

## 332 - MANEJO DEL SIADH EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL: RESULTADOS DE UNA COHORTE HOSPITALARIA

*Alejandro Cuéllar de la Rosa, Marina Pintor Rey, Lara Victoria Calvo Rubio, Julia Rodríguez González, Alicia Romero Calvo, Pablo Ortiz de Urbina Fernández, Carlos Lorente Larrañeta y Alberto Muela Molinero*

*Medicina Interna, Complejo Asistencial Universitario de León, León, España.*

### Resumen

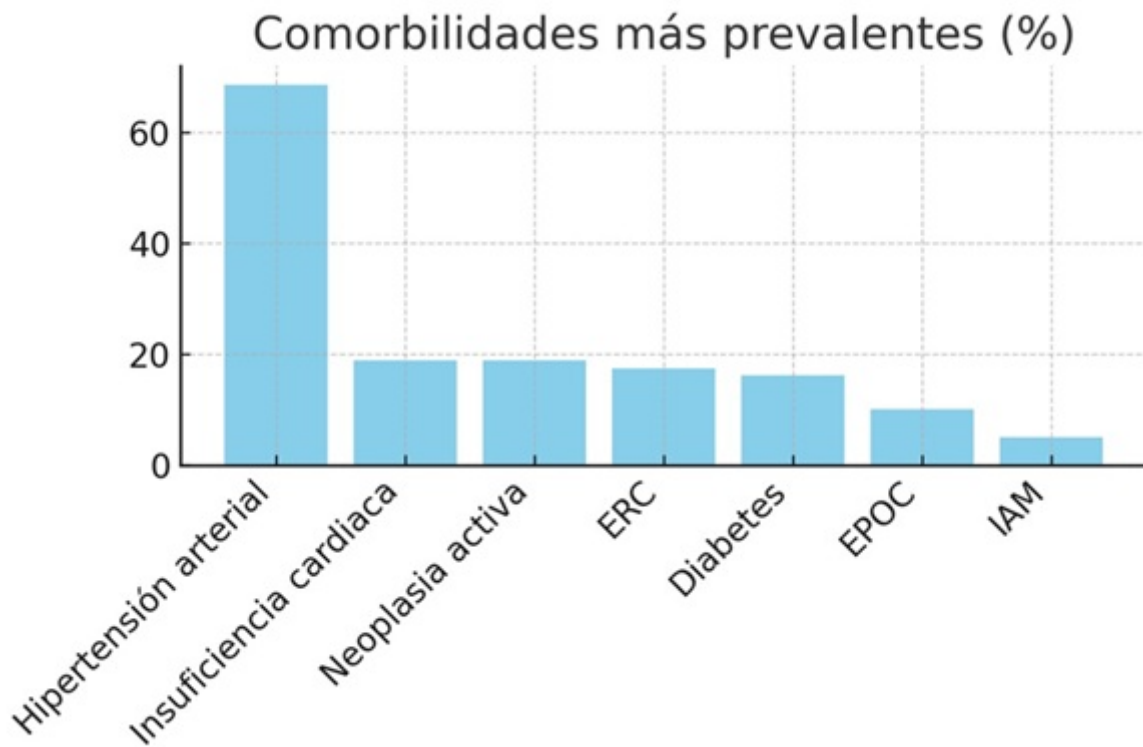
**Objetivos:** El síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética (SIADH) es una causa frecuente de hiponatremia, especialmente en población anciana, con múltiples comorbilidades y tratamientos concomitantes. El diagnóstico requiere una evaluación bioquímica completa, aunque en la práctica clínica no siempre se realiza, lo que puede dificultar la identificación de la causa y la elección del tratamiento. Este trabajo analiza las características clínicas, causas y estrategias terapéuticas empleadas en pacientes con SIADH en un entorno hospitalario, así como su evolución.

**Métodos:** Se diseñó un estudio observacional retrospectivo que incluyó a 80 pacientes diagnosticados entre 2020 y 2025. Se recogieron variables demográficas, comorbilidades, motivo de ingreso, gravedad de la hiponatremia, osmolalidades, función renal, tratamiento recibido y evolución del sodio plasmático durante los primeros cinco días, tasa de normalización, recaídas, duración de la estancia hospitalaria y mortalidad intrahospitalaria.

