Revista Eletrônica
Acervo Saúde
Electronic Journal Collection Health ISSN 2178-2091

Hiponatremia na prática hospitalar: revisão integrativa sobre impacto clínico e relevância para a equipe multiprofissional

Hyponatremia in hospital practice: an integrative review on clinical impact and relevance for the multidisciplinary team

Hiponatremia en la práctica hospitalaria: revisión integradora sobre el impacto clínico y la relevancia para el equipo multidisciplinario

Aline Tavares Freitas Rezende[1], Danyelle Karine de Oliveira Baquer[1], Alexandre Borges da Silva[1], Jean-Claude Martins de Andrade[1], Vitor Venturoso Rocha[1], Emilly Neiva Provin, Kamila Ferreira Linhaus, Rafaela Baliot de Souza[1], Anna Monise Rigon Von Heimburg[1], Neide Garcia Ribeiro[1].

RESUMO

Objetivo: Sintetizar criticamente as evidências recentes sobre hiponatremia em contexto hospitalar, considerando fundamentos fisiopatológicos, critérios clínicos-laboratoriais, estratégias de correção, incluindo solução salina hipertônica, e repercussões clínicas, funcionais e assistenciais sob perspectiva multiprofissional. **Métodos:** Revisão integrativa com busca ampliada em nove bases (2021–2026), contemplando um núcleo analítico (ensaio clínico, estudos observacionais e revisões sistemáticas/metanálises) e um suporte contextual (diretrizes e revisões narrativas/práticas) integrados à interpretação crítica dos achados. Após triagem de 1.482 registros e avaliação de 75 textos completos, 12 estudos compuseram a síntese final. **Resultados:** Em hiponatremia grave, a correção rápida controlada associou-se a melhores desfechos clínicos quando conduzida com monitorização rigorosa. Em quadros sintomáticos, bolus de solução salina hipertônica demonstrou maior eficiência operacional que infusões contínuas. Hiponatremia leve/moderada mostrou associação consistente com instabilidade postural e quedas, embora os efeitos sobre fraturas permaneçam incertos. Identificaram-se ainda prolongamento do tempo de internação, maior risco de readmissões e implicações organizacionais relevantes. **Considerações finais:** O manejo hospitalar da hiponatremia requer metas paramétricas claras, monitorização seriada e integração multiprofissional. Persistem lacunas terapêuticas e funcionais que justificam novas investigações.

Palavras-chave: Hiponatremia, Hospitais, Solução salina hipertônica, Estado funcional, Protocolos clínicos.

ABSTRACT

Objective: To critically synthesize recent evidence on hyponatremia in the hospital setting, considering pathophysiological foundations, clinical-laboratory criteria, correction strategies, including hypertonic saline- and clinical, functional, and care-related repercussions from a multidisciplinary perspective. **Methods:** Integrative review with an expanded search across nine databases (2021–2026), comprising an analytical core (clinical trial, observational studies, and systematic reviews/meta-analyses) and contextual support (guidelines and narrative/practical reviews) integrated into a critical interpretation of the findings. After screening

[1] Afya Centro Universitário de Ji-Paraná, Ji-Paraná – RO.

SUBMETIDO EM: 4/2026 | **ACEITO EM: 5/2026** | **PUBLICADO EM: 7/2026**

1,482 records and evaluating 75 full texts, 12 studies composed the final synthesis. **Results:** In severe hyponatremia, controlled rapid correction was associated with better clinical outcomes when conducted with strict monitoring. Insymptomatic cases, hypertonic saline boluses demonstrated greater operational efficiency than continuous infusions. Mild/moderate hyponatremia showed a consistent association with postural instability and falls, although effects on fractures remain uncertain. Additional findings included prolonged hospital stay, increased risk of readmissions, and relevant organizational implications. **Final considerations:** Hospital management of hyponatremia requires clear parametric targets, serial monitoring, and multidisciplinary integration. Therapeutic and functional gaps persist, justifying further investigations.

Keywords: Hyponatremia, Hospitals, Hypertonic saline solution, Functional status, Clinical protocols.

RESUMEN

Objetivo: Sintetizar críticamente la evidencia reciente sobre la hiponatremia en el contexto hospitalario, considerando fundamentos fisiopatológicos, criterios clínicos y de laboratorio, estrategias de corrección —incluida la solución salina hipertónica— y sus repercusiones clínicas, funcionales y asistenciales desde una perspectiva multidisciplinaria. **Métodos:** Se realizó una revisión integradora con búsqueda en nueve bases de datos (2021–2026), incluyendo ensayos clínicos, estudios observacionales y revisiones sistemáticas o metaanálisis, complementados por guías clínicas y revisiones narrativas para contextualización e interpretación crítica. Tras el cribado de 1.482 registros y la evaluación de 75 textos completos, se incluyeron 12 estudios en la síntesis final. **Resultados:** En hiponatremia grave, la corrección rápida y controlada se asoció con mejores desenlaces bajo monitorización estricta. En casos sintomáticos, los bolos de solución salina hipertónica fueron más eficientes que las infusiones continuas. La hiponatremia leve o moderada se asoció con inestabilidad postural y caídas, con incertidumbre sobre fracturas. También se observaron mayor estancia hospitalaria, riesgo de readmisión e impacto organizacional. **Consideraciones finales:** El manejo requiere objetivos claros, monitorización seriada y enfoque multidisciplinario, persistiendo lagunas que justifican nuevas investigaciones.

