



Revista Clínica Española



<https://www.revclinesp.es>

V-142. - UREA EN EL TRATAMIENTO DE HIPONATREMIA POR SECRECIÓN INADECUADA DE HORMONA ANTIDIURÉTICA

J. Alonso Alonso¹, Z. Sautúa Larreategui², J. Goiri Aparicio¹, A. Cánovas Fernández¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Farmacia. Hospital Universitario Cruces. Barakaldo. Vizcaya.

Resumen

Objetivos: Evaluar tolerancia y eficacia de urea como parte del tratamiento de hiponatremia secundaria a secreción inadecuada de hormona antidiurética (SIADH) en pacientes no seleccionados.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de todos los pacientes tratados con urea oral por hiponatremia secundaria a SIADH, junto con otras medidas (restricción hídrica y salino hipertónico) desde julio-2013 a mayo-2014. Criterios de inclusión: hiponatremia (< 135 me/l) hiposmolar (< 280 mO/k) normovolémica, con natriuria > 30 me/L y osmolaridad urinaria > 200 mO/k; de exclusión: insuficiencia suprarrenal o tiroidea o corrección de hiponatremia con salino isotónico. Se analizan las características demográficas y clínicas de los pacientes, fármacos potencialmente inductores, etiología de SIADH, síntomas atribuibles y variables relacionadas con las alteraciones electrolíticas. Métodos estadísticos: descriptivos, prueba exacta de Fisher, correlación lineal simple y t de Student.

Resultados: En el período citado 18 pacientes con hiponatremia hiposmolar normovolémica recibieron urea como parte de su tratamiento, pero uno se excluye del análisis por presentar insuficiencia suprarrenal primaria. La dosis y tiempo de inicio de urea fue decisión del médico responsable: en principio el tratamiento se iniciaba con salino hipertónico y restricción hídrica, añadiéndose urea con natremia próxima a 125 me/l y retirándose el salino hipertónico cuando se superaba ese nivel. La dosis de urea inicial osciló entre 30 y 60 g al día en 2 a 4 dosis, diluyendo cada sobre de 15 gramos en zumo de naranja (en una paciente se administró por sonda nasogástrica). Nueve pacientes (53%) eran mujeres; edad mediana 76 años (62-89). Ocho pacientes (47%) recibían fármacos potencialmente implicados y 14 (82%) presentaban síntomas relacionados con hiponatremia. La mediana de sodio sérico fue de 119 me/L (114-128); la de osmolalidad sérica de 257 mO/k (247-277); la de natriuria de 72 (31-167) me/L y la de osmolalidad urinaria de 377 (206-706) mO/k. La etiología fue tumoral en 5 pacientes (29%), farmacológica en 7 (41%) e idiopática en 5. Los tumores fueron: carcinoma pulmonar en tres casos, adenocarcinoma pancreático en otro y linfoma en el último. Los fármacos implicados fueron anticomociales en 4 casos, inhibidores de la recaptación de serotonina en dos y opioides en uno. La tolerancia a urea fue buena (sin necesidad de reducir las dosis prescritas), el aumento de la natremia gradual y la mediana de natremia al final de la estancia hospitalaria de 135 me/L (127-145). La mediana de observación ha sido de un mes (0,1-11 meses). En el estudio de variables relevantes no se observa asociación entre fármacos psicotrópicos previos al ingreso, edad o grado de hiponatremia; tampoco el nivel inicial de natremia condiciona el finalmente alcanzado ni se detectan diferencias entre SIADH de origen tumoral o no tumoral respecto a las variables iniciales indicadas y resultados del tratamiento.

Discusión: La aparición de los vaptanes pareció revolucionar el tratamiento de SIADH, pero se han levantado reservas por riesgo de rápida corrección y coste, recomendándose acudir a urea como tratamiento. Pese a su antigüedad ha sido un medio habitualmente soslayado en nuestro entorno por lo que creemos oportuno llamar la atención sobre su utilidad y buena tolerancia, incluso en pacientes mayores.

Conclusiones: Hemos observado buena tolerancia al tratamiento de SIADH con urea oral, alcanzándose de forma gradual niveles adecuados de natremia y con posibilidad de prolongar este tratamiento durante meses, sin necesidad de controles muy frecuentes, tanto en casos de etiología tumoral como farmacológica o idiopática.