

La importancia de la hiponatremia desde el diagnóstico al tratamiento

La hiponatremia, definida como niveles séricos de sodio inferior o igual a 135 mEq/L, es la alteración electrolítica más frecuente en la práctica clínica, afectando aproximadamente al 5% de la población adulta. Este porcentaje se incrementa hasta el 20% en personas mayores de 65 años y alcanza hasta el 35% en pacientes hospitalizados¹. Su presencia se asocia con un aumento de la morbilidad, así como de la mortalidad, especialmente en aquellos pacientes de edad avanzada². Además, se relaciona con un aumento de la estancia hospitalaria y peor pronóstico en los pacientes hospitalizados donde la presencia de hiponatremias moderadas y graves se adquieren habitualmente durante la hospitalización³. Por ello, el clínico debe estar familiarizado con la detección y el manejo de este trastorno. Cuando se detectan unos niveles de sodio inferiores a 135 mEq/L sin causa claramente establecida, la medida de la osmolaridad plasmática es fundamental para confirmar la presencia de la hiponatremia. Una vez confirmada, la medición de la osmolaridad urinaria y la valoración clínica para estimar el estado de la volemia corporal nos permitirá aproximarnos al diagnóstico etiológico de la hiponatremia⁴.

Asimismo, aunque la insuficiencia cardíaca y la cirrosis hepática son causas frecuentes de hiponatremia, el síndrome de inadecuación de hormona antidiurética (SIADH) es a día de hoy considerada la causa más prevalente, suponiendo el 30% de todos los casos de hiponatremias y el 50% de todas las hiponatremias crónicas^{4,5}. El SIADH es un trastorno de la regulación en la excreción renal de agua libre. Se debe a la incapacidad de suprimir la secreción de hormona antidiurética (ADH), aunque no siempre se asocia con su secreción aumentada, por lo que también se le conoce como síndrome de antidiuresis inapropiada⁴.

El SIADH puede ser inducido por diferentes motivos, entre los que destacan; los trastornos de sistema nervioso central, alteraciones pulmonares, la presencia de neoplasias y el uso de ciertos fármacos. En ocasiones la causa se mantiene como idiopática, siendo especialmente frecuente en los pacientes de edad avanzada, polimedicados y pluripatológicos^{6,7}.

En cuanto a su forma de presentación, su sintomatología puede variar de forma importante dependiendo del grado de hiponatremia, la velocidad de instauración y el origen de la misma^{4,8}. La manifestación inicial podría caracterizarse por la presencia de déficits cognitivos, alteraciones neuromotoras y de la

marcha, lo que podría acarrear mayor riesgo de caídas, fracturas y osteoporosis. En casos más graves, la hiponatremia puede progresar a arritmias, convulsiones, edema cerebral, estupor e incluso el fallecimiento del paciente^{4,5,8}. Cabe señalar que con frecuencia las hiponatremias leves o moderadas permanecen inadvertidas o no valoradas en su potencial efecto deletéreo, muchas veces no identificándose o relacionándose adecuadamente con la sintomatología de los pacientes, especialmente en aquellos de edad avanzada⁶. Esta falta de reconocimiento puede conducir a un manejo subóptimo del paciente que pudiera acarrear situaciones severas potencialmente mortales^{4,8}.

En cuanto a los aspectos terapéuticos, el tratamiento de la hiponatremia dependerá de la causa, de la rapidez de instauración de la sintomatología clínica asociada y de la magnitud del descenso de las cifras de sodio plasmático. Se consideraría una hiponatremia aguda aquella que se ha instaurado dentro de las 48 horas previas y crónica aquella de más de 48 horas de evolución. Esta consideración es fundamental en el momento de decidir el ritmo de corrección de la hiponatremia ya que una corrección excesivamente rápida podría acarrear la presencia de una desmielinización osmótica⁴. La reposición de los niveles de sodio a través de sueros hipertónicos puede ser útil en situaciones graves sintomáticas. En el caso del SIADH, en situaciones crónicas asintomáticas o levemente sintomáticas o hiponatremias leves-moderadas, el tratamiento se debe basar en la restricción hídrica (1-1,5 litros por día) junto con el uso de urea oral acorde a las recomendaciones de guías europeas (15-30 g/día)^{7,9}. La urea induce una diuresis osmótica, lo que incrementa la excreción de agua libre favoreciendo la corrección de los niveles de sodio y reduciendo de forma significativa el riesgo de lesión cerebral asociada a la corrección de los niveles de sodio. El uso de urea se constituye como un arma terapéutica útil, de bajo coste y segura para la hiponatremia asociada al SIADH^{9,10}. En el tratamiento farmacológico de la hiponatremia por SIADH se incluye el uso de tolvaptán, un antagonista de los receptores V2 de la ADH que bloquean la reabsorción de agua en el túbulo colector. Dado su perfil de seguridad y eficacia ha sido incluido como tratamiento en diferentes guías y recomendaciones de tratamiento a pesar de algunas limitaciones de uso por su alto precio, riesgo de hipercorrección y hepatotoxicidad^{4,7,9}.