Palabras clave: Hiponatremia, Hospitales, Solución salina hipertónica, Estado funcional, Protocolos clínicos.

INTRODUÇÃO

O sódio (Na^+) é o principal cátion do compartimento extracelular e o determinante mais relevante da tonicidade plasmática; em condições fisiológicas, sua concentração sérica mantém-se entre 135–145 mEq/L sob regulação integrada do rim, da sede e dos eixos hormonais, especialmente a arginina-vasopressina e o sistema renina-angiotensina-aldosterona. Por essa razão, a hiponatremia deve ser compreendida primordialmente como um distúrbio de água — caracterizado por excesso relativo de água livre em relação ao sódio corporal total — e não como simples depleção de sódio. Esse entendimento orienta a avaliação inicial para três eixos fundamentais: tonicidade, estado de volume e cronologia do distúrbio, elementos que estruturam a tomada de decisão clínica e têm sido amplamente descritos na literatura recente (ADROGUE HJ, et al. 2022; SPASOVSKI G, 2024).

No ambiente hospitalar, a hiponatremia (Na^+<135 mEq/L) configura-se como o distúrbio eletrolítico mais frequente, sendo observada em diferentes cenários clínicos, desde unidades de internação até terapia intensiva. Sua interpretação exige análise cuidadosa do estado de volume — hipovolêmico, euvolêmico ou hipervolêmico —, uma vez que, na prática, a maioria dos quadros reflete excesso relativo de água. Diretrizes contemporâneas recomendam a utilização de algoritmos diagnósticos que integrem dados clínicos e laboratoriais, reduzindo erros de classificação e, consequentemente, iatrogenias associadas à condução inadequada (SPASOVSKI G, 2024; WARREN AM et al., 2023).

As etiologias da hiponatremia são amplas e frequentemente multifatoriais, especialmente em pacientes hospitalizados. Estados de hipovolemia e hipervolemia coexistem com condições euvolêmicas, sendo esta última frequentemente associada à síndrome da secreção inapropriada do hormônio antidiurético (SIADH). Além disso, causas endócrinas, como insuficiência adrenal e hipotireoidismo, bem como o uso de fármacos — incluindo diuréticos, antidepressivos e anticonvulsivantes —, contribuem para a complexidade do diagnóstico. Nesse contexto, a necessidade de reavaliação seriada do estado volêmico e da bioquímica se torna essencial para evitar interpretações equivocadas e garantir maior segurança na condução clínica (WARREN AM et al., 2023; SPASOVSKI G, 2024).

Do ponto de vista clínico, a velocidade e a magnitude da queda do sódio sérico são determinantes para a apresentação dos sintomas. Quadros agudos podem precipitar edema cerebral com manifestações neurológicas importantes, como confusão, convulsões e rebaixamento do nível de consciência. Em contrapartida, formas crônicas tendem a apresentar manifestações mais discretas, porém clinicamente relevantes, incluindo déficits de atenção, lentificação cognitiva e instabilidade da marcha, que se associam a maior risco de quedas. Essas alterações têm repercussões diretas na segurança do paciente, no processo de reabilitação e na autonomia funcional, especialmente em populações mais vulneráveis, como idosos (ADROGUE Hj, et al., 2022; RENNEBOOG B et al., 2006; MONNERAT S, et al. 2025).

Entretanto, os impactos da hiponatremia não se restringem à dimensão neurológica. Na prática assistencial, esse distúrbio está associado a consequências mais amplas, que envolvem aspectos físicos, funcionais e organizacionais do cuidado. Estudos hospitalares e populacionais demonstram associação consistente com maior tempo de internação, aumento de custos hospitalares, elevação da mortalidade em curto prazo e maior risco de readmissão, especialmente quando a hiponatremia persiste até o momento da alta. Esses achados reforçam que sua presença deve ser interpretada como marcador de maior complexidade clínica, exigindo vigilância contínua, monitorização laboratorial rigorosa e organização de processos assistenciais mais estruturados (LU H et al., 2020; KUTZ A et al., 2020).

