

¿DE QUÉ DEPENDE NUESTRA PRESCRIPCIÓN DE SODIO EN HEMODIÁLISIS?

Sofía Ortego Pérez¹, Alicia Sobrino Pérez¹, Abraham Rincón Bello¹, Diana Samaniego Toro¹, María Macarena Navarro García¹,
Ramón Devesa Such¹, María Eva Baró Salvador¹

¹ Departamento Médico, Fresenius Medical Care, Madrid, España.

INTRODUCCIÓN

Una mayor concentración de Na en el dializado (NaD) puede promover mayores ganancias interdialis y sobrehidratación, grandes determinantes del control de tensión arterial (TA) en los pacientes en hemodiálisis (HD); sin embargo, una disminución de la misma puede aumentar el riesgo de eventos intradiálisis. La individualización del NaD puede ayudarnos a mejorar el control de estos parámetros.

El objetivo de nuestro estudio fue analizar cómo prescribimos el Na D, así como estudiar con qué variables se relaciona.

MATERIAL Y MÉTODOS

Análisis observacional transversal de 1240 pacientes en HD crónica de 49 clínicas de diálisis de toda España. De octubre a diciembre de 2023 recogimos variables demográficas, antropométricas, analíticas, NaD, TA-prediálisis, medicación hipotensora y eventos intradiálisis.

RESULTADOS

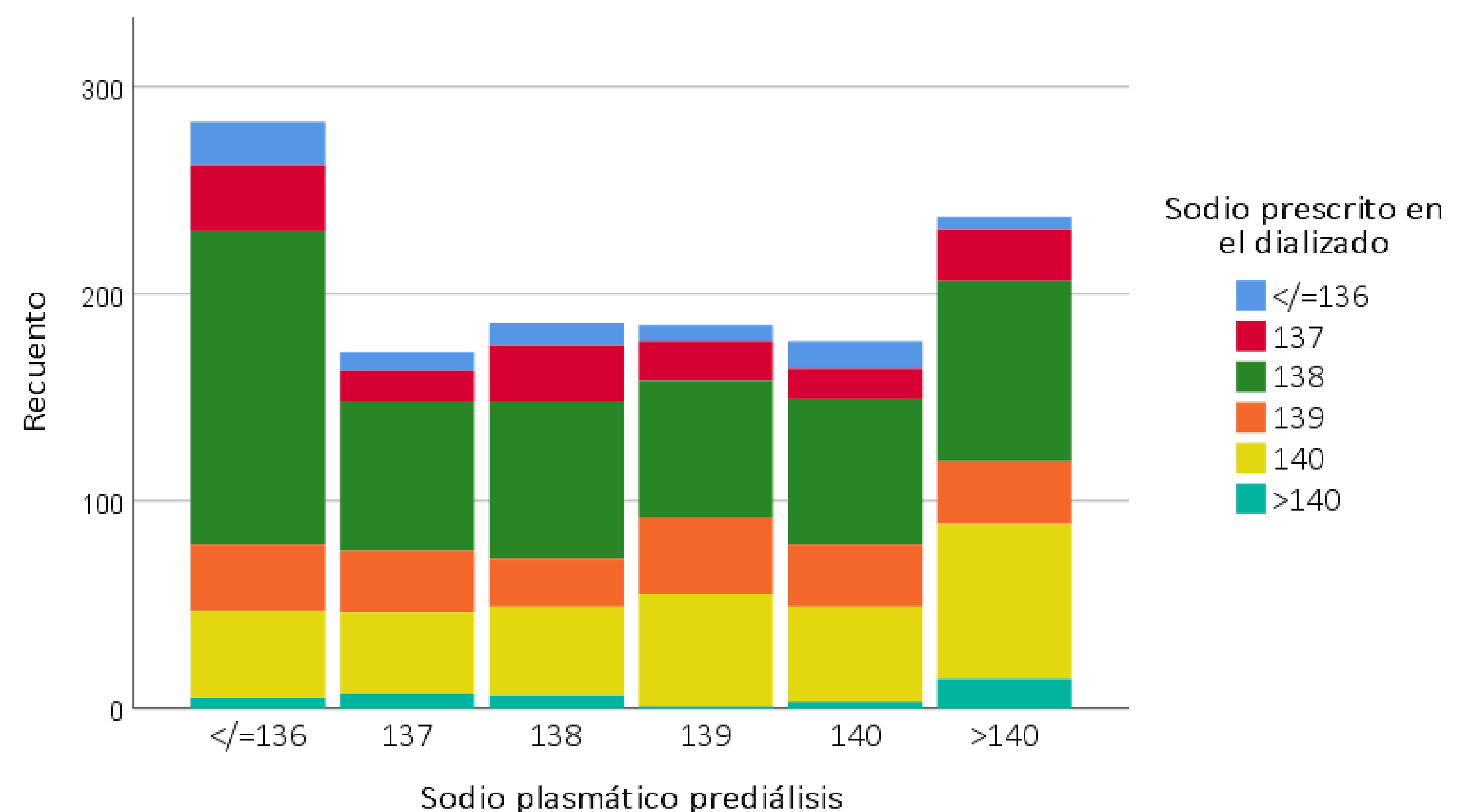
Estudiamos 1240 pacientes, de 72±13 (25-98) años; 743 (59,9%), hombres. El Índice de Charlson ajustado por edad fue 7±2,6 (2-9). El tiempo medio en diálisis fue 112±77 (49-570) meses. El 58,5% de los pacientes se encontraban en HDF-online y el 41,5% en HD-convencional. La proporción FAV/CVC fue 61,4%/38,6%.

