

# Hipernatremia severa, la importancia del uso individualizado de la fluidoterapia.

S ALADRO ESCRIBANO , CA SANTANA QUINTANA , D MEDINA GARCIA , Y DARUIZ D'ORAZIO, JC QUEVEDO REINA, JM FERNANDEZ, R SANTANA ESTUPIÑÁN, M RINCÓN  
F GONZALEZ CABRERA, P PÉREZ BORGES. Servicio de Nefrología, Hospital Dr.Negrín. Las Palmas GC.

## INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La fluidoterapia es una terapia médica dirigida a mantener o restaurar el equilibrio hidroelectrolítico y/o volemia por vía intravenosa. A continuación, haremos una revisión sobre la importancia de usarla como un tratamiento individualizado. Nuestro objetivo es analizar la importancia de particularizar la fluidoterapia, con la misma pericia que cualquier fármaco en escenarios clínicos aparentemente similares.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Análisis retrospectivo con datos obtenido de 14 pacientes con hipernatremia, atendidos en la zona de paciente crítico en el servicio de urgencias.

## RESULTADOS

- Se analizan un total de 14 pacientes con una edad media de 22.1 y un 92% de hombres frente a un 8% de mujeres.
- El 100% de los sujetos presentaban un patrón de deshidratación severa con un volumen extracelular bajo y deterioro del nivel de consciencia, secundario a nula ingesta de agua potable o ingesta de agua de mar. En un 69% se objetivaron natremias por encima de 170 mEq/L.
- En el 64% objetivamos una acidosis metabólica con anion GAP aumentado, un 30% presentó hipoglucemia, un 22% hiperpotasemia asociada y solo un 5% algún grado de fracaso renal agudo.
- Del global de los pacientes el 70% presentó inestabilidad hemodinámica con presión arterial media (PAM) por debajo de 60mmHg.
- A los pacientes con hipotensión arterial se les inició la reposición con S. Fisiológico al 0.9%, (evitándose con GAP normal), S.Hiposalino 0.45% o soluciones balanceadas, para asegurarse en primera instancia una buena perfusión tisular, objetivando mejoría en la estabilidad hemodinámica con fisiológico al 0.9% frente al hiposódico y sin diferencia significativa en la corrección del sodio (Na) entre los tres tipos.
- Los pacientes que presentaban unas cifras tensionales óptimas se inició la reposición con S. Glucosado al 5% o soluciones balanceadas, presentando inicialmente una mejor respuesta con las soluciones balanceadas, sobre todo en los pacientes con acidosis más graves.
- Presentaron una mayor supervivencia los pacientes en los que la fluidoterapia se apoyó fundamentalmente en cristaloides. En las primeras 24 horas el 50% de los pacientes que presentaron cifras por encima de 170mEq se logró un descenso de Na plasmático de entre 7 y 10mEq/L. No hubo diferencia significativa a la hora de corrección del Na entre los pacientes con función renal normal y fracaso renal agudo AKIN I-II.

## CONCLUSIONES

- ✓ Ante una misma situación clínica, a priori, deshidratación severa e hipernatremia hiperosmolar objetivamos como se individualizó la sueroterapia, y la importancia de esto, en cada uno de los pacientes, en función de la estabilidad hemodinámica, equilibrio hidroelectrolítico y del medio interno.