Além disso, a hiponatremia pode ser compreendida dentro de uma perspectiva ampliada de cuidado, na qual diferentes dimensões do processo de adoecimento se inter-relacionam. Alterações laboratoriais, manifestações clínicas e impacto funcional frequentemente coexistem, exigindo uma abordagem que vá além da correção isolada do sódio sérico. Nesse cenário, torna-se fundamental considerar não apenas os aspectos fisiopatológicos, mas também as repercussões na qualidade de vida, na segurança do paciente e na tomada de decisão clínica, reforçando a necessidade de atuação integrada entre diferentes profissionais de saúde.

E para além das repercussões fisiopatológicas, a hiponatremia deve ser compreendida também à luz dos cuidados paliativos, sobretudo quando presente em pacientes com doenças crônicas avançadas. Nessa perspectiva, torna-se essencial compreender o sofrimento multidimensional, que abrange dimensões físicas, emocionais, funcionais, sociais e espirituais, influenciando de maneira significativa a autonomia, a comunicação, a interação social e o bem-estar psicossocial do paciente. Em cenários paliativos, manifestações decorrentes da hiponatremia — como confusão mental, instabilidade postural, rebaixamento do nível de consciência e prejuízo cognitivo — podem intensificar esse sofrimento global, exigindo uma abordagem clínica ampliada que integre avaliação funcional e psicossocial, orientando intervenções multiprofissionais centradas na qualidade de vida e nos valores individuais do paciente. Tal compreensão reforça que o manejo adequado deve reconhecer a complexidade do sofrimento e responder a todas as suas dimensões dentro de um plano terapêutico integrado (AMERICAN ACADEMY OF HOSPICE AND PALLIATIVE MEDICINE, 2022).

Diante desse panorama, esta revisão integrativa visa sintetizar criticamente a literatura recente sobre hiponatremia na prática hospitalar, enfatizando seus fundamentos fisiopatológicos, condições predisponentes, manifestações clínicas com impacto funcional e implicações assistenciais. Busca-se, ainda, destacar a importância da integração multiprofissional na condução desses pacientes, contribuindo para decisões mais seguras, individualizadas e fundamentadas na melhor evidência disponível.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, com abordagem qualitativa, realizada com o objetivo de reunir, analisar e integrar evidências científicas acerca da hiponatremia em pacientes adultos hospitalizados, com foco em desfechos clínicos, estratégias terapêuticas e implicações assistenciais. A escolha desse delineamento se justifica pela possibilidade de incluir diferentes tipos de estudos, permitindo uma compreensão mais ampla e aplicada do tema.

A busca bibliográfica foi conduzida nas bases de dados PubMed/MEDLINE, Embase, Cochrane Library, Web of Science, Scopus, CINAHL, LILACS e SciELO, contemplando o período de março de 2021 a março de 2026. Foram utilizados descritores controlados e não controlados, combinados por operadores booleanos (AND e OR), com adaptações específicas para cada base de dados. Entre os principais termos utilizados, destacam-se: “hyponatremia”, “hospitalized patients”, “serum sodium”, “clinical outcomes”, “mortality”, “osmotic demyelination”, “sodium correction”, “SIADH” e “electrolyte disorders”. As estratégias de busca foram ajustadas conforme as especificidades de cada base, respeitando suas particularidades quanto à indexação e aos mecanismos de recuperação da informação.

O processo de seleção dos estudos ocorreu em etapas. Inicialmente, realizou-se a identificação dos registros e remoção de duplicatas. Em seguida, foi realizada a triagem por títulos e resumos, com base nos critérios de elegibilidade previamente definidos. Os estudos potencialmente relevantes foram submetidos à leitura na íntegra para confirmação da inclusão. A seleção dos estudos foi realizada por dois revisores de forma independente, sendo as divergências resolvidas por consenso ou, quando necessário, com a participação de um terceiro avaliador. A organização e o gerenciamento das etapas de seleção foram realizados com o auxílio da plataforma Rayyan®, contribuindo para maior transparência e sistematização do processo. O fluxograma de seleção dos estudos foi estruturado conforme as recomendações do PRISMA 2020.

Foram incluídos estudos que atenderam aos seguintes critérios: população composta por adultos hospitalizados com hiponatremia (sódio sérico <135 mEq/L), publicação entre 2021 e 2026, apresentação de desfechos clínicos ou processuais relevantes (como mortalidade, tempo de internação, complicações neurológicas e estratégias de manejo) e disponibilidade do texto completo. Foram excluídos estudos envolvendo população pediátrica, relatos de caso, séries de casos com pequeno número amostral, estudos exclusivamente ambulatoriais e aqueles que não apresentavam estratificação adequada para pacientes hospitalizados ou desfechos de interesse.

