



V-043 - EL ELECTROLITO OLVIDADO: ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA HIPOMAGNESEMIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Z. Salmón González, I. Sanlés González, P. Hernández Martínez, P. González Bores, G. Martínez de Las Cuevas y D. Nan Nan

Medicina Interna. Hospital de Valdecilla. Santander (Cantabria).

Resumen

Objetivos: El objetivo de nuestro estudio es describir las características epidemiológicas, clínicas, diagnósticas y pronósticas de una cohorte de pacientes ingresados con el diagnóstico de hipomagnesemia en un hospital de tercer nivel.

Material y métodos: Estudio unicéntrico, observacional, descriptivo y retrospectivo de los pacientes diagnosticados de hipomagnesemia desde enero del 2013 a agosto 2017 que ingresaron en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Se recogieron datos epidemiológicos, clínicos y variables pronósticas. Fueron excluidos del estudio los pacientes con enfermedad renal crónica en diálisis y aquellos con antecedentes de trasplante de órgano sólido. Los resultados se expresan como medias y porcentajes. Para el análisis de las variables se ha utilizado el test de la chi-cuadrado y el test de Student.

Resultados: Se incluyeron un total de 64 pacientes, 34 hombres (53%) con una media de edad de 66 años (16-92). Entre los antecedentes personales destacaban la presencia de neoplasias en un 36% (26,6% tumores sólidos); 31% de consumo excesivo de alcohol (> 40 g OH/día); enfermedad renal crónica (23,5%); diarrea crónica (12,5%). En cuanto al tratamiento previo al ingreso, cerca del 80% tomaban inhibidores de la bomba de protones (omeprazol 67,2%; otros 12,5%), 44% diuréticos (20% diuréticos de asa, 11% tiazidas) y el 25% recibían tratamiento quimioterápico (6,3% cisplatino). Las manifestaciones neuromusculares y cardiovasculares fueron las más frecuentes. Analíticamente, el nivel medio de magnesio fue de 0,94 mg/dl (0,10-1,7 mg/dl). Concomitantemente, el 98% presentaban de hipocalcemia y el 35% hipopotasemia, con unos valores medios de 6,5 mg/dl (4,40 y 8,70 mg/dl) y 3,7 mEq/L (1,5 y 7,8 mEq/L) respectivamente. En cuanto a la etiología el 47% (n = 30) guardaban relación con pérdidas digestivas, 36% (n = 23) secundario a fármacos y el 12,5% (n = 8) en el contexto de procesos sépticos. Al comparar el grupo de paciente tratados con omeprazol frente a los que no, se objetivaron niveles inferiores de magnesio en el primero con una media de $0,86 \pm 0,07$ (EEM), sin ser esta diferencia significativa (p 0,08). El 23,4% precisaron ingreso en UCI y el 25% reingresaron por el mismo motivo. La mortalidad fue del 5% aunque no se observaron diferencias significativas entre los niveles de magnesio y los pacientes que fallecieron durante el ingreso.

Discusión: El magnesio es un catión implicado en funciones orgánicas tales como la conducción

neuromuscular o cardíaca. La hipomagnesemia es una diselectrolitemia frecuentemente infradiagnosticada, con una prevalencia estimada del 12% de los pacientes hospitalizados. Aunque suele ser paucisintomática hasta un descenso moderado-grave, sus complicaciones pueden resultar fatales. A parte de las pérdidas digestivas, el origen farmacológico es una etiología importante a tener en cuenta. En relación a los hallazgos, el perfil de paciente de nuestro estudio es similar al descrito habitualmente en la literatura.

Conclusiones: El magnesio es un ión vital en la homeostasis de nuestro organismo y su déficit es con mucha frecuencia infradiagnosticado. Es habitual que se asocie al déficit de otros iones, como el calcio y el potasio, probablemente en relación con las pérdidas digestivas. Dado que a menudo cursa como una patología silente es importante mantener una alta sospecha clínica para asegurar una corrección rápida y disminuir el riesgo de complicaciones que pongan en riesgo la vida del paciente. En la práctica clínica actual el número de pacientes polimedicados está en ascenso, por lo que es básico tener en cuenta el origen farmacológico (principalmente diuréticos y omeprazol). Aunque los resultados de nuestro estudio no fueron estadísticamente significativos, quizá sea debido a la limitada muestra (n = 64) y a su carácter retrospectivo, por lo que sería interesante ampliar la muestra para observar si los resultados se mantienen.