



<https://www.revclinesp.es>

## 284 - SIADH SIN CRITERIOS BIOQUÍMICOS: ¿DIAGNOSTICAMOS EN LA SOMBRA?

**Lara Victoria Calvo Rubio, Julia Rodríguez González, Alejandro Cuellar de la Rosa, Pablo Ortiz de Urbina Fernández, Alicia Romero Calvo, Marina Pintor Rey, Eva Soria Alcaide y Alberto Muela Molinero**

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

### Resumen

**Objetivos:** El síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética (SIADH) se basa tradicionalmente en criterios bioquímicos definidos que incluyen criterios bioquímicos para su diagnóstico. Sin embargo, en la práctica clínica, existen situaciones en las que este diagnóstico se realiza en ausencia de confirmación analítica completa, basándose en la sospecha clínica. Este estudio pretende analizar las características, manejo y desenlace de una cohorte de pacientes diagnosticados de SIADH sin criterios bioquímicos formales.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo realizado en un hospital de tercer nivel. Se incluyeron pacientes ingresados entre 2020 y 2025 con diagnóstico clínico de SIADH, pero sin osmolaridad plasmática y/o urinaria y natriuresis documentadas. Se excluyeron aquellos con diagnóstico bioquímico confirmado. Se recogieron variables demográficas, funcionales, comorbilidades, tratamientos instaurados y evolución clínica, mediante revisión de historia clínica electrónica. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética local.

**Resultados:** Se incluyeron y analizaron los datos de 39 pacientes (48,75% del total de pacientes con diagnóstico de SIADH), con edad media de 75,4 años (DE 13,1; rango 44-96), siendo el 59% varones. El índice de Barthel medio fue de 67,6 puntos (DE 31,3). El 71,8% de los ingresos correspondieron a Medicina Interna, seguida en frecuencia por Oncología (12,8%) y Neumología (7,7%). Las principales causas atribuidas al SIADH fueron patología pulmonar (28,2%), afectación del sistema nervioso central (23,1%), causas paraneoplásicas (15,3%) e idiopáticas (15,3%). La carga de comorbilidad fue elevada, destacando: hipertensión arterial (76,9%), enfermedad renal crónica (48,7%), neoplasias (41%) y diabetes mellitus (35,9%). La estancia media hospitalaria fue de 19,9 días (DE 24,4) ligeramente mayor a la del total de pacientes con diagnóstico de SIADH (17). El sodio plasmático al ingreso fue de 123,5 mEq/L (DE 4,6). Durante la hospitalización, se emplearon principalmente restricción hídrica (37,8%), suero salino hipertónico (29,7%), urea (16,2%) y tolvaptán (2,7%). Un 5,1% no recibió tratamiento específico. Solo el 41% de los pacientes alcanzó la normalización del sodio durante el ingreso, con un tiempo medio de 34,3 días (DE 62,3), y únicamente el 10,3% corrigió la hiponatremia en los primeros tres días. Entre aquellos pacientes que no normalizaron el sodio, el 54,5% no contaba con controles analíticos en al menos 2 días consecutivos. Al alta, el 44,4% no recibió tratamiento activo; entre quienes continuaban con terapia, predominaba la restricción hídrica (29,6%). La mortalidad intrahospitalaria fue del 17,9%, y la mortalidad global alcanzó el 51,3%. El 17,9% de los pacientes presentaron reingresos por hiponatremia.

**Discusión:** Nuestros datos subrayan la necesidad de optimizar el diagnóstico y seguimiento de la hiponatremia, incluso en ausencia de criterios bioquímicos, dado su impacto en la morbimortalidad. Futuras

estrategias deberían incluir protocolos que garanticen un abordaje más estructurado.

*Conclusiones:* En nuestra cohorte, el diagnóstico clínico de SIADH sin criterios bioquímicos formales se asoció a elevada morbimortalidad y prolongada estancia hospitalaria. La ausencia de monitorización analítica adecuada puede influir negativamente en el control de la hiponatremia. La mejora en la sistematización diagnóstica y terapéutica podría impactar positivamente en la evolución de estos pacientes.