Após a seleção, os estudos incluídos foram organizados em dois grupos, de acordo com sua contribuição para a análise: núcleo analítico e suporte contextual. O núcleo analítico foi composto por estudos com maior robustez metodológica e foco direto nos desfechos clínicos da hiponatremia, incluindo ensaio clínico, estudos de coorte e revisões sistemáticas com metanálise. Já o suporte contextual incluiu diretrizes clínicas, revisões narrativas e protocolos de estudo, utilizados para complementar a interpretação dos achados e ampliar a discussão sobre aspectos fisiopatológicos, diagnósticos e operacionais.

A extração dos dados considerou informações como autor, ano de publicação, país, delineamento do estudo, características da população, critérios diagnósticos, intervenções ou exposições avaliadas e principais desfechos clínicos. A síntese dos resultados foi realizada de forma qualitativa, com abordagem descritiva e analítica, permitindo a integração dos achados e a identificação de padrões relacionados ao comportamento clínico da hiponatremia, suas estratégias de manejo e suas implicações no contexto hospitalar.

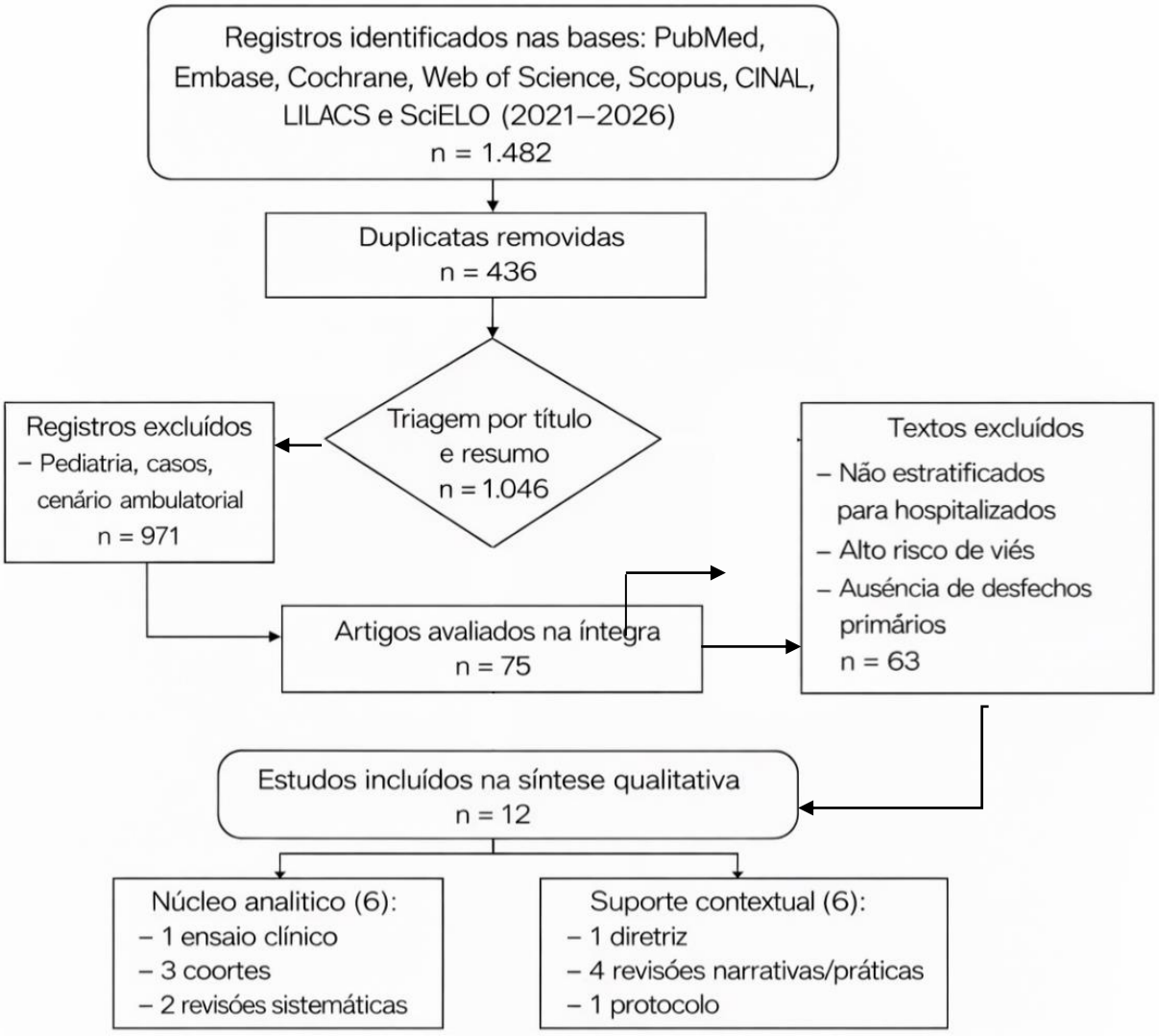
A avaliação da qualidade metodológica e do risco de viés foi conduzida utilizando instrumentos apropriados para cada tipo de estudo, incluindo AMSTAR 2 para revisões sistemáticas, RoB 2 para ensaios clínicos randomizados e ROBINS-I para estudos observacionais. Essa etapa teve como objetivo aumentar a confiabilidade da análise e fortalecer a interpretação crítica dos resultados apresentados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram identificados 1.482 registros nas bases PubMed/MEDLINE, Embase, Cochrane Library, Web of Science, Scopus, CINAHL, LILACS e SciELO, considerando o período de março/2021 a março/2026. Após

