (OR 0.95, $\beta_1 -0.0009$), mientras que el tiempo de sesión y volumen de ultrafiltrado se asociaron positivamente con la remoción. El tipo de acceso vascular no mostró impacto en ninguno de los dos grupos. [Tabla 1].

Tabla 1. Análisis de regresión para meta de reducción de β_2m y tasa de reducción de β_2m en Hemodiafiltración y Hemodiálisis expandida.

Regresión Logística univariada para meta RR $\beta_2m >80\%$					
HDF	RR $\beta_2m >80\%$	p	HDx	RR $\beta_2m >80\%$	p
HDF vs HDx	15.8 (9.9-25)	<0.001	-	-	-
Volumen convectivo (L/sesión)	1.34 (1.2-1.5)	<0.001	UF (L/sesión)	0.52 (0.34-0.77)	<0.001
Q_s (ml/min)	1.0 (0.96-1.02)	0.8	Q_s (ml/min)	0.99 (0.97-1.01)	0.97
Q_d (ml/min)	0.99 (0.98-1.01)	0.71	Q_d (ml/min)	0.99 (0.98-1.00)	0.79
Tiempo (min)	1.00 (0.96-1.02)	0.43	Tiempo (min)	1.04 (1.01-1.07)	0.01
Talla (cm)	1.00 (0.98-1.01)	0.67	Talla (cm)	0.99 (0.97-1.01)	0.18
Peso (Kg)	0.87 (0.84-0.90)	<0.001	Peso (Kg)	0.86 (0.82-0.91)	<0.001
Mujer vs Hombres	2.84 (1.3-6.4)	0.01	Mujer vs Hombres	0.88 (0.24-3.2)	0.88
Edad (años)	0.93 (0.93-0.95)	<0.001	Edad (años)	0.96 (0.95-1.00)	0.39
FAV vs catéter	1.24 (0.58-2.57)	0.63	FAV vs catéter	0.87 (0.4-1.9)	0.81

Regresión Lineal Múltiple para tasa de reducción β_2m (%)					
HDF	β_1 (IC 95%)	p	HDx	β_1 (IC 95%)	p
Volumen convectivo (L/sesión)	0.32 (0.21-0.43)	<0.001	UF	-1.9 (-2.7 a -1.05)	<0.001
Q_s (ml/min)	-0.01 (-0.05 a -0.02)	0.41	Q_s (ml/min)	0.02 (-0.019 a 0.05)	0.21
Q_d (ml/min)	-0.007 (-0.03 a 0.0)	0.60	Q_d (ml/min)	-0.01 (-0.03 a 0.007)	0.24
Tiempo (min)	-0.01 (-0.03 a 0.01)	0.29	Tiempo (min)	0.05 (0.01 a 0.09)	0.002
Peso (Kg)	-0.21 (-0.24 a -0.17)	<0.001	Peso (Kg)	-0.009 (-0.14 a -0.09)	<0.001
Mujer vs Hombres	0.08 (-0.05 a 1.0)	0.06	Mujer vs Hombres	2.5 (1.05 a 4.19)	0.001
Edad (años)	-0.007 (-0.4 a 0.02)	0.67	Edad (años)	-0.08 (-0.12 a -0.03)	0.001
FAV vs catéter	1.01 (-0.001 a 2.04)	0.05	FAV vs catéter	-1.5 (-3.2 a 0.29)	0.19

Abreviaturas: HDF, hemodiafiltración de alto volumen; HDx, hemodiálisis expandida; Q_s , flujo sanguíneo; Q_d , flujo líquido de diálisis; FAV, fístula arteriovenosa; UF, ultrafiltrado.

Conclusiones: En HDF, el volumen convectivo es el principal determinante de remoción de β_2m . En HDx, esta depende del tiempo de sesión y del volumen de ultrafiltrado. En ambas modalidades, el peso corporal limita la eficacia de depuración de la β_2m . Estos hallazgos permiten optimizar estrategias individuales de tratamiento en pacientes sin función renal residual.



La diálisis peritoneal: un puente al trasplante renal. Resultados de una cohorte de 6 casos.

Hemodiálisis, Diálisis Peritoneal y Nutrición

E-Poster

Trabajo original

Roger Ayala Ferrari

Hospital Central del Instituto de Previsión Social, Paraguay.

aurelianofernari@yahoo.com

Sol Rocío Cáceres González

Hospital Central IPS, Paraguay.

Natalia Wasmuth

Hospital Central del Instituto de Previsión Social, Paraguay.

María del Carmen Romero

IPS, Paraguay

Introducción: La diálisis peritoneal (DP) representa una alternativa eficaz a la hemodiálisis con potenciales ventajas como puente al trasplante renal: preservación de función renal residual, menor incidencia de complicaciones relacionadas con accesos vasculares y menor riesgo de función retardada del injerto (1,2). Estudios comparativos demuestran que los pacientes en DP presentan resultados post-trasplante favorables, con menores tasas de rechazo agudo y mejor supervivencia del injerto a corto plazo (3). Sin embargo, el momento óptimo para retirar el catéter peritoneal postrasplante y el riesgo de infecciones asociadas siguen siendo puntos de debate. Este trabajo presenta la experiencia del Hospital Central IPS (HCIPS) con pacientes en DP que fueron trasplantados recientemente.

Objetivos: Describir los resultados clínicos post-trasplante renal en una cohorte de pacientes en DP crónica del HCIPS, con énfasis en el manejo individualizado del catéter peritoneal y evolución del injerto a 6 meses.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo de 6 pacientes consecutivos en DP crónica sometidos a trasplante renal entre enero de 2024 y abril de 2025 en el HCIPS. Se analizaron: edad, sexo, etiología de enfermedad renal, tiempo en DP, episodios de peritonitis, esquema de inmunosupresión (inducción: timoglobulina o basiliximab; mantenimiento: tacrolimus, micofenolato y prednisona), presencia de disfunción del injerto (DGF), rechazo agudo, función del injerto a 6 meses (tasa de filtración glomerular estimada, TFGe) y tiempo hasta la retirada del catéter DP post-trasplante.

Resultados: La edad media fue de 44 años (rango: 29-45), predominando el sexo femenino (5/6). Las etiologías principales fueron nefropatías glomerulares (n=2) y lupus eritematoso sistémico (n=2). El tiempo medio en DP fue de 2,8 años (rango: 0,5 - 4 años). Cuatro pacientes presentaron al menos un episodio de peritonitis antes del trasplante. Todos los trasplantes procedieron de donantes fallecidos. Para inducción, cinco recibieron timoglobulina y uno basiliximab. Solo un paciente presentó DGF, manejada exitosamente con DP sin necesidad

de hemodiálisis. No se registraron rechazos agudos en el seguimiento, con todos los injertos funcionantes a 6 meses (TFGe media: 65 ml/min/1,73m²). La retirada del catéter peritoneal se realizó de forma individualizada, con un amplio rango temporal (9 días a 126 días) sin complicaciones infecciosas asociadas.

Tabla 1.

Casos clínicos generales de los pacientes trasplantados

caso	Edad	Sexo	Etiología	Tiempo en DP (años)	Peritonitis (n)	Inducción	DGF	Rechazo	Función a 6 meses	Tiempo hasta retirar del catéter (días)
1	40	F	LGS	2,8	0	TIMOGLOBULINA	NO	NO	65	126
2	45	F	LGS	2,8	0	TIMOGLOBULINA	NO	NO	65	126
3	42	F	LGS	2,8	0	TIMOGLOBULINA	NO	NO	65	126
4	48	M	LGS	2,8	0	TIMOGLOBULINA	NO	NO	65	126
5	44	F	LGS	2,8	0	TIMOGLOBULINA	NO	NO	65	126
6	44	F	LGS	2,8	0	TIMOGLOBULINA	NO	NO	65	126

DGF: Disfunción del injerto renal (Delayed Graft Function); F/M: Femenino/Masculino; LGS: Lupus eritematoso sistémico; GMPM: Glomerulonefritis proliferativa mesangial; GN no lada: Glomerulopatía no lada; ND: Nefropatía diabética

Conclusiones: Nuestra experiencia demuestra que la DP constituye una modalidad segura y eficaz como puente al trasplante renal. Nuestros resultados sugieren que la permanencia del catéter peritoneal post-trasplante por un período individualizado según la evolución del paciente es segura y puede servir como respaldo ante la disfunción temprana del injerto (4). Destacamos la ausencia de complicaciones infecciosas durante el período de retención del catéter y la utilidad de la DP para manejar DGF, evitando la necesidad de iniciar hemodiálisis. A pesar de las limitaciones por el tamaño muestral, estos hallazgos respaldan la DP como estrategia efectiva en pacientes en lista de espera para trasplante renal (3)

Perfil sociodemográfico e clínico de pacientes con DRC 5D incidentes em diferentes métodos dialíticos: resultados parciais de um estudo multicêntrico brasileiro de vida real

Hemodiálisis, Diálisis Peritoneal y Nutrición

E-Poster

Trabajo original

Ana Paula Rovani Cardoso

Hospital das Clínicas da Faculdade Medicina de Botucatu, Brazil.

ana.rovani@unesp.br

Bianca Vitória dos Santos Barbosa

Hospital das Clínicas da Faculdade Medicina de Botucatu, Brazil.

Iara Dionízio de Campos

Hospital das Clínicas da Faculdade Medicina de Botucatu, Brazil.

Luis Gustavo Modelli de Andrade

Hospital das Clínicas da Faculdade Medicina de Botucatu, Brazil.

Maryanne Zilli Canedo da Silva

Hospital das Clínicas da Faculdade Medicina de Botucatu, Brazil.

Erica Pires da Rocha

erica.rocha@unesp.br

Brazil

Christiane Akemi Kojima

c.kojima@unesp.br

Brazil



Daniela Ponce

Hospital das Clínicas (HC-FMB) UNESP, Brazil.

Marilda Mazzali

Brazil

Cassia Lopes Dantas

Unicamp, Brazil.

Tales Dantas Vieira

anarovani@hotmail.com

Brazil

Introdução: O método dialítico pode influenciar significativamente os desfechos clínicos em pacientes com doença renal crônica (DRC) 5D, como mortalidade, hospitalizações e infecções. A hemodiafiltração (HDF) associa-se à remoção mais eficiente de toxinas urêmicas de médio peso molecular, podendo reduzir inflamação e melhorar o prognóstico. Contudo, a HDF não é incorporada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), sendo restrita a serviços privados, ou seja, a pacientes com melhores condições sociodemográficas, o que pode impactar os desfechos clínicos.

Objetivo: Avaliar o perfil sociodemográfico, clínico e laboratorial de pacientes com DRC 5D incidentes em três modalidades dialíticas: hemodiálise convencional (HD), diálise peritoneal (DP) e HDF.

Métodos: Estudo de coorte retrospectivo, multicêntrico (03 centros no Brasil), incluindo pacientes com DRC 5D incidentes em terapia renal substitutiva (TRS) entre janeiro/2019 e setembro/2024. Dados clínicos e sociodemográficos foram extraídos de prontuários eletrônicos. Variáveis contínuas foram descritas como média e desvio padrão ou mediana e intervalo interquartil, comparadas por teste T ou Mann-Whitney. Variáveis categóricas foram descritas em frequências e comparadas por teste do Qui-Quadrado.

Resultados: Parciais: Foram incluídos 282 pacientes: 129 em HD (45,7%), 83 em HDF (29,4%) e 70 em DP (24,9%). A idade mediana foi de 61 anos, com predominância masculina (61%) e 68% autodeclarados brancos. As principais comorbidades foram hipertensão arterial (86%), diabetes mellitus (52%) e doenças cardiovasculares (28%). Em relação à renda, mais de 80% tinham até 1 salário mínimo (SM). Quanto à escolaridade, 46% tinham apenas ensino fundamental ou eram analfabetos; 30%, ensino médio; e 24%, ensino superior. Não houve diferença entre os grupos quanto à idade, comorbidades ou doença de base. A HD concentrou a maior proporção com baixa escolaridade (63%) e menor com ensino superior (10%). A DP apresentou perfil intermediário: 49% com baixa escolaridade e 23% com ensino superior. A HDF destacou-se por maior escolaridade (45% com ensino superior, 18% com baixa escolaridade; $p < 0,05$). A renda também foi maior na HDF. Apenas 5% da população possuía renda > 6 SM, dos quais 86% faziam HDF (DP 7% vs HD 7% vs HDF 86%; $p < 0,05$).

Na análise univariada de sobrevida, idade (HR=1,03; IC95% 1,01–1,05; $p=0,002$), escolaridade (HR=0,26; IC95% 0,11–0,61; $p=0,002$), renda (OR=0,70; IC95% 0,57–0,86; $p=0,001$) e HDF (HR=0,16; IC95% 0,06–0,44; $p < 0,001$) associaram-se inversamente ao risco de morte. Escolaridade, os métodos DP e HDF e etnia parda/negra associaram-se a menor risco de infecções.

Conclusão: Os resultados parciais deste estudo de vida real revelam disparidades sociodemográficas entre os métodos dialíticos utilizados por pacientes com DRC 5D no Brasil, que podem impactar os desfechos clínicos. Apesar da ausência de diferenças clínicas significativas entre os grupos, o acesso à HDF esteve majoritariamente restrito a indivíduos com maior renda e escolaridade, sugerindo uma barreira socioeconômica relevante ao acesso a essa modalidade ainda não disponível no SUS.

Impacto de factores clínicos y bioquímicos en complicaciones de la hemodiálisis: un enfoque estratificado.

Hemodiálisis, Diálisis Peritoneal y Nutrición

E-Poster

Trabajo Original

Sonia Catalina Rivera Gonzalez

Hospital José Carrasco Arteaga, IESS, Ecuador.

cati.rivera.gonzalez@gmail.com

Jenny Armijos

Hospital José Carrasco Arteaga, IESS, Ecuador.

Gladys Saguy

Hospital José Carrasco Arteaga, IESS, Ecuador.

María Augusta Paguay

Hospital José Carrasco Arteaga, IESS, Ecuador.

Gabriela Cabrera

Hospital José Carrasco Arteaga, IESS, Ecuador.

Angeles Guamán

catyguaman82@gmail.com

Hospital José Carrasco Arteaga, IESS, Ecuador.

Valeria Zabala

dra.valeriazabala@gmail.com

Hospital José Carrasco Arteaga, IESS, Ecuador.

Introducción: La hemodiálisis es un pilar terapéutico para pacientes con enfermedad renal crónica terminal (ERC/T); sin embargo, las complicaciones que se presentan durante las sesiones siguen siendo un desafío clínico, incluso con los avances tecnológicos y la personalización de tratamientos. Identificar factores predisponentes —como características clínicas, el tipo de acceso vascular y parámetros bioquímicos— resulta fundamental para anticipar eventos adversos y mejorar la seguridad del procedimiento, particularmente al considerar las diferencias entre grupos etarios.



Objetivo: El objetivo principal del estudio fue determinar la relación entre factores clínicos, tipo de acceso vascular y perfil bioquímico con la aparición de complicaciones durante la hemodiálisis en pacientes con ERCT.

Materiales y Métodos: Se realizó una investigación de tipo observacional, retrospectiva y analítica en 227 pacientes atendidos en el Hospital José Carrasco Arteaga, Cuenca, Ecuador, durante el año 2024. Se recolectaron variables demográficas, clínicas y bioquímicas, además del tipo de acceso vascular. Las complicaciones evaluadas incluyeron hipertensión, hipotensión, cefalea, calambres, entre otras. Para el análisis estadístico se emplearon la prueba U de Mann-Whitney y regresión logística multivariada, con un enfoque estratificado por edad (≤ 64 años y > 65 años) y significancia estadística establecida en $p < 0.05$.

