



6033-10. COMPARACIÓN DE INCIDENCIA Y GRAVEDAD DE HIPERPOTASEMIA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA, SEGÚN LUGAR DE EXTRACCIÓN DE ANALÍTICA: CENTRO DE SALUD VS CENTRO HOSPITALARIO. ESTUDIO UNICÉNTRICO

María G. Crespo-Leiro¹, Victoria Suárez-Ulloa², Carmen Naya-Leira¹, Cristina Riveiro-Rodríguez¹, María J. Paniagua-Martín¹, Gonzalo Barge-Caballero¹, David Couto-Mallón¹, Marta Sagastagoitia-Fornie¹, Paula Blanco-Canosa¹, Zulaika Grille-Cancela¹, Guillermo Vázquez-González², José Manuel Vázquez-Rodríguez¹ y Eduardo Barge-Caballero¹

¹Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, CIBERCV. ²Servicio de Informática, CIBERCV, Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.

Resumen

Introducción y objetivos: La hiperpotasemia (HK) limita el tratamiento de los pacientes con IC. El $K^+ > 5$ y 5,4 impide el inicio o titulación de antagonistas receptor mineralocorticoide (ARM) y ARNI/IECAS/ARB respectivamente. El retraso en el análisis tras la extracción sanguínea puede aumentar el K^+ . Ya que la analítica rutinaria se suele extraer en centro de salud (CS), con distancias variables al laboratorio de análisis en el centro hospitalario (CH), se desconoce cómo afecta la HK y decisiones clínicas. En nuestra Unidad, si $K^+ > 5$ en analítica del CS, se repite el día de la consulta. Objetivos: Comparar la frecuencia y gravedad de HK en extracciones analíticas realizadas en CS de nuestra área sanitaria y transportadas al laboratorio central del CH (LC-CH) con las extraídas en el CH, y analizadas en el laboratorio Urgencias del CH (LU-CH).

Métodos: Estudiamos 9.660 determinaciones K^+ de analíticas extraídas en CS y analizadas en LC-CH, (01/2018-12/2019). Se seleccionaron, para comparar las medias de valores K^+ : grupo 1) 163 casos con una segunda determinación K^+ en LU-CH, en ? 4 días y grupo 2) 71 casos en que existían del mismo día 2 analíticas extraídas en el CH y analizándose en LC-CH y LU-CH, respectivamente.

Resultados: En las 9.660 analíticas extraídas en CS, 1.832 (19%) tenían $K^+ > 5$ y 552 (6%) $> 5,4$. La comparación de ambas medidas de K^+ (las 9.660 CS y 163 CH) demostró un valor de K^+ estadísticamente significativo mayor en CS vs CH (diferencia media $0,40 \pm 0,08$ mEq/ml (IC 0,05)). Sin embargo, no hubo diferencias significativas entre K^+ en ambos laboratorios (LU-CH y LC-CH) en grupo 2) diferencia media $0,07 \pm 0,06$ mEq/ml (IC 0,05). Para el grupo 1, en 131 (80%) de los casos se observó un $K^+ > 5$ en la primera determinación (CS/LC-CH); en 69 (53%) de estos casos, la segunda determinación CH/LU-CH mostró un $K^+ 5,4$ en la primera determinación; en 28 (78%) de ellos, la segunda determinación mostró un $K^+ 5,4$.

Conclusiones: En pacientes con IC, observamos una prevalencia HK de 19% y 6%, respectivamente, según puntos de corte $K^+ > 5$ y $K^+ > 5,4$, en extracciones en CS analizadas en LC-CH. La repetición analítica in situ en el CH solo confirmó un HK > 5 en el 50% de los casos e HK $> 5,4$ en el 27% de los casos. Se aconseja confirmar in situ el valor de K^+ antes de modificar tratamiento por HK.