Rev Clin Esp. 2024;224(Supl 1):S1052

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

1879 - ABORDAJE TERAPÉUTICO EN PACIENTES CON HIPONATREMIA GRAVE EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

Paula Hernández Sanjuán, Lucía Gandía Blanquer, Irene Cabello Rojano, Sergio Juan Rony Castillo Ovalle, Jesús David Diaz Anichiarico, Jorge Francisco Gómez Cerezo, Gema Navarro Jiménez y Mario Díaz Santiáñez

Hospital Universitario Infanta Sofía, Madrid, España.

Resumen

Objetivos: Analizar el tratamiento recibido en las primeras 24 horas en los pacientes ingresados con hiponatremia grave (sodio # 9 mmol/l en 24 horas), el plan terapéutico empleado.

Métodos: Se realizó un estudio observacional, longitudinal y retrospectivo con pacientes mayores de 18 años ingresados en un hospital de segundo nivel con hiponatremia grave (sodio ? 125 mmol/l) a su llegada a Urgencias del 1 de julio al 31 de diciembre de 2023. Se recogieron las características basales de los pacientes, los valores analíticos y de orina a su llegada antes de recibir tratamiento y los diagnósticos desde urgencias y al alta. Se evaluaron los diferentes tratamientos recibidos, así como los casos en los que se produjo sobrecorrección de la hiponatremia y el riesgo de la misma.

Resultados: Se incluyó un total de 62 pacientes con sodio ? 125 mmol/L a su llegada a Urgencias. La cifra media de sodio fue 119,85 ± 5,13 mmol/L, cloro 84,96 ± 12,25 mmol/L, potasio 4,2 ± 0,92 mmol/L, y creatinina 1,1 ± 0,82 mg/dl. Todas las hiponatremias fueron hipoosmolares (osmolaridad plasmática media 250,29 ± 15,4 mOsm/L). En la mayoría de pacientes (59,7%) no se recogieron iones en orina antes del inicio del tratamiento. El tratamiento más frecuente fue la administración de suero salino fisiológico (SSF) en un 69,4%, seguido de la retirada del posible fármaco causante en un 33,3% (tabla). Ninguno de ellos recibió bolos de salino hipertónico (SSH). El 19,3% sufrió sobrecorrección del sodio en las primeras 24 horas. Si analizamos la sobrecorrección a las 24 horas, no se vio que ninguna característica basal fuera factor de riesgo, aunque sí hubo más riesgo en pacientes en tratamiento previo con inhibidores de la recaptación de noradrenalina (p 0,035) y corticoides (p 0,035). Tampoco se observó mayor sobrecorrección en pacientes con hiponatremias más profundas, sin orina en urgencias o en función del tratamiento recibido para corregir el sodio. El diagnóstico al ingreso más frecuente fue el de hiponatremia por hipervolemia (22,6%). Un 37,1% no tenía diagnóstico etiológico de aproximación, sin encontrar mayor riesgo de sobrecorrección en estos pacientes. Los diagnósticos al alta difirieron en un 53,2% de los casos, sin encontrar algún factor significativo que influyera en este aspecto.

Tratamiento de la hiponatremia en las primeras 24 h	
Total (n = 62)	n, %

Retirada de fármacos	20 (33,3)
Furosemida	17 (27,4)
Otros diuréticos	2 (3,3)
Suero salino hipertónico en bolo	0 (0)
Suero salino hipertónico en perfusión	12 (19,4)
Suero salino fisiológico	43 (69,4)
Urea	3 (4,8)
Tolvaptán	1 (1,6)
Restricción hídrica	18 (29)

Conclusiones: Nuestro estudio muestra un alto porcentaje de pacientes con hiponatremia grave en los que no se solicitaron iones en orina, lo que resulta fundamental para el adecuado manejo de esta patología, aunque no hayamos encontrado implicaciones posteriores en cuanto al riesgo de sobrecorrección. El abordaje terapéutico más frecuente fue la administración de SSF seguido de la retirada del posible fármaco causante. Ningún paciente recibió bolos de SSH, tratamiento actual de elección en pacientes con síntomas graves. El porcentaje de sobrecorrección fue elevado, casi un 20% de los pacientes, sin evidenciar ningún factor influyente en este resultado.

0014-2565 / © 2024, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.