Resultados: De los 227 pacientes analizados, la edad promedio fue de 60.7 ± 18 años, con un 46,26% de ellos mayores de 65 años. La mayoría eran hombres (55%) y el estado civil más frecuente fue casado (57.7%). La hipertensión arterial fue la principal causa de enfermedad renal crónica (30.8%), seguida por la combinación de diabetes mellitus e hipertensión (29%). En promedio, cada paciente recibió 13.44 sesiones de hemodiálisis durante el año. La fístula arteriovenosa fue el acceso vascular más utilizado (44.05%), aunque en pacientes mayores de 65 años predominó el uso de catéteres permanentes (41.9%).

Las complicaciones intradiálisis más comunes fueron hipertensión (57,3%), hipotensión (43,6%), cefalea (9,7%) y calambres (7,9%). Al analizar por grupo etario, se observó que:

- En pacientes de 64 años o menos, niveles bajos de albúmina se asociaron significativamente con hipotensión ($p = 0.0456$).

- En mayores de 65 años, niveles elevados de fósforo se relacionaron con hipotensión ($p = 0.0339$), cefalea ($p = 0.0076$) y calambres ($p = 0.0096$), mientras que niveles de calcio también se vincularon con la presencia de calambres ($p = 0.0351$).

No se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre el tipo de acceso vascular y las complicaciones clínicas. Sin embargo, se identificó una diferencia significativa en la edad según el tipo de acceso (prueba de Kruskal-Wallis, $p = 0.0032$), siendo mayor en aquellos pacientes que utilizaban catéteres.

Conclusión: las complicaciones durante la hemodiálisis son frecuentes y presentan relaciones diferenciadas según la edad y el perfil bioquímico del paciente. La albúmina, el fósforo y el calcio emergen como posibles indicadores de riesgo para eventos adversos intradiálisis. Estos hallazgos respaldan la necesidad de adoptar un enfoque individualizado, basado en la edad

y los marcadores bioquímicos, para mejorar la seguridad y efectividad del tratamiento en pacientes con ERCT.

Factores pronósticos asociados a mortalidad en pacientes que ingresan a hemodiálisis y diálisis peritoneal crónica en el Hospital Carrión del Callao.

Hemodiálisis, Diálisis Peritoneal y Nutrición

Concurso E-POSTER

Trabajo original

Alaciel Melissa Palacios Guillen

Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Perú.

melipg28@gmail.com

Introducción: El paciente con ERC5 es derivado tarde al nefrólogo el 83%, iniciando hemodiálisis (HD) con catéter transitorio, y pocos a diálisis peritoneal (DP). La mayoría de los estudios que evalúan el impacto de las terapias dialíticas en la mortalidad comparada no permiten un consenso porque tienen resultados variables debido a diferencias metodológicas.

Objetivos: Determinar los factores pronósticos asociados a la mortalidad en HD y DP. Describir y comparar las características clínicas basales y comparar la mortalidad al año, a los 3 años y global.

Materiales: Cohorte retrospectiva de pacientes que ingresaron a HD y DP (enero 2012-junio 2019), con seguimiento a junio 2022. Se incluyó a todo paciente incidente >18 años y >3 meses en HD o DP. Se excluyó trasplante renal previo. Variable principal: Mortalidad. Variable independiente: Tipo de terapia. Para describir se usó mediana y rango intercuartílico (RIC), frecuencias absolutas y porcentajes y tablas. Para comparar se utilizó χ^2 y U de Mann-Whitney. Se calculó la probabilidad de supervivencia anualizada. Se construyó un modelo de regresión predictivo con regresión logística multivariada para identificar factores pronósticos asociados a mortalidad, calculando OR (IC 95%), el modelo final incluye variables con $p < 0,05$. Se utilizó el programa Stata 17.

Resultados: Ingresaron 709 pacientes, 600 a HD (84,6%) y 109 a DP (15,4%). Con Kolmogórov-Smirnov, no hubo distribución normal. El poder de la muestra fue 100%. La mediana de edad fue 58,5 años (RIC:48-66) para HD y 58(RIC:46-63) para DP ($p=0,520$), >60 años 251(41,8%) en HD y 42(38,5%) en DP ($p=0,246$); varones 342 (57%) en HD y 38 (34,9%) en DP ($P < 0,001$); DM2 causa de ERC 253(42,2%) en HD y 55(50,5%) en DP ($p=0,011$); HTA 425(70,8%) en HD y 100(91,7%) en DP($p < 0,001$), ≥ 2 antihipertensivos 172(28,7%) en HD y 69(63,3%) en DP. Ingresaron a HD con catéter transitorio 408 (57,5%) pacientes; en DP 100% catéter permanente. En el análisis bivariado: hubo mayor: Hb en DP



9,36±1,65g/dL vs 8,91±1,91g/dL en HD(p=0,003); no hubo diferencias en bioquímica ni serología. Hubo más pacientes vivos al final del seguimiento en DP 40 (36,7%) que en HD 176 (29,33%) (p=0,004). A los 3 años hubo más fallecidos en HD 297 (49,5%) que en DP 34 (31,19%) (p=0,001); la causa de muerte por complicaciones del acceso de diálisis o subdiálisis en 213 (71,7%) en HD y 15 (44,1%) en DP (p<0,001). Salieron de diálisis: a los 6 meses 39 (6,5%) en HD y 1 (1%) en DP (p=0,025); al año 108 (18%) en HD y 4 (3,7%) en DP (p<0,001); y a los 3 años 310 (51,7%) en HD y 42 (38,5%) en DP (p=0,019). La mediana de supervivencia para HD fue 34 meses (RIC:15-57,5) en HD y 43 (RIC: 27-59) en DP (p=0,009). La probabilidad acumulada de supervivencia al año en HD fue 82,6% (IC 79-85) versus DP 97,3% (IC 92-99); a 2 años en HD fue 64,9% (IC 61-69) versus DP 81,7% (IC 73-88); y a 3 años en HD fue 49,5% (IC 95%:45-54) versus DP 68,3% (IC 95%:59-76). (Tabla 1)

El modelo final de regresión logística: Tiene más riesgo de fallecer: paciente que ingresa a HD (OR:1,35, IC 95%:1,02-1,79;P=0,037), >60 años (OR 2,18; IC 95%:1,54-3,09; p<0,001), y con DM2 (OR 2,39; IC 95%:1,69-3,39; p<0,001). (Tabla 2).

Tabla 1. Mortalidad y probabilidad de supervivencia en HD y DP.

Intervalo de tiempo	Tipo de terapia	Expositos	Fallecidos	Pérdidas	Probabilidad de Supervivencia %	IC 95%
0 - 1 año	HD	581	164	4	82,61	(79-85)
	DP	189	3	0	97,25	(92-99)
1 - 2 años	HD	482	165	5	64,91	(61-69)
	DP	186	17	0	81,65	(73-88)
2 - 3 años	HD	382	90	3	49,54	(45-54)
	DP	89	14	7	68,38	(59-76)

Tabla 2: Modelo pronóstico con regresión logística multivariada.

Variable de asociación:	OR	IC 95%	Valor de p
Tipo de terapia: HD	1,35	1,02-1,79	0,037
Edad > 60 años.	2,18	1,54-3,09	<0,001
Diabetes tipo 2.	2,39	1,69-3,39	<0,001

Conclusiones: La tasa de mortalidad global hasta los 3 años fue significativamente más alta en HD comparada con DP. Los factores de mal pronóstico asociados a mayor tasa de mortalidad global fueron: ingresar a HD, tener >60 años y ser diabético.

Palabras clave: mortalidad, diálisis peritoneal, hemodiálisis."

Asociación de la composición corporal con marcadores inflamatorios en pacientes con enfermedad renal crónica.

Hemodiálisis, Diálisis Peritoneal y Nutrición

E-Poster

Trabajo original

Fabiola Martín del Campo

Instituto Mexicano del Seguro Social, México.

fabimc@hotmail.com

Pilar Carolina Castro Mata

Unidad de Investigación Médica en Enfermedades Renales, IMSS, México.

Lucía Pérez Galván

Unidad de Investigación Médica en Enfermedades Renales, IMSS, México.

Francisco Daniel de la Torre Cisneros

Unidad de Investigación Médica en Enfermedades Renales, IMSS, México.

Antonio Quintero-Ramos

Unidad de Investigación Médica en Enfermedades Renales, IMSS, México.

Hugo E Chávez-Chávez

henrych84@hotmail.com

Hospital General Regional 180, IMSS, México.

Laura M Díaz-Canchola

dralauramargaritadiazcanchola@gmail.com

Hospital General Regional 180, IMSS, México.

José Ignacio Cerrillos-Gutiérrez

Instituto Mexicano del Seguro Social, México.

Alfonso Cueto Manzano

Hospital de Especialidades, CMNO, IMSS-Guadalajara, México.

Introducción: La inflamación crónica se asocia con catabolismo y desgaste energético proteico en la enfermedad renal crónica (ERC), sin embargo, la sobrehidratación (SH) y la sarcopenia podrían favorecer mayor inflamación.

Objetivo: Asociar la composición corporal con marcadores inflamatorios en pacientes prediálisis, con hemodiálisis (HD), diálisis peritoneal (DP) y trasplante renal (TR).

Métodos: Estudio transversal en 344 pacientes adultos con ERC de dos hospitales públicos. La composición corporal se evaluó mediante impedancia espectroscópica (BCM) y se clasificó de acuerdo al porcentaje de grasa corporal y la masa muscular apendicular (MMA) ajustados por sexo en: normal (masa grasa normal + masa muscular normal), obesidad (masa grasa excesiva + masa muscular normal), sarcopenia (masa grasa normal + masa muscular baja) y obesidad sarcopénica (masa grasa excesiva + masa muscular baja). Un porcentaje de masa grasa >25% en hombres y >35% en mujeres se consideró excesivo; una MMA <7 kg/m² en hombres y <5.5 kg/m² en mujeres se consideró baja masa muscular. Se evaluaron las concentraciones plasmáticas de IL-6, IL-10, TGFβ1 y TNFα (ELISA), y el índice plaquetas/linfocito (IPL) (biometría hemática).



Resultados: Se incluyeron 82 pacientes prediálisis, 90 en HD, 93 en DP y 79 con TR, con edad promedio de 46 ± 17 años, 63% hombres y 34% con diabetes. Los pacientes con TR y prediálisis tuvieron menor proporción de edema y mayor de grasa corporal excesiva que los pacientes con diálisis, mientras que los pacientes con diálisis y TR tuvieron mayor proporción de baja masa muscular que los prediálisis. Al combinar los parámetros de masa muscular y grasa, en general, sólo 7% de los pacientes tuvieron una composición corporal normal, 44% obesidad, 14% sarcopenia y 35% obesidad sarcopénica. Los pacientes prediálisis tuvieron mayor obesidad que los otros.

En general, la sobrehidratación (OH) tuvo una correlación positiva con el IPL en hombres y mujeres; en mujeres, a mayor índice de tejido magro (ITM), ángulo de fase (AF) y MMA, menor TGF β 1, TNF α e IPL; en hombres, a mayor ITM y menor masa grasa (MG), mayor IL-10, mientras que a mayor MG y AF, menor IPL.

Las comparaciones de marcadores inflamatorios se muestran en la Tabla.

En el análisis multivariado, la baja masa muscular estuvo asociada solo con la categoría de ERC, es decir, los pacientes en prediálisis tuvieron menor riesgo de baja masa muscular (OR=0.15; IC95% 0.03-0.74; $p=0.02$). La masa grasa excesiva se asoció con menor IPL (OR=0.98; IC 95% 0.96-0.99; $p=0.03$), mayor edad (OR=1.14; IC 95% 1.005-1.30; $p=0.04$) y presencia de diabetes (OR=0.03; IC 95% 0.001-0.97; $p=0.05$). El edema se asoció con mayor TNF α (OR=2.33; IC95% 1.21-4.51; $p=0.01$), IPL (OR=1.02; IC95% 1.0-1.04; $p=0.04$), así como el sexo masculino (OR=13.9; IC95% 1.12-171; $p=0.04$), la presencia de diabetes (OR=17.0; IC95% 1.08-269; $p=0.04$) y la categoría de ERC (prediálisis) (OR=0.01; IC95% 0.00-0.56; $p=0.02$).

Composición de marcadores inflamatorios de acuerdo a la composición corporal

Variable	Normal N=25	Obesidad N=90	Sarcopenia N=90	Obesidad sarcopénica N=114
IL-6 (pg/ml)	7.4 (6.6-22)*	8.7 (6.8-45)*	7.9 (6.6-14)*	9.4 (6.7-30)*
IL-10 (pg/ml)	8.3 (1.8-25)*	4.6 (0.34)*	5.1 (0.15)*	2.5 (0-15)*
TGF β 1 (pg/ml)	12 (1.9-37)*	30 (9.0-61)*	21 (8.0-47)*	24 (7.3-64)*
PLR	195 (90-256)*	122 (101-168)*	145 (116-217)*	122 (99-165)*
TNF α (pg/ml)	5.5 (0.46-5.5)*	2.1 (0.33-5.2)*	0.3 (0-3.3)*	1.2 (0-4.4)*

Diferentes letras en importancia, indican diferencias estadísticas significativas $p < 0.05$.

Conclusión: Marcadores de la composición corporal se asociaron con inflamación en pacientes con ERC, sin embargo, hubo diferencias entre los pacientes en etapa prediálisis, en diálisis o TR. Indicadores de sobrehidratación y baja masa muscular se asociaron con mayor inflamación, especialmente en pacientes prediálisis y con TR. Por otro lado, los marcadores de mayor masa grasa se asociaron con menor IPL.

Valoración del estado de hidratación en pacientes en plan hemodiálisis crónica mediante bioimpedancia y ecografía.

Hemodiálisis, Diálisis Peritoneal y Nutrición

E-Poster

Trabajo original

María Soledad Lecueder Filippi

Hospital de Clínicas. Unidad Académica Centro de Nefrología, Uruguay.
solelecueder@gmail.com

Rodrigo Menoni Arbiza

Cosem, Uruguay

Mariana Cabrera

Hospital Británico, Uruguay

Mariela Garau

Udelar, Uruguay

Gabriela talice

hospital Británico, Uruguay

María Asuncion Alvarez

asuncion.alvarez5@gmail.com

Hospital de clínicas, Uruguay

Introducción: La gran mayoría de los pacientes en hemodiálisis crónica tienen la necesidad de ultrafiltración durante la sesión para lograr un adecuado balance de líquidos. La distribución de esta sobrehidratación no es igual en todos los pacientes, habiendo pacientes con distribución mayormente intersticial, intravascular o mixta.

Realizando la valoración del estado de hidratación en nuestros pacientes de forma multiparamétrica nos permitió aumentar la detección de sobrehidratación en pacientes que, evaluados con interrogatorio y examen físico, estaban normohidratados.

Objetivo: El objetivo primario del estudio fue comparar la valoración del estado de sobrehidratación de la población que se atiende en un centro de diálisis utilizando tres aproximaciones: la evaluación clínica (interrogatorio, examen clínico enfocado), ecográfica (mediante medición de líneas B pulmonares) y la medida de la composición corporal por bioimpedancia eléctrica (BIE).

Materiales: Se realizó un estudio observacional, descriptivo y no intervencionista en el centro de hemodiálisis crónica del Hospital Británico de Uruguay en el primer semestre del año 2024. Se incluyeron todos los pacientes de hemodiálisis y hemodiafiltración que brindaron su consentimiento para participar en el estudio.