La media de NaD fue 138,4±1,3 (133-143)mmol/l, el Na plasmático (NaP), 138±2,6 (127-146)mmol/l. La media de fármacos antihipertensivos fue de 1±1,1 (0-5) por paciente, la TAS-preHD de 137,2±23,7 (69,3-228,7)mmHg y TAD-preHD 64±12,9 (31,7-119)mmHg. La sobrehidratación relativa preHD fue de 10,2±8,1 (-47,4 - 50,8)%. La media de eventos intradiálisis/paciente/sesión fue: calambres 0,069±0,256 (0-3,667), hipotensión 0,265±0,681 (0-12), hipertensión 0,037±0,231 (0-3,333) y arritmias 0,006±0,061 (0-1).

En el diagrama de la derecha se puede observar la distribución de pacientes con diferentes prescripciones de NaD en función del NaP prediálisis.

Las relaciones encontradas entre el NaD y las variables analizadas se reflejan en la Tabla 1.

Distribución del sodio prescrito según los niveles de sodio plasmático prediálisis



	UNIVARIANTE		MULTIVARIANTE	
	r / $\mu \pm \sigma$	p	Coef. Estandarizado β	p
Mujer / Hombre	138,57±1,33 / 138,37±1,35	0,012	0,056	0,037
HD/HDF	138,64±1,30 / 138,32±1,40	<0,001	-0,126	<0,001
Edad	0,107	<0,001	0,051	0,106
Na ⁺ plasmático (Na _P)	0,145	<0,001	0,132	<0,001
Nº Fármacos Antihipertensivos / paciente	-0,129	<0,001	-0,013	0,663
TAS prediálisis	-0,291	<0,002	-0,221	<0,001
TAD prediálisis	-0,243	<0,003	-0,065	0,102
Nº hipotensiones intradiálisis /paciente/sesión	0,103	<0,004	0,084	0,002
Nº hipertensiones intradiálisis /paciente/sesión	-0,1	<0,005	-0,037	0,176

Tabla 1. Análisis Univariante: prueba T para diferencias en Na_D entre hombres/mujeres; correlaciones lineales estadísticamente significativas entre Na_D y las variables analizadas. Análisis multivariante: regresión lineal para relación de dependencia entre el Na_D y las variables estudiadas.

RESULTADOS

En nuestro estudio se observa que el NaD prescrito presentó una relación lineal débil con el NaP de los pacientes y una relación negativa con las cifras de TAS, siendo los pacientes con cifras más elevadas a los que se les prescribió menor NaD. Los pacientes en HD-convencional también tenían NaD prescrito más elevado. Hacen falta más estudios que nos permitan ver las implicaciones clínicas que estos hallazgos pueden tener.