



Revista Clínica Española



<https://www.revlinesp.es>

584 - ESTUDIO PROSPECTIVO DE PACIENTES INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA POR HIPONATREMIA GRAVE. CARACTERÍSTICAS ANALÍTICAS DIFERENCIALES, TRATAMIENTO EN FASE AGUDA

Guillermo Sanz López, Ana Duque Martínez, Cristina Gay González, Oihana Barrenechea Arribillaga, Iratxe Martínez Bermejo, Mireya Morales Rodríguez, Laura Hurtado Carrillo y Rafael Daroca Pérez

Medicina Interna, Hospital San Pedro, Logroño, España.

Resumen

Objetivos: Analizar las características, etiología, tratamiento y evolución de una serie de pacientes ingresados en medicina interna por hiponatremia grave.

Métodos: Estudio longitudinal prospectivo. Pacientes ingresados consecutivamente en el servicio de medicina interna de un hospital de 2.º nivel desde abril de 2024 a mayo de 2025 con hiponatremia < 126 mmol/L de cualquier etiología. Se analizaron los antecedentes patológicos, datos bioquímicos relativos a la hiponatremia, causa de la misma, sintomatología asociada, tratamiento en fase aguda, evolución y complicaciones. Se compararon las características diferenciales de los pacientes con síndrome de secreción inapropiada de ADH (SIADH) respecto a otras causas (criterios de SIADH: hiponatremia hipotónica euvolémica, osmolalidad en orina > 100 mOsm/Kg, sin tratamiento diurético, sin hipotiroidismo ni insuficiencia suprarrenal). Estadística: variables continuas: t de Student o U de Mann-Whitney si distribución no normal; variables categóricas: Chi-cuadrado o test Fisher; significación $p < 0,05$. Estudio aprobado por el comité de ética de investigación del hospital.

Resultados: Se incluyeron 21 pacientes (edad media $69,4 \pm 14,5$ años, 61,9% mujeres). Antecedentes: HTA 47,61%, diabetes 23,81%, ERC 9,52%, toma de tiazidas 28,57%. Tratamiento antidepresivos 28,57%, antiepilépticos 14,29%, neurolépticos 9,52%. Ninguno con neoplasia conocida, insuficiencia cardíaca u otros diuréticos. La mediana de sodio plasmático fue 117 mmol/L (rango: 107-125), de osmolalidad plasmática 239 mOsm/Kg (236-272), y de osmolalidad urinaria 255 mOsm/Kg (167-760). El cortisol fue inferior al valor normal en 4/21 casos (1 insuficiencia suprarrenal primaria, 1 secundaria y 2 por corticoides exógenos). La TSH tenía valores supranormales en 6/21 pacientes (todos con T4 libre normal). 85,7% tenían síntomas atribuibles a la hiponatremia, 23,8% graves (disminución grave del nivel de conciencia, convulsiones o focalidad neurológica). Las causas de hiponatremia fueron: SIADH 47,61%, insuficiencia suprarrenal 14,29%, tiazidas 4,76%, polidipsia 4,76%, varias causas combinadas 28,57% (6 pacientes, de ellos 4 con tiazidas). Las características bioquímicas diferenciales entre SIADH y otras causas de hiponatremia se exponen en la tabla 1. Se administró suero salino hipertónico (en todos los casos al 3%, todos en forma de bolus) en 66,7% (mediana de número de bolus: 1,5, rango 1-4). El incremento medio de sodio plasmático en las primeras 24 horas con este tratamiento fue $5,5 \pm 3,1$ mmol/L; en 10/14 pacientes se obtuvo un incremento de sodio plasmático ≥ 4 mmol/L y en 2/14 pacientes se produjo sobrecorrección (aumento ≥ 10 mmol/L), en ninguno con síndrome de desmielinización osmótica. La evolución clínica y analítica fue favorable en todos los casos.

	SIADH (n: 10)	Otras causas (n: 11)	p
Edad (media, años)	72 ± 13,3	69,2 ± 15,71	0,65
Sexo (mujer)	70%	54,5%	0,64
Na Plasma (media, mmol/L)	116,6 ± 5,8	117 ± 5,0	0,84
Osmol Plasma (media, mOsm/Kg)	253,1 ± 16,5	247,9 ± 13,7	0,42
Osmol orina (media, mOsm/Kg)	510,4 ± 158,5	319,7 ± 180,7	0,02
Na orina (media, mmol/L)	74,2 ± 31,4	43,5 ± 34	0,03
Urea plasma (media, mg/dL)	27,3 ± 16,8	28,1 ± 14,9	0,89
Ac. úrico plasma (media, mg/dL)	3,01 ± 1,3	3,7 ± 1,2	0,19
FENa (media)	1,04 ± 1,16	0,68 ± 0,58	0,33

Conclusiones: En nuestro estudio la causa más frecuente de hiponatremia severa que requiere hospitalización fue el SIADH (cerca del 50% de pacientes); del resto, casi la mitad recibían tiazidas. No hubo ningún caso de insuficiencia cardíaca. Presentaron síntomas graves atribuibles a la hiponatremia una cuarta parte de pacientes. Se indicó suero salino hipertónico en 2/3, siendo eficaz en la mayoría de los casos, rara vez con sobrecorrección y sin episodios de desmielinización osmótica. La diferenciación analítica de SIADH respecto a la mayoría de otras causas de hiponatremia grave es difícil; en nuestro estudio, los únicos parámetros significativamente diferenciales fueron una mayor osmolalidad urinaria y una mayor concentración de sodio urinario en el primero.