



P-129 - REDUCCIÓN DE HIPOGLICEMIAS E IMPACTO EN EL ESTADO NUTRICIONAL EN PACIENTES CON DIABETES Y ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA TERMINAL EN HEMODIÁLISIS

A. Lupiáñez Barbero^a, P. Gil Millán^{b,c}, S. Caparrós Molina^d, A. Ribas^e, I. de León-Ponce de León^f, C. Alfaro-Sánchez^d y S. Martínez-Vaquera^d

^aNutrición, Diaverum, Barcelona, España. ^bServicio de Endocrinología, Hospital Vall d'Hebron, Barcelona, España. ^cEndocrinología, Diaverum, Barcelona, España. ^dDirección Médica, Diaverum, Barcelona, España. ^eSupervisión de Enfermería, Diaverum, Barcelona, España. ^fIT Manager, Diaverum, Barcelona, España.

Resumen

Introducción y objetivos: La diabetes es la primera causa de enfermedad renal crónica en hemodiálisis (HD). Estos pacientes tienen alto riesgo de empeoramiento nutricional y de hipoglicemias graves. Conocer el estado nutricional y perfil metabólico de los pacientes con DM en HD y analizar de forma prospectiva su evolución tras estrategias de intervención.

Material y métodos: Estudio longitudinal con 57 pacientes con DM2 en HD tratados con insulina seguidos en Diaverum® durante 2022-2023. Se recogieron datos demográficos, comorbilidad asociada, acceso vascular, cribado nutricional (desgaste proteico-energético, DPE versión abreviada) y marcadores nutricionales: albúmina, tasa de catabolismo proteico (PCRn), peso seco (PS), ángulo de fase (AF) obtenido por biomedición segmental *inbody* S10. Se recogieron datos relativos al tratamiento con fosfatos intradiálisis (FI), suplementación nutricional oral (SNO), comidas a domicilio facilitada por servicios sociales (CAD) y estimulantes del apetito (EA). En cada sesión de HD, se descargaron los glucómetros, en la plataforma smartpixonline de Roche Diabetes Care®. La pauta insulínica se ajustó según criterio médico. Los datos se expresaban como glucosa media mensual (GMM) (mg/dL), porcentaje de distribución de glucosa: inferior al rango (GDR) 180 mg/dL. Se utilizó test no paramétricos. Significancia estadística p 0,05.

Resultados: Edad $71,60 \pm 10,74$ años, 63,2% eran hombres, 94,7% DM2. La HbA_{1c} $6,62 \pm 1,18\%$. Un 33,3% era de origen extracomunitaria. Un 49,1% presentaba nefropatía diabética como causa renal primaria. Un 58% se dializaban mediante FAVI, el IC Charlson $8,84 \pm 2,55$ y un 47,4% estaban excluidos para TR. A lo largo del seguimiento un 14% fueron *exitus*, un 31,6% trasplante renal y 5,3% traslado de centro. El 50,9% estaban con insulina basal, 33,3% con bolo-basal, 7% con premezclas y 8,8% con insulina correctora. La media de autocontroles de glicemias capilares diaria era de $2,99 \pm 2,30$. El 14% tenían pautada SNO, 8,8% FI, 8,8% EA y 7% CA. El AF total fue $4,45 \pm 1,14$, albúmina total $3,63 \pm 0,32$ mg/dL, PCRn total $1,03 \pm 0,24$ g/kg/d, IMC total $26,81 \pm 5,67$ kg/m². Al inicio, un 69,6% presentó algún grado de desnutrición vs. 30,4% normonutrición. Se observó un descenso del PS, albúmina, HbA1c y puntuación del cribado DPE a los 6 m (p 0,05). Al año se observó aumento del PS (p 0,05). Respecto el control metabólico, se observó una reducción del TBR en 2023 respecto 2022 ($5,66\% \pm 13,38$ vs. $2,56 \pm 8,78$ p 0,011).

Conclusiones: Los pacientes con DM en HD son más añosos, más comórbidos, más desnutridos y más frágiles. El control metabólico mejora la glicemia y el tiempo en hipoglicemia. La complejidad del paciente y

la alta tasa de trasplante pone de manifiesto la necesidad de un abordaje multidisciplinar.