Rev Clin Esp. 2015;215 (Espec Congr):351

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

G-007 - DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO DE ACIDOSIS LÁCTICA. UN RETO MULTIFRENTE

J. Medina García[1], M. Gómez Álvarez[1], E. Calderón Ledezma[1], M. Monedero Prieto[1], C. Muñoz Darias[2]

[1]Servicio de Medicina Interna. [2]Codificación Gestión. Complejo Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife.

Resumen

Objetivos: Demostrar la dificultad en la búsqueda retrospectiva de acidosis láctica al codificar las altas mediante GRD. Estimar su papel potencial como factor pronóstico en cuanto a estancias, mortalidad, reingreso y necesidad de técnicas de reemplazo renal (TRR).

Métodos: Solicitud al Servicio de Gestión de listado de altas hospitalarias (adultos) con el término “acidosis’ en cualquiera de sus diagnósticos finales durante 2014. Extracción de forma manual de las historias físicas, de las gasometrías en el momento de diagnóstico de acidosis y lo más próximas a las 24h tras el mismo. Extracción del resto de datos de la Historia Clínica Electrónica. Variables principales: principales GRD, códigos CIE9 de los primeros 3 diagnósticos, estancias, mortalidad, reingreso y necesidad de TRR. Covariables: edad, sexo, diabetes mellitus (DM) uso de metformina, función renal basal, hemoglobina (Hb), urea y creatinina al ingreso datos del equilibrio ácido-base (EAB) y lactato en la presentación y lo más próximo a las 24h.

Resultados: Se recibieron 212 episodios, de los que se rechazaron 35 al no disponer de niveles de lactato. De los 177 casos, hubo hiperlactacidemia (lactato > 2 mmol/l) en el 41,3% (n = 71). En estos pacientes, la media de lactato fue de 5,659 ± 4,51. De éstos, no se obtuvieron unos segundos niveles de lactato en ningún momento en 13 ocasiones (18%). El GRD más frecuente fue el 541 (22%), seguido del 544 (8,5%), 584 (8,5%), 87 (7,3%) y 316 (7,3%). El diagnóstico de acidosis sólo ocupó el primer lugar en un caso, el segundo en 25 (14,1%), el tercero en 32 (18,1%) y en 4º o mayor lugar en 119 casos (67,2%). Los niveles de lactato al ingreso estaban más elevados en los pacientes con el diagnóstico de acidosis en 3er lugar, aunque las diferencias no resultaron significativas (3,24 ± 4,79 vs 2,97 ± 3,36; p = 0,19). Los resultados en cuanto a estancia, mortalidad, reingreso y TRR se muestran en la tabla. La hiperlactacidemia al inicio se relacionó con la mortalidad (z = 2,96; p = 0,003) y con la necesidad de TRR (z = 2,12; p = 0,03). En el primer caso se sostuvo en el análisis multivariante, pero en el segundo fue desplazada por la función renal. La hiperlactacidemia al inicio fue más frecuente en los GRD de mayor mortalidad (56,9% vs 34,7%; p = 0,007) y menos en los GRD relacionados con patología respiratoria pura (27,8% vs 51%; p = 0,002).

Resultados			
Estancia	Mortalidad	Reingreso	TRR

14,39 ± 14,90	47 (26,55%)	27 (15,25%)	13 (7,34%)

Discusión: El diagnóstico de acidosis láctica requiere de pericia y de oportunismo, al estar condicionada muchas veces la obtención de lactato al uso de gasómetros apropiados. Esto puede condicionar la determinación inicial o sucesiva del mismo y sesgar fuertemente su implicación pronóstica, especialmente en patología respiratoria. Un estudio de su influencia resulta aún más difícil al agrupar los diagnósticos principales en categorías que engloban de forma grosera los trastornos del EAB.

Conclusiones: La aparición de acidosis láctica influye en la mortalidad y puede tener un papel en la necesidad TRR. La falta de datos evolutivos hace difícil interpretar el papel de la acidosis láctica en enfermedades primariamente respiratorias. La manera actual de agrupar los diagnósticos al alta puede influir en la verdadera importancia de este problema clínico.

0014-2565 / © 2015, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.