



6063-406. IMPACTO DE LA HIPONATREMIA EN LA HOSPITALIZACIÓN POR INSUFICIENCIA CARDIACA

Miguel de la Serna Real de Asúa¹, Alfonso Fraile Sanz¹, José Luis Santiago Ruiz², Silvia Humanes Ybáñez¹, Nuria Gil Mancebo¹, Paula Rodríguez Montes¹, María Martín Muñoz¹, María Álvarez Bello¹, Daniel Nieto Ibáñez¹, Cristina Perela Álvarez¹, Rebeca Mata Caballero¹, Renée Olsen Rodríguez¹, Bárbara Izquierdo Coronel¹, Jesús Ángel Perea Egido¹ y Joaquín J. Alonso Martín¹

¹Servicio de Cardiología. Hospital Universitario de Getafe, Getafe (Madrid), España y ²Hospital Universitario de Getafe, Getafe (Madrid), España.

Resumen

Introducción y objetivos: La hiponatremia (hipoNa) se ha identificado como un predictor de mal pronóstico en pacientes con insuficiencia cardiaca (IC). En este estudio, se busca definir el perfil clínico de los pacientes con y sin hipoNa a su ingreso tras descompensación de IC y su pronóstico en el curso clínico.

Métodos: Estudio analítico, observacional con los 189 pacientes ingresados por descompensación de IC entre 2019-2023. Se analizaron variables clínicas, farmacológicas y demográficas en relación con la clínica de IC. El análisis de seguimiento incluyó eventos cardiovasculares adversos mayores (MACE). Se definió hipoNa como aquella natremia 135 mEq/l.

Resultados: El 32,3% (71) de los pacientes eran mujeres. No hubo diferencias significativas en la edad entre los grupos ($p = 0,4$), con una media de $[70 \pm 13]$ años en pacientes con hipoNa y $[74 \pm 9]$ años en pacientes sin hipoNa. Tampoco hubo diferencias significativas en las principales comorbilidades entre los grupos. La fracción de eyección del ventrículo izquierdo promedio fue $[40 \pm 13]$ en pacientes con hipoNa y $[43 \pm 14]$ en pacientes sin hipoNa ($p = 0,37$). Se observaron diferencias significativas en pacientes con IC de predominio izquierdo (91 vs 70%; $p = 0,05$) y disfunción sistólica del ventrículo derecho (52 vs 31%; $p = 0,05$) en comparación con aquellos sin hipoNa. Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas en pacientes con IC de predominio derecho (43 vs 38%; $p = 0,67$). Se observó una tendencia hacia diferencias significativas en la resistencia a diuréticos (24 vs 10%; $p = 0,07$) y bajo gasto cardiaco (19 vs 8%; $p = 0,09$) en pacientes con hipoNa. No se encontraron diferencias significativas en el tratamiento previo con diuréticos entre grupos. Los pacientes con hipoNa tuvieron estancias medias más prolongadas ($[14 \pm 12]$ vs $[9 \pm 7]$; $p = 0,05$) y mayor mortalidad hospitalaria (14 vs 1%; $p = 0,01$). La presencia de MACE en el seguimiento no mostró diferencias estadísticamente significativas ($[3 [1-7]]$ vs $12 [4-21]$; $p = 0,07$), aunque hubo una tendencia hacia un mayor riesgo en pacientes con hipoNa.

	Na 135 mEq/l	Na > 135 mEq/l	p
Edad (n ± ?)	71 ± 13	74 ± 9	p = 0,399

Mujeres (n (%))	7 (33%)	64 (38%)	p = 0,671
Hipertensión arterial (n (%))	17 (81%)	17 (81%)	p = 1,000
Dislipemia (n (%))	16 (76%)	105 (63%)	p = 0,218
Diabetes mellitus (n (%))	11 (52%)	96 (57%)	p = 0,678
FEVI (n ± ?)	41 ± 14	44 ± 16	p = 0,371
IC de predominio izquierdo (n (%))	19 (91%)	117 (70%)	p = 0,045
IC de predominio derecho (n (%))	9 (43%)	64 (38%)	p = 0,673
Disfunción sistólica del VD (n (%))	11 (52%)	51 (31%)	p = 0,045
Resistencia a diuréticos (n (%))	5 (24%)	17 (10%)	p = 0,065
Bajo gasto (n (%))	4 (19%)	13 (8%)	p = 0,090
Diuréticos del asa (n (%))	11 (52%)	85 (51%)	p = 0,877
Tiazidas (n (%))	4 (19%)	19 (11%)	p = 0,312
Antialdosterónicos (n (%))	6 (29%)	29 (17%)	p = 0,214
Betabloqueante (n (%))	9 (43%)	108 (64%)	p = 0,057
Estancia media (n ± ?)	14 ± 12	9 ± 7	p = 0,012
Muerte (n (%))	3 (14%)	1 (1%)	p = 0,004

Los valores se presentan como frecuencia (porcentaje). Los valores de p menores a 0,05 se consideran estadísticamente significativos. IC: insuficiencia cardiaca; FEVI: fracción de eyección de ventrículo izquierdo; VD: ventrículo derecho.



Conclusiones: La hiponatremia no se relaciona con comorbilidades o tratamiento previo. Pero sí se asocia con características clínicas específicas como insuficiencia cardiaca izquierda, disfunción sistólica derecha, resistencia a diuréticos y bajo gasto cardiaco. Además, tienen mayor mortalidad hospitalaria, estancias más largas y tendencia a más MACE.