



Revista Clínica Española



<https://www.revclinesp.es>

1229 - EFICACIA DEL TOLVAPTÁN VS. RESTRICCIÓN HÍDRICA EN EL MANEJO DEL SIADH

Alicia Romero Calvo, Pablo Ortiz de Urbina Fernández, Julia Rodríguez Fernández, Lara Victoria Calvo Rubio, Marina Pintor Rey, Alejandro Cuéllar de la Rosa, 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 eurolémica con diversas causas, principalmente paraneoplásica y farmacológica. El manejo se basaba tradicionalmente en la restricción hídrica, si bien se ha visto que el tratamiento con antagonistas del receptor V2 de la vasopresina como el tolvaptán pueden ser una alternativa eficaz. El objetivo de este estudio es comparar la eficacia clínica del tolvaptán con la restricción hídrica en pacientes hospitalizados con SIADH.

Métodos: Estudio retrospectivo observacional en pacientes ingresados con diagnóstico de SIADH en un hospital de tercer nivel entre 2020 y 2024. Se incluyeron aquellos que recibieron tratamiento con tolvaptán o restricción hídrica como estrategia inicial. Se recogieron variables demográficas, clínicas, bioquímicas y evolución durante el ingreso y seguimiento. La variable principal fue la normalización del sodio sérico. Se realizó análisis descriptivo y comparativo entre grupos mediante t de Student para variables cuantitativas y test de chi-cuadrado para cualitativas, considerando significativo un valor de $p < 0,05$. El estudio fue aprobado por el CEIC de nuestro centro.

Resultados: Se analizaron 25 pacientes, 10 tratados con tolvaptán y 15 con restricción hídrica. La edad media fue de $73,1 \pm 11,9$ años en tolvaptán y de $77,7 \pm 13,9$ años en el grupo de restricción. El índice de Barthel medio fue de $66,5 \pm 39,7$ y $52,0 \pm 41,4$ respectivamente. La comorbilidad más frecuente fue la HTA (64%), seguida de la patología oncológica (52%) y la diabetes (36%). La causa más frecuente de SIADH fue el origen paraneoplásico, presente en el 50% de los pacientes tratados con tolvaptán y en el 26,7% del grupo de restricción hídrica. La natremia al ingreso fue comparable ($122,4 \pm 6,3$ mmol/L en tolvaptán vs. $122,0 \pm 6,1$ mmol/L en restricción). A las 48 horas, los niveles aumentaron a $125,8 \pm 6,3$ mmol/L en tolvaptán y $127,4 \pm 5,8$ mmol/L en restricción ($p = 0,543$). A los 5 días, las cifras fueron $129,4 \pm 7,0$ mmol/L y $127,8 \pm 3,1$ mmol/L respectivamente ($p = 0,588$). La normalización del sodio se logró en el 80% del grupo tolvaptán y en el 66,7% con restricción ($p = 0,118$). La estancia media hospitalaria fue de 12 ± 6 días en el grupo de tolvaptán y de $17,8 \pm 22,6$ días en el grupo de restricción ($p = 0,358$). Durante el ingreso, se registraron recaídas en el 50% de los pacientes tratados con tolvaptán frente al 7,1% en restricción ($p = 0,056$). La mortalidad intrahospitalaria fue del 60% en tolvaptán y del 40% en restricción ($p = 0,399$), y los reingresos por SIADH del 20% y 7,7% respectivamente ($p = 0,647$).

Conclusiones: En nuestra serie, ambas opciones terapéuticas consiguieron normalizar la natremia en un amplio porcentaje de pacientes. El grupo tratado con tolvaptán consiguió una mayor normalización del sodio

y una menor estancia hospitalaria, aunque sin diferencias estadísticamente significativas, posiblemente debido al pequeño tamaño muestral. Sin embargo, estos pacientes también tuvieron mayor tasa de recaídas, reingresos y mortalidad, dato que puede estar relacionado con el alto porcentaje de pacientes oncológicos.