



24 - ABORDAJE DE LA HIPONATREMIA EN SERVICIOS DE ENDOCRINOLOGÍA. RESULTADOS DEL REGISTRO NACIONAL SOBRE EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA HIPONATREMIA: AQUA-SPAIN REGISTRY

T. Rueda Ortín¹, M. Pazos Guerra¹, E. Gómez Hoyos², B. Biagetti³, F. Guerrero Pérez⁴, E. Dios Fuentes⁵, S. González Martínez⁶, J.C. Ferrer García⁷, E. Parreño Caparrós⁸ y J.G. Ruiz Sánchez⁹

¹Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Clínico San Carlos, Madrid. ²Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Clínico Universitario de Valladolid. ³Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona. ⁴Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitari de Bellvitge, Barcelona. ⁵Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. ⁶Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario de Cabueñas, Gijón. ⁷Servicio de Endocrinología y Nutrición, Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. ⁸Servicio de Endocrinología y Nutrición, Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. ⁹Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

Resumen

Introducción: La hiponatremia (hNa) es el trastorno hidroelectrolítico más frecuente y se relaciona con un aumento claro de la morbimortalidad. Una correcta caracterización y diagnóstico (dx) de los pacientes es primordial. Valoramos el perfil clínico, dx y sus deficiencias en el manejo de hNa en servicios de endocrinología (SE).

Métodos: Estudio retrospectivo multicéntrico nacional. Pacientes con hNa seguidos por SE durante #1 1 año. Datos de 198 ítems (variables demográficas, comorbilidades, exploración física, bioquímica, dx, tratamiento e impacto) recogidos en el Registro AQUA-SPAIN (Base REDCAP).

Resultados: 302 pacientes de 11 hospitales. 57,8% mujeres, $73,9 \pm 14,5$ años. Principales comorbilidades: HTA (70,7%), DM (31,3%), cáncer (23,6%) y enfermedad pulmonar (21,6%). Del tratamiento habitual destacó: uso de bloqueadores del SRAA (66%), diuréticos (11% asa; 20% tiazidas), antidepresivos y antiepilépticos (22%). El 92,7% fueron calificados como euvolémicos, aunque solo en el 60% se evaluó el pulso de la vena yugular interna (VYI). 229 (75,8%) con SIADH, siendo sus principales etiologías: farmacológica, idiopática, pulmonar y paraneoplásica. Otros dx: diuréticos (10%) y polidipsia primaria (PP) (8,6%). Solo 10 casos reportados de hiperaldosteronismo y 3 de insuficiencia suprarrenal. 102 (34%) pacientes tenían una causa adicional de hNa, destacando PP en el 54. Aunque SIADH fue el dx más frecuente, cortisol, osmolalidad e iones urinarios se midieron solo en el 84,4%, 83,7% y 88,7% de casos.

Conclusiones: El primer registro español de hNa manejada por endocrinólogos muestra que los pacientes manejados suelen ser mayores, con alta comorbilidad y tratamiento. El SIADH es la etiología mayoritaria, pero otros factores causales/agravantes están frecuentemente presentes. Aunque la mayoría de casos son adecuadamente abordados, es de destacar la ausencia de parámetros analíticos básicos en el 15% y el bajo uso de la PVY, áreas en las que se podría mejorar.