Resultados: Un total de 46 pacientes, de los cuales 14 eran de sexo femenino (30,4%). La mediana de edad fue 73,8. Del interrogatorio, 18,6% referían algún grado de disnea de esfuerzo y 6,5% de disnea de decúbito. HTA en un 19,6% previo a la sesión. Por bioimpedancia nueve pacientes (19,6%)



presentaban sobrehidratación significativa ($OH > 2,5 L$), 6 pacientes (13%) tenían valores de OH/ECW mayores que 15%, 41 (89%) presentaban ratio ECW/TBW mayor que 0,4. Tomando en cuenta los valores encontrados en la ecografía pulmonar, hallamos un 21,7% de los pacientes con elementos sugestivos de sobrehidratación antes de la conexión a diálisis y solo un 4,3% postdiálisis. De los 10 pacientes con líneas B pre-diálisis, el 50% (5) eran de moderada a severa.

De los 25 pacientes que no presentaban elementos clínicos de sobrehidratación, 3 (12%) tenían algún grado de congestión de leve a severa en la ecografía. La bioimpedancia mostró que 3(12%) tenían $OH > 2.5L$ y 21 (84%) tenían ECW/TBW mayor a 0,4.

Destacamos que 1,2 de cada 10 pacientes evaluados como estado de hidratación adecuada mediante interrogatorio y examen físico, estaban sobrehidratados de manera moderada a severa por ecografía y/o BIO. Dada la alta asociación de sobrehidratación con aumento en la morbimortalidad, este porcentaje de pacientes sobrehidratados no detectados por la clínica con esta incorporación de ecografía y bioimpedancia se lograrían mejores ajustes en tasas de ultrafiltración y revaloración del peso seco estimado.

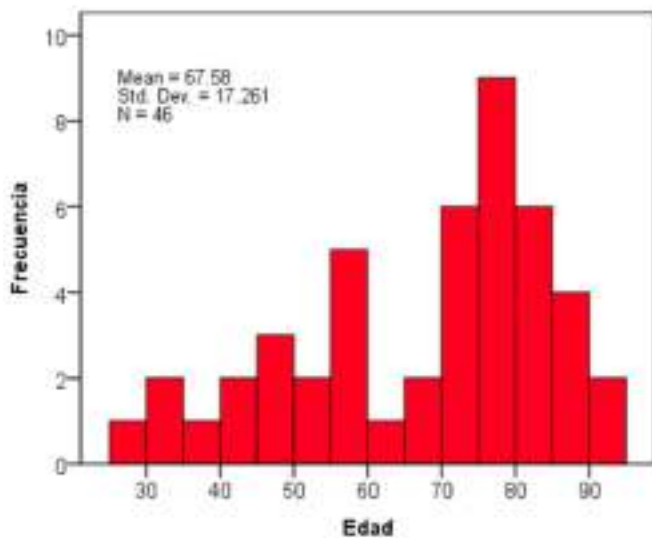


Figura 2 : Distribución del porcentaje de sobrepeso en los pacientes en los que se realizó bioimpedancia (n=46)

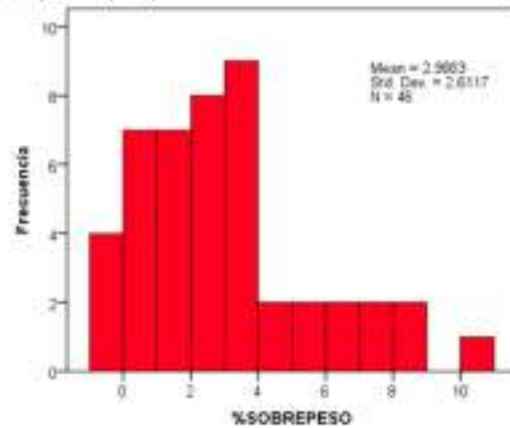


Tabla 1: Características antropométricas y clínicas de los 46 pacientes incluidos

Característica	Valor (n=46)	
Edad (años)(Mediana, P25,P75)	73.8 (P ₂₅ = 56.1, P ₇₅ = 80.0)	
Sexo (Masculino/Femenino)	32/14	
Peso seco (kg)	76.8 ± 18.2	
Sobrepeso(kg) (Peso pre-peso seco)	2.1 ± 1.8	
% de sobrepeso	3.0±2.6	
UF	2.76 ± 6.16	
Pérdida de peso (kg)	2.1 ± 4.5	
	Pre diálisis	Post diálisis
Peso (kg)	78.8 ± 18.2	76.7 ± 18.0
BMI (kg/m ²)	27.5 ± 6.1	26.8 ± 6.1
PAS (mm de Hg)	125.5 ± 23.6	125.7 ± 29.8
PAD (mm de Hg)	73.0 ± 12.7	70.8 ± 30.5

Resultados presentados como media ±desvio estándar si no se especifica

Tabla 2: Valores obtenidos en el análisis de bioimpedancia (n=46)

Bioimpedancia	Media±DE	(mín-Máx)
DH (L)	0.5±2.2	(-4.4;5.5)
NHW (kg)	76.3±19.3	(43.5;126.4)
TBW (L)	35.1±6.6	(21.8;50.6)
ECW (L)	16.7±5.2	(9.8;23.5)
ICW (L)	18.4±4.1	(10.8;31.7)
EI	0.9±0.2	(0.6;1.4)
LTI (kg/m ²)	12.4±2.8	(7.4;19.9)
FTI (kg/m ²)	13.9±7.4	(9.0;35.1)
ATM (kg)	39.7±19.1	(8.7;86.1)
BCM (kg)	19.3±0.0	(7.5;43.6)
ECW/TBW	0.48±0.05	(0.36;0.62)
OH/ECW	0.03±0.16	(-0.22;0.50)
LTM	48.3±0.0	(20.3;93.2)
FAT	27.1±0.0	(8.1;69.5)
Peso seco esperado (kg)	76.8±18.2	(49-122)
% de sobrepeso	3.0±2.6	(-0.75;10.5)



Tabla 3. Evaluación de la sobrehidratación según distintos criterios

Caracterización clínica (n=43)	Pre n(%)	Post n(%)
Disnea de esfuerzo	9 (19.6)	
Disnea de decúbito	3 (6.5)	
Edemas	10 (21.7)	
Reflujo hepatoyugular	6 (13)	
Ingurgitación yugular	2 (4.3)	
Crepitantes	12(26.1)	
HTA	9 (19.6)	6 (13.0)
Caracterización por bioimpedancia (n=46)		
DH (>2.5L)	9 (19.6)	
DH/(ECW (>15%))	6 (13.0)	
ECW/TBW (>0.4)	41 (89.1)	
Caracterización ecográfica (Lineas B) (n=46)		
Sin congestión (<5)	36 (78.3)	44 (95.7)
Congestión leve (5-8)	5 (10.9)	2 (4.3)
Congestión moderada-severa (>8)	5 (10.9)	---

Tabla 4: Concordancia (índice kappa) entre las medidas de bioimpedancia y las ecográficas dicotomizadas (n=46)

	DH/ECW (>15%)	ECW/TBW (>0.4)	LineasB (>=5)	Clinica (>=1)
DH (>2.5L)	0.763**	0.058	-0.123	0.171
DH/ECW (>15%)		0.000	-0.026	0.096
ECW/TBW (>0.4)			-0.065	0.050
LineasB (>5)				0.287*

* Valor p<0.05 ** Valor p<0.01

Tabla 5: Características de los pacientes según grupo etario (mayores de 60 años vs 60 años y menos)

	Edad ≤60 (n=16)	Mayores de 60 años (n=30)	Valor p†
Edad (min-Máx)	30-59	63-94	
IMC (med±DE)	27.3±7.7	26.5±5.1	0.696 (a)
PAS pre (med±DE)	120.0±23.1	128.5±23.7	0.249
PAD pre (med±DE)	70.6±10.6	74.3±13.7	0.564 (a)
DH (med±DE)	-0.47±2.54	1.05±1.85	0.024*
TBW (med±DE)	36.4±7.4	35.6±9.5	0.356
ECW (med±DE)	16.3±3.2	16.9±3.2	0.521
ICW (med±DE)	20.1±4.9	17.5±3.3	0.043*
ECW/TBW (med±DE)	0.450±0.050	0.495±0.036	0.003*
DH/ECW (med±DE)	-0.035±0.162	0.059±0.126	0.034*
Características clínicas n (%)			
Disnea de esfuerzo	2 (12.5)	7 (23.3)	0.446
Disnea de decúbito	0 (0)	3 (10.0)	0.282
Edemas	2 (12.5)	8 (26.7)	0.276
Reflujo hepato-yugular	1 (6.3)	5 (16.7)	0.386
Ingurgitación yugular	0 (0)	2 (6.7)	0.522
Crepitantes	3 (18.8)	9 (30.0)	0.484
Lineas B (>5)	4 (25.0)	6 (20.0)	1.000

†Se usó Test de Fisher para investigar asociación de variables cualitativas y test de t para comparar variables cuantitativas. (a) Test de Mann Whitney

Conclusión: La valoración del estado de hidratación en pacientes en hemodiálisis es un desafío diario. La valoración multiparamétrica con examen físico incorporando la bioimpedancia y ecografía pulmonar muestra mayor sensibilidad para detectar pacientes sobrehidratados.

Crononutrición y su asociación con estado nutricional en pacientes con enfermedad renal crónica.

Hemodiálisis, Diálisis Peritoneal y Nutrición

E-Poster

Trabajo original

Pilar Carolina Castro Mata

Instituto Mexicano del Seguro Social, México.

pilar.castro3712@alumnos.udg.mx

Lucía Perez-Galván

Instituto Mexicano del Seguro Social, México.

Alejandra Betancourt-Núñez

Universidad de Guadalajara, México.

Yolanda Fabiola Márquez-Sandoval

Universidad de Guadalajara, México.

Barbara Vizmanos

Universidad de Guadalajara, México.

José Ignacio Cerrillos-Gutiérrez

chachisnefro@hotmail.com

Instituto Mexicano del Seguro Social, México

Hugo Enrique Chavez-Chavez

hugo.chavez8965@academicos.udg.mx

Instituto Mexicano del Seguro Social, México.

Alfonso Cueto Manzano

Hospital de Especialidades, CMNO, IMSS-Guadalajara, México.

Fabiola Martin del Campo

Instituto Mexicano del Seguro Social, México

Introducción: La crononutrición (CN) estudia los horarios de alimentación¹, su sincronización con los ritmos circadianos e implicaciones en salud²; sin embargo, su asociación con el estado nutricional ha sido muy poco explorada en enfermedad renal crónica (ERC) en sus diferentes categorías³.

Objetivo: Evaluar la asociación entre las variables de CN y el EN de pacientes con ERC en prediálisis, diálisis peritoneal (DP), hemodiálisis y trasplante.

Métodos: Estudio transversal analítico; 361 sujetos con ERC tuvieron evaluación clínica, nutricional [evaluación global subjetiva, apetito, síntomas gastrointestinales (PSGI), composición corporal (BCM y antropometría)] e indicadores de CN: número de comidas (NC), ventanas de alimentación (horas entre primera y última comida), punto medio de ingesta (PMI) y jetlag alimentario. El cronotipo se evaluó con cuestionario de matutinidad y vespertinidad (rMEQ).

Resultados: La comparación entre grupos se muestra en la tabla.

En el análisis de correlación:

Prediálisis: a mayor matutinidad menor PSGI (R=-0.32); a mayor NC, mayor apetito (R=-0.20) y menor sobrehidratación (R=-0.27); a mayores ventanas, mayor apetito (R=0.55), masa magra (MM) (R=0.25), menor PSGI (R=-0.21).



Hemodiálisis: a mayor matutinidad, mayor apetito (R=0.21), menor PSGI (R=-0.29); a mayor NC, menor PSGI (R=-0.30); a mayor PMI, menor apetito (R=-0.28), IMC (R=-0.30), masa grasa (MG) (R=-0.24), CMB (R=-0.28) y PCSE (R=-0.22).

DP: a mayor NC, mayor puntaje de EGS (R=0.24), menor PSGI (R=-0.33), pliegue tricaptal (R=-0.24); a mayores ventanas, mayor apetito (R=0.29), MM (R=0.21), menor PSGI (R=-0.29) y pliegue tricaptal (R=-0.25); a mayor jetlag, menor pliegue subescapular (R=-0.23).

Variables	Total n=361	Predialísis n=93	Hemodiálisis n=92	Diálisis Peritoneal n=94	Trasplante n=82	p
EGS, puntaje	6 (5-7)	6 (5-7) [§]	5 (5-6) [§]	6 (5-6) [§]	7 (7-7)	<0.0001
DEP, n (%)	148 (41)	36 (36) [§]	54 (54) [§]	45 (45) [§]	13 (11)	<0.0001
PSGI, puntaje	10 (8-12)	10 (8-12) [§]	11 (9-14) [§]	10 (8-12) [§]	9 (8-10)	<0.0001
Índice de masa corporal, kg/m ²	25 (21-29)	26 (23-30)	23 (20-28) [*]	23 (21-27) [*]	5 (23-28)	0.001
Índice de tejido magro kg/m ²	12 (10-14)	11 (9-13)	11 (9-14)	12 (11-15) [*]	11 (10-14)	0.043
Índice de tejido graso, kg/m ²	13 (9-17)	16 (12-19)	12 (7-17) [*]	11 (8-14) [§]	14 (10-17)	<0.0001
Sobrehidratación, L	1 (0.3-3.5)	0.8 (0.4-2.2) [§]	2.0 (0.8-3.9) [§]	3.2 (1.4-4.4) [§]	0.3 (-0.3-0.9) [*]	0.001
Ángulo de fase, °	4.7 ± 1.2	4.7 ± 1 [§]	4.4 ± 1.1 [§]	4.4 ± 1.2 [§]	5.3 ± 0.8	<0.0001
Cronotipo rMEQ, puntaje	17 (14-20)	19 (15-20)	17 (13-20)	16 (14-19)	18 (15-19)	0.09
No. comidas	3.5 (3-4)	3.5 (3-4)	3.5 (3.0-4.0) [§]	3.5 (2.5-4.0) [§]	3.5 (3.5-4.5)	0.004
Ventanas alimentación, h	11 (9.5-12.5)	12 (10-13)	12 (10-13) [†]	1 (9-12) [§]	2 (11-12)	0.001
Jetlag alimentario, h	0.75 (0.25-1.73)	0.96 (0.25-2.0)	1.37 (0.37-1.87) [§]	0.75 (0.25-1.50)	0.5 (0.21-1.25)	0.008

rMEQ, a mayor puntaje, mayor matutinidad. DEP, Desgaste energético proteico. Diferencia <0.05 vs: ^{*}PRE, [†]DP, [§]TR.

Trasplante: a mayor matutinidad, menor PSGI (R=-0.22); a mayores ventanas, mayor MM (R=0.28), menor MG (R=-0.30) y pliegue tricaptal (R=-0.23); a mayor PMI, mayor PSGI (R=0.31), IMC (R=0.35), MG (R=0.42), MM (R=0.35), pliegues cutáneos (R=0.44), CMB (R=0.30) y menor sobrehidratación (R=-0.24).

Conclusiones: Indicadores de CN difieren significativamente entre categorías de ERC, así como sus asociaciones con el estado nutricional. Estrategias nutricionales personalizadas que integren aspectos de CN son necesarias para mejorar el manejo nutricional en ERC acorde a la categoría.

Terapias de soporte extracorpóreo multiorgánico en pacientes intoxicados por paraquat en Popayán – Colombia.

Hemodiálisis, Diálisis Peritoneal y Nutrición

E-Poster

Trabajo original

Daniel Santiago

Universidad Nacional de Colombia, Colombia.

drsantiago@unicauca.edu.co

David Ballesteros

Hospital Universitario San José Popayán ESE, Colombia.