a remoção de 436 duplicatas, 1.046 registros foram submetidos à triagem por título e resumo. Destes, 971 foram excluídos por não atenderem ao escopo (população pediátrica, relatos de caso ou estudos restritos ao ambiente ambulatorial). Assim, 75 artigos foram selecionados para leitura na íntegra. A aplicação dos critérios de elegibilidade — população adulta hospitalizada, hiponatremia caracterizada por Na^{+}<135 mEq/L, presença de desfechos clínicos/processuais e aderência ao recorte temporal — levou à exclusão de 63 textos por apresentarem dados não estratificados para pacientes hospitalizados, risco de viés elevado em domínios críticos ou ausência dos desfechos de interesse, resultando em12 estudos incluídos na síntese qualitativa: seis no núcleo analítico (1 ensaio clínico, 3 coortes e 2 revisões sistemáticas/metanálises) e seis de suporte contextual (1 diretriz, 4 revisões narrativas/práticas e 1 protocolo).Entretanto, atendendo às recomendações metodológicas, apenas os seis estudos originais (1 ensaio clínico e 5 estudos observacionais) foram mantidos no quadro comparativo principal. Os demais seis estudos secundários (revisões, diretrizes e protocolos) foram preservados apenas como fontes complementares na discussão, contribuindo para o aprofundamento conceitual, contextualização clínica e suporte interpretativo dos achados primários.

Figura 1 - Fluxograma de identificação, triagem e seleção dos estudos.



Nota: Registros identificados (n=1.482); duplicatas removidas (n=436); triagem (n=1.046); textos completos avaliados (n=75); estudos incluídos (n=12).
Fonte: Freitas A, et al., 2026. Elaborado a partir do modelo PRISMA.

Quadro 1 - Síntese dos estudos selecionados (2021–2026): organizada por eixos temáticos, cenário assistencial e principais achados.

Eixo temático predominante	Autor/ano	Cenário	População	Principais achados	Tipo de estudo
Sintomas físicos e gravidade da hiponatremia	Roe et al., 2024	UTI hospitalar	Pacientes críticos	Hiponatremia grave associou-se à maior mortalidade e necessidade de manejo intensivo	Estudo observacional
	Seethapathy et al., 2023	Multicêntrico hospitalar	Adultos com hiponatremia grave	Correção rápida ↑ risco de mielinólise; correção controlada → melhores desfechos.	Coorte
	Baek et al., 2021 (SALSA)	Emergência hospitalar	Hiponatremia sintomática	Bolus intermitente > controle da correção e menor risco de sobrecorreção.	Ensaio clínico
Aspectos funcionais e impacto no prognóstico	Rajendram et al., 2025	Multicêntrico hospitalar	Pacientes clínicos hospitalizados	Hiponatremia na admissão associou-se a maior mortalidade e maior tempo de internação → comprometimento funcional.	Coorte retrospectiva
Recomendações e segurança terapêutica (manejo clínico)	Refardt et al., 2021 (HIT)	Multicêntrico	Adultos com hiponatremia	Estratégias terapêuticas para correção segura do Na^+; avaliação de intervenções eficazes	Protocolo de ensaio clínico
	Spasovski, 2024	Europa (diversos hospitais)	Pacientes com hiponatremia	Diretrizes reforçam monitorização seriada, metas seguras de correção e condutas diferenciadas por cenário.	Diretriz clínica
Variação conforme o cenário assistencial	Roe et al., 2024	UTI	Pacientes críticos	Necessidade de abordagem intensiva, devido à gravidade e risco de deterioração rápida	Estudo observacional
	Seethapathy et al., 2023	Enfermarias hospitalares	Adultos internados	Correções inadequadas mais comuns em ambiente geral → risco aumentado de complicações.	Coorte
	Rajendram et al., 2025	Setor clínico hospitalar	Internados diversos	Hiponatremia associada à pior evolução clínica e maior permanência hospitalar.	Coorte
Eixo paliativo / sofrimento multidimensional (quando aplicável)	Spasovski, 2024	Contextos variados	Pacientes complexos (incluindo crônicos)	Recomenda abordagem ampla que considere repercussões físicas, funcionais e psicossociais → compatível com sofrimento multidimensional.	Diretriz clínica

Fonte: Freitas A, et al., 2026. Elaboração própria a partir dos estudos incluídos na revisão.

