



4021-3. IMPACTO PRONÓSTICO DE LA HIPONATREMIA Y LA HIPERNATREMIA AL INGRESO Y AL ALTA HOSPITALARIA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN CONSERVADA, DE RANGO INTERMEDIO Y REDUCIDA

Lourdes Vicent Alaminos¹, Jesús Álvarez García², José Ramón González Juanatey³, José Miguel Rivera Otero⁴, Javier Segovia Cubero⁵, Fernando Worner Diz⁶, Ramón Bover Freire⁷, Domingo Andrés Pascual Figal⁸, Raquel Vázquez García⁹, Juan M. Cinca Cuscullola², Francisco Fernández Avilés¹ y Manuel Martínez-Sellés D'Oliveira Soares¹, del ¹Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, ²Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, ³Complejo Hospitalario Universitario de Santiago, Santiago de Compostela (A Coruña), ⁴Hospital Universitario La Fe, Valencia, ⁵Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid), ⁶Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida, ⁷Hospital Clínico San Carlos, Madrid, ⁸Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar (Murcia) y ⁹Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

Resumen

Introducción y objetivos: La hiponatremia es común en pacientes con insuficiencia cardiaca aguda (IC). Nuestro objetivo fue determinar el impacto de las alteraciones del sodio en la mortalidad y los reingresos en pacientes con insuficiencia cardiaca (IC) con fracción de eyección ventricular izquierda reducida (ICFER), fracción de eyección conservada (ICFEP) y fracción de eyección de rango intermedio (ICFEi).

Métodos: Registro prospectivo multicéntrico consecutivo en 20 hospitales, que incluyó a los pacientes ingresados por descompensación de IC en el servicio de cardiología. El sodio 135 mmol/l se consideró hiponatremia, > 145 mmol/l de hipernatremia y 135–145 mmol/l normal.

Resultados: Un total de 1.309 pacientes fueron incluidos. La edad promedio fue de $72,0 \pm 11,9$ años, y 810 (61,9%) eran varones. El nivel sérico medio de sodio fue de $138,6 \pm 4,7$ mmol/l al ingreso y $138,1 \pm 4,1$ mmol/l al alta hospitalaria. La evolución de los niveles de sodio fue: normal en el momento del ingreso/normal al alta 941 (71,9%), anormal al ingreso/normal al alta 127 (9,7%), normal al ingreso/anormal al alta 155 (11,8%), y anormal en el ingreso/anormal al alta 86 (6,6%). La hiponatremia en el momento del alta hospitalaria fue más común en ICFER (109 [20,7%]) que en ICFEP (79 [13,9%]) y ICFEi (27 [12%]), $p = 0,003$. La prevalencia de hipernatremia al alta fue similar en los 3 grupos: ICFER (10 [1,9%]), ICFEP (12 [2,1%]) y ICFEi (4 [1,9%]), $p = 0,96$. En el análisis multivariado, concentraciones anormales de sodio al ingreso (*hazard ratio* [HR] 1,42, intervalo de confianza del 95% [IC] 1,15-1,76, $p = 0,001$) y al alta (HR 1,33, IC95% 1,08-1,64, $p = 0,007$) se asociaron de forma independiente con el aumento de la mortalidad y los reingresos a los 12 meses.

Predictores independientes asociados a un mayor riesgo de presentar una concentración anómala de sodio al alta hospitalaria

	<i>Odds ratio</i> (intervalo de confianza al 95%)	p
Tasa de filtrado glomerular (ml/min)	0,99 (0,97-0,99)	0,03
Fracción de eyección ventricular izquierda (%)	0,98 (0,97-0,99)	0,04
Antagonistas de los receptores mineralocorticoides	1,88 (1,34-2,65)	0,001
Bloqueadores beta	0,60 (0,41-0,90)	0,005



Mortalidad y reingresos según niveles de sodio al alta y cambio en concentraciones de sodio.

Conclusiones: La hiponatremia y la hipernatremia al ingreso y al alta hospitalaria predicen un mal pronóstico en pacientes con insuficiencia cardiaca aguda, independientemente de la FEVI. La hiponatremia en el momento del alta hospitalaria es más frecuente en ICFEr que en los otros grupos de FEVI.