



EA-093 - ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS HIPONATREMIAS EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE BADAJOZ

A. Montaña Martínez, E. García Sardón, I. Arvanas Serrano, L. Rueda Carrasco, F. da Mata Alves, R. Rostro Gálvez, A. Rubio Peral, J. Romero Requena

Servicio de Medicina Interna. Hospital Infanta Cristina. Badajoz.

Resumen

Objetivos: Conocer la etiología, factores de riesgo, comorbilidad y mortalidad en los pacientes con hiponatremias severas (HS) en nuestro complejo hospitalario. Evaluar el manejo y la mortalidad en este grupo de pacientes.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo, con una muestra de HS de 61 pacientes hospitalizados en el Complejo Hospitalario de Badajoz, de enero de 2015 a mayo de 2015.

Resultados: Nuestra muestra cuenta con un total de 61 pacientes, 55,7% mujeres con media de edad de 71,13 años. El 31,15% de las HS fueron intrahospitalarias y el 68,85% hiponatremias extrahospitalarias (HE). El sodio plasmático medio fue de 121 mmol/l. Las principales causas de HE fueron: insuficiencia renal (28,5%) e infecciones respiratorias (26%); en el 61,9% de estos enfermos había algún fármaco que pudo influir en la natremia. En las intrahospitalarias el diagnóstico fue más complejo por coexistir la hiponatremia y distintas patologías: el 52% de insuficiencia renal, el 47% una infección respiratoria, el 42% una insuficiencia cardiaca y en el 25% un tumor activo. En el total de la muestra teníamos un 16,4% de pacientes con enfermedad hepática crónica grave, un 8,2% de hemorragias, 8,2% de ictus y un 1,8% de politraumatismos. Sólo hubo dos casos confirmados de SIADH, dos de déficit de cortisol y dos de potomanía. Sólo en un 42,6% se solicitó la osmolaridad plasmática y en un 45,9% el sodio urinario. Se estudió la aldosterona en un 13%, la ADH en un 16% y la TSH en un 71%. Cerca del 50% de los enfermos presentaban clínica, siendo las más frecuente la desorientación, la astenia y el estupor, presentando un 35% signos de deshidratación clínicamente relevantes. Un 70% recibieron tratamiento siendo la sueroterapia isoosmolar el más frecuente junto con restricción hídrica. En la mayor parte de los casos (67%) fue eficaz. La mortalidad total fue elevada (40% del total) pero en la mayor parte de los casos por causas distintas a la hiponatremia (29,3% del total). En las hiponatremias intrahospitalarias la mortalidad fue del 68,4% pero de los 13 pacientes fallecidos 10 fueron por causas distintas a la hiponatremia. En las extrahospitalarias la mortalidad fue cercana al 20% aunque en 5 de los 12 pacientes fallecidos la hiponatremia formó parte de la causa de la muerte.

Discusión: En nuestro estudio destaca una población con una edad media elevada y pluripatológica. El estudio etiológico en muchas ocasiones fue incompleto debido a que la hiponatremia fue consecuencia del empeoramiento de su enfermedad basal en fase de últimos días de vida. Resaltan

los casos de insuficiencia renal, el fallo cardíaco, las infecciones respiratorias, las hepatopatías descompensadas y tumores. En la mayoría de los pacientes la hiponatremia cursa de forma asintomática pese a la severidad de la misma, o probablemente los síntomas estén enmascarados por la gravedad del proceso basal y la aparición no aguda de los cambios electrolíticos. En la mayoría la causa desencadenante del fallecimiento fue su patología de base, pero jugando la hiponatremia un papel pronóstico importante como se muestra en la literatura publicada. Muchas de estas descompensaciones fueron intrahospitalarias con una elevada mortalidad. Las causas de hiponatremias extrahospitalarias fueron potencialmente menos graves, a pesar de tener valores de natremias similares, bajando la mortalidad en este grupo.

Conclusiones: Es fundamental hacer un estudio etiológico de las hiponatremias para poder llegar a un diagnóstico y optimizar el tratamiento. Las hiponatremias intrahospitalarias debidas a descompensaciones de las patologías de base son mucho más graves y marcan un mal pronóstico, siendo también mucho más difíciles de estudiar y tratar.