Rev Clin Esp. 2014;214 (Espec Congr):1226

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

V-122. - LA HIPONATREMIA EN LA INTERCONSULTA

J. Hernández Induráin[1], P. Anaut Mayo[2], M. Izaguirre Ramírez de Alda[1], C. Sánchez Sáez[2]

[1]Servicio de Medicina Interna. Hospital Alto Deba. Arrasate Guipúzcoa.[2]Servicio de Medicina Interna. Hospital Santiago Apóstol. Vitoria-Gasteiz. Álava.

Resumen

Objetivos: Analizamos las hiponatremias procedentes de los Servicios de Traumatología (ST), Cirugía General (SCG) y Psiquiatría (SP) con especial atención a identificar el déficit de volumen y el SIADH.

Métodos: Entre las consultas de los Servicios mencionados, seleccionamos los pacientes con tasa de sodio plasmático 135 mEq/L y recogimos para estudio: A) Datos demográficos, Servicio de procedencia y motivo de consulta. B) Dieta y medicación indicada durante el ingreso y en el mes previo, con hincapié en consumo de sal, diuréticos, fluidoterapia, trasfusiones o fármacos relacionados con SIADH. C). Evolución a lo largo del ingreso de la TA, diuresis y frecuencia cardiaca. D). Evidencias de sangrado o pérdidas digestivas E) Determinaciones seriadas de iones plasmáticos, excreción fraccional de sodio (EFNa), función renal, hematocrito y al menos un proteinograma o determinación de proteínas totales. En algunos pacientes se estudió la función tiroidea o suprarrenal. Consideramos evidencia de hipovolemia cuando se dieron dos o más de las siguientes circunstancias a) Sangrado con repercusión hemodinámica. b) Pérdidas digestivas que forzaron fluidoterapia. c) Caída de hematocrito > 10%. d) Uso de diuréticos asociado a EFNa 0,8 y e) Deterioro de función renal prerrenal. Finalmente, en ausencia de hipovolemia o uso de diuréticos, se consideró el diagnóstico de SIADH por fármacos cuando la retirada del medicamento produjo normalización de la natremia.

Resultados: Recibimos cinco consultas de Psiquiatría por hiponatremia. Identificamos 46 casos entre las consultas de los servicios quirúrgicos (19 ST y los 27 restantes del SCG), aunque la hiponatremia fue el motivo de consulta sólo en dos pacientes del ST. Los pacientes psiquiátricos presentaban media de edad de 58,3 años, frente a 75,8 (SCG) y 77,6 (ST). La natremia media de la serie fue de 129,5 mEq/L, sin diferencia al separarla por Servicios (p > 0,05). Las dos series de pacientes quirúrgicos presentaron datos similares. Fue muy común constatar hipovolemia (SCG 85%; ST 76%), en especial la definida por caída de hematocrito asociada a descenso de la TA. En 30 pacientes de los servicios quirúrgicos el EFNa fue 0,8 (20 SCG y 10ST) y en más de la mitad de los casos (54%) se habían administrado sueros hipotónicos; un tercio (SCG 9; ST 6) recibían diuréticos. La hipoalbuminemia 3 g/dL se observó más en el SCG (12 pacientes; p 0,01). Los pacientes sin datos de hipovolemia y con EFNa normal (4 SCG y 6 ST) a menudo recibían tiazidas (5), furosemida (2) o sueros endovenosos (4). No hubo casos de hipotiroidismo o insuficiencia suprarrenal. Ninguno de los 5 pacientes de Psiquiatría recibía litio ni presentaba potomanía; dos presentaban hipovolemia por vómitos y otros dos recibían dieta hiposódica y tiazidas y presentaban un EFNa 1%. Ambas hiponatremias se resolvieron al suspender el diurético. En el otro paciente se diagnosticó SIADH (estudio normal y remisión al suspender mirtazapina).

Discusión: La sensibilidad ante la hiponatremia difirió por Servicios. La hiponatremia motivó las consultas procedentes de Psiquiatría, pero en los pacientes quirúrgicos casi siempre fue el internista quien estimó relevante el dato. Constatamos datos de hipovolemia en la mayor parte de los pacientes quirúrgicos, que a menudo recibían una combinación de diuréticos y fluidos hipotónicos que contribuyeron a profundizar la hiponatremia. En los pacientes psiquiátricos fue tan común la hipovolemia franca como la toma de diuréticos. El único caso de SIADH se diagnosticó en este grupo.

Conclusiones: En el paciente quirúrgico la hiponatremia se asoció de forma sistemática con déficit de volumen o, al menos, con exposición a diuréticos. Pese a su relación con la hipovolemia, el dato no produjo especial alerta al traumatólogo y al cirujano. Por el contrario, alarmó considerablemente a los responsables de los pacientes psiquiátricos, muy familiarizados con el diagnóstico de SIADH por fármacos. No obstante, incluso en este grupo de pacientes, predominaron el déficit de volumen y la toma de diuréticos como causas de la hiponatremia.

0014-2565 / © 2014, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.