Como mensaje clave, debemos tener en cuenta que la hiponatremia es un trastorno hidroelectrolítico muy frecuente en nuestra práctica clínica

diaria. Su correcta valoración es fundamental debido a las potenciales consecuencias sobre la mortalidad y la morbilidad. Acorde a las guías europeas, una vez diagnosticada correctamente es fundamental establecer las medidas terapéuticas óptimas para la corrección eficaz y segura de los niveles de sodio lo que incluye el uso de urea oral o tolvaptán acorde a las guías. La publicación de experiencias clínicas en forma de casos clínicos

con pacientes con hiponatremia en diferentes contextos clínicos tratados con urea oral y otras medidas nos aporta información válida de valor para nuestra práctica clínica habitual. Con el fin de ampliar la evidencia de forma robusta se precisan estudios clínicos aleatorizados y controlados que confirmen la eficacia y seguridad a largo plazo de estas opciones terapéuticas.

Luis Miguel Pérez-Belmonte 

Servicio de Medicina Interna, Hospital Regional Universitario de Málaga, Instituto de Investigación Biomédica de Málaga (IBIMA), Málaga, España

Citar como: Pérez-Belmonte LM. La importancia de la hiponatremia desde el diagnóstico al tratamiento. Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2024 (noviembre); 9(Supl. 1): 2-2. doi: <https://doi.org/10.32818/reccmi.a9s1a1>

Cite this as: Pérez-Belmonte LM. The importance of hyponatremia from diagnosis to treatment. Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2023 (November); 9(Supl. 1): 2-2. doi: <https://doi.org/10.32818/reccmi.a9s1a1>

Autor para correspondencia: Luis Miguel Pérez-Belmonte. luismiguelpb@hotmail.com

Bibliografía

1. Bhasin-Chhabra B, Veitla V, Weinberg S, Koratala A. Demystifying hyponatremia: a clinical guide to evaluation and management. *Nutr Clin Pract*. 2022; 37(5): 1023-1032. doi: <https://doi.org/10.1002/ncp.10907> (último acceso oct. 2024).
2. Ayus JC, Negri AL, Kalantar-Zadeh K, Moritz ML. Is chronic hyponatremia a novel risk factor for hip fracture in the elderly? *Nephrol Dial Transplant*. 2012; 27(10): 3725-3731. doi: <https://doi.org/10.1093/ndt/gfs412> (último acceso oct. 2024).
3. Berl T. An elderly patient with chronic hyponatremia. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2013; 8(3): 469-475. doi: <https://doi.org/10.2215/cjn.03100312> (último acceso oct. 2024).
4. Poch E, Molina A, Piñeiro G. Syndrome of inappropriate antidiuretic hormone secretion. *Med Clin (Barc)*. 2022; 159(3): 139-146. doi: <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2022.02.015> (último acceso oct. 2024).
5. Verbalis JG. Euvolemic hyponatremia secondary to the syndrome of inappropriate antidiuresis. *Front Horm Res*. 2019; 52: 61-79. doi: <https://doi.org/10.1159/000493238> (último acceso oct. 2024).
6. Mentrastrì G, Scortichini L, Torniai M, Giampieri R, Morgese F, Rinaldi S, *et al*. Syndrome of inappropriate antidiuretic hormone secretion (SIADH): optimal management. *Ther Clin Risk Manag*. 2020; 16: 663-672. doi: <https://doi.org/10.2147/tcrm.s206066> (último acceso oct. 2024).
7. Spasovski G, Vanholder R, Allolio B, Annane D, Ball S, Bichet D, *et al*. Clinical practice guideline on diagnosis and treatment of hyponatraemia. *Eur J Endocrinol*. 2014; 170(3): 41-47. doi: <https://doi.org/10.1530/eje-13-1020> (último acceso oct. 2024).
8. Adrogué HJ, Tucker BM, Madias NE. Diagnosis and management of hyponatremia: a review. *JAMA*. 2022; 328(3): 280-291. doi: <https://doi.org/10.1001/jama.2022.11176> (último acceso oct. 2024).
9. Hoorn EJ, Zietse R. Diagnosis and treatment of hyponatremia: compilation of the guidelines. *J Am Soc Nephrol*. 2017; 28(5): 1340-1349. doi: <https://doi.org/10.1681/asn.2016101139> (último acceso oct. 2024).
10. Perelló-Camacho E, Pomares-Gómez FJ, López-Penabad L, Mirete-López RM, Pinedo-Esteban MR, Domínguez-Escribano JR. Clinical efficacy of urea treatment in syndrome of inappropriate antidiuretic hormone secretion. *Sci Rep*. 2022; 12(1): 10266. doi: <https://doi.org/10.1038/s41598-022-14387-4> (último acceso oct. 2024).