Esteban Echeverri Fernandez

Hospital Universitario San José Popayán ESE, Colombia.

Diana Rodríguez

Hospital Universitario San José Popayán ESE, Colombia.

Daniela Prado

Hospital Universitario San José Popayán ESE, Colombia.

Isabela Palechor

isapale.13@gmail.com

Hospital Universitario San José Popayán ESE, Colombia.

Introducción: El paraquat es un herbicida no selectivo de uso común en la agricultura. Pertenece a la clase de los bipiridilos y su nombre químico es 1,1'-dimetil-4,4'-bipiridinio. Es un compuesto letal para humanos y animales, no tiene antídoto, puede causar daño severo si se ingiere, se inhala o se absorbe a través de la piel. Los pacientes que llegan a la atención hospitalaria en su gran mayoría son intoxicaciones con intenciones suicidas.

Materiales y métodos: estudio retrospectivo, un solo centro, incluyó todos los pacientes intoxicados por paraquat atendidos en el Hospital Universitario San José de Popayán, Colombia. El objetivo de este estudio es describir las características sociodemográficas de pacientes intoxicados con paraquat que han recibido tratamiento con terapia de soporte extracorpóreo, modalidad hemodiafiltración venovenosa continua con filtro ST 150 y hemoadsorción utilizando cartuchos Adsorba 300 y HA-230.

Resultados: Se obtuvieron datos de 63 pacientes, el porcentaje de mortalidad es del 33.3%; el grupo etario entre 21 a 30 años presentó la mayor frecuencia de ingesta de Paraquat con el 26% (figura 1), la mayoría del género masculino (58%) y procedentes de zona rural de Toribío Cauca (20%), con escolaridad primaria y de profesión agricultor. Dentro de las causas que llevaron a la ingesta, solo una no fue autoinfligida, con el 47% relacionada a problemas con su pareja sentimental, seguida de problemas familiares y muerte de una persona cercana (10% cada una). El compromiso de la función renal estuvo presente en el 49% de los pacientes, y la mayoría presentó compromiso digestivo (63%). Al 100% de los pacientes se les brindó manejo con esteroides e inmunosupresión, y se soportó en terapia de reemplazo renal continuo modalidad hemodiafiltración y hemoperfusión, obteniéndose una mayor supervivencia en aquellos pacientes que recibieron terapia con HA230+ST150 vs Adsorba+ST150 (85% y 59% respectivamente), resaltando que en las dos modalidades la supervivencia fue mayor comparativamente con el manejo usual.





Conclusión: En nuestro estudio, la mortalidad relacionada con la intoxicación por paraquat fue del 33.3%, se ubica dentro de lo reportado en la literatura, que oscila entre 33 y 91%. Uno de los hallazgos más relevantes es el predominio de los adultos jóvenes (21-30 años), hombres y procedentes de área rural, lo que coincide con estudios previos. El uso de hemodiafiltración venovenosa continua y la hemoadsorción con los cartuchos HA-230 y ST-150, mostró resultados prometedores en este estudio, lo que se ha relacionado con la capacidad de aclarar de manera efectiva el herbicida de la sangre.

Avaliação da função pulmonar e qualidade de vida de pacientes incidentes em diferentes métodos de terapia renal substitutiva: um estudo de coorte prospectivo.

Hemodiálisis, Diálisis Peritoneal y Nutrición

E-Poster

Trabajo original

Daniela Ponce

Hospital das Clínicas (HC-FMB) UNESP, Brazil.

daniela.ponce@unesp.br

Adrielle Fogaça Costa

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, Brazil.

Moises Teixeira Sobrinho

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, Brazil.

Gabrielly Rodrigues De Amorim

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, Brazil.

Nathalia Alexandrino De Oliveira

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, Brazil.

Introdução: Pacientes em terapia dialítica apresentam com frequência fraqueza muscular respiratória, alterações nos volumes pulmonares e dispneia. No entanto, são escassos os estudos que comparam esses parâmetros em diferentes métodos de terapia renal substitutiva (TRS). Objetivo: Comparar a função pulmonar, sensação de dispneia e qualidade de vida de pacientes incidentes em hemodiálise (HD) e diálise peritoneal (DP), método incremental e padrão, em dois momentos.

Materiais e métodos: Trata-se de um estudo de coorte prospectivo que avaliou pacientes com doença renal crônica estágio 5, incidentes em HD ou DP, nas modalidades incremental ou padrão. Foram obtidos dados clínicos e antropométricos, além da avaliação da força muscular respiratória com manovacuômetro, volumes pulmonares com ventilômetro, aplicação da Escala Modificada de Borg para dispneia e do questionário KDQOL-SF, realizados nos primeiros três meses do início da TRS e após seis meses.

Resultados: Foram incluídos 53 pacientes, sendo 35 em DP (66%) e 18 em HD (34%), com predomínio da DP incremental (41,5%) seguida da HD padrão (24,5%). A média de idade foi

de $59,6 \pm 16,9$ anos, com prevalência do sexo masculino (66%) e indivíduos de cor branca (75,4%). As principais etiologias encontradas foram nefropatia diabética (37,7%) e hipertensão (22,6%). Cerca de 49% dos participantes possuíam histórico de tabagismo, com carga tabágica média de $14,6 \pm 19,1$ maços/ano. Os valores das pressões máximas inspiratórias e expiratórias iniciais atingiram em média $-65,6 \pm 29,7$ cmH₂O e $85,8 \pm 36,15$ cmH₂O, respectivamente; o escore de dispneia foi $2,1 \pm 2,13$ e o volume minuto de $10170 \pm 4493,6$ ml. O teste t foi utilizado para comparar as populações: o grupo DP quando comparado à HD apresentou parâmetros ventilatórios e laboratoriais iniciais semelhantes, com exceção da ureia, significativamente menor em HD (135,1 vs. 113,7 mg/dL; $p=0,04$). Na avaliação após 6 meses, indivíduos em DP apresentaram menor sensação de dispneia (1,05 vs 3,46; $p=0,016$), maior volume minuto (12882,7 vs 7498,3ml; $p=0,002$) e melhor volume corrente (859,4 vs 573,5ml; $p=0,038$). No KDQOL-SF, a DP obteve melhores escores nos domínios: "Sintomas" (85 vs 74,3; $p=0,038$), "Atividades profissionais" (35,7 vs 12,5; $p=0,022$), "Componente físico" (86,5 vs 70,8; $p=0,018$) e "Saúde geral" (77,3 vs 51,2; $p=0,004$). Na comparação entre terapias padrão e incremental, os valores obtidos são semelhantes entre os grupos nos dois momentos, exceto por tendência a maior volume corrente em incidentes no grupo padrão (1702,2 vs 841,1ml; $p=0,069$) e menor sensação de dispneia após 6 meses no grupo incremental (2,47 vs 1,17; $p=0,07$). A modalidade incremental também demonstrou melhores escores nos domínios: "Satisfação com o tratamento" (75 vs 59,5; $p=0,041$), "Dor" (62,5 vs 33,3; $p=0,025$) e "Saúde geral" (82,9 vs 59,2; $p=0,006$) no KDQOL-SF.

Conclusão: Indivíduos em DP apresentaram melhores volumes pulmonares e menor sensação de dispneia após 6 meses, além de, assim como observado na terapia incremental, relataram melhor percepção da qualidade de vida.

Palavras-chave: Doença renal crônica; Diálise; Pulmão; Qualidade de vida."



Reducción de la tasa de peritonitis en diálisis peritoneal incremental (DPI). Experiencia de un centro y análisis.

Hemodiálisis, Diálisis Peritoneal y Nutrición

E-Poster

Trabajo original

Fabian Ledesma

Hospital Privado Universitario De Córdoba, Argentina.

dpcahp@hotmail.com

Javier De Arteaga

Hospital Privado Universitario De Córdoba, Argentina.

Pehuen Fernandez

Hospital Privado Universitario De Córdoba, Argentina.

Carlos Chiurchiu

Hospital Privado Universitario De Córdoba, Argentina.

Walter Douthat

Hospital Privado Universitario De Córdoba, Argentina.

Jorge De La Fuente

jorgeluisde@yahoo.com.ar

Argentina

"Del punto de vista teórico, es válido pensar que la DPI puede asociarse a una reducción en la tasa de peritonitis; un menor número de cambios de bolsa expone a menor manipulación y a la vez preserva mejor los mecanismos de defensa peritoneal. Se define a la DPI como toda indicación de diálisis peritoneal inferior a la dosis considerada estándar, a saber: 4 bolsas de 2 lts/día para DPCA y de 2 bolsas de 6 lts para DPA.

Objetivo: Evaluar nuestra tasa de peritonitis global y comparar los resultados en pacientes con dosis estándar de DP vs. incremental.

Pacientes: 295 adultos con más de 3 meses de DP, 63,66 % hombres, 60 % en DP estándar y un 40 % en la forma incremental, todos con sistema desconectable doble bolsa. Período de estudio: Marzo de 1993 a marzo de 2025. El diagnóstico de peritonitis se realizó acorde a las guías ISPD más próximas al momento de la infección con recolección y procesamiento del LP que básicamente consiste en recuperar 30 cc de LP para inyectar en 3 botellones de Bactec. A partir del 2015 se agrega la técnica del Malditof para nomenclatura del agente causal.

Resultados: La tasa global de peritonitis fue de 0,29 episodios/año/paciente para todo el período. La tasa de infección en DPI fue de 0,18 episodios/paciente/año contra 0,35 en la DP estándar ($P < 0,0001$). El agente causal (microorganismo) no difirió entre las 2 modalidades y su distribución fue la siguiente: 48,34% Gram negativos, Otros (hongos, micobacterias no TBC) 5,21%. La tasa global de cultivos negativos fue del

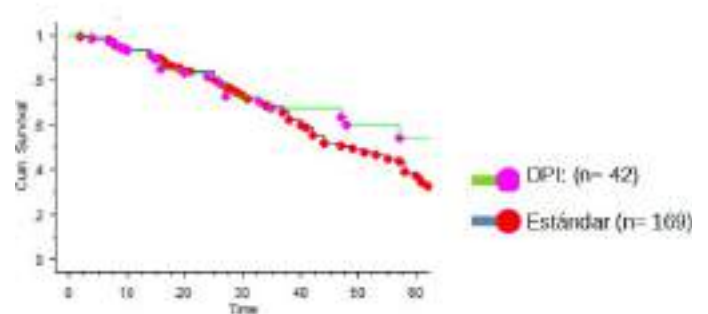
24,64%.

Tipo de Diálisis, Datos de pacientes y tasa de infección
Período: 1993-2025

Tipo de Diálisis	DPI*	Estándar
Pacientes (N°)	115	177
Edad	53,75 ± 19,20	47,98 ± 19,09
Sexo Fem	45,76 %	46,89 %
Tasa de peritonitis meses/ptes	66,93 mes/ptes	34,21 mes/ptes
Tasa de peritonitis año/ptes	0,18 año/ptes	0,35 año/ptes

*Diálisis Peritoneal Incremental

Peritonitis en DPI vs Estándar



Conclusiones: La DPI se asocia a una reducción significativa de la tasa de peritonitis. Los agentes causales de la infección no difieren entre ambas técnicas. En nuestro centro, la tasa de infección para todo el período fue de 0,29 episodios de infección por paciente/año con un valor máximo en el período del 93 al 95 y mínimo en el del 2020 al 2025. La tasa de cultivos negativos fue del 24,5% para todo el estudio"



Impacto de Cinacalcet en Hiperparatiroidismo Secundario Severo: Resultados en práctica clínica real en hemodiálisis en Ecuador.

Hemodiálisis, Diálisis Peritoneal y Nutrición

E-Poster

Trabajo original

Juan Santacruz

Clínica de los Riñones Menydia, Ecuador.

geovas40@hotmail.com

Paulo Reinoso

Clínica de los Riñones Menydia, Ecuador.

Layla Báez

Clínica de los Riñones Menydia, Ecuador.

Paola Arévalo

Clínica de los Riñones Menydia, Ecuador.

Janira Urbano

Clínica de los Riñones Menydia, Ecuador.

Martha Mendez

thita89_b2@yahoo.es

Clínica de los Riñones Menydia, Ecuador.

Diego Ruano

medicosotavalo@menydia.com

Clínica de los Riñones Menydia, Ecuador.

Hector Yar

Clínica de los Riñones Menydia, Ecuador.

Gabriela Villacres

Clínica de los Riñones Menydia, Ecuador.

Angel Quevedo

Clínica de los Riñones Menydia, Ecuador.

Ubelis Rosales

navaube@hotmail.com

Clínica de los Riñones Menydia, Ecuador.

Ailiyomar Péres

Clínica de los Riñones Menydia, Ecuador.

Norlan Rodríguez

Clínica de los Riñones Menydia, Ecuador.

Sandy Borja

Clínica de los Riñones Menydia, Ecuador.

Noemi Guadalupe Vargas Perez

Clínica de los Riñones Menydia, Ecuador.

Bryan Morales

Clínica de los Riñones Menydia, Ecuador.

Alex Ramon Valencia Herrera

Clínica de los Riñones Menydia, Ecuador.

Kevin Alexander Morales Toledo

Clínica de los Riñones Menydia, Ecuador.

Yadira Toalongo

Clínica de los Riñones Menydia, Ecuador.

Diego Adolfo Vimos

Clínica de los Riñones Menydia-Riobamba, Ecuador.

Gabriela Santacruz

Clínica de los Riñones Menydia, Ecuador.

Eduardo Coloma

Clínica de los Riñones Menydia, Ecuador.

Cynthia Aguilar

Ecuador

Jairo Vera

Ecuador

Alejandra Granizo

Ecuador

Cristóbal Santacruz

Clínica de los Riñones Menydia, Ecuador.

Introducción: El hiperparatiroidismo secundario (HPTS) es una complicación frecuente y potencialmente grave en pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis (HD). Su prevalencia puede superar el 90% en quienes llevan más de cinco años en terapia dialítica, relacionándose con complicaciones cardiovasculares, calcificaciones vasculares y de partes blandas, deterioro de la arquitectura ósea, mayor incidencia de fracturas y hospitalizaciones. El cinacalcet, un agente calcimimético, ha demostrado eficacia y seguridad en el control del HPTS, como lo evidencia el estudio EVOLVE. Sin embargo, la evidencia sobre su efectividad en la práctica clínica real, especialmente en países de América Latina, sigue siendo escasa.

El objetivo de este estudio fue evaluar el impacto clínico y bioquímico del tratamiento con cinacalcet durante seis meses en pacientes con HPTS severo en hemodiálisis en un centro de Quito, Ecuador, aportando evidencia local sobre su uso en condiciones del mundo real.

Métodos: Se llevó a cabo un estudio longitudinal prospectivo de cohorte única en un centro de hemodiálisis de Quito, Ecuador. Se incluyeron inicialmente 125 pacientes en hemodiálisis crónica, de los cuales 100 cumplieron los criterios de inclusión: consentimiento informado firmado y al menos dos valores históricos de hormona paratiroidea (PTH) superiores a 500 pg/mL. Se excluyeron 25 pacientes por presentar PTH <500 pg/mL o antecedentes de paratiroidectomía.

Durante seis meses consecutivos, se realizaron controles clínicos y bioquímicos mensuales, evaluando PTH, calcio, fósforo y fosfatasa alcalina (FA), con ajustes de dosis de cinacalcet conforme a los objetivos terapéuticos establecidos por las guías KDOQI. Asimismo, se realizó ecografía cervical para valorar enfermedad nodular paratiroidea y orientar decisiones terapéuticas. Los datos fueron registrados para su análisis estadístico descriptivo.

