

ELECTROLITOS (ORINA)

CODIGO EXAMEN: 0309012 cada analito

TIEMPO DE RESPUESTA: 2 días hábiles

DIA DE PROCESO: lunes a viernes

TIPO DE MUESTRA: Orina aislada o de 24 horas*

VOLUMEN REQUERIDO: mínimo 5 mL

PREPARACION PACIENTE: No necesita preparación, no requiere ayuno.

*En muestras de orina de 24 horas seguir indicaciones específicas para toma de muestra, disponible en el manual de toma de muestra. No se dispone de valores de referencia para Potasio en orina aislada.

ESTABILIDAD MUESTRA:

Muestra	T° Ambiente (20 ± 5°C)	Refrigerada (2 a 8°C)	Congelada (- 20 ± 2°C)	Ciclos de descongelación
Orina	24 horas	7 días	6 meses	1

TIEMPO DE TRANSPORTE: Según origen de la muestra.

TEMPERATURA DE TRANSPORTE:

Región metropolitana: Refrigerada (2 a 8°C) o según estabilidad de la muestra

Fuera de región metropolitana: Congelada (- 22 a -18°C) o según estabilidad de la muestra

METODO UTILIZADO: Potenciometría directa en química seca.

INTERFERENCIAS:

Cloro: Naproxeno 504.5 µg/mL, Acido5-aminosalicilico 4 µg/ml, Glutaciona 1 mg/dL, terazosina 3.03 µg/mL, Triglicéridos 600 mg/dL.

Sodio: Sin interferentes específicos descritos.

Potasio: Sin interferentes específicos descritos.

VALOR DE REFERENCIA:

Cloro: Orina aislada: 18 – 209 mmol/L
Orina 24 horas: 110 – 250 mmol/24 horas

Sodio: Orina aislada: 30 – 90 mmol/L
Orina 24 horas: 110 – 250 mmol/24 horas

Potasio: Orina aislada: sin valor de referencia definido
Orina 24 horas: 25 – 125 mmol/24 horas

VALOR CRITICO: No aplica

UTILIDAD CLINICA:

Para mayor detalle referirse a la información de cada electrolito.

Este examen incluye la determinación de los iones sodio, potasio y cloro en orina. Su determinación es útil para el diagnóstico y el manejo de los trastornos nefrológicos y del medio interno, el equilibrio ácido-base y el estado de hidratación del organismo.

Un nivel de sodio en orina elevado puede deberse a consumo de fármacos diuréticos, baja actividad de las glándulas suprarrenales, nefropatías, entre otras causas. Por otra parte, un nivel bajo de sodio en la orina puede deberse a hiperaldosteronismo, deshidratación, diarrea, insuficiencia renal, cirrosis, etc.

El cloro en orina aumenta en las situaciones de deshidratación, acidosis de los túbulos renales (acidosis metabólica por hipercloremia) e infusión excesiva de soluciones salinas isotónicas. El cloro en orina disminuye en la sobrehidratación, la acidosis respiratoria crónica, la nefritis con pérdida de sal, la alcalosis metabólica y la insuficiencia cardíaca congestiva.

El potasio es regulado principalmente en los riñones, es reabsorbido casi en su totalidad en los túbulos proximales. Puede ser secretado en los túbulos colectores y distales en la orina en intercambio con el ion sodio por el efecto de la Aldosterona. Su concentración en orina disminuye en la enfermedad renal aguda y terminal llevando a hiperkalemia por la falta de eliminación. La necrosis tubular aguda, el efecto de fármacos diuréticos (por mayor secreción) y tratamientos prolongados con corticoides (por sus efectos sobre la aldosterona) producen aumentos en los niveles de potasio en orina.