



IC-019 - HIPONATREMIA COMO FACTOR PRONÓSTICO DE MORBIMORTALIDAD EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA (ICA)

A. Brasé, J. Franco, L. Soldevila, P. Cerdà, M. Llaberia, D. Chivite, F. Formiga, X. Corbella

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona).

Resumen

Objetivos: La hiponatremia es un factor asociado a morbimortalidad en pacientes con insuficiencia cardiaca (IC) crónica, si bien no está bien dilucidado su papel en el pronóstico de pacientes con IC aguda (ICA). Se analiza el papel pronóstico de la hiponatremia en pacientes ingresados por un episodio de ICA.

Métodos: Estudio observacional prospectivo. Durante un período de dos años se incluyeron pacientes ingresados por ICA de cualquier tipo (de novo o crónica descompensada, definida por criterios de la Sociedad Europea de Cardiología) atendidos consecutivamente en un hospital terciario universitario. Al ingreso se recogieron los datos demográficos, clínicos y de tratamiento. En función de la concentración plasmática de sodio al ingreso se dividieron los pacientes en dos grupos: hiponatremia (Na plasmático < 135 meq/L) vs sodio normal (Na ≥ 135 meq/L), comparando sus características basales y evolutivas. La tasa de mortalidad se determinó durante el ingreso índice y al año del alta hospitalaria en ambos grupos. Utilizamos métodos de regresión logística para determinar las variables presentes al ingreso que se asociaban a un mayor riesgo de mortalidad.

Resultados: Se incluyeron 294 pacientes, con un 54% de género femenino, una edad promedio de 74 ± 10 años, comorbilidad moderada (índice de Charlson 2,6 puntos) y un predominio de ICA con FE preservada (52%). Del total, 37 pacientes (12,6%) presentaban hiponatremia al ingreso, con un valor promedio de sodio plasmático en este subgrupo de 130 mEq/L (hiponatremia moderada). Comparados con los pacientes con sodio normal, los pacientes con hiponatremia presentaban mayor prevalencia de deterioro funcional medido por el índice de Barthel (p < 0,001), cifras más elevadas de presión arterial diastólica (p 0,005), mayores cifras de creatinina (p 0,037) y menores de hematocrito (p 0,01), sin otras diferencias demográficas, clínicas, funcionales o analíticas significativas. El uso de diuréticos del asa previo al ingreso era similar entre los pacientes con sodio normal y sodio bajo (59,5% vs 65% respectivamente). Al comparar los pacientes con y sin uso previo al ingreso de diuréticos del asa, la cifra promedio de natremia fue la misma (139 mEq/L). Durante el ingreso índice fallecieron 36 (12,2%) pacientes y 66 (22,4%) fallecieron durante el seguimiento, con una tasa de mortalidad acumulada al año de 34,6%. La tasa de mortalidad en pacientes con hiponatremia al ingreso fue significativamente superior a la observada en pacientes con sodio normal, tanto durante el ingreso índice (34,2% vs 9,3%, p < 0,0001), como al año de seguimiento (48,6% vs 18,7%, p < 0,0001). El análisis multivariante de supervivencia demostró que la hiponatremia al ingreso es un factor de riesgo independiente de mayor mortalidad tanto durante el

ingreso índice (OR 3,703; IC95% 1,572-8,724) como al año de seguimiento (HR 1,961; IC95% 1,073-3,584).

Discusión: La hiponatremia al ingreso es una alteración hidroelectrolítica frecuente en nuestros pacientes ingresados por ICA. En nuestro caso, su presencia al ingreso se asoció de forma estadísticamente significativa a un mayor riesgo de morbimortalidad durante el mismo y al año de seguimiento después del alta.

Conclusiones: Nuestro estudio confirma que la presencia de hiponatremia al ingreso en pacientes no seleccionados con diagnóstico de ICA de cualquier causa es un factor de riesgo de mortalidad. Prevenir, detectar y corregir en la medida de lo posible la hiponatremia debe constituir una prioridad en el manejo del paciente con ICA.