



# Revista Clínica Española



<https://www.revclinesp.es>

## 1002 - PRESCRIPCIÓN DE UREA EN HIPONATREMIA EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL. UNA OPORTUNIDAD DE MEJORA: ¿SIEMPRE INDICADO?

*Claudia María Moyano Moreno, Irene de la Rosa Ortega, María del Pilar Aguilar Jaldo y Susana Moya Roldán*

*Medicina Interna, Hospital Universitario Clínico San Cecilio, Granada, España.*

### Resumen

**Objetivos:** Evaluar la adecuación de la prescripción de urea en pacientes dados de alta con diagnóstico de hiponatremia, así como estimar el posible impacto clínico y económico del uso fuera de indicación en un hospital de segundo nivel.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo que incluyó 33 pacientes diagnosticados de hiponatremia y tratados con urea oral al alta tras ingreso en Medicina Interna en un hospital de segundo nivel desde enero de 2023 a enero de 2025. Se analizaron variables determinantes como el grado de hiponatremia al ingreso, etiología, osmolaridad plasmática, volumen extracelular, indicación, dosis de urea, tiempo de tratamiento, consumo de otros fármacos causantes de hiponatremia, síntomas asociados y comorbilidades. Se clasificó la indicación del tratamiento con urea según si existía o no diagnóstico compatible con síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética (SIADH) y euvolemia documentada.

**Resultados:** La edad media fue de 79 años (rango entre 57-91 años) con predominio de mujeres (70% frente al 30%). La dosis de administración más frecuente fue de 15 g/día con una duración variable (desde un mínimo de 10 días a más de 1 año). En cuanto al grado de hiponatremia, el 79% se clasificaron como hiponatremias graves ( $< 125$  mEq/L). Los fármacos mayormente asociados a hiponatremia fueron tiazidas, diuréticos del asa, antidepresivos (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina) y benzodiacepinas. La mayoría, el 67%, tuvieron algún tipo de sintomatología neurológica acompañante al cuadro de hiponatremia. Al revisar las comorbilidades, las más frecuentes fueron insuficiencia cardíaca crónica (33%), síndrome depresivo (27%), hipotiroidismo primario (21%) y epilepsia (18%). El 79% de los pacientes recibieron urea con indicación justificada, mientras que el 21% fueron tratados sin indicación clara, en contextos de hipovolemia o hipervolemia, con causas farmacológicas o mixtas.

**Discusión:** La urea es un tratamiento eficaz y coste-efectivo para la hiponatremia por SIADH, con perfil de seguridad favorable y utilidad demostrada en múltiples estudios<sup>1</sup>. Sin embargo, su uso fuera del contexto de SIADH o en pacientes sin euvolemia puede carecer de beneficio y aumentar innecesariamente el gasto sanitario. El uso inapropiado de urea representa un potencial gasto evitable, considerando un coste medio estimado de 4,71 € por cada dosis de 15 g, lo que supone hasta 1.718,90 € por paciente y año. La correcta caracterización etiológica de la hiponatremia, junto a la valoración de osmolaridad plasmática y volumen extracelular, siguen siendo esenciales antes de instaurar este tratamiento.

**Conclusiones:** En nuestra cohorte, una quinta parte de los pacientes recibió urea sin indicación justificada, lo que refleja una oportunidad clara de mejora en la adecuación terapéutica y el uso racional de los recursos. Es

necesario reforzar la formación sobre los criterios diagnósticos de SIADH y limitar la prescripción de urea a los casos indicados.

### **Bibliografía**

1. Wendt R, Fenves AZ, Geisler BP. Use of Urea for the Syndrome of Inappropriate Secretion of Antidiuretic Hormone: A Systematic Review. JAMA Netw Open. 2023;6(10):e2340313.  
doi:10.1001/jamanetworkopen.2023.40313.