



Revista Clínica Española



<https://www.revclinesp.es>

V-148. - HIPONATREMIA EN MEDICINA INTERNA: EVALUACIÓN DE 119 PACIENTES INGRESADOS DURANTE UN SEMESTRE

J. Alonso Alonso, J. Barreiro García, J. Pérez Escajadillo, R. Rodríguez Álvarez, E. Madrigal Madero, A. Cánovas Fernández

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Cruces. Barakaldo. Vizcaya.

Resumen

Objetivos: Conocer la frecuencia de hiponatremia al ingreso en medicina interna (SMI), estudios utilizados en su diagnóstico, etiología y variables relacionadas con los diversos tipos de etiología.

Métodos: Estudio retrospectivo de la historia electrónica de todos los pacientes ingresados en nuestro SMI dic-2013-mayo 2014. Se incluyen los pacientes con natremia al ingreso 135 me/l , confirmada en nuevo análisis realizado dentro de las 48 horas desde su ingreso. Datos analizados: demográficos, antecedentes de insuficiencia cardíaca (IC) y renal (IR), tratamiento previo con diuréticos o psicotropos, síntomas relacionados con hiponatremia; iones, glucosa, urea, creatinina y osmolalidad séricos; iones, urea, creatinina y osmolalidad en orina; hormonas tiroideas y cortisol séricos; diagnóstico final del paciente y del tipo de hiponatremia, duración del ingreso y variables analíticas asociadas con los tipos de hiponatremia. Métodos estadísticos: descriptivos; χ^2 para variables cualitativa; t de Student y Kruskal-Wallis para las cuantitativas.

Resultados: En el período citado ingresaron en el SMI 853 pacientes, 119 (14%) con hiponatremia, 52% varones y 48% mujeres. Edad mediana: 77 años (14-95). Estancia media 9,4 días (mediana: 8) sin diferencia significativa con la del resto de pacientes (10,4 días). Al final de la observación habían fallecido 24 (20%). Diagnóstico previo de IC en 31 (26%) y de IR en 36 (30%). Tratamiento previo con diuréticos en 46% y con psicotropos 17%. Síntomas neurológicos relacionados en 31% de los pacientes y digestivos en 14%. Niveles en suero: mediana de sodio $129 (107-134) \text{ me/l}$; de creatinina $0,8 \text{ mg/dl} (0,2-6,4)$ y de osmolalidad $283 \text{ mO/k} (231-316)$. En orina mediana de sodio (n: 47 pacientes; 39%): $52 \text{ me/l} (8-143)$; de osmolalidad (n: 12 pac.; 10%) $312 (98-467) \text{ mO/k}$. Función tiroidea analizada en 60% y de cortisol sérico en 28%. Etiología de la hiponatremia: secreción inadecuada de hormona antidiurética (SIADH): 22 pacientes (18,5%); IC o IR en 32%, hipovolemia en 23,5%, otras causas en 18,5% y no definida en 7,5%. Etiología de SIADH: farmacológica en 45%, idiopática en 32% y tumoral en 23%. En el grupo de SIADH fueron más frecuentes los síntomas de hiponatremia (p 0,001), más severa la hiponatremia (p 0,001), menor la osmolalidad (p 0,001) y creatinina (p 0,001) séricas y mayor la natriuria (p: 0,012). Eran más frecuentes antecedentes de tratamiento con psicotropos en SIADH (60%) y más de diuréticos en IC, IR o hipovolemia (88%) (p 0,001).

Discusión: Las referencias a frecuencia de hiponatremia en hospitalizados oscilan entre 15 y 30% y se dice que hasta un 40% se debe a SIADH. Estas cifras, sin embargo, son variables, en concordancia con el entorno de pacientes analizado. En nuestro medio, con una elevada edad mediana y notable comorbilidad, la frecuencia de hiponatremia está en el límite bajo de las referencias, y la de SIADH está muy alejada de ese 40% referido en la literatura, siendo sobrepasada por el conjunto "IC/IR e hipovolemia". En los estudios analíticos recogidos en las historias clínicas se observa una frecuente evaluación de función tiroidea, pero un

deficiente estudio de iones y osmolaridad en orina.

Conclusiones: En nuestro entorno se detecta hiponatremia en 14% de los pacientes a su ingreso, un poco por debajo de las referencias habituales en las publicaciones sobre el tema. El estudio realizado de las variables relacionadas en suero ha sido adecuado, pero insuficiente en orina. SIADH fue la etiología en 18,5%, frecuencia inferior a IC/IR (32%) e hipovolemia (23,5%) y también por debajo de las cifras comunicadas. El tratamiento diurético previo se asoció significativamente al grupo etiológico IC/IR-hipovolemia y el de psicotrópicos a SIADH, patología relacionada con más bajos niveles de natremia y más frecuencia de síntomas relacionados con hiponatremia.