A síntese dos 12 estudos publicados entre 2021 e 2026 reforça a hiponatremia como um marcador sistêmico de gravidade e, ao mesmo tempo, como um distúrbio essencialmente hídrico, no qual a velocidade e a magnitude da correção exercem influência direta sobre o risco de complicações neurológicas e sobre os desfechos hospitalares.

Mais do que uma alteração laboratorial isolada, a hiponatremia deve ser compreendida como um indicador clínico dinâmico, frequentemente associado a alterações sistêmicas amplas, incluindo disfunções hormonais, inflamatórias e hemodinâmicas. Nesse contexto, sua presença reflete não apenas um desequilíbrio eletrolítico, mas um estado de maior complexidade clínica, que exige avaliação integrada e tomada de decisão baseada em múltiplos parâmetros. Assim, a interpretação da hiponatremia deve sempre considerar o cenário clínico em que está inserida, evitando análises fragmentadas e favorecendo uma abordagem mais segura e direcionada.

Do ponto de vista das manifestações clínicas, observa-se que a apresentação da hiponatremia está diretamente relacionada à cronologia do distúrbio e à capacidade adaptativa do sistema nervoso central. Nas formas agudas, com instalação em menos de 48 horas, predominam manifestações decorrentes do edema cerebral, como rebaixamento do nível de consciência, convulsões e risco de herniação, caracterizando um quadro de elevada gravidade clínica.

Por outro lado, nas formas crônicas, ocorre adaptação osmótica progressiva, o que atenua manifestações neurológicas exuberantes, mas não elimina seus efeitos. Ao contrário, surgem alterações mais sutis e progressivas, como lentificação cognitiva, prejuízo da atenção e alterações do equilíbrio, que muitas vezes não são prontamente reconhecidas na prática clínica. Estudos clássicos e contemporâneos demonstram que essas manifestações, embora menos evidentes, têm impacto clínico significativo e contribuem para a piora da evolução hospitalar (ADROGUE HJ, et al., 2022; RENNEBOOG B et al., 2006; MONNERAT S, et al., 2025).

Além da dimensão neurológica, a hiponatremia apresenta repercussões importantes no domínio funcional, especialmente em populações mais vulneráveis, como idosos e pacientes com múltiplas comorbidades. A instabilidade da marcha, associada à hiponatremia crônica, tem sido consistentemente relacionada ao aumento do risco de quedas, com consequente impacto na autonomia, na segurança e no processo de reabilitação. Esses achados indicam que mesmo alterações consideradas leves ou moderadas podem desencadear prejuízos funcionais relevantes, interferindo diretamente no planejamento de alta e na qualidade de vida do paciente. Nesse sentido, a hiponatremia deve ser reconhecida como um fator que contribui para a perda de funcionalidade, exigindo intervenções precoces e acompanhamento contínuo ao longo da internação (FRATANGELO, et al., 2023).

Na perspectiva assistencial e organizacional, os estudos analisados demonstram que a hiponatremia está associada de forma consistente ao aumento do tempo de internação, à elevação dos custos hospitalares e a maiores taxas de mortalidade. O estudo multicêntrico de Rajendram, et al. (2025), que avaliou mais de 43 mil admissões hospitalares, evidenciou que a presença de hiponatremia na admissão constitui um fator independente de pior prognóstico, reforçando sua relevância como marcador de gravidade clínica.

Além disso, dados de estudos observacionais indicam que a persistência da hiponatremia até o momento da alta está associada a maior risco de readmissão, o que aponta para falhas no processo de cuidado e necessidade de estratégias mais eficazes de monitorização e intervenção (LU H, et al., 2020; KUTZ A, et al., 2020). Dessa forma, seu impacto ultrapassa o âmbito individual, influenciando diretamente a gestão de leitos, a utilização de recursos e a organização dos fluxos assistenciais.

No que se refere às estratégias terapêuticas, destaca-se que o manejo da hiponatremia envolve um equilíbrio delicado entre rapidez e segurança. Evidências recentes apontam que correções excessivamente lentas podem estar associadas a piores desfechos, enquanto correções rápidas, quando realizadas dentro de limites seguros, podem reduzir mortalidade e tempo de internação. A coorte multicêntrica de Seethapathy, et al. (2023) demonstrou que correções inferiores a 6 mEq/L/24h se associaram a maior mortalidade, ao passo que valores superiores a 10 mEq/L/24h estiveram relacionados a melhores desfechos. De forma con-

vergente, a metanálise de Ayus et al. (2025) evidenciou que correções entre 8–10 mEq/L/24h, quando cuidadosamente monitoradas, apresentam benefícios clínicos sem aumento significativo de complicações. Esses achados consolidam o conceito de “celeridade com vigilância”, no qual a correção deve ser rápida o suficiente para reduzir riscos, mas controlada para evitar eventos adversos.