Resultados: En los 100 pacientes incluidos, los niveles medios de PTH disminuyeron significativamente desde 1254 pg/mL al inicio hasta 519 pg/mL, lo que representa una reducción del 58% respecto al valor basal ($p < 0.001$). No se observaron diferencias estadísticamente significativas en la respuesta de PTH según el sexo ($p > 0.05$).

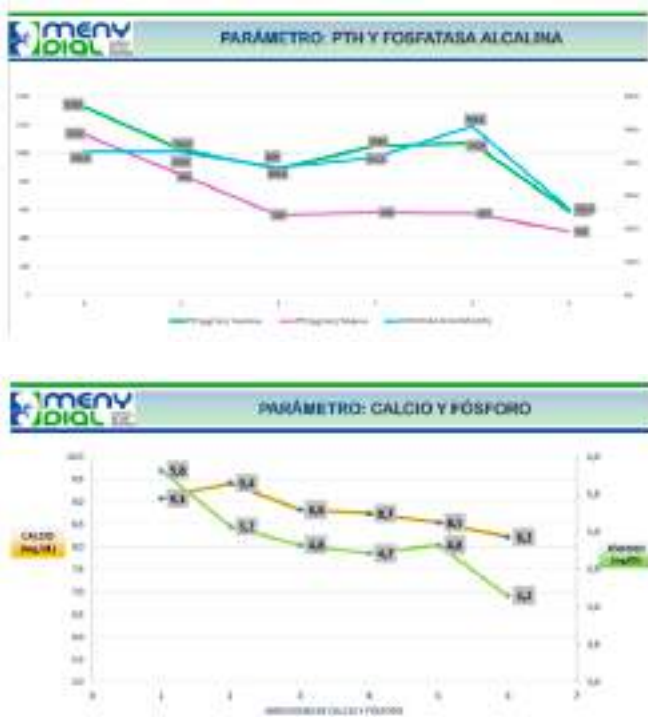
La prevalencia de dolor óseo fue de 72% de los pacientes reportaron dolor óseo al inicio, 8% presentó antecedentes de fracturas, 24% de los casos presentaron nódulos sólidos en ecografía cervical. Solo un paciente se retiró del estudio por reacción alérgica tipo rash al fármaco, y 1% reportaron clínica



gastrointestinal secundaria al fármaco. El 50% de los pacientes requirió duplicar la dosis de cinacalcet de 30 a 60 mg/día para alcanzar los objetivos terapéuticos, siendo esto más evidente en pacientes con nódulos sólidos en la ecografía.

Tabla 1. "Características Basales y Resultados Bioquímicos a Seis Meses en Pacientes en Hemodiálisis Tratados con Cinacalcet"

Variable	Valor
Total pacientes	95
Sexo (hombres/mujeres) %	63 / 37
Edad (años) (media ± D.E.)	67
Tiempo en diálisis (media, años)	8.5
PTH Basal (pg/mL)	1254 (±722)
PTH Final (pg/mL)	529 (±264)
Reducción PTH a50%	24%
Nódulos paratiroideos	24%
Aumento dosis Cinacalcet	23%
Pacientes con dolor óseo	71%
Pacientes con fracturas	8%
Media Calcio sérico (inicio → final) mg/dL	9.1 (±2.8) → 8.2 (±3.6)
Media Fósforo sérico (inicio → final) mg/dL	5.8 (±1.9) → 4.2 (±0.5)
Media Fosfatos Alkalina (inicio → final)	432 → 260 U/L



Conclusión: El tratamiento con cinacalcet en pacientes con hiperparatiroidismo secundario severo en hemodiálisis demostró una reducción significativa de los niveles de PTH en condiciones de práctica clínica real. La mejoría en síntomas óseos, la tolerancia al fármaco y la respuesta incluso en pacientes con enfermedad nodular paratiroidea respaldan su efectividad y utilidad clínica. Estos resultados aportan evidencia local relevante desde Ecuador, contribuyendo al conocimiento sobre el manejo del HPTS en Latinoamérica,"

Terapia de reemplazo renal “más allá de la uremia”: epidemiología y perfil clínico de primera hemodiálisis en hospital escuela en Guatemala: Estudio de Cohorte.

Hemodiálisis, Diálisis Peritoneal y Nutrición

E-Poster

Trabajo original

David Armas

Centro Médico Militar, Guatemala.

armas.david01@gmail.com

Rodolfo Moreno

Centro Médico Militar, Guatemala.

Solange Coello

Centro Médico Militar, Guatemala.

Antecedentes y Objetivos: La enfermedad renal aguda o crónica se clasifica en diferentes etapas de acuerdo con las guías de la KDIGO, las etapas más avanzadas generalmente requieren terapia de reemplazo renal (TRR) para mantener una función renal deteriorada. Las indicaciones de la TRR son variables, incluyendo: intoxicaciones, sobrecarga de líquidos, alteraciones metabólicas y electrolíticas. Presentamos un estudio de cohorte realizado en un hospital escuela de tercer nivel que caracteriza la epidemiología, características clínicas y principales causas de inicio de TRR en pacientes hospitalizados.

Metodología y Resultados: Analizamos retrospectivamente datos de pacientes hospitalizados en un hospital-escuela de tercer nivel de Guatemala. El objetivo primario fue caracterizar los principales criterios de médicos tratantes (adscritos de nefrología o residentes de medicina interna) para iniciar TRR exclusivamente con hemodiálisis convencional. Se evaluaron datos epidemiológicos como: sexo, comorbilidades, tiempo de hospitalización para inicio TRR y mortalidad. De junio de 2021 a noviembre de 2024 para un total de 130 pacientes, edad media de 67,3 años; 36% de sexo femenino (Figura 1). Hipertensión arterial, enfermedad renal crónica (ERC) y diabetes mellitus tipo 2 fueron el 70%, 63% y 55% de los pacientes, respectivamente. (Figura 2) La tasa de filtrado glomerular media estimada para el inicio de la hemodiálisis fue de 11,7 ml/min/1,73 m². Síndrome urémico, la sobrecarga hídrica y la acidosis metabólica fueron los principales criterios de TRR en el 59,2%, 12% y 5,3% de los pacientes. (Figura 3); El tiempo promedio de inicio de la TRR en pacientes hospitalizados fue de 6,61 días, con un 24% de mortalidad intrahospitalaria.

Discusión y Conclusiones: En esta cohorte analizada, las causas principales para recibir TRR por primera vez fueron: síndrome urémico, siendo la más frecuente, el cual es un



hallazgo similar a la literatura mundial. Más del 60% de los pacientes estaban en la unidad de cuidados intensivos, requiriendo altas cantidades de líquidos y medicamentos intravenosos y, en consecuencia, más susceptibles a una enfermedad subyacente grave susceptible de oliguria. El 29% de los pacientes con ERC requirieron TRR, haciendo que la sobrecarga de volumen sea el segundo criterio más común para el inicio de TRR. El resto de las características fue similar a la literatura, sin diferencias clínicas ni estadísticas entre ellas. Los pacientes masculinos presentaron mayor incidencia de TRR que las mujeres, sin embargo, consideramos que fue debido a una mayor proporción de pacientes masculinos en el estudio en lugar de una menor probabilidad de que las mujeres requirieran TRR. La mortalidad intrahospitalaria en los pacientes que requirieron TRR fue del 24%, inferior al 49% reportado en la literatura. Aunque los criterios específicos para iniciar la TRR están estandarizados, se desconoce la frecuencia con la que ocurren. A nuestro conocimiento, este es el primer estudio en Guatemala que analiza las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes que requieren inicio de TRR, sirviendo de base para futuros estudios que busquen pacientes con factores de riesgo para lesión renal y TRR.

Predictores de mortalidad en pacientes mexicanos con enfermedad renal crónica terminal que inician hemodiálisis: cohorte START-MEX-HD.

Hemodiálisis, Diálisis Peritoneal y Nutrición

E-Poster

Trabajo original

Guadalupe Campos Núñez

Departamento de Nefrología - Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, México.

camposn.guadalupe@gmail.com

Alfredo Fonseca Chávez

Departamento de Nefrología - Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, México.

Luis Daniel Ramírez-Calvillo

Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, México.

José Ruben Garrido Roldán

Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, México

Introducción: La enfermedad renal terminal (ERT) es un problema de salud pública mundial. La prevalencia de pacientes en hemodiálisis (HD) en México es elevada, hasta 1,997 casos por millón de habitantes (1). La mortalidad en el primer año tras iniciar HD es del 19 al 56%, siendo las principales causas de muerte, las infecciones y los eventos cardiovasculares, hasta 70% entre ambas, especialmente durante el primer año (2–4). Los factores de riesgo descritos incluyen edad avanzada, diabetes, hipoalbuminemia, sobrecarga hídrica, menor tasa de filtrado glomerular y alteraciones del metabolismo óseo mineral (2,3,5,6).

Objetivos: Describir los factores de riesgo que impactan en la mortalidad de los pacientes con ERT que inician hemodiálisis.

Material y métodos: Cohorte retrospectiva, mexicana de pacientes que iniciaron HD de enero de 2019 a diciembre de 2023 en un centro de tercer nivel, con seguimiento mínimo de 12 meses desde el inicio de HD o hasta los desenlaces: trasplante renal o muerte. Se recolectaron variables demográficas, clínicas, analíticas y ecocardiográficas. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS v.20. Los predictores de mortalidad fueron determinados mediante análisis univariado y multivariado, y la sobrevida con el análisis de Kaplan-Meier. Se



consideró estadísticamente significativo el valor de $p = < 0.05$.

Tabla 1. Características demográficas, clínicas, analíticas y ecocardiográficas basales de 238 pacientes incidentes en hemodiálisis de acuerdo con mortalidad.

	Total (n=238)	Muerte		p
		Si (n=28)	No (n=210)	
Edad (años)	52.25±17.49	62.36±17.53	50.06±17.5	0.001
IMC (kg/m ²)	25.5±5.17	24.8±5.31	25.66±5.25	0.504
DBH (mm)	20.81±1.6	22.66±1.8	20.34±1.8	0.471
Diabetes	118 (49.6%)	10 (37.1%)	108 (49.8%)	0.394
Hipertensión	174 (73.1%)	19 (67.9%)	155 (73.8%)	0.905
Cardiopatía valvular	32 (13.4%)	6 (21.4%)	26 (12.4%)	0.167
Cardiopatía isquémica	54 (22.8%)	11 (39.3%)	43 (20.2%)	0.115
TAM (mmHg)	100.56±16.4	92.41±23.3	102.13±17.9	0.009
Edema	169 (70.9%)	23 (82.1%)	146 (69%)	0.153
Ascitis	21 (8.8%)	4 (14.3%)	17 (8.1%)	0.278
Dansone pleural	42 (17.6%)	5 (17.9%)	37 (17.6%)	0.975
Hb (g/dL)	9.1±3.8	9.76±2.7	9.04±3.8	0.399
Leucocitos 10 ³ /mm ³	8.12±3.6	9.44±5.96	7.8±3.2	0.043
Plaquetas 10 ³ /mm ³	231.5±67.7	227.8±93.4	232.91±67.5	0.805
BUN (mg/dL)	119.12±65.0	122.58±61	118.99±69	0.696
Creatinina (mg/dL)	71.8±5.7	9.8±5.3	71.8±5.8	0.051
TPGe mín/máx/1.73m ²	5.42±3.93	6.21±3.97	5.32±3.92	0.261
Na (mEq/L)	135.07±5.6	135.56±8.1	135.06±5.2	0.926
P (mg/dL)	8.83±2.4	7.17±2.47	8.83±2.43	0.452
Ca*P	52.39±18.6	59.17±20.24	51.6±18.23	0.020
PCR (mg/dL)	42.80±83.90	72.30±71.3	38.77±84.3	0.011
Albuminemia (mg/dL)	1416.4±1871	944.95±664.8	1496.34±1929	0.099
Albumina (g/dL)	3.44±0.68	3.17±0.68	3.48±0.69	0.021
HbA1c %	6.19±1.36	6.32±1.11	6.17±1.41	0.552
FEVI %	51.90±13.5	39.53±18.1	53.99±11.8	0.001
TAPSE (mm)	20.57±4.6	17.84±4.83	20.96±4.52	0.002

Las variables se expresan en mediana±DE, medianas (mínimo-máximo) y frecuencias absolutas (porcentajes %).

Resultados: Se incluyeron 238 pacientes con ERT, con una media de edad de 52,2 (±17,4) años, 58,4% hombres, 49,6% con diabetes y 44,5% con enfermedad cardiovascular establecida. La mediana de seguimiento fue de 12,25 meses (IQR 2,52-26,38). La supervivencia media estimada fue de 59 meses (IQR 54.2-64.2) (Figura 1). La mortalidad fue del 11,7%, debida a eventos cardiovasculares (39,3%) e infecciones (57,1%). La mediana de tiempo de seguimiento hasta la muerte fue de 6,3 meses (IQR 1,8-12,8). El 3,8% de las muertes ocurrieron durante la hospitalización inicial. Los factores de riesgo al inicio de hemodiálisis que se asociaron a mayor mortalidad fueron mayor edad, menor presión arterial media, mayor cifra leucocitaria y de proteína C reactiva, mayor producto calcio-fósforo, hipoalbuminemia, menor excursión sistólica del plano anular tricúspido (TAPSE) y menor fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) (Tabla 1). En el modelo multivariado, presentar edad mayor a 50 años, menor TAM <90 mmHg y FEVI <40% se asociaron a mayor mortalidad (Tabla 2). Veinticinco pacientes (10,5%) fueron trasplantados. El 43,7% migró a diálisis peritoneal, sin existir diferencia en la mortalidad entre ambas terapias.

Conclusiones: La mortalidad de los pacientes que inician HD en nuestra cohorte fue menor que la descrita previamente (2-4). Las causas principales fueron las infecciones y eventos cardiovasculares, similares a otras reportadas. Los factores asociados a mortalidad podrían sugerir que nuestros pacientes presentan mayor desnutrición e inflamación, en asociación a una función cardíaca comprometida. Siendo vital su detección y tratamiento temprano para modificar la historia natural de la enfermedad."

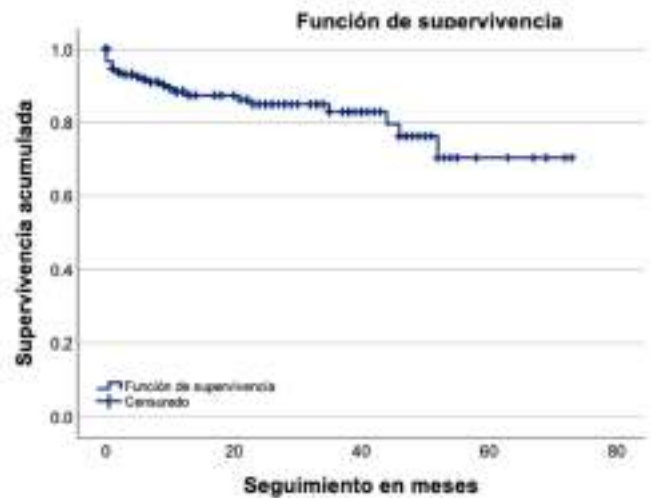


Figura 1. Mortalidad de 238 pacientes en hemodiálisis incidental.

Tabla 2. Índices pronósticos de mortalidad de 238 pacientes incidentes en hemodiálisis de acuerdo con tensión arterial media, eventos cardiovasculares, FEVI y TAPSE ajustados a edad y género.

