Rev Clin Esp. 2016;216(Espec Congr):659

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

V-314 - SIADH EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL. ¿CONOCEMOS REALMENTE LA PATOLOGÍA?

A. Merlán Hermida, A. Rodríguez Pérez, P. Laynez Roldán, M. Pérez Ramada, M. Moreno Santana, S. Alonso Rodríguez, S. Suárez Ortega

Medicina Interna. Hospital Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria.

Resumen

*Objetivos:*Analizar la situación actual del manejo diagnóstico y terapéutico del SIADH en los distintos servicios de nuestro hospital.

*Material y métodos:*Estudio epidemiológico retrospectivo donde se revisaron todos los ingresos en nuestro hospital con diagnóstico de SIADH entre enero de 2008 y diciembre de 2015. Se recogieron datos demográficos, antecedentes personales, situación basal, índice de Charlson, tratamiento habitual, criterios diagnósticos de SIADH, diagnóstico etiológico y se realizó seguimiento al alta registrando mortalidad y fecha de última visita. Se registraron las caídas que precisaron consulta al servicio de urgencias durante el seguimiento al alta. Se presentan los resultados de un análisis descriptivo de los primeros 32 casos revisados.

*Resultados:*De los 32 casos analizados 13 (44,8%) fueron varones. La edad media es 73,5 ± 12,8 años. El Índice de Barthel medio es 81,6 ± 33,3 estando diagnosticados de deterioro cognitivo 3 pacientes (9,4%). Los pacientes presentaban baja comorbilidad (Charlson 1,8 ± 1,9) y 7 de ellos fueron reingresos (21%). La insuficiencia cardiaca estaba presente en 2 (6%) pacientes, la insuficiencia renal en 4 (12,5%), uno era cirrótico, 8 (25%) tenían diagnóstico de osteoporosis, 9 (28%) recibían tratamiento con psicofármacos y 6 con diuréticos de asa. Todos los pacientes presentaban al ingreso hiponatremia hipoosmolar con una natremia media de 120 ± 6,9. Sólo 8 pacientes (25%) cumplían todos los criterios diagnósticos de SIADH. De los 24 que no los cumplen, un tercio presentan motivos para descartar el diagnóstico, siendo el más frecuente el uso reciente de diuréticos en 6 de los casos y a 17 de los pacientes (71%) les faltaban datos analíticos. En los pacientes correctamente diagnosticados, el uso de psicofármacos fue la causa desencadenante más habitual. En el momento del alta 21 pacientes (65,4%) tenía un Na 135 mEq/L y 13 (43,3%) fallecieron durante el seguimiento. Fallecieron 2 pacientes (6,25%) durante el ingreso.

*Discusión:*El SIADH es una patología cuyo diagnóstico es de exclusión y debe responder a una serie de criterios analíticos muy concretos. Todos los pacientes recogidos presentaban el SIADH como diagnóstico causal de hiponatremia en el informe de alta hospitalaria, sin embargo, son pocos los que cumplen correctamente con los criterios diagnósticos establecidos. La mayoría de los pacientes carecen de las determinaciones necesarias para establecer el diagnóstico y muchos de ellos presentan condiciones que lo excluyen. Es probable que se esté etiquetando de SIADH a aquellas hiponatremias hipoosmolares con VEC normal pese a que no se revisen todos los criterios necesarios. Es muy elevado el porcentaje de pacientes que reciben algún tipo de tratamiento causante de hiponatremia, siendo los diuréticos de asa los más frecuentemente relacionados en nuestra serie, al igual que es elevado el número de pacientes que son dados

de alta sin corregir el trastorno iónico.

*Conclusiones:*En nuestro centro, el diagnóstico de SIADH se realiza en su mayor parte de forma incorrecta. Pese a que los criterios están bien establecidos, en muchas ocasiones no se tienen en cuenta para realizar el diagnóstico. En la mayoría de los casos no hay datos analíticos suficientes e incluso hay aspectos que excluyen el SIADH como primera posibilidad. Una vez diagnosticados, tendemos a subestimar la patología y no se corrigen las cifras de sodio al alta.

0014-2565 / © 2016, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.