



1419 - LA HIPOMAGNESEMIA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS, ¿UNA ALTERACIÓN IÓNICA EVITABLE?

Carlos Vázquez Fernández¹, Sara Rodríguez Suárez¹, Rubén Díaz Díaz¹, Elena Vaquero López¹, Tomás González Vidal², Claudia Morán Castaño¹, Carmen Alonso Llada¹ y Carlota Argüello Martín¹

¹UGC de Medicina Interna, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo. ²Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.

Resumen

Objetivos: Describir la frecuencia y las características de los pacientes hospitalizados con diagnóstico al alta de hipomagnesemia, así como las principales etiologías y sus complicaciones.

Métodos: Análisis observacional, descriptivo y retrospectivo de los ingresos en el Hospital Universitario Central de Asturias entre marzo-2020 y marzo-2022 con diagnóstico principal o secundario al alta de hipomagnesemia. El rango de normalidad que se empleó para magnesio fue de 0,66-0,99 mmol/L. La valoración funcional se calculó mediante la escala de Barthel.

Resultados: Se obtuvo una muestra de 104 pacientes sobre un total de 75.331 ingresos en el HUCA durante dicho período, lo que representa una prevalencia del 0,0014%. El 41,3% fueron mujeres. La media de edad fue de 71 años (22-97). El 13,5% residía en instituciones sociosanitarias, de los cuales un 33,9% presentaba dependencia moderada-grave y un 15,4% deterioro cognitivo moderado-grave. La comorbilidad más frecuente fue la HTA (68,3%), por delante de las dislipemias (57,3%) y de la enfermedad cardiovascular (51,9%). El origen de la hipomagnesemia fue multifactorial en el 60,6% de los casos y desconocida en el 5,8%. Las diferentes etiologías se desglosan en la tabla 1. El 32,3% de los pacientes carecía de alguna de las indicaciones para tratamiento con inhibidor de bomba de protones (IBP), que se resumen en la tabla 2. Respecto al resto de las alteraciones iónicas, presentó hipocalcemia el 59,8% e hipopotasemia el 58,7%. El 45,2% de las hipomagnesemias fueron asintomáticas. El 34,3% tuvo síntomas leves e inespecíficos. El 11,5% de los pacientes presentó convulsiones, el 6,7% arritmias (incluyendo un 3% de taquicardias ventriculares), el 2,9% infarto de miocardio y el 5,8% descompensación de insuficiencia cardíaca. Requirieron corrección endovenosa con Sulfato de Magnesio el 20,2%. Se registraron 4 fallecimientos durante el ingreso por diferentes causas: una sepsis abdominal, una neumonía COVID-19, una neoplasia pulmonar en estadio avanzado y una encefalopatía de causa indeterminada.

INDICACIONES IBP

Tratamiento de la úlcera péptica, tanto gástrica como duodenal.

Erradicación de *Helicobacter pylori*.

Prevención de la gastroenteropatía por AINE en pcte. con factores de riesgo: ≥ 65 años, hª de úlcera, dosis alta y tiempo prolongado y Tto. concomitante antiagregante o anticoagulante.

Enfermedad por reflujo gastroesofágico y esofagitis.

Dispepsia funcional.

Insuficiencia pancreática exocrina.

ETIOLOGÍA

Fármacos	81 (77,9%)
· IBP	71 (87,6%)
· Diuréticos	41 (51,3%)
· Otros (corticoides, inh. de la calcineurina, bisfosfonatos y denosumab...)	19 (18,3%)
Pérdidas gastrointestinales	39 (37,5%)
Desnutrición	35 (33,7%)
Alcohol (≥ 40 g etanol/día)	22 (21,2%)
Defecto tubular renal	5 (4,5%)
Otros	5 (4,5%)
Desconocida	9 (8,7%)

Conclusiones: La prevalencia de hipomagnesemia fue muy baja teniendo en cuenta que la bibliografía reporta hasta un 11% en la población ingresada. Nuestro análisis está probablemente artefactado por la falta de registro de la hipomagnesemia como diagnóstico en los informes de alta de hospitalización. En la mayoría de los casos, la causa de la alteración iónica fue multifactorial y asociada a fármacos, destacando el importante número de pacientes que estaban en tratamiento con IBP sin una clara indicación, lo que pone de manifiesto la necesidad de conciliación y desprescripción terapéutica. Aunque en la mayoría de las ocasiones la hipomagnesemia fue asintomática o los síntomas fueron leves, también existieron complicaciones neurológicas y cardiológicas muy graves, por lo que queremos subrayar la importancia de determinar las concentraciones de magnesio, así como de realizar controles analíticos periódicos en aquellos pacientes con polifarmacia (especialmente en tratamiento con IBP y diuréticos) y que estén riesgo de desarrollar alteraciones iónicas.

Bibliografía

1. Wolfe M. Proton pump inhibitors: Overview of use and adverse effects in the treatment of acid related disorders [Internet]. Uptodate.com. 2022 [cited 21 June 2022]. Disponible en: [://www.uptodate.com/contents/proton-pump-inhibitors-overview-of-use-and-adverse-effects-in-the-treatment-of-acid-related-disorders](https://www.uptodate.com/contents/proton-pump-inhibitors-overview-of-use-and-adverse-effects-in-the-treatment-of-acid-related-disorders)
2. Catalano A, Bellone F, Chilà D, Loddo S, Corica F. Magnesium disorders: Myth or facts? *European Journal of Internal Medicine*. 2019;70:e22-e24.