



Revista Clínica Española



<https://www.revclinesp.es>

V-188 - ETIOLOGÍA DE LA HIPONATREMIA EN PACIENTES DE SERVICIOS QUIRÚRGICOS

F. Oblitas, D. Iglesias, G. Ortiz, E. Llinàs y E. García

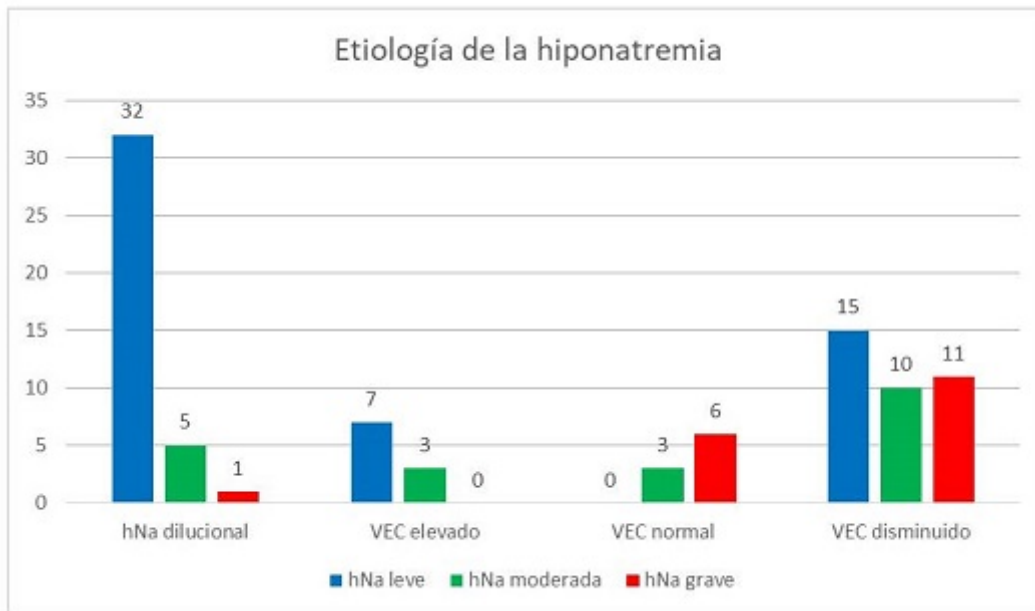
Medicina Interna. Hospital de Terrassa. Terrassa (Barcelona).

Resumen

Objetivos: Realizar una aproximación etiológica de la hiponatremia (hNa) en pacientes de servicios quirúrgicos atendidos por Medicina Interna.

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de pacientes atendidos por un equipo de soporte médico a pacientes quirúrgicos en el Hospital de Terrassa entre noviembre de 2013 y octubre de 2016. Los pacientes fueron visitados hasta el momento del alta, cambio de servicio, muerte o estabilización clínica. Se han analizado las variables procedentes de la historia clínica: edad, sexo, gravedad de hNa, diagnósticos de hNa, hNa sintomática, destino al alta. Para ello se ha utilizado el programa estadístico SPSS 23.0. Las variables cuantitativas se describen con la media y su desviación estándar y las categóricas con el número absoluto o porcentaje.

Resultados: Durante el periodo de estudio se atendieron 908 pacientes. Se registraron 95 casos de hiponatremia (Na 135 mmol/L), 10,5%. La edad media de los pacientes con hiponatremia fue de $76,3 \pm 11,4$ años y un 54,7% eran mujeres. 62 casos (65,3%) presentaron una hNa leve (Na 130-134), 19 casos (20%) presentaron una hNa moderada (Na 125-129) y 14 casos (14,7%) presentaron una hNa grave (Na 125). De forma global, se estableció una aproximación diagnóstica etiológica de la hNa en un 81,2% de los casos y no fue infrecuente detectar varios mecanismos responsables de la hNa en un mismo paciente. Entre los casos de hiponatremia leve se estableció el diagnóstico en el 77,4% de los casos: destacan un 52% hiponatremia dilucional por sueros hipotónicos, 11% situaciones con volumen extracelular elevado (VEC?) (insuficiencia cardíaca y cirrosis predominantemente), 24% situaciones de volumen extracelular disminuido (VEC?) (pérdidas digestivas, deshidratación, tercer espacio y diuréticos predominantemente). Entre los casos de hiponatremia moderada se estableció el diagnóstico en el 84,2% de los casos: destacan un 26% hiponatremia dilucional por sueros hipotónicos, 16% situaciones con VEC?, 53% situaciones con VEC?. Entre los casos de hiponatremia grave se estableció el diagnóstico en todos los casos: un caso de hiponatremia dilucional por sueros hipotónicos, 11 casos (79%) relacionado con situaciones con VEC? y 6 casos de síndrome de secreción inadecuada de ADH (SIADH) que correspondieron a los casos de hNa más grave (Na $118,8 \pm 4,1$ mmol/L). Tan sólo hubo 5 casos de hNa sintomática. Fallecieron 13 pacientes (13,7%), sin que se observara una clara relación con la hNa.



Discusión: La hNa es la alteración electrolítica más frecuente en la práctica clínica. Se estima una prevalencia del 15-30% de los pacientes hospitalizados, aunque en nuestra serie hemos encontrado un porcentaje menor de casos. Entre las causas de hNa leves y moderadas destaca en gran medida la utilización de sueros hipotónicos y las situaciones de depleción del volumen extracelular o hipovolemia mientras que entre las causas de hNa grave destacan las situaciones de hipovolemia y el SIADH.

Conclusiones: Se ha establecido el diagnóstico etiológico de la hiponatremia en un 81,2% de los pacientes de nuestra serie. Las hiponatremias leves y moderadas se relacionan con la administración de sueros hipotónicos y con situaciones de depleción del espacio extracelular. Las hiponatremias graves se relacionan con situaciones de hipovolemia y con el SIADH.