	Total (n=238)	Muerte		p	OR (IC95%)	Exp(B)	p
		Si (n=28)	No (n=210)				
Edad (>67 años)	134 (56.3%)	25 (89.3%)	109 (51.9%)	<0.001	1.73 (2.28-13.33)	5.73	0.027
Mujer	80 (33.7%)	6 (21.4%)	74 (35.1%)	0.137	0.581 (0.22-1.54)	0.794	0.694
Diabetes	118 (49.6%)	20 (71.4%)	98 (46.2%)	0.001	4.88 (1.84-13.03)	0.273	0.016
TAM (<90 mmHg)	71 (29.8%)	17 (60.7%)	54 (25.2%)	<0.001	4.88 (1.84-13.03)	0.273	0.016
FEVI (<40%)	28 (11.8%)	12 (42.9%)	16 (7.6%)	<0.001	5.46 (2.25-12.91)	2.88	0.001
TAPSE (<15)	84 (35.3%)	13 (46.4%)	71 (33.2%)	0.004	3.46 (1.41-8.15)	1.32	0.002

Las variables se expresan en frecuencias absolutas (porcentajes %).

p¹ Significancia estadística de análisis univariado.

p² Significancia estadística de regresión logística binomial.



DPMAS (Sistema Adsorbente Molecular de Doble Paso) Experiencia en Ecuador

Hemodiálisis, Diálisis Peritoneal y Nutrición

E-Poster

Trabajo original

Dario Jimenez

DIALNEF, Ecuador

dxjimenezmd@gmail.com

Jazmin Alejandra Jimenez Lopez

DIALNEF, Ecuador

Fabrizio Picochita

Novaclínica Santa Cecilia, Ecuador

Sandra Valarezo

Clínica Pâsteur, Ecuador

Washignton Osorio

Hospital de Especialidades Fuerzas Armadas N1, Quito, Ecuador

Introducción: El advenimiento de nuevas tecnologías en Terapias Extracorpóreas ha permitido cada vez llegar a reemplazar parcialmente funciones de múltiples órganos vitales y el hígado no ha sido la excepción, teniendo ahora una opción de diálisis hepática que permita dar soporte en falla Aguda o Aguda sobre Crónica, hepatotoxicidad y encefalopatías por

hiperbilirrubinemia, otorgando un paciente estable mientras se trata la enfermedad de base y se evidencia recuperación. DPMAS es una terapia extracorpórea que ya ha mostrado eficiencia y mejores resultados clínicos comparada con tratamientos estándar y con plasmaféresis.

Objetivos: mostrar la experiencia local y los resultados clínicos de DPMAS en falla hepática aguda de diferentes causas.

Materiales y Métodos: Se realizó una revisión de todos los pacientes atendidos por DIALNEF (Nefrología crítica) quienes cumplieron criterios de sustitución hepática (mayores de 18 años, hiperbilirrubinemia mayor a 12 mg/dl, encefalopatía hepática), se evaluó el porcentaje de aclaramiento de bilirrubinas, respuesta clínica de encefalopatía y seguimiento a 30, 60 y 90 días para medir mortalidad.

Resultados: (Tabla 1) 5 pacientes cumplieron los criterios de indicación para DPMAS, la tasa de aclaramiento de Bilirrubinas mostró una media armónica porcentual de 67% en el primer tratamiento, con resolución clínica de encefalopatía, 1 paciente requirió 2 procedimientos, 1 paciente falleció en el segundo día de seguimiento filiendo la causa a su enfermedad de base (leucemia y sepsis) En el resto 0% de mortalidad a 90 días y sin requerimiento de más procedimientos.

Tabla 1. DPMAS (SISTEMA DE ADSORCION MOLECULAR DE DOBLE PASO)

N	Género	Código	HOSPITAL	Edad	Diagnóstico	BT PRE	BT POST	% Depuración BT	Mort.30	Mort.60	Mort.90
1	M	WO	FFAA	47	FHA Sepsis	45	11	76%	0	0	0
2	F	LU	SOLCA	39	FHA Sepsis, Leucemia	36	9	75%	1	0	0
3	M	BCLA	NOVA	20	Hepatitis tóxica	29	6	80%	0	0	0
4	M	ZEAS	PASTEUR	36	FHA Sepsis	18	9	50%	0	0	0
5	M	JSSL	METRO	51	FHA Quimio Leucemia	14	4.9	65%	0	0	0
MEDIA DE REMOCIÓN						23.64	7.31	67%			

Conclusiones: Mostramos la experiencia local satisfactoria de nuestro grupo como pioneros en la aplicación de DPMAS en patología indicada, siendo el primer paciente beneficiado del tratamiento el 13 de enero de 2024. Estudios aleatorizados controlados han mostrado la superioridad de DPMAS vs. Plasmaféresis y tratamiento médico estándar. En nuestro país DPMAS ha mostrado eficiencia en el objetivo de depuración ante falla hepática, resolución clínica y mortalidad siendo en la región de menor costo comparado con MARS y CPFA. "



Alteraciones electrocardiográficas en pacientes en hemodiálisis, HD vs Corazón.

Hemodiálisis, Diálisis Peritoneal y Nutrición

E-Poster

Trabajo original

Diego Argudo

Hospital Carrasco Arteaga, Ecuador.

DIEGOARGU@YAHOO.ES

Ivan Andres Rosero Viteri

Hospital Vicente Corral Moscoso, Ecuador.

Sebastian Vazquez

Unidad Renal del Austro, Ecuador.

Introducción: Los pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento con hemodiálisis presentan como principal causa de mortalidad las de tipo cardiovascular, las alteraciones en el electrocardiograma (ECG) un hallazgo frecuente y clínicamente relevante en este grupo de pacientes. No se ha demostrado una asociación clara entre estos hallazgos y las variables frecuentemente analizadas en los pacientes en hemodiálisis.

Objetivos: Este estudio tiene como objetivo evaluar la presencia de alteraciones electrocardiográficas en pacientes sometidos a hemodiálisis y analizar su asociación con variables clínicas y demográficas de los pacientes.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo en la Unidad Renal del Austro UNIREAS, de la ciudad de Cuenca - Ecuador. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con al menos tres meses en tratamiento dialítico y mínimo una valoración por parte del servicio de Cardiología en los últimos 6 meses. Se registraron en el estudio 157 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión, de los cuales se recolectaron datos demográficos, comorbilidades y más variables clínicas. Las alteraciones electrocardiográficas se clasificaron en crecimiento y sobrecarga de cavidades, datos de isquemia y alteraciones en conducción. El análisis estadístico incluyó pruebas chi-cuadrado y análisis multivariado para determinar asociaciones significativas entre las variables mediante el programa SPSS.

Resultados: Del total de 157 pacientes analizados, se encontró una mediana de edad de 63 años; del total de participantes, el 45% fueron mujeres. Se encontró que el 87.2% del total de pacientes presentó al menos una alteración en el ECG. Las alteraciones más comunes fueron: crecimiento ventricular izquierdo (104), los trastornos de conducción (55), seguidos de datos de isquemia (10). Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el tiempo en permanecer en hemodiálisis y la presencia de alteraciones electrocardiográficas ($p < 0.05$). Presentando una mayor prevalencia de hipertrofia ventricular izquierda. Las comorbilidades previas, no mostraron una asociación con mayor presencia de alteraciones

electrocardiográficas. La presencia de anuria se asoció también con una mayor frecuencia de hipertrofia ventricular izquierda, pero no mostró relación con el resto de las alteraciones electrocardiográficas.

Conclusiones: Este estudio demuestra una alta prevalencia de alteraciones electrocardiográficas en pacientes en hemodiálisis crónica, se encontró una asociación significativa de estas alteraciones con la pérdida de uresis residual y mayor tiempo en tratamiento, sugiriendo efectos cardiovasculares deletéreos crónicos de permanecer en la terapia. Contrario a lo esperado, comorbilidades como diabetes e hipertensión no influyeron en los resultados. Estos hallazgos resaltan la necesidad de un monitoreo cardiológico regular, así como la importancia de preservar la función renal residual siempre que sea posible. La implementación de estrategias de detección temprana, conocer el impacto y manejo de factores de riesgo cardiovascular puede contribuir a reducir la morbilidad y mortalidad en pacientes en terapia con hemodiálisis.



Apoyo social elevado y riesgo de hiperpotasemia en pacientes dominicanos en hemodiálisis

Hemodiálisis, Diálisis Peritoneal y Nutrición

E-Poster

Trabajo original

Anthony Gutierrez Martínez

Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra, República Dominicana.

AnthJGutierrez@gmail.com

Rosa Eliana Dina Jiménez

Hospital Metropolitano de Santiago (HOMS), República Dominicana.

Allyson Rodríguez Román

Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra, República Dominicana.

Juan Cruz Hernández

Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra, República Dominicana.

Franchely Rosario Paulino

Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra, República Dominicana.

Yesenia Domínguez Domínguez

yessydominguez29@gmail.com

Hospital Metropolitano de Santiago, República Dominicana.

Claudia Peña Hernández

dra.claudiapenahernandez@gmail.com

Hospital Metropolitano de Santiago, República Dominicana.

Introducción: El 85,6 % de los pacientes en nuestro centro declara un apoyo social alto; su repercusión clínica específica continúa en debate.

Objetivo: Comparar parámetros bioquímicos, complicaciones y calidad de vida (KDQOL-36) según el nivel de apoyo percibido.

Métodos: Estudio transversal con 153 pacientes adultos en hemodiálisis. Se clasificó el apoyo mediante MSPSS (alto ≥ 5 ; bajo-medio < 5) y se analizaron urea, creatinina, potasio, hospitalizaciones y dominios KDQOL (Shapiro-Wilk, t/ANOVA o Wilcoxon; χ^2 para categóricas; $p < 0,05$).

Resultados: El 85,6 % presentó apoyo alto y 13,5 % apoyo medio-bajo. No hubo diferencias en meses de diálisis (mediana 36 vs 35; $p = 0,724$) ni en hospitalizaciones anuales (1 vs 1; $p = 0,853$). La potasemia fue significativamente mayor en el grupo de mayor apoyo (5,38 [5,23–5,53] vs 4,88 [4,56–5,19] mEq/L; $p = 0,045$) mientras que urea, creatinina y KDQOL-36 permanecieron similares.

Conclusión: Un sólido entorno familiar no se traduce en mejores marcadores clínicos; al contrario, se asocia a hiperpotasemia leve, quizá por indulgencias dietéticas facilitadas por la red de apoyo. Las intervenciones deben combinar educación nutricional dirigida a la familia y monitorización estricta de electrolitos para convertir el soporte social en beneficios objetivos.

“Carga invisible” del cuidador y su relación con la calidad de vida y uremia de los pacientes en hemodiálisis.

Hemodiálisis, Diálisis Peritoneal y Nutrición

E-Poster

Trabajo original

Anthony Gutierrez Martínez

Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra, República Dominicana.

AnthJGutierrez@gmail.com

Rosa Eliana Dina Jiménez

Hospital Metropolitano de Santiago (HOMS), República Dominicana.

Allyson Rodríguez Román

Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra, República Dominicana.

Juan Cruz Hernández

Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra, República Dominicana.

Franchely Rosario Paulino

Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra, República Dominicana.

Yesenia Domínguez Domínguez

yessydominguez29@gmail.com

Hospital Metropolitano de Santiago, República Dominicana.

Claudia Peña Hernández

dra.claudiapenahernandez@gmail.com

Hospital Metropolitano de Santiago, República Dominicana.

Introducción: La resiliencia cultural puede subestimar la sobrecarga real del cuidador, factor potencial en los resultados del paciente.

Objetivo: Cuantificar la sobrecarga (Zarit) y explorar su asociación con la calidad de vida del paciente (KDQOL-36) y con marcadores bioquímicos clave.

Métodos: Análisis de 114 díadas paciente-cuidador. Se categorizó la carga como mínima, leve-moderada o alta. Se compararon dominios KDQOL y valores de urea, creatinina y potasio mediante Kruskal-Wallis y χ^2 .

Resultados: La mayoría de los cuidadores reportaron carga mínima (76,3 %); 21,9 % presentaron carga leve-moderada y 1,8 % carga severa. No se observaron diferencias en los dominios KDQOL-36 entre estratos de carga ($p \geq 0,331$). Sin embargo, la urea sérica fue mayor en pacientes con cuidadores sobrecargados (55,7 vs 52,7 mg/dL; $p = 0,023$), sugiriendo menor adherencia o retrasos en diálisis. No variaron potasio ni creatinina ($p > 0,22$).

Conclusión: Aunque la mayoría de cuidadores no percibe una carga elevada, incluso niveles leves de estrés se vinculan a mayores concentraciones de urea en los pacientes. El tamizaje proactivo de “carga invisible” con Zarit abreviado, seguido de apoyo psicosocial, podría prevenir el deterioro bioquímico sin afectar la percepción de calidad de vida del paciente.



Aceptabilidad de recetas para mejorar la calidad de consumo alimentario en pacientes con enfermedad renal crónica.

Hemodiálisis, Diálisis Peritoneal y Nutrición

E-Poster

Trabajo original

Lucía Pérez Galván

Unidad de Investigación Médica en Enfermedades Renales, IMSS, México.
nutlucia.pg08@gmail.com

Pilar Carolina Castro Mata

Unidad de Investigación Médica en Enfermedades Renales, IMSS, México.

Cynthia Carolina García Ramírez

Unidad de Investigación Médica en Enfermedades Renales, IMSS, México.

María Fernanda Santos-López

Unidad de Investigación Médica en Enfermedades Renales, IMSS, México.

Sandra Silva Morelos

Unidad de Investigación Médica en Enfermedades Renales, IMSS, México.

Astrid Campos Medina

astrid.campos0326@alumnos.udg.mx

Unidad de Investigación Médica en Enfermedades Renales, IMSS, México.

Saúl Neftalí Rolón Barbosa

saul.rol27@gmail.com

Unidad de Investigación Médica en Enfermedades Renales, IMSS, México.

Francisco Daniel de la Torre Cisneros

Unidad de Investigación Médica en Enfermedades Renales, IMSS, México.

Franklin Yobel Benítez Martínez

Unidad de Investigación Médica en Enfermedades Renales, IMSS, México.

Alfonso Cueto Manzano

Hospital de Especialidades, CMNO, IMSS-Guadalajara, México.

Enrique Rojas Campos

erojascampos@yahoo.com.mx

Unidad de Investigación Médica en Enfermedades Renales, IMSS, México.

Fabiola Martín del Campo López

Unidad de Investigación Médica en Enfermedades Renales, IMSS, México

Antecedentes: Una dieta saludable es fundamental para retrasar la progresión y tratar la enfermedad renal crónica (ERC); sin embargo, los pacientes presentan limitaciones para la adherencia.

Objetivo: Evaluar la aceptabilidad de recetas para mejorar la calidad de consumo alimentario en pacientes con ERC.

Métodos: Se diseñaron 30 recetas para promover una dieta saludable basada en plantas, incluyendo frutas, verduras y leguminosas principalmente. Seleccionaron 20 recetas (posterior a una degustación) que incluían ensaladas, sopas, platos fuertes, postres y salsas para ofrecerlas a un grupo focal de pacientes con ERC y sujetos control. Un evaluador acompañó al paciente durante el proceso: se ofreció una muestra de cada platillo y se llenó una encuesta de aceptabilidad (7-35 puntos) que evaluaba apariencia, aroma, sabor, olor, textura, factibilidad de incorporación a la dieta familiar, facilidad de preparación y accesibilidad de ingredientes. Los participantes calificaron cada aspecto con una escala tipo Likert de 5 puntos (1=me

disgusta mucho, 5=me gusta mucho). El paciente dio sugerencias de mejora y tuvo libertad de probar todos los platillos.

