



48 - MORBIMORTALIDAD ASOCIADA A HIPONATREMIA EN PACIENTES NO CRÍTICOS CON NUTRICIÓN PARENTERAL. ESTUDIO MULTICÉNTRICO

A. Ortola^a, E. Gómez^a, M.D. del Olmo^b, A. Herrero^c, J. Álvarez^d, C. Tejera^e, S. Herranz^f, I. Bretón^h, M.Á. Martínez^g y D. de Luis^a

^aHospital Clínico de Valladolid. Centro de Investigación en Endocrinología y Nutrición. Universidad de Valladolid. España. ^bServicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Severo Ochoa. Madrid. España. ^cServicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario de Salamanca. España. ^dServicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Madrid. España. ^eServicio de Endocrinología y Nutrición. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol. A Coruña. España. ^fServicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital General Universitario de Guadalajara. España. ^gComplejo Hospitalario de Santiago de Compostela. A Coruña. España. ^hHospital Gregorio Marañón. Madrid. España.

Resumen

Introducción: La hiponatremia (hipoNa) (natremia 135 mmol/L) es el trastorno electrolítico más frecuente en la práctica clínica e implica una mayor morbilidad y mortalidad.

Objetivos: Conocer la morbilidad asociada a HipoNa en pacientes no críticos con nutrición parenteral (NP).

Métodos: Estudio prospectivo, multicéntrico. Se reclutaron 543 pacientes no críticos con NP total de 19 hospitales, durante 9 meses. Se recogieron características demográficas, estancia hospitalaria (EH -días-) y mortalidad intrahospitalaria, así como la natremia (mmol/L) al inicio y durante la NP. Análisis estadístico: chi-cuadrado, análisis univariante y regresión logística.

Resultados: Un 60,2% fueron varones, con una edad de 67 [RIQ 57-76] años. Se detectó HipoNa en el 29,8%. La mediana de EH fue de 22 [15-36] y la tasa de mortalidad fue del 13,6%. El porcentaje de HipoNa fue: 26% en mínimo, 16,1% en el P25, 10,1% en el P50 y 4,8% en P75 de todas las natremias de cada uno de los pacientes. La tasa de mortalidad fue de un 22,5% en los pacientes con HipoNa frente a un 9,8% en aquellos sin HipoNa ($p < 0,001$). En el análisis de regresión logística, tras ajustar por edad, sexo, comorbilidades previas, desnutrición, duración de la NP, complicaciones infecciosas y complicaciones metabólicas, la hipoNa se asoció a una mayor mortalidad (OR 1,83 [IC95%: 1,03-3,24]; $p = 0,039$); aumentando el riesgo en la HipoNa mantenida (75% de las natremias 135), con una OR 3,99 [IC95%: 1,52-10,4] ($p = 0,005$). La frecuencia de EH > 22 fue de un 61,5% en los pacientes con hipoNa vs 41,4% sin hipoNa ($p < 0,001$). En el análisis de regresión logística, tras ajustar por los factores de comorbilidad, la HipoNa se asoció a mayor EH (OR 1,83; IC95%: 1,15-2,91; $p = 0,010$).

Conclusiones: En pacientes con NP la HipoNa se asoció de forma independiente a una mayor mortalidad, aumentando más el riesgo en la HipoNa mantenida. También se encontró una asociación independiente entre la HipoNa y una mayor EH.