



V-012 - EFICACIA Y SEGURIDAD DEL SUERO SALINO HIPERTÓNICO AL 3% EN BOLOS INTRAVENOSOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA HIPONATREMIA GRAVE CON ENCEFALOPATÍA LEVE-MODERADA: UNA SERIE DE CASOS

G. Ropero Luis, D. López Carmona, M. Pérez Medina, R. Pacheco Yepes, B. Rivas Sánchez, E. Romero Masa, A. Villalobos Sánchez, R. Gómez Huelgas

Servicio de Medicina Interna. Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga.

Resumen

Objetivos: La prevalencia de hiponatremia en pacientes hospitalizados es del 15-40% según las series, mientras que la hiponatremia grave se encuentra en torno al 3%. Se asocia a mayor morbimortalidad y estancia hospitalaria, pero sigue siendo infradiagnosticada e infratratada. La hiponatremia crónica (> 48 horas), aparentemente asintomática, se relaciona con mayor incidencia de caídas y fracturas, alteraciones neurológicas y funcionales, así como con mayor mortalidad. Las guías de práctica clínica recomiendan un ritmo de corrección del sodio plasmático (Nap) de 6-8 mmol/l/día, y de ellos 4-6 mmol/l preferentemente en las primeras 6 horas tras el diagnóstico, ya que el tratamiento inicial rápido mejora el pronóstico vital. Nuestro objetivo es demostrar que el suero salino hipertónico (SSH) al 3% en bolos intravenosos, como alternativa a la perfusión continua, es eficaz y seguro en el tratamiento de la hiponatremia grave con síntomas de encefalopatía leve-moderada.

Métodos: Estudio observacional unicéntrico de una serie de casos. Recogimos los datos de 10 pacientes de nuestro hospital, con una edad mediana (RIQ) de 75 (65-78) años, diagnosticados de hiponatremia grave (Nap < 125 mmol/l) con clínica leve (cefalea, bradipsiquia, mareo, alteraciones de la marcha) o moderada (náuseas, vómitos, desorientación, confusión, somnolencia), a los que se administró tratamiento con SSH 3% en forma de bolos intravenosos de 200-300 ml en 30 minutos. Se solicitaron controles analíticos a las 4-6 y 24 horas.

Resultados: En todos los casos se consiguió un aumento del Nap dentro del rango de seguridad: 1-7 mmol/l en las primeras 4-6h y 0-8 mmol/l en 24h (tabla). En el 80% se alcanzó el objetivo de las primeras 6h. El ascenso medio fue de 1,85 mmol/l por cada 100 ml de SSH 3%, tanto a las 4-6h como a las 24h. En un caso se administró un bolo adicional tras el primer control. En otro caso no fue necesario determinar el Nap a las 24 h al tratarse de una hiponatremia de instauración aguda. En 7 pacientes se constató mejoría objetiva y/o subjetiva de la sintomatología. No se registraron complicaciones ni descompensaciones por insuficiencia cardiaca asociadas.

Descripción de los casos tratados con SSH 3%						
Nap pre	ACT	Clínica	SSH 3% (ml)	Nap 4-6 h (up)	upNap/100 ml	Nap 24 h (up)

112	Euvolemia	Moderada	300	119 (+7)	2,3	118 (+6)
122		Moderada	250 + 250	124 (+2)	0,8 + 2	129 (+7)
121		Leve	250	125 (+4)	1,6	121 (=)
123		Leve	250	129 (+6)	2,4	129 (+6)
122	Hipervolemia	Moderada	200	126 (+4)	2	127 (+5)
109		Leve	250	114 (+5)	2	117 (+8)
117		Moderada	250	122 (+5)	2	121 (+4)
122		Moderada	250	123 (+1)	0,4	125 (+3)
120		Leve	250	125 (+5)	2	126 (+6)
113	Hipovolemia	Moderada	250	120 (+7)	2,8	-
El Nap se expresa en mmol/l corregido por glucemia y proteínas totales. ACT = Agua corporal total.						

Conclusiones: Nuestros datos sugieren que el uso de bolos de 200-300 ml de SSH 3% infundidos en 30 minutos representa una opción eficaz y segura para alcanzar los objetivos de corrección de la hiponatremia grave recomendados en las primeras horas. Se requieren estudios controlados más amplios para confirmar nuestros resultados.