Resultados: Los platillos fueron evaluados por 20 participantes, 12 pacientes (prediálisis y hemodiálisis) y 8 controles. La edad promedio fue 46 ± 19 años y 15% presentaba diabetes.

Ensaladas, sopas y platos fuertes	Puntaje (x ± DE)	Acompañamientos, postres, salsas y bebidas	Puntaje (x ± DE)
Ensalada de zanahoria dulce	32.3 ± 3.8	Col rostizada	28.7 ± 6.7
Ensalada de nopales	33.1 ± 3.8	Frijoles fríos	34.0 ± 1.4
Bowl saludable	32.4 ± 4.1	Hotcakes de zanahoria	33.2 ± 2.4
Crema de morrón y elote	31.2 ± 4.3	Pink hotcakes	31.8 ± 3.5
Ceviche de garbanzo	32.2 ± 2.8	Mermelada de mandarina	31.4 ± 5.3
Pozolillo	31.5 ± 4.9	Chamoy de Jamaica	30.9 ± 8.7
Albóndigas de lenteja	32.3 ± 3.8	Chile con cacahuete	32.1 ± 4.5
Picadillo de lenteja	32.7 ± 3.5	Chile con jalapeño	31.8 ± 8.8
Pastor de soya	27.4 ± 5.2	Aderezo de cilantro	33.0 ± 2.4
Salpicón de res	31.8 ± 2.7	Influsión de sandía	33.0 ± 3.9
Enchiladas	31.8 ± 5.8		

Conclusiones: En general, la aceptabilidad de los platillos fue muy buena; los puntajes más bajos fueron para el pastor de soya y col rostizada, sin embargo, con las sugerencias se hicieron ajustes o recomendaciones de consumo. Los puntajes más altos fueron los frijoles fritos, hotcakes de zanahoria y ensalada de nopales. Por lo tanto, desarrollar material educativo que se adapte a las necesidades del paciente (sociales, culturales, económicas) puede facilitar la adherencia a recomendaciones que promuevan la calidad de consumo alimentario, asimismo, ampliar la variedad de preparaciones.



Riesgo de complicaciones infecciosas en pacientes con enfermedad renal crónica en terapia de reemplazo renal en la costa caribe colombiana (2019-2024).

Hemodiálisis, Diálisis Peritoneal y Nutrición

Concurso E-POSTER

Gustavo Aroca Martínez

Universidad Simón Bolívar, Colombia.

garoca1@clinicadelacosta.co

Diana Perea Rojas

Universidad Simón Bolívar, Colombia.

Valentina Pérez Jiménez

Centro de investigación Clínica de la Costa, Colombia.

Andres Cadena

Centro de investigación Clínica de la Costa, Colombia.

Introducción: La enfermedad renal crónica (ERC) es una patología progresiva caracterizada por una disminución persistente de la función renal, clasificada en estadios según la tasa de filtración glomerular (TFG). El estadio G5 requiere terapia de reemplazo renal (TRR) mediante hemodiálisis (HD) o diálisis peritoneal (DP). Aunque la DP mejora la calidad de vida, ambas modalidades presentan riesgos de complicaciones infecciosas, particularmente relacionadas con el catéter. Identificar factores de riesgo es clave para prevenir estas complicaciones y mejorar los resultados clínicos.

Objetivo: Caracterizar los factores de riesgo asociados a complicaciones infecciosas en pacientes con ERC estadio G5 en TRR, hospitalizados en un centro de salud de cuarto nivel en la Costa Caribe Colombiana (2019-2024).

Métodos: Estudio descriptivo transversal con 78 pacientes en TRR (HD o DP) y complicaciones infecciosas del catéter. Se analizaron variables sociodemográficas, clínicas y microbiológicas mediante revisión de historias clínicas. El estudio cumplió principios éticos internacionales y nacionales.

Resultados: Perfil de pacientes: Predominio masculino (56%), edades entre 27-59 años (62%) y nivel educativo primario (69%). Modalidad de TRR: Uso equilibrado de DP (51%) y HD (49%). Comorbilidades frecuentes: Hipertensión arterial (82%) y diabetes mellitus tipo 2 (36%). Infecciones: Hemocultivos positivos (59%), destacando *S. aureus* (43%). En cultivos peritoneales (51% positivos), *S. aureus* (55%) y *Pseudomonas aeruginosa* (10%) fueron los principales patógenos. Resistencia antimicrobiana: 16% en hemocultivos y 30% en cultivos peritoneales. Desenlace: Mortalidad del 26%, mayormente por shock séptico.

Tabla 1. Factores de riesgo asociados a infecciones del catéter

Variable	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Género		
Femenino	34	44
Masculino	44	56
Edad		
18-26 años	2	3
27-59 años	46	62
>=60 años	28	36
Escolaridad		
Primaria	54	69
Secundaria	24	31
Modalidad de TRR		
Hemodiálisis	38	49
Diálisis peritoneal	40	51
Antecedentes clínicos y comorbilidades		
Hipertensión arterial	64	82
Diabetes mellitus tipo 2	28	36
Infección previa de catéter	12	15
Cardiopatía	20	26
Obesidad mórbida	4	5

Discusión: El bajo nivel educativo y comorbilidades comunes agravan la vulnerabilidad a infecciones. *S. aureus* como principal patógeno subraya la necesidad de mejorar el cuidado del catéter y monitorear patrones de resistencia antimicrobiana. La preferencia regional por DP resalta sus ventajas en calidad de vida, aunque requiere atención rigurosa para prevenir infecciones peritoneales. La mortalidad observada refleja la urgencia de intervenciones integrales y personalizadas.

Conclusiones: Las infecciones del catéter en pacientes con ERC en TRR son frecuentes y graves. Es fundamental fortalecer la educación del paciente, la adherencia a protocolos de cuidado y las estrategias contra la resistencia antimicrobiana. Este enfoque puede mejorar la calidad de vida y reducir la mortalidad en esta población vulnerable.

Palabras clave: Enfermedad renal crónica, terapia de reemplazo renal, hemodiálisis, diálisis peritoneal, complicaciones infecciosas, factores de riesgo.



Tabla 2. Resultados de cultivos microbiológicos

Variable	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Hemocultivos		
Positivo	46	59
Negativo	32	41
Microorganismos principales en hemocultivos		
Staphylococcus aureus	20	43
Staphylococcus epidermidis	8	17
Otros (E. coli, K. pneumoniae, etc.)	18	40
Cultivos de líquido peritoneal		
Positivo	40	51
Negativo	38	49
Microorganismos principales en cultivos peritoneales		
Staphylococcus aureus	22	55
Pseudomonas aeruginosa	4	10
Candida albicans	4	10
Otros	10	25

Nota: Los datos presentados en estas tablas se basan en un análisis descriptivo de pacientes con ERC en terapia de reemplazo renal (TRR) hospitalizados entre 2019 y 2024.

Estudio comparativo de la supervivencia de la técnica en pacientes de inicio inmediato de diálisis peritoneal en el Hospital Carrión del Callao.

Hemodiálisis, Diálisis Peritoneal y Nutrición
Concurso E-POSTER
Trabajo original

Iliana Claudia Porta Bisares
Hospital Daniel Alcides Carrión, Peru
ilianaporta7@gmail.com

Alaciel Melissa Palacios Guillen
Hospital Nacional Daniel Alcides Carrion Del Callao-Lima, Perú.

Introducción: La diálisis peritoneal, es una modalidad de terapia de reemplazo renal, poco utilizada a nivel mundial. En Perú, la colocación de un catéter peritoneal es poco frecuente debido a que existen pocas unidades de DP donde haya nefrólogos entrenados para dicho procedimiento. Para los casos en que se decide iniciar con DP, la mayoría de las guías de práctica clínica recomiendan colocar un catéter de DP al menos 2 semanas antes de iniciar el tratamiento de DP a largo plazo llamado DP de inicio planificado o de inicio convencional. Sin embargo, muchas veces los pacientes se ven obligados a iniciar el tratamiento de diálisis con urgencia, cuando el catéter se ha colocado hace menos de dos semanas, debido a sobrecarga hídrica o síntomas urémicos, sobre todo en aquellos pacientes con ERC referidos tardíamente. No se han descrito casos como

inicio inmediato, inicio postimplante inmediato en nuestro país.

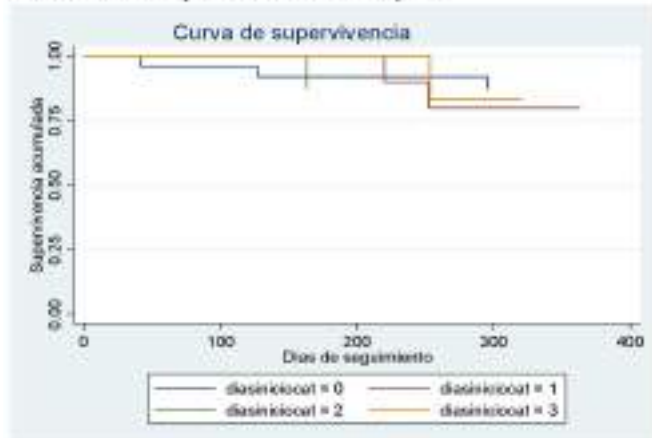
Objetivos: Evaluar la supervivencia a los 30 días, a los 6 meses y al año, de la técnica de implante en los pacientes incidentes en DP, con diferente tiempo de inicio de terapia, en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao. Demostrar que no se encuentran diferencias en cuanto a complicaciones tempranas con inicio inmediato de DP.

Materiales y Métodos: Cohorte retrospectiva que evaluó la supervivencia de los pacientes en DP desde enero de 2019 hasta el 31 de abril de 2024 con seguimiento hasta el 31 de mayo de 2024, en los diferentes tiempos de inicio de terapia. Para comparar las características generales de ambos grupos se utilizó χ^2 , y la prueba T Student. Se realizó el análisis bivariado calculando Hazard Ratio e intervalos de confianza al 95%. El análisis de regresión de Cox multivariado para evaluar el riesgo de fallecer ajustado al tiempo de inicio. Se calcularon con un método no paramétrico las estimaciones de Kaplan-Meier. Se utilizó la prueba estadística Log Rank para evaluar diferencias significativas entre las curvas de supervivencia. Se utilizó el programa Stata 17.

Resultados: Ingresaron 52 pacientes a DP como primera opción de terapia dialítica, desde enero de 2019 hasta el 31 de abril de 2024, con seguimiento hasta el 31 de mayo de 2024. El promedio de edad fue de 54,8 años. Fueron mujeres 57,6%. El promedio de días de inicio desde la colocación del catéter peritoneal fue de 3,7 días. La causa de ERC fue diabetes mellitus tipo 2 en 44,2%. Respecto al seguimiento, 90,4% de los pacientes no presentaron complicaciones tempranas. De las complicaciones: 1,9% del paciente del grupo de inicio inmediato presentó fuga, 5,8% migración del catéter que se resolvió con manejo médico, y 1,9% migración del catéter que requirió cambio de catéter. La supervivencia de la técnica fue del 100% de los pacientes a los 30 días, 94,2% a los 6 meses, con 24 pacientes de inicio inmediato, 10 de inicio a 1-3 días, 9 de inicio a 4-14 días, y 6 con inicio más de 14 días ($p=0.686$). La supervivencia de la técnica al año fue del 86,5% de pacientes, con 23 pacientes de inicio inmediato, 8 de inicio de 1-3 días, 9 de 4-14 días y 6 de más de 14 días. La probabilidad acumulada de supervivencia o tasa de supervivencia global al año 92% en inicio inmediato, 80% en inicio a 1-3 días, 87% de inicio a 4-14 días, y 83% con inicio más de 14 días.



GRÁFICO 1 Curva de supervivencia de la técnica de ingente.



Conclusión: Se verifica la supervivencia de la técnica del 100% de los pacientes a los 30 días, y más del 80% al año de inicio. No se han encontrado diferencias significativas en cuanto a complicaciones tempranas en los diferentes tiempos de inicio.

Frecuencia de discalemias en pacientes en diálisis peritoneal: Un estudio de cohorte del Sistema Nacional de Salud de la República Dominicana.

Hemodiálisis, Diálisis Peritoneal y Nutrición

Concurso ORAL

Trabajo original

Sergio O Hernandez Ordoñez

Macrotech, México.

contacto@soho-md.com

Erwin I Campos Echavarría

Macrotech, Dominican Republic.

Elianny S Polanco Brazoban

Macrotech, Dominican Republic.

Zulma B. Lara Mayorga

Macrotech, Dominican Republic.

Miguel A. Cuevas Budhart

Unidad de Investigación Médica en Enfermedades Nefrológicas, IMSS, México.

Alfonso Ramos

aramos@macrotech.com.do

MACROTECH, México.

Antecedentes: Las discalemias son alteraciones electrolíticas frecuentes en pacientes en diálisis peritoneal (DP), asociadas con desenlaces adversos. Su caracterización en poblaciones latinoamericanas sigue siendo limitada.

Objetivo: Describir la frecuencia de discalemias en pacientes en DP en una cohorte de pacientes en DP del Sistema Nacional de Salud (SNS) de la República Dominicana.

Métodos: Estudio de cohorte transversal de 1,080 pacientes prevalentes en DP > de 18 años. Se registraron variables bioquímicas, demográficas y clínicas. Se consideraron los pacientes con volumen urinario residual con ≥ 100 ml en 24 horas. Se evaluaron frecuencias simples, con medidas de tendencia central y dispersión. Para las diferencias entre grupos y debido a su heterogeneidad, se utilizó la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis. Para identificar diferencias en las medias, se utilizó la prueba de chi-cuadrado para variables categóricas. La población se estratificó en 3 grupos según los siguientes puntos de corte: hipocalcemia ≤ 3.5 mmol/L, hipercalcemia ≥ 5.1 mmol/L y normocalcemia para valores entre estos márgenes.

Resultados: La edad promedio fue de 56.4 ± 15.2 años; el 59% eran hombres; 91% hipertensos; y 48% con diabetes mellitus. El 67% utilizaba diuréticos y el 90% tenía volumen urinario residual ≥ 100 ml/día. El 83% de los pacientes en modalidad DPCA. La media de K sérico fue de 4.7 ± 0.83 mmol/L. La prevalencia de hipocalcemia fue de 8.1% (n=87), normocalcemia en 68.9% (n=744) e hipercalcemia en 23.1% (n=249).



(Tabla 1) Las variables que mejor explican la modificación del Potasio (K) fueron, Fósforo (P) ($p < 0.001$) y albúmina ($p = 0.004$). Se encontró una correlación positiva entre los niveles de P y K ($r = 0.253$, $p < 0.001$). La tabla 2 muestra las variables bioquímicas de acuerdo con el nivel de K. Las variables que mejor explican la hipocalcemia (modelo de regresión) son el P ($\beta = 0.603$, $p < 0.001$, IC 95%: 0.492-0.740), la albúmina

($\beta = 0.595$, $p = 0.016$, IC 95%: 0.389-0.909), los diuréticos ($\beta = 0.512$, $p = 0.009$, IC 95%: 0.309-0.847) y la modalidad de DP ($\beta = 1.866$, $p = 0.029$, IC 95%: 1.067-3.264). Las variables que mejor explican la hipercalcemia fueron la edad ($\beta = 1.024$, $p < 0.001$, IC 95%: 1.024-1.035), el P ($\beta = 1.361$, $p < 0.001$, IC 95%: 1.242-1.492) y la modalidad de terapia ($\beta = 2.367$, $p < 0.001$, IC 95%: 1.446-3.875).

TABLA 1: Características de la población.

