



## 202 - DETECCIÓN DE HIPONATREMIA DURANTE NUTRICIÓN PARENTERAL: LÍMITES DE LA CORRECCIÓN POR PROTEÍNAS TOTALES EN LA DETERMINACIÓN DE NATREMIA POR MÉTODO INDIRECTO. ESTUDIO PROSPECTIVO MULTICÉNTRICO (PÓSTER PRESENTADO)

E. Gómez Hoyos<sup>a</sup>, A. Ortola Buigués<sup>a</sup>, A. Vidal Casariego<sup>b</sup>, Y. García Delgado<sup>c</sup>, M.J. Ocón Bretón<sup>d</sup>, A.L. Abad González<sup>e</sup>, L.M. Luengo Pérez<sup>f</sup>, M.J. Tapia Guerrero<sup>g</sup>, P. Matía Martín<sup>h</sup> y D.A. de Luis Róman<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Centro de Investigación de Endocrinología y Nutrición. Facultad de Medicina. Valladolid. <sup>b</sup>Complejo Asistencial de León. <sup>c</sup>Hospital Insular de Gran Canaria. <sup>d</sup>Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. <sup>e</sup>Hospital General de Alicante. <sup>f</sup>Hospital de Badajoz. <sup>g</sup>Hospital Regional Universitario de Málaga. <sup>h</sup>Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

### Resumen

**Introducción:** En los pacientes con nutrición parenteral (NP) es frecuente la hipoproteinemia. Ésta implica un infradiagnóstico de la hiponatremia (HipoNa) mediante el método indirecto de determinación de electrolitos. Por ello, se recomienda el uso del método directo y en su ausencia la corrección de la natremia (NaS) por PT-proteínas totales-(NaS-PT).

**Objetivos:** Evaluar la frecuencia de HipoNa con la NaS-PT (HipoNa-PT) y su morbimortalidad asociada.

**Métodos:** Estudio prospectivo, multicéntrico (19 hospitales) durante 9 meses. Se reclutaron 542 pacientes no críticos con NP. Se recogieron características demográficas, patologías previas, estado nutricional, mortalidad y estancia hospitalaria (EH). NaS, glucemia y PT cada 2-3 día. Chi-cuadrado y análisis de regresión logística.

**Resultados:** Un 60,2% fueron varones, con una edad de 67 [57-76] años. Un 80% presentaron HipoPT (PT 6,5 g/dl). Se detectó HipoNa en un 30% de los pacientes e HipoNa-PT en un 72,4% (p 0,001). La mortalidad en pacientes con y sin HipoNa fue de 22,5% y 9,8%, respectivamente. A su vez, con y sin HipoNa-PT fue de 15,7% y 7,7% (p 0,018). Tras ajustar por edad, sexo, comorbilidades previas, desnutrición, duración de la NP, complicaciones infecciosas y metabólicas, la HipoNa-PT no se asoció a una mayor mortalidad OR 1,39 [IC95%: 0,68-2,89]. Sin embargo, si la HipoNa OR 1,83 [IC95%: 1,03-3,24]. La EH > 22 días en los pacientes con y sin HipoNa fue de 61,5% frente a 41,4%, respectivamente (p 0,001). En los pacientes con y sin HipoNa-PT fue de 51,7% y 38,2% (p 0,006). Tras ajustar por los factores de comorbilidad, la HipoNa-PT tampoco se asoció a mayor EH, OR 1,36 [0,86-2,17]. Sin embargo, si la HipoNa, OR 1,83; IC95%: 1,15-2,91.

**Conclusiones:** La corrección de la NaS por PT incrementa la frecuencia de HipoNa. Sin embargo, la HipoNa-PT corregida por PT no se asocia con una mayor morbimortalidad. Probablemente, sea necesario determinar la NaS por método directo en lugar de la corrección por PT.