Rev Clin Esp. 2016;216(Espec Congr):106

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

V-243 - SIADH EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL. SUBESTIMAMOS LA HIPONATREMIA

A. Merlán Hermida, A. Rodríguez Pérez, P. Laynez Roldán, M. Pérez Ramada, M. Moreno Santana, S. Alonso Rodríguez, S. Suárez Ortega

Medicina Interna. Hospital Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria.

Resumen

*Objetivos:*Valorar el adecuado manejo de la hiponatremia en los pacientes diagnosticados de SIADH por los distintos servicios de nuestro hospital.

*Material y métodos:*Estudio epidemiológico retrospectivo donde se revisaron todos los ingresos en nuestro hospital con diagnóstico de SIADH entre enero de 2008 y diciembre de 2015. Se recogieron datos demográficos, antecedentes personales, situación basal, índice de Charlson, tratamiento habitual, criterios diagnósticos de SIADH, diagnóstico etiológico y se realizó seguimiento al alta registrando mortalidad y fecha de última visita. Se registraron las caídas que precisaron consulta al servicio de urgencias durante el seguimiento al alta. Se presentan los resultados de un análisis descriptivo de los primeros 32 casos revisados.

*Resultados:*De los 32 casos analizados 13 (44,8%) fueron varones. La edad media es 73,5 ± 12,8 años. El Índice de Barthel medio es 81,6 ± 33,3 estando diagnosticados de deterioro cognitivo 3 pacientes (9,4%). Los pacientes presentaban baja comorbilidad (Charlson 1,8 ± 1,9) y 7 de ellos fueron reingresos (21%). La insuficiencia cardiaca estaba presente en 2 (6%) pacientes, la insuficiencia renal en 4 (12,5%), uno era cirrótico, 8 (25%) tenían diagnóstico de osteoporosis, 9 (28%) recibían tratamiento con psicofármacos y 6 con diuréticos de asa. Todos los pacientes presentaban al ingreso hiponatremia hipoosmolar con una natremia media de 120 ± 6,9. Del total de pacientes estudiados, 26 (81,3%) presentaban algún tipo de síntoma relacionado con la hiponatremia, siendo el más frecuente el deterioro del estado general en 12 pacientes y la desorientación en 10 de ellos. La estancia media fue de 23 ± 18 días y sólo 1 paciente recibió tratamiento con aquaréticos. Dentro de las causas más frecuentes de hiponatremia destacaron la secundaria a fármacos en 14 (44%) casos y la infecciosa en 13 (41%) principalmente respiratoria. En el momento del alta 21 pacientes (65,4%) tenía un Na 135 mEq/L. Durante el seguimiento posterior 8 (25%) sufrieron una caída, de los cuales 5 precisaron ingreso y 3 presentaron algún tipo de fractura. La natremia media en el momento de la caída fue de 125 ± 8,6. Fallecieron 15 pacientes (46,8%) siendo intrahospitalarios 2 de los exitus (6,5%).

*Discusión:*La hiponatremia es el trastorno iónico más frecuente en los pacientes hospitalizados, siendo el SIADH una de las principales causas del mismo. La relación entre la hiponatremia, la osteoporosis y el riesgo de fracturas ya se ha descrito previamente en la literatura, confirmándose en nuestra serie una importante prevalencia de dichas patologías. Aunque se describe la hiponatremia asintomática como la más frecuente, la mayoría de los pacientes del estudio presentaron algún tipo de síntoma atribuible a concentraciones disminuidas de sodio, principalmente el deterioro del estado general y la desorientación. Es muy elevado el porcentaje de pacientes que reciben algún tipo de tratamiento causante de hiponatremia, siendo los diuréticos

de asa los más frecuentemente relacionados en nuestra serie. Llama la atención la gran cantidad de casos que, tras ingresar con hiponatremia como principal problema, son dados de alta con cifras de sodio menores de 135 mEq/L lo cual puede estar traduciendo una falta de conciencia de la relevancia real del problema.

*Conclusiones:*La hiponatremia es el trastorno iónico más frecuente en los pacientes hospitalizados. La yatrogenia está frecuentemente relacionada con la hiponatremia. Gran parte de los pacientes hiponatrémicos se van de alta con cifras de Na 135 mEq/L subestimando la relevancia de presentar cifras de sodio disminuidas. Como ya ha sido descrito en la literatura, muchos de ellos sufrirán caídas durante el seguimiento precisando ingreso hospitalario. Pese a ser un aspecto ya conocido, no corregimos el sodio al alta y continuamos restando importancia a la hiponatremia.

0014-2565 / © 2016, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.