Nesse contexto, o ensaio SALSA trouxe contribuições importantes ao demonstrar que o uso de bolus de solução salina hipertônica a 3% apresenta vantagens operacionais em relação à infusão contínua, permitindo maior previsibilidade na correção e menor necessidade de intervenções corretivas subsequentes. Esses resultados fundamentam as recomendações atuais, que indicam o uso de bolus intermitente associado à monitorização frequente e ao uso de desmopressina como estratégia para prevenir sobrecorreção (SPASOVSKI G, 2024; BAEK et al., 2021). Assim, o sucesso terapêutico depende não apenas da escolha da intervenção, mas também da capacidade da equipe em monitorar e ajustar o tratamento de forma contínua.

Do ponto de vista diagnóstico, a abordagem integrada permanece essencial para a identificação correta da etiologia da hiponatremia. A combinação de osmolaridade sérica e urinária, sódio urinário, avaliação do estado volêmico e investigação de causas endócrinas permite maior precisão diagnóstica e reduz o risco de iatrogenias. A copeptina surge como um marcador complementar útil em situações específicas, especialmente na diferenciação entre SIADH e hipovolemia, mas não substitui a análise clínica global (CHRIST CRAIN M, et al., 2022; WARREN AM et al., 2023). Dessa forma, a tomada de decisão deve sempre integrar dados laboratoriais e clínicos, evitando condutas baseadas em parâmetros isolados.

Dinâmica e variabilidade clínica da hiponatremia

A hiponatremia deve ser compreendida como um distúrbio dinâmico, cuja expressão clínica varia ao longo do tempo e conforme o contexto assistencial. Sua evolução depende não apenas da doença de base, mas também das intervenções terapêuticas instituídas e da capacidade de adaptação do organismo. Em fases iniciais, pode manifestar-se apenas por alterações laboratoriais, enquanto em situações de progressão ou descompensação clínica, surgem manifestações neurológicas e funcionais mais evidentes.

Além disso, sua apresentação varia entre diferentes cenários, como enfermarias, unidades de terapia intensiva e acompanhamento pós-alta, refletindo níveis distintos de gravidade e monitorização. Essa variabilidade reforça a necessidade de avaliações seriadas, reinterpretação contínua dos dados clínicos e laboratoriais e adaptação das condutas ao longo do tempo, permitindo intervenções mais precisas e seguras.

No âmbito multiprofissional, a complexidade da hiponatremia exige atuação integrada entre diferentes áreas. A enfermagem desempenha papel fundamental na monitorização do balanço hídrico e dos níveis séricos de sódio, garantindo a segurança das intervenções. A farmácia clínica contribui para o preparo adequado das soluções e para a prevenção de interações medicamentosas.

A fisioterapia e a geriatria atuam na avaliação funcional e na prevenção de quedas, especialmente em pacientes com alterações crônicas. A equipe médica, por sua vez, coordena a tomada de decisão terapêutica, definindo metas de correção e reavaliando continuamente a etiologia do distúrbio. Essa integração permite não apenas maior controle clínico, mas também melhor organização do cuidado e redução de eventos adversos.

De forma geral, as evidências demonstram que o manejo da hiponatremia no ambiente hospitalar exige domínio fisiopatológico, protocolos bem definidos e monitorização rigorosa. A correção rápida e controlada mostra-se segura quando realizada dentro de parâmetros adequados, enquanto a desmielinização osmótica permanece como risco em grupos vulneráveis, exigindo vigilância contínua. Apesar dos avanços, ainda existem lacunas importantes, especialmente no manejo de casos refratários e nos efeitos a longo prazo, o que reforça a necessidade de novos estudos e do aprimoramento contínuo das práticas assistenciais.

Além disso, é importante destacar que a hiponatremia frequentemente se apresenta associada a outros distúrbios clínicos e metabólicos, o que pode potencializar seus efeitos e dificultar sua condução. A coexistência com alterações eletrolíticas, doenças crônicas e o uso de múltiplas medicações torna o cenário ainda mais complexo, exigindo uma abordagem individualizada e centrada no paciente. Nesse contexto, a inter-

pretação isolada de valores laboratoriais mostra-se insuficiente, sendo fundamental a correlação com o quadro clínico global.

