



<https://www.revclinesp.es>

534 - SÍNDROME DE SECRECIÓN INADECUADA DE HORMONA ANTIDIURÉTICA (SIADH) CON HIPONATREMIA GRAVE: EXPERIENCIA CLÍNICA Y COMPARACIÓN TERAPÉUTICA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

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

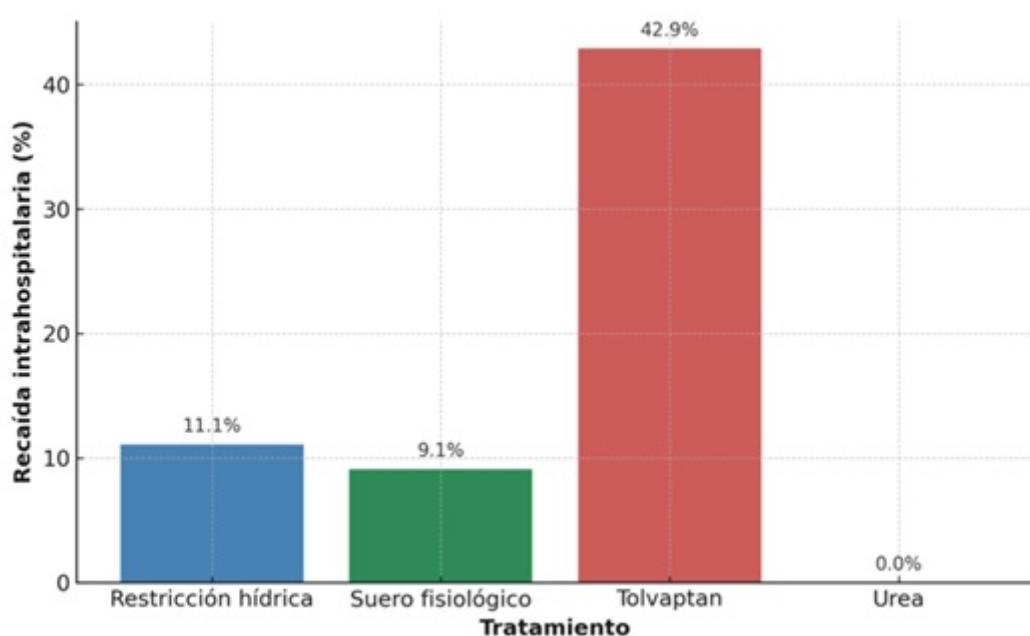
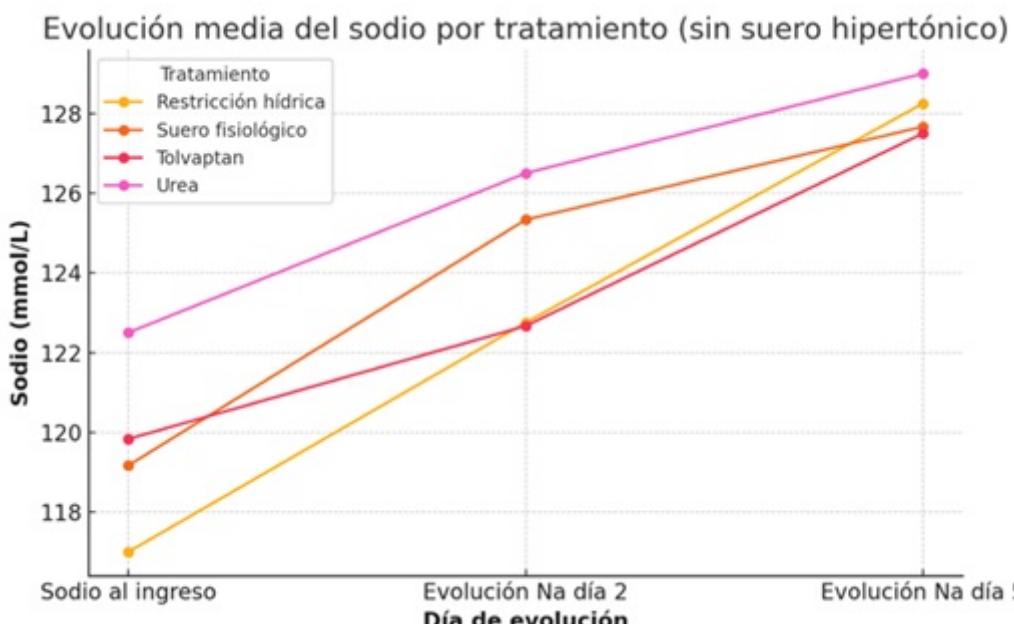
Medicina Interna, Complejo Asistencial Universitario de León, León, España.

