



283 - TRATAMIENTO ACTUAL de LA HIPONATREMIA EN PACIENTES NO CRÍTICOS CON NUTRICIÓN PARENTERAL. ESTUDIO MULTICÉNTRICO

E. Gómez^a, A. Ortola^a, A. Vidal^b, Y. García^c, M.J. Ocón^d, Á.L. Abad^e, L.M. Luengo^f, P. Matía^g, M.J. Tapia^h y D. de Luis^a

^aHospital Clínico Universitario de Valladolid. Centro de Investigación en Endocrinología y Nutrición. Universidad de Valladolid. España. ^bServicio de Endocrinología y Nutrición. Complejo Asistencial Universitario de León. España. ^cServicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. España. ^dServicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. España. ^eServicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital General Universitario de Alicante. España. ^fServicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Infanta Cristina. Madrid. España. ^gServicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. España. ^hServicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Regional Universitario de Málaga. España.

Resumen

Introducción: El tratamiento adecuado (TA) de la hiponatremia (hipoNa), en base al tipo y etiología de la misma, se ha relacionado con una mayor eficacia y descenso de morbimortalidad. Esta alteración está presente hasta en un tercio de los pacientes con nutrición parenteral (NP).

Objetivos: Describir el manejo terapéutico actual de la hipoNa en los pacientes no críticos con NP.

Métodos: Estudio prospectivo, multicéntrico. Se reclutaron 162 pacientes no críticos con NP total e hipoNa (natremia-NaS- < 135 mmol/L) durante un periodo de 9 meses, procedentes de 19 hospitales. Se recogieron características demográficas, patologías previas, fármacos y datos clínicos relacionados con la hipoNa. Así como: volemia (V), analítica específica de hipoNa, tipos de tratamiento, NaS al inicio y durante la NP. Análisis estadístico: chi-cuadrado.

Resultados: Un 53,7% fueron varones, con edad media de $66,4 \pm 13,8$ años. Un 68,5% de los pacientes recibió tratamiento, de ellos fue adecuado en un 55%. Según el tipo de hipoNa recibieron TA: 45,9% en la Eu-V (un 47% en la elevación fisiológica de ADH o EF-ADH y un 52% en el síndrome de secreción inapropiada de ADH o SIADH), 75% en la hipo-V y 77,8% en la hiper-V, $p = 0,012$. La eunatremia-EuNaS- (NaS > 135 mmol/L) a las 48-72 horas del inicio del tratamiento se alcanzó en el 61,7% de los pacientes: 55,6% de los Eu-V (42,5% en el SIADH vs 87,5% en la EF-ADH, $p = 0,002$), 78,6% de los hipo-V y 68,8% hiper-V ($p = 0,222$). Tras comparar los pacientes con y sin TA el porcentaje de EuNaS fue de 70,9% vs 29,1%, respectivamente ($p = 0,022$). Entre los pacientes con SIADH, alcanzaron la EuNaS un 47,6% con TA frente a un 35,3% sin TA, $p = 0,444$).

Conclusiones: En pacientes con NP, se obtiene una mayor corrección de la hipoNa con el tratamiento adecuado. El tipo de hipoNa que presenta mayor dificultad en su abordaje terapéutico es la euvolémica, particularmente el SIADH.