	Total	Normocalcemia	Hipocalcemia	Hipercalcemia	P valor
	N=1,080	n=744	n=87	n=249	
Edad (año)	56.37 ± 15.2	55.74 ± 14.9	55.05 ± 16.6	58.72 ± 15.0	.057
Hombres	636 (58.8)	431 (57.9)	50 (57.5)	155 (62.2)	.469
Hipertensión	1,002 (90.8)	692 (93.0)	77 (88.5)	233 (93.6)	.263
Diabetes mellitus	517 (47.9)	349 (46.9)	36 (41.4)	132 (53.0)	.112
Uso de diuréticos (n 1,078)	725 (67.3)	507 (68.1)	45 (51.7)	173 (69.5)	.008
Tipo de membrana (n 1,032)					
Alto	88 (8.5)	63 (8.9)	6 (7.4)	19 (7.9)	.604
Promedio alto	370 (35.9)	250 (35.2)	35 (43.2)	85 (35.3)	
Promedio Bajo	400 (38.8)	270 (38.0)	31 (38.3)	99 (41.1)	
Bajo	174 (16.9)	127 (17.9)	9 (11.1)	38 (15.8)	
Tipo de terapia					
DPCA	891(82.5)	603 (81.0)	62 (71.3)	226 (90.8)	<.001
DPA	189 (17.5)	141 (19.0)	25 (28.7)	23 (9.2)	

* Los resultados se expresan en promedio +-desviación estándar o frecuencias absolutas y (porcentajes)

Tabla 2. Comportamiento de las variables en función del nivel de potasio sérico.

	Total	Normocalcemia	Hipocalcemia	Hipercalcemia	p-valor	
	n=977	n=712	n=81	n=233		
Peso (kg)	1038	70.42 ± 15.3	71.0 ± 15.5	65.9 ± 14.2	70 ± 14.8	.017
Altura (cm)	1053	164.4 ± 11.1	164.8 ± 9.5	161.5 ± 13.6	164.2 ± 14.2	.110
Índice de masa corporal (cm)	1053	25.1 ± 6.0	25.3 ± 6	23.8 ± 6.3	24.8 ± 6	.058
Volumen de orina/24h (mL)	1026	629.5 ± 612.7	644 ± 635.6	549.4 ± 549	612.8 ± 559.8	.525
Bioquímica sanguínea						
Fósforo (mg/dL)	540	5.2 ± 1.6	5.2 ± 1.6	4.3 ± 1.5	5.9 ± 1.9	.000
Albúmina sérica g/dl	1057	3.4 ± 0.5	3.5 ± 0.5	3.2 ± 0.7	3.5 ± 0.6	.004
Colesterol (mg/dL)	798	198 ± 53.6	200.3 ± 54.3	186.7 ± 45.9	197.9 ± 53.5	.365
Triglicéridos (mg/dL)	797	161.5 ± 95.1	164.4 ± 100.9	151.9 ± 86.6	155.9 ± 77.1	.793

Conclusiones: En la presente corte, la hipocalcemia se asoció con datos sugestivos de baja ingesta alimentaria o estado nutricional inadecuado: menores niveles de P, albúmina y peso corporal. La DPA se asoció con hipocalcemia, quizá como reflejo de mayor remoción de K.

La hipercalcemia fue el trastorno más frecuente con una asociación directa con valores elevados de P y mayor edad, así como

menor gasto urinario. Aquellos con DPCA tuvieron niveles más elevados de K.

La presencia de discalcemias debe interpretarse como un marcador de vulnerabilidad metabólica, que exige un enfoque individualizado en el seguimiento, particularmente en quienes conservan función renal residual o están expuestos a diuréticos. Estos hallazgos respaldan la necesidad de actualizar las estrategias de monitoreo y manejo, integrando parámetros



bioquímicos clave en los protocolos asistenciales para reducir riesgos y optimizar la seguridad clínica en esta población.

Con base en los resultados de este estudio, recomendamos que los pacientes en DPA y uso de diuréticos se evalúen los niveles de K regulares dado el riesgo de presentación de hipocalcemia."

Seguridad y eficacia de la inserción percutánea de catéteres de diálisis peritoneal por nefrólogos en un centro de tercer nivel

Hemodiálisis, Diálisis Peritoneal y Nutrición

E-Poster

Trabajo original

Natalia Wasmuth

Hospital Central del Instituto de Previsión Social, Paraguay.
natys7edge@gmail.com

Christyan Saldivar

Hospital Central del Instituto de Previsión Social, Paraguay.

Eligio Díaz

Hospital Central del Instituto de Previsión Social, Paraguay.

Roger Ayala Ferrari

Hospital Central del Instituto de Previsión Social, Paraguay.

Mirna Reinoso

Hospital Central del Instituto de Previsión Social, Paraguay.

Mario Cardozo

cardozomicheli@gmail.com

Hospital Central del Instituto de Previsión Social, Paraguay.

María del Carmen Romero

mariarom@ips.gov.py

Hospital Central del Instituto de Previsión Social, Paraguay.

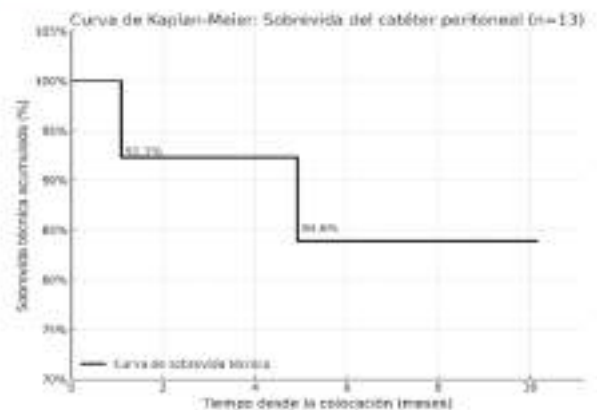
Introducción: La técnica percutánea para la inserción de catéteres peritoneales, realizada por nefrólogos, ha emergido como una alternativa segura y eficaz al abordaje quirúrgico tradicional, especialmente en centros donde se promueve la autonomía del equipo de nefrología y la expansión del acceso a la diálisis peritoneal (1,2). Esta práctica ha demostrado beneficios en términos de tiempos de espera, reducción de complicaciones operatorias y costos hospitalarios, sin comprometer los resultados clínicos (3). El objetivo del presente estudio fue evaluar la sobrevida técnica y el perfil de seguridad de la inserción percutánea de catéteres de diálisis peritoneal por nefrólogos en un centro de alta complejidad.

Métodos: Estudio de cohorte retrospectivo realizado en el área de Diálisis Peritoneal del Hospital Central del Instituto de Previsión Social (IPS), Paraguay. Se incluyeron 13 pacientes consecutivos a quienes se les colocaron catéteres peritoneales tipo pigtail mediante técnica de Seldinger modificada entre julio de 2023 y mayo de 2025. Se recolectaron variables clínicas, técnicas y de complicaciones. El evento fue el retiro del catéter; la censura, el óbito o la continuidad en diálisis. La sobrevida técnica se estimó mediante el método de Kaplan-Meier. Se utilizaron pruebas T para comparación de medias y la prueba

exacta de Fisher para evaluar asociaciones entre variables categóricas. Se consideró un valor de $p < 0,05$ como estadísticamente significativo. El análisis fue realizado con Python y paquetes estadísticos especializados para datos biomédicos.

Resultados: Edad media: 60,8 años (rango: 42–81); 61,5 % mujeres. La etiología predominante fue DMT2/HTA (76,9 %). Se registraron 2 retiros de catéter (15,4 %), 2 complicaciones mecánicas (15,4 %) (una migración tardía y una fuga pericatóter), ocurridas a los 33 y 150 días posteriores a la colocación, y 1 peritonitis (7,7 %). La curva de Kaplan-Meier mostró una sobrevida técnica acumulada de 92,3 % a los 33 días (≈ 1 mes) y de 84,6 % a los 150 días (≈ 5 meses), valor que se mantuvo sin variaciones hasta los 12 y 22 meses de seguimiento. No se observaron nuevos retiros de catéter tras el quinto mes. No hubo diferencias significativas según edad ($p = 0,08$), sexo ($p = 0,49$), etiología ($p = 1,0$) ni peritonitis ($p = 0,15$). La presencia de complicaciones mecánicas se asoció significativamente con el retiro del catéter ($p = 0,013$).

Figura 1.



Curva de Kaplan-Meier que muestra la sobrevida técnica acumulada de catéteres peritoneales. La sobrevida fue del 92,3 % al primer mes (33 días) y del 84,6 % a los 150 días (≈ 5 meses), sin nuevos eventos hasta los 22 meses.

Conclusión: La inserción percutánea de catéteres peritoneales realizada por nefrólogos demostró ser una técnica segura, eficaz y clínicamente válida para el inicio de la diálisis peritoneal. La alta sobrevida técnica observada y el bajo perfil de complicaciones se alinean con las recomendaciones internacionales de calidad para la terapia, que destacan la importancia de un acceso funcional y seguro como base de una prescripción efectiva de diálisis (4). Aunque se trata de una cohorte pequeña y retrospectiva, los hallazgos refuerzan la utilidad y viabilidad de esta práctica en centros con experiencia nefrológica.



Causas de hospitalización y factores de riesgo en pacientes mexicanos con diálisis peritoneal continua ambulatoria: experiencia de un hospital de segundo nivel de atención

Hemodiálisis, Diálisis Peritoneal y Nutrición

E-Poster

Trabajo original

Pamela Soto-Santillán

Petróleos Mexicanos, México.

pamss1721@yahoo.com

Cynthia Jacinto García

IMSS, México.

Cristian Ruiseñor Britz

IMSS, México.

Juan Fernando Barron Momox

IMSS, México.

Introducción: Las causas más frecuentes de hospitalización en enfermedad renal crónica en sustitución de la función renal descritas por García-Romero et al., siendo las causas principales el desequilibrio electrolítico, que incluyó hiperpotasemia, hipocalcemia, hiperfosfatemia, hipomagnesemia, peritonitis bacteriana secundaria asociada a diálisis, cambio a hemodiálisis, disfunción del catéter de Tenckhoff, sobrecarga hídrica.

Material y Métodos: Se incluyeron pacientes con enfermedad renal crónica KDIGO 5 en terapia renal sustitutiva en modalidad diálisis peritoneal continua ambulatoria, con más de 3 meses de su inclusión en el programa de diálisis. Incluimos a 284 pacientes con múltiples etiologías de ERC como hipoplasia renal, siendo la causa más común en aquellos menores de 35 años, nefropatía diabética e hipertensiva, siendo la etiología no filiada una causa común en nuestro hospital.

Resultados: en relación a las comorbilidades la más frecuente fue la hipertensión arterial sistémica en ambos grupos, seguida de diabetes mellitus tipo 2 que fue más común en el grupo de pacientes mayores de 65 años. En relación a obesidad se presentó de forma similar entre ambos grupos, de igual forma el diagnóstico previo de insuficiencia cardíaca de fracción de eyección reducida.

El síndrome cardiorenal tipo 4 fue más prevalente en el grupo de pacientes mayores de 65 años, siendo diferente entre los dos grupos evaluados con una $p=0.005$. La causa más común de ingreso hospitalario fue la sobrecarga hidrosalina, seguida de peritonitis con choque séptico asociado, derrame paraneumónico y neumonía.

Realizamos un análisis de regresión logística binaria donde incluimos obesidad OR 0.96(0.40-2.59), diabetes fuera de metas

OR 0.89(0.78-3.24), disnatremia sintomática OR 0.70(0.31-2.17), desnutrición proteico-calórica OR 0.87(0.44-2.58) sin identificar factor de riesgo para mortalidad pero sí múltiples con tendencia al riesgo.

Conclusiones: la causa más común de ingreso fue sobrecarga hidrosalina, con la limitante de la población incluida que no nos permitió dilucidar con certeza los factores de riesgo.

El “duro” y oculto costo del agua en la planificación de centros de diálisis

Electrolitos, Agua, Acido-Base y Litiasis

Concurso E-POSTER

Trabajo original

Isaac Silva

Clínica de los riñones MENYDIAL, Ecuador.

luzuriagajaim@yahoo.es

Juan Santacruz

Clínica de los Riñones MENYDIAL, Ecuador.

Cristóbal Santacruz

Menydia, Ecuador.

Introducción: La hemodiálisis es una terapia vital, pero altamente demandante en recursos. Cada sesión puede consumir hasta 500 litros de agua, lo que plantea crecientes preocupaciones económicas y ambientales. Mientras que las normativas clínicas se centran en la calidad microbiológica y química del agua, la dureza (concentración total de partículas sólidas suspendidas en agua) sigue siendo una variable subestimada en la planificación técnica y económica de los centros de diálisis. El agua dura acorta la vida útil de las membranas, aumenta el consumo de sal y la demanda energética. El objetivo del estudio fue reconocer el impacto económico del tratamiento del agua dura antes de su purificación para uso en diálisis, destacando cómo esta condición influye en la carga operativa y en la viabilidad a largo plazo de los sistemas de tratamiento.

Métodos: Se llevó a cabo un estudio observacional de corte transversal en cinco ciudades de la región andina del Ecuador, recopilando información entre 2020 y 2024. Se analizaron informes oficiales de calidad del agua, registros de costos operativos e insumos utilizados en el tratamiento de agua para hemodiálisis. Las variables incluyeron la dureza del agua (expresada en partes por millón, ppm), el consumo de sal para regeneración de ablandadores, la vida útil de las membranas de ósmosis inversa, los costos de mantenimiento de la infraestructura de pretratamiento y el costo por metro cúbico de agua tratada. Las ciudades fueron clasificadas según el nivel de dureza del agua (suave, levemente dura, dura y muy dura), y se realizaron análisis descriptivos y comparativos para evaluar las diferencias en los costos operativos asociados al tratamiento del agua en función de su dureza basal.



Resultados: La dureza del agua osciló entre 43 y 286 ppm. Las ciudades con niveles de agua dura (>125 ppm) presentaron un aumento del 35–50 % en consumo de sal, duplicaron la frecuencia de recambio de membranas y mostraron hasta un 75% más de gasto anual en el proceso de tratamiento de agua. El costo por metro cúbico de agua tratada pasó de \$0,025 (dureza suave) a \$0,045 con agua muy dura. La relación entre dureza y costo fue directa y más pronunciada donde no existía pretratamiento centralizado. La supervivencia de las membranas fue significativamente menor (60%).

Conclusión: La dureza del agua es un determinante silencioso pero crítico en la viabilidad técnica y económica de los centros de diálisis. Evaluarla desde la etapa de planificación permite optimizar inversiones, prevenir sobrecostos y avanzar hacia modelos de atención más sostenibles, equitativos y de precisión. Este estudio propone incorporar el análisis de dureza como práctica estándar en la planificación de servicios nefrológicos, particularmente en entornos con calidad de agua variable.

Referencias:

1. David Garrido, et al. Patients on hemodialysis programs: A multicenter cross-sectional study. REV SEN [Internet]. 2025 Mar ;13(2):91-7. Doi: <https://doi.org/10.56867/106>
2. Alemán-Iñiguez JM, Alemán-Iñiguez PJ. Lumbalgia atípica por plasmocitoma óseo solitario coexistente con absceso de psoas: dos entidades distintas en una misma localización. Rev Hematol Mex 2014; 15 (3): 129-136. <https://www.mediagraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=52627>
3. Alemán-Iñiguez J, Alemán-Iñiguez P. Higher prevalence of diabetic peripheral neuropathy associated with secondary hyperparathyroidism. Endocrinol Insights (2023) 18 (3-4): 143–148. <https://doi.org/10.26497/AO210011>

Nota del Editor

REV SEN se mantiene neutral con respecto a los reclamos jurisdiccionales sobre mapas publicados y afiliaciones institucionales.