**Resultados:** Se incluyeron 80 pacientes con SIADH, con una mediana de edad de 82 años y mayoría mujeres (55%). Las comorbilidades más frecuentes fueron hipertensión arterial (68,8%) y patologías cardíacas, renales o neoplásicas. El sodio plasmático mejoró progresivamente en los primeros cinco días, normalizándose en el 51,2% tras un promedio de 49,5 días. Hubo recaídas en el 16,2% y mortalidad del 11,2%. Un tercio no cumplía criterios analíticos completos, principalmente por falta de estudios urinarios. Las causas confirmadas más comunes fueron farmacológicas y pulmonares. El tratamiento más utilizado fue la restricción hídrica, tanto en el ingreso como al alta.

Categoría	Dato
N.º de pacientes	80
Edad (mediana, rango)	82 años (27-96)
Sexo femenino	55%

Comorbilidades más frecuentes	HTA (68,8%), ICC (18,8%), neoplasia (18,8%), ERC (17,5%)
Estancia media	17 días ( $\pm$ 21,4)
Sodio plasmático (ingreso/48h/5 días)	121,6/126,2/129,4 mmol/L
Normalización del sodio	51,2% (tiempo medio: 49,5 días $\pm$ 83)
Recaída intrahospitalaria	16,2%
Mortalidad intrahospitalaria	11,2%
Sin criterios analíticos completos	33,8% (principal causa: falta de analítica urinaria)
Causas confirmadas de SIADH	Farmacológica (45%), pulmonar (16,2%), idiopática (15%), paraneoplásica (10%), neurológica (8,8%)
Tratamientos más utilizados (general)	Restricción hídrica (22,4%), suero salino (22,4%), salina hipertónica (20,4%), urea (10,2%), tolvaptán (6,1%)
Tratamientos (sin criterios completos)	Restricción hídrica (29,6%), salina hipertónica, suero salino y urea (14,8% cada uno), sin tolvaptán
Tratamientos en recaídas	Suero salino (30,8%), restricción hídrica y salina hipertónica (23,1% cada una)
Tratamiento al alta	Sin tratamiento (43,1%), restricción hídrica (24,6%), urea (21,5%), tolvaptán (3%)



**Conclusiones:** Nuestros resultados confirman que el SIADH afecta principalmente a pacientes de edad avanzada, con elevada carga de comorbilidades, siendo la hipertensión la más prevalente. Destaca que en un 33,8% de los casos no se completó el diagnóstico analítico (en muchas ocasiones por la falta de analíticas de orina), lo que refleja una barrera importante en la práctica clínica. Las causas más frecuentes fueron farmacológicas, en línea con lo descrito en otras series. En cuanto al tratamiento, aunque la restricción hídrica fue la medida más empleada, se observa una notable variabilidad terapéutica y una baja utilización de tolvaptán. Resulta llamativo que solo la mitad de los pacientes lograron la normalización del sodio, con una media de casi 50 días, lo que pone de manifiesto la necesidad de optimizar el abordaje terapéutico. Además, un 43% de los pacientes no recibió tratamiento al alta, lo que plantea dudas sobre la continuidad asistencial en este síndrome. La mortalidad de los pacientes de nuestra serie fue elevada, aunque atribuible al perfil geriátrico y con múltiples comorbilidades de la cohorte.

### Bibliografía

1. Adrogué HJ, Madias NE. The Syndrome of Inappropriate Antidiuresis. N Engl J Med. 2023;389(16):1499-509. doi:10.1056/NEJMc2210411
2. Filippatos TD, Makri A, Elisaf MS, Liamis G. Hyponatremia in the elderly: challenges and solutions. Clin Interv Aging. 2017;12:1957-65. doi 10.2147/CIA.S138535
3. Sherlock M, Thompson CJ. The syndrome of inappropriate antidiuretic hormone: current and future management options. Eur J Endocrinol. 2010;162 Suppl 1:S13-8. doi:10.1530/EJE-09-1057