Resumen

Objetivos: El síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética (SIADH) es una causa frecuente de hiponatremia euvolémica en pacientes hospitalizados. Su tratamiento abarca desde medidas conservadoras hasta opciones farmacológicas, pero en casos severos persiste una notable variabilidad terapéutica debido a la falta de consenso. Este estudio tiene como objetivo analizar la evolución clínica y bioquímica de pacientes con SIADH e hiponatremia grave en función del tratamiento recibido.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo que incluyó a todos los pacientes con SIADH e hiponatremia severa ($\text{Na} < 126 \text{ mmol/L}$) ingresados entre enero de 2021 y diciembre de 2024 en un hospital de tercer nivel. Se recopilaron variables clínicas y analíticas. Se evaluó la natremia a 48 h y 5 días, la estancia hospitalaria, la mortalidad y las recaídas. Los tratamientos se categorizaron en seis grupos: restricción hídrica, suero fisiológico, suero hipertónico, urea, tolvaptán y otros. Se realizó análisis descriptivo y comparativo entre grupos. Se aplicaron ANOVA y chi-cuadrado para las comparaciones. El estudio fue aprobado por el CEIM de nuestro centro.

Resultados: Se incluyeron 60 pacientes (edad media $74,2 \pm 12,1$ años; 51,7% mujeres). El 70% ingresó en Medicina Interna. Las causas más frecuentes de SIADH fueron farmacológica (41,7%) y paraneoplásica (21,7%). La mortalidad hospitalaria fue del 43,3%. Los tratamientos más empleados fueron suero fisiológico (20%), urea (18,3%), restricción hídrica (15%), tolvaptán (11,7%) y suero hipertónico (3,3%). Un 31,7% no recibió tratamiento específico. A las 48 h, el mayor ascenso de sodio se observó con urea ($127,8 \pm 4,0 \text{ mmol/L}$) y restricción hídrica ($125,3 \pm 5,0$); a los cinco días, con suero fisiológico ($129,6 \pm 7,6$) y urea ($128,0 \pm 5,5$). La estancia más prolongada fue en los pacientes tratados con restricción hídrica ($21,0 \pm 29,3$ días); la más corta, con suero fisiológico ($9,0 \pm 8,7$), tolvaptán ($11,3 \pm 4,2$) y urea ($12,1 \pm 7,4$). Tolvaptán presentó mayor tasa de recaídas intrahospitalarias (42,9%; $p < 0,05$). Urea y suero fisiológico mostraron una evolución global más favorable.



Discusión: Nuestros resultados muestran una gran heterogeneidad en la práctica clínica, probablemente reflejo de la falta de protocolos unificados y de una toma de decisiones basada en la experiencia clínica y el perfil individual del paciente. La urea se asoció a una rápida corrección del sodio, baja tasa de recaídas y corta estancia, posicionándose como una opción eficaz y segura; estos hallazgos son coincidentes con otras publicaciones que describen una buena respuesta en contextos agudos y subagudos de SIADH. El grupo tratado con tolvaptán presentó una peor evolución clínica, si bien esta puede atribuirse a un mayor grado de complejidad basal. Su coste elevado y la necesidad de monitorización adicional limitan su aplicación sistemática. La restricción hídrica, aunque es la primera línea recomendada en guías, mostró en nuestra serie baja eficacia y estancias prolongadas, posiblemente por su limitada adherencia y lentitud de acción, especialmente en pacientes ancianos y complejos.

Conclusiones: En nuestro medio el tratamiento de la hiponatremia grave en pacientes con SIADH se caracteriza por una importante variabilidad. Aun así, la urea se perfila como una alternativa eficaz, segura y accesible.