



## V-032 - TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN DE LA HIPONATREMIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

F. Roque Rojo<sup>1</sup>, G. Lledó Ibáñez<sup>1</sup>, I. Pintos Pascual<sup>1</sup>, V. Moreno-Torres Concha<sup>1</sup>, R. Ríos Garcés<sup>1</sup>, E. Hernández Álvarez<sup>2</sup>, I. Millán Santos<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. <sup>2</sup>Bioquímica Clínica. <sup>3</sup>Bioestadística. Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda. Majadahonda (Madrid).

### Resumen

**Objetivos:** La hiponatremia (HN), definida como concentración sérica de sodio (Na<sup>+</sup>) menor de 135 mmol/L, es el trastorno hidroelectrolítico más frecuente. Es por ello un tema relevante que además conlleva en numerosas ocasiones un diagnóstico complejo para poder ofrecer un tratamiento adecuado. El objetivo de este trabajo es conocer el tratamiento recibido y evolución de los pacientes atendidos en nuestro hospital.

**Métodos:** Revisión de la historia clínica de todo paciente en el que habiendo acudido al Servicio de Urgencias durante el mes de enero de 2015 se objetiva una hiponatremia menor a 135 mmol/l. Se clasificó la hiponatremia en leve si era superior a 130 mmol/l y moderada si era igual o inferior a dicha cifra. Analizamos el tratamiento recibido y la evolución de la hiponatremia de acuerdo a días de hospitalización, días necesarios para su corrección y complicaciones relacionadas con la misma. Para la interpretación de los resultados empleamos el programa SPSS 15.0.

**Resultados:** En la población adulta atendida en el Servicio de Urgencias se documentó una incidencia de hiponatremia de 0,03%. Se estudiaron 207 pacientes, de los cuales el 56% eran hombres con una media de edad de 72 años  $\pm$  16 años [29-98]. La media del sodio fue 130,2  $\pm$  2,5 mmol/l. Sólo en 30 pacientes se recogieron iones en orina. Desde el punto de vista etiológico la causa más frecuente fue la insuficiencia cardiaca (16%), de las cuales recibieron tratamiento diurético el 80% (57% en HN leves y 69% HN moderadas). La restricción hídrica no se empleó nunca de forma exclusiva, pero sí en combinación con diurético en el 9%. En segundo lugar pérdidas digestivas, con un 14% (70% moderadas) que recibieron de forma mayoritaria tratamiento con hidratación intravenosa (33% de las moderadas y 56% de las graves) con una mejoría franca en el control analítico posterior. El tratamiento previo con tiazidas fue la tercera causa (12%) con escaso seguimiento posterior aunque con decisión de suspensión definitiva del mismo en el 28% de los casos. En cuarto lugar la cirrosis, con un 6% (43% moderadas) donde se prescribió tratamiento basado en restricción hídrica en el 7%, diurético en el 14% y albúmina en el 21%. El SIADH constituyó el 3% de acuerdo con los criterios diagnósticos. Para esta entidad se prescribió restricción hídrica en el 57% y suero salino hipertónico en el 43%. En un 26% de las ocasiones la hiponatremia no fue estudiada, un 6% era multifactorial, 9% era por hiperglucemia y un 8% secundario a otras causas no definidas. Respecto a la evolución, sólo 80 pacientes tuvieron analítica de control a las 24 horas con una media de 133,8  $\pm$  4,7 mmol/L y 167 tuvieron seguimiento analítico

posterior a dicho margen con un valor medio para el sodio en la analítica al alta de  $135 \pm 5$  mmol/l. El 10% de los pacientes falleció en el seguimiento a 5 meses, ninguno atribuido a la hiponatremia. Asimismo, tampoco se describió ninguna complicación atribuida a la corrección de la misma.

*Discusión:* La hiponatremia es un trastorno hidroelectrolítico frecuente en los servicios de urgencias. Se debe hacer un estudio exhaustivo de la causa originaria con determinación de parámetros en suero y orina para identificar el tipo de hiponatremia y de acuerdo a la misma ofrecer el tratamiento más adecuado.

*Conclusiones:* Aunque las causas de hiponatremia más frecuentes como la insuficiencia cardiaca, las pérdidas digestivas o asociadas a uso de diurético parece que son bien identificadas y por tanto el tratamiento recibido es adecuado, existe un porcentaje importante en el que no se llegar a filiar el origen de la misma. Para evitarlo se puede recurrir al algoritmo fruto del consenso de varias sociedades que orientan sobre cómo identificar la etiología y con ello ofrecer el tratamiento para cada caso.