A adoção de estratégias sistematizadas de avaliação e acompanhamento permite não apenas maior precisão diagnóstica, mas também intervenções mais seguras e eficazes ao longo da internação. Dessa forma, reforça-se a importância de uma abordagem contínua, integrada e baseada na evolução clínica, contribuindo para a redução de complicações e para a melhoria dos desfechos assistenciais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As evidências desta revisão integrativa indicam que a hiponatremia hospitalar é um distúrbio primariamente hídrico que exige avaliação estruturada da tonicidade, do estado volêmico e da cronologia do quadro, orientando condutas individualizadas. A literatura indica que a correção rápida, quando feita de forma controlada com solução salina hipertônica a 3%, monitorização seriada do sódio e medidas para evitar sobrecorreção, pode melhorar desfechos clínicos sem elevar o risco de complicações neurológicas. Suas repercussões ultrapassam o âmbito metabólico, afetando equilíbrio postural, cognição, risco de quedas e autonomia, sobretudo em pacientes vulneráveis, reforçando a importância de uma abordagem integrada. A atuação multiprofissional e o uso de protocolos bem definidos são essenciais para organizar o cuidado e reduzir eventos adversos. Apesar dos avanços, persistem lacunas relevantes, especialmente nos casos refratários e nos efeitos estruturais e funcionais em longo prazo, ressaltando a necessidade de novos estudos que aprimorem o diagnóstico, o manejo e a qualidade da atenção ao paciente.

REFERÊNCIAS

1. ADROGUÉ HJ, et al. Diagnosis and management of hyponatremia. JAMA, 2022; 328(3): 280–291.
2. AMERICAN ACADEMY OF HOSPICE AND PALLIATIVE MEDICINE. Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care. 5. ed. Chicago: AAHPM, 2022.
3. AYUS JC, et al. Correction rates and clinical outcomes in hospitalized adults with severe hyponatremia: a systematic review and meta-analysis. JAMA Internal Medicine, 2025; 185(1): 38–51.
4. BAEK SH, et al. Risk of overcorrection in rapid intermittent bolus vs slow continuous infusion of hypertonic saline in symptomatic hyponatremia (SALSA). JAMA Internal Medicine, 2021; 181(1): 81–92.
5. CHRIST CRAIN M, et al. Approach to the patient: utility of the copeptin assay. Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 2022; 107(6): 1727–1738.
6. FRATANGELO L, et al. Hyponatremia and aging-related diseases: key player or innocent bystander? A systematic review. Systematic Reviews, 2023; 12: 84.
7. HIGGINS JPT, et al. Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions. Versão 6.5. Cochrane: Londres UK, 2024.
8. KUTZ A, et al. Risk of adverse clinical outcomes in hyponatremic adult medical inpatients: a population-based cohort study. Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 2020; 105(11): 3428–3436.
9. LU H, et al. Prevalence and description of hyponatremia in a Swiss tertiary care hospital: an observational retrospective study. Frontiers in Medicine, 2020; 7: 512.
10. MONNERAT S, et al. Hyponatraemia in ageing. Nature Reviews Endocrinology, 2025; 21: ePub ahead of print.
11. PAGE MJ, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ, 2021; 372: n71.
12. POTASSO L, et al. Impact of hyponatremia on bone, a narrative review. European Journal of Endocrinology, 2025; 193(6): R89–R97.
13. RAJENDRAM R, et al. Associations between day of admission, admission hyponatremia and hospital outcomes in medical patients: a retrospective multicenter cohort study. PLOS ONE, 2025; 20(10): e0335248.
14. RENNEBOOG B, et al. Mild chronic hyponatremia is associated with falls, unsteadiness, and attention deficits. American Journal of Medicine, 2006; 119(1): 71.e1–71.e8.

15. REFARDT J, et al. Hyponatremia Intervention Trial (HIT): study protocol of a randomized, controlled, parallel group trial with blinded outcome assessment. Frontiers in Medicine, 2021; 8: 729545.
16. ROE T, et al. Intensive care management of severe hyponatraemia—an observational study. Medicina, 2024; 60(9): 1412.
17. SEETHAPATHY H, et al. Severe hyponatremia correction, mortality, and central pontine myelinolysis. NEJM Evidence, 2023; 2(10): EVIDoa2300107.
18. SHEA BJ, et al. AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. BMJ, 2017; 358: j4008.
19. SPASOVSKI G. Hyponatraemia—treatment standard 2024. Nephrology Dialysis Transplantation, 2024; 39(10): 1583–1592.
20. SPASOVSKI G, et al. Clinical practice guideline on diagnosis and treatment of hyponatraemia. European Journal of Endocrinology, 2014; 170(3): G1–G47.
21. STERNE JAC, et al. RoB 2: a revised tool for assessing risk of bias in randomised trials. BMJ, 2019; 366: l4898.
22. STERNE JAC, et al. ROBINS-I: a tool for assessing risk of bias in non-randomised studies of interventions. BMJ, 2016; 355: i4919.
23. TZOULIS P, YAVROPOULOU MP. Association of hyponatremia with bone mineral density and fractures: a narrative review. Therapeutic Advances in Endocrinology and Metabolism, 2023; 14: 20420188231197921.
24. WARREN AM, et al. Syndrome of inappropriate antidiuresis: from pathophysiology to management. Endocrine Reviews, 2023; 44(5): 819–861.