

# Presentación

R. Alcázar<sup>1</sup>, A. Tejedor<sup>2</sup>, C. Quereda<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Servicio de Nefrología. Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid

<sup>2</sup> Servicio de Nefrología. Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid

<sup>3</sup> Servicio de Nefrología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

Nefrología Sup Ext 2011;2(6):1

doi:10.3265/NefrologiaSuplementoExtraordinario.pre2011.Oct.11187

La hiponatremia representa la alteración hidroelectrolítica más frecuente, tanto en el medio hospitalario como en el extrahospitalario; su incidencia parece haber aumentado en las últimas décadas y representa un factor de mal pronóstico de las enfermedades a las que se asocia. Además, se relaciona con mayor morbilidad, mortalidad, y con un aumento en las estancias hospitalarias.

La hiponatremia, especialmente en sus formas crónicas, es un trastorno que resulta incómodo para el clínico. Es una alteración que ensombrece el pronóstico, con unos síntomas muchas veces muy sutiles y, en el caso de los ancianos, enmascarados por la propia situación clínica del paciente. El tratamiento exige utilizar fórmulas que no son de uso rutinario y una monitorización clínica y analítica frecuente para evitar correcciones del sodio sérico demasiado rápidas, en ocasiones difíciles de prever y que pueden generar complicaciones neurológicas graves, como en el caso del síndrome de desmielinización osmótica. Por último, las opciones terapéuticas disponibles para muchos casos de hiponatremia crónica, como en el síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética, se limitaban, hasta hace poco, a la restricción hídrica, muy difícil de mantener en el tiempo, y a fármacos como la demeclociclina o el litio con importantes efectos secundarios y, por tanto, muy poco utilizados. Es por ello por lo que los clínicos nos hemos visto obligados a «conformarnos» con objetivos de sodio sérico «seguros» en lo que se conoce como hiponatremia asintomática (sodio plasmático entre 126 y 135 mEq/l).

En los últimos años, sin embargo, se han producido muchas novedades en la fisiopatología y en el tratamiento de la hiponatremia que están revolucionando la forma en la que el clínico se enfrenta a este trastorno. En primer lugar, el reconocimiento de que la «hiponatremia asintomática» no es tal, ya que se asocia con trastornos del equilibrio, con el tiempo de reacción, con la marcha y aumenta el riesgo de fracturas y de osteoporosis. Por otra parte, cada vez hay más evidencias que relacionan la hiponatremia en la fisiopatología de alteraciones metabólicas adversas como son una respuesta inotrópica negativa, la disminución de la gluconeogénesis hepática, el aumento de la resistencia insulínica y la alteración del remodelamiento óseo, entre otras. Por último, la aparición de los fármacos conocidos como vaptanes, antagonistas de los receptores de la vasopresina, que emergen como una alternativa terapéutica eficaz y segura para muchas situaciones clínicas con hiponatremia.

En este monográfico de NEFROLOGÍA se describen de forma docente y rigurosa las principales situaciones clínicas que se acompañan de hiponatremia, haciendo especial énfasis en las claves diagnósticas y terapéuticas y, en concreto, en la experiencia comunicada con la utilización de los vaptanes en el tratamiento de la hiponatremia; sus indicaciones generales, contraindicaciones, dosis que deben utilizarse y cómo emplearlos.

Los editores:  
**Roberto Alcázar**  
**Alberto Tejedor**  
**Carlos Quereda**

Estos artículos forman parte de un suplemento de NEFROLOGÍA financiado por Otsuka Pharmaceutical S.A. Las opiniones o puntos de vista expresados en este suplemento son las de los autores, y no necesariamente reflejan las opiniones y las recomendaciones de Otsuka Pharmaceutical S.A.

Enviado a Revisar: 5 Oct. 2011 | Aceptado el: 5 Oct. 2011