



25 - EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO Y LA CORRECCIÓN DE LA HIPONATREMIA EN ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN: RESULTADOS DEL REGISTRO AQUA-SPAIN

M. Pazos Guerra¹, T. Rueda Ortín¹, E. Gómez Hoyos², B. Biagetti³, A. Ortolá Buiges², F. Guerrero Pérez⁴, E. Dios Fuentes⁵, P. Iglesias Lozano⁶, D.E. Barajas Galindo⁷ y J.G. Ruiz Sánchez⁸

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 Puerta de Hierro, Madrid. ⁷Servicio de Endocrinología y Nutrición, Complejo Asistencial Universitario de León. ⁸Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

Resumen

Introducción: La hiponatremia (hNa), aunque es el trastorno hidroelectrolítico más frecuente, suele recibir un tratamiento subóptimo, sin alcanzarse la eunatremia (EuNa, Na > 135 mmol/L). Evaluamos el manejo clínico de la hNa y las tasas de infra- y sobrecorrección del sodio en pacientes seguidos por servicios de endocrinología españoles (SEE).

Métodos: Estudio retrospectivo, multicéntrico y nacional que incluyó pacientes con hNa seguidos por SEE durante #1 1 año. Se evaluaron datos del registro AQUA-SPAIN (REDCap). Resultados expresados como media (DE) o frecuencia (%).

Resultados: Se analizaron 302 pacientes de 11 hospitales, con una media de edad de 73,9 (14,5) años; 57,8% mujeres. En la tabla se muestran las variaciones bioquímicas durante el seguimiento. El sodio se incrementó progresivamente ($p < 0,001$), al igual que la proporción de pacientes con EuNa ($p < 0,001$). Aunque a las 24 h el 18% logró EuNa, esta se alcanzó en el 83% a los 12 m, con el 63% lográndola a los 7-14 d. La sobrecorrección a las 24 h ocurrió en el 8,4% (> 8 mmol) y en el 4,9% (> 10 mmol), y fue inexistente a las 48 h. La infracorrección se observó en el 49,3% (< 4 mmol/24 h) y el 76,2% (< 8 mmol/48 h).

	Basal (n = 302)	24 h (203)	48 h (189)	7-14 d (237)	3-4 m (253)	6-8 m (245)	12 m (246)
Na (mmol/L)*	128,3 (4)	130,7 (9)	132,9 (4)	136,2 (4)	137,2 (4)	137,7 (3)	137,8 (3)
K (mmol/L)	4,2 (0,5)	4,2 (0,5)	4,2 (0,5)	4,4 (0,5)	4,5 (0,4)	4,5 (0,4)	4,4 (0,5)
Cr (mg/dL)	0,73 (0,3)	0,75 (0,2)	0,75 (0,3)	0,75 (0,2)	0,8 (0,2)	0,8 (0,3)	0,8 (0,2)
Osm _p (mOsm/kg)	264 (14)	275 (10)	277 (15)	x	x	x	287 (9)
Nau (mmol/L)	77 (46)	80 (47)	75 (44)	x	x	x	90 (59,9)
Ku (mmol/L)	36 (22)	36 (20)	36 (23)	x	x	x	33 (20)

Osmu (mOsm/kg)	427 (180)	481 (198)	433 (198)	x	x	x	438 (209)
EuNa (%)*	x	37 (18,2)	50 (26,2)	149 (62,9)	187 (73,9)	193 (78,9)	204 (82,9)
*p < 0,001.							

Conclusiones: La mayoría de pacientes con hNa atendidos en SEE alcanzaron EuNa en los primeros 15 días, manteniéndola y mejorándola durante 1 año. La sobrecorrección fue infrecuente, pero la respuesta insuficiente en las primeras 24-48 h fue frecuente y merece un análisis adicional.