



La hiponatremia nunca es asintomática: exige tratamiento

Un nuevo protocolo diseñado por cuatro sociedades científicas recomienda el abordaje leve y el conocimiento de la grave

MADRID
SONIA MORENO
 soniam@diariomedico.com

La hiponatremia, definida como una concentración sérica de sodio por debajo los 135 mmol/L, es la alteración electrolítica más prevalente en los hospitales, con hasta un 30 por ciento de afectación entre los pacientes ingresados. Sin embargo, los especialistas directamente implicados en su manejo advierten de una insuficiente detección y, lo que es aún más preocupante, del inadecuado tratamiento en ciertos casos. Para subsanar ambos aspectos se ha desarrollado un protocolo de diagnóstico y abordaje del trastorno, en el que han participado, bajo el paraguas de la Red Europea de Hiponatremia, las sociedades científicas españolas de Endocrinología y Nutrición (SEEN), Nefrología (SEN), Medicina Interna (SEMI) y Farmacia Hospitalaria (SEFH).



Isabelle Runkle, jefa de Sección del Servicio de Endocrinología y Nutrición del Hospital Clínico de Madrid.

La detección se obtiene con una analítica de rutina, pero aún es preciso concienciar sobre la importancia de instaurar el tratamiento adecuado a tiempo

Un nuevo algoritmo define cómo actuar atendiendo a la gravedad de la hiponatremia por el síndrome de secreción inadecuada de la hormona antidiurética

Hay opciones terapéuticas farmacológicas, como la furosemida, el aporte de solutos y el tolvaptán, además de la restricción de líquidos

forma leve del trastorno, y ha aumentado el conocimiento de la grave.

El síndrome de la secreción inadecuada de la hormona antidiurética (Siadh) es la principal causa de hiponatremia en pacientes sin insuficiencia cardíaca, renal ni hepática, seguido de la inducción por tiazidas.

COSTOSA

Los especialistas implicados en el manejo de la hiponatremia coinciden en que es una patología muy costosa para el sistema sanitario y los familiares, pues requiere múltiples ingresos, prolongación de estancia hospitalaria y cuidados específicos.

El tratamiento es diferente si es grave o bien leve/moderada; Runkle recuerda que "el edema cerebral grave puede darse tanto en la hiponatremia aguda como en la crónica. El tratamiento con hipertónicos se administra según la clínica neurológica y la gravedad; somos más agresivos con el ritmo de aporte si hay hipoxia, si son niños o mujeres en edad fértil y si es aguda".

El algoritmo propuesto, según describe Carles Villanoba, del Hospital de Bellvitge (Barcelona), "establece el ritmo de infusión inicial, la periodicidad de los controles a lo largo del primer día y las medidas oportunas, según evolucione el paciente".

De tratarse de una hiponatremia no aguda (más de 48 horas) o más leve, con cifras de natremia superiores a 120 mmol/L, la primera línea de actuación se basa en la restricción líquida y la suspensión de la medicación inductora, si ello es posible. Antonio Pose, del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago, expone que, "por desgracia, no en todas las ocasiones se puede hacer esta restricción o sabemos que ésta no logrará revertir el cuadro. En esos casos, la propuesta consensuada es iniciar el tratamiento con un nuevo

Detrás del aumento de la mortalidad

Desde hace décadas se ha constatado que la hiponatremia eleva la mortalidad, además de la estancia hospitalaria y el ingreso en cuidados intensivos. El motivo suscita cierto debate científico: unos lo atribuyen a la causa subyacente y otros al mismo cuadro hiponatremico. Cada vez son más los indicios que apoyan esta última idea, entre ellos el estudio del holandés Ewout Hoorn, donde la corrección activa por parte de los facultativos de las cifras natrémicas disminuyó las muertes. Más recientes son los resultados del ensayo Everest sobre pacientes con patología cardíaca, en los que se constató que a los ocho meses sólo el grupo con hiponatremia de partida (corregida posteriormente) vieron reducida la morbimortalidad.

HOJA DE RUTA

El objetivo de este documento de consenso, que ha contado con el apoyo de la compañía Otsuka, es aportar una hoja de ruta concreta que incluya las evidencias científicas, crecientes en los últimos años, así

como la propia experiencia, según apunta una de las autoras, Isabelle Runkle, jefa de Sección del Servicio de Endocrinología y Nutrición, en el Hospital Clínico San Carlos (Madrid). "El problema no es la detección en si

misma, que se obtiene con una analítica de rutina, sino reconocer lo que hay delante: tener presentes las consecuencias negativas tanto de la hiponatremia crónica leve como de la grave y saber proceder al diagnósti-

co diferencial para el tratamiento específico y de la causa subyacente", dice la especialista, para quien, a pesar de la necesidad de mejora, se ha constatado en los últimos años un despertar de la importancia de la

grupo de fármacos aprobados en Europa para este fin, los vaptanes, integrado de momento por un único miembro aprobado con esta indicación: tolvaptán". Completan las opciones terapéuticas la furosemida, un fármaco indicado en los casos agudos, y el aporte de solutos, además de los mencionados vaptanes.

Sobre la restricción líquida, Runkle destaca su dificultad de aplicación: "No basta con adaptar la dieta para limitar la ingesta de líquido en los alimentos y bebidas; también hay que centrar la medicación intravenosa. La fórmula de Furst, que determina si la nefrona es capaz de eliminar agua libre de electrolitos, nos predice, y con mucho éxito según nuestra experiencia, la respuesta del paciente. Con todo, hay que adaptarse a una situación cambiante, lo que exige un seguimiento continuado de los análisis de electrolitos".

Vínculo con el deterioro cognitivo y la osteoporosis

MADRID
S. MORENO
 soniam@diariomedico.com

"La hiponatremia asintomática no existe". Así de rotunda se manifiesta Isabelle Runkle, del Hospital Clínico de Madrid, para referirse a las consecuencias de esta patología en sus formas leves. La especialista trae a colación un estudio presentado por el nefrólogo argentino Juan Carlos Ayús, del Baylor College of Medicine (Houston), en el último congreso de la Asociación Americana de Nefrología, que asocia la

condición electrolítica a más del 7 por ciento de fracturas de cadera.

No es el único, y hay algunos incluso que apuntan que podría incidir en el riesgo de osteoporosis. En el campo básico, el trabajo de Joseph G. Verbalis, de la Universidad Georgetown, en Washington, demostró en ratones que al mantenerlos con una hiponatremia grave durante unos meses perdían el 40 por ciento de su masa ósea; en otro estudio, sobre modelos *in vitro*, se constató la actividad de los osteo-

blastos en condiciones hiponatremicas. También en la cohorte del estudio epidemiológico *Nhanes* se ha establecido una relación con la osteoporosis.

No obstante, el ensayo prospectivo *Rotterdam*, llevado a cabo por Ewout J. Hoorn, del Centro Médico Erasmus (Holanda), no observó esa asociación entre hiponatremia crónica y osteoporosis. Runkle considera que ello podría achacarse al hecho de que entre los pacientes incluidos había un porcentaje muy alto en tratamiento con tiazidas.

La segunda consecuencia patológica de la hiponatremia es el deterioro cognitivo, y aquí la normalización de cifras natrémicas puede suponer la diferencia entre la recuperación o no de la independencia para el paciente: "Síntomas como la desorientación y la dificultad de concentración mejoran claramente", señala Runkle. "Hemos aprendido la importancia de la hiponatremia grave; ahora es el turno de potenciar la detección de la leve desde el inicio y con el tratamiento adecuado".