



## V-016 - SÍNDROME DE SECRECIÓN INADECUADA DE HORMONA ANTIDIURÉTICA TRATADO CON TOLVAPTÁN EN UN HOSPITAL COMARCAL. ANÁLISIS DESCRIPTIVO

J. Hernández Rey<sup>1</sup>, E. Romero Ramírez<sup>2</sup>, E. Miranda Sancho<sup>1</sup>, R. Rojas Lorence<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UGC Medicina Interna, <sup>2</sup>UGC Nefrología. Hospital Punta de Europa. Algeciras (Cádiz).

### Resumen

**Objetivos:** La hiponatremia es la alteración hidroelectrolítica más frecuente en los pacientes ingresados, con relación con un incremento de morbilidad. Una de las causas más comunes de hiponatremia en pacientes ingresados es el Síndrome de secreción Inadecuada de hormona antidiurética (SIADH). Desde hace unos años está disponible el tolvaptan, un antagonista del receptor de vasopresina, para el tratamiento de este síndrome por vía oral, habiéndose desarrollado protocolos y guías para su uso por diferentes sociedades incluida la Sociedad Española de Medicina Interna. Nuestro objetivo es describir las características de los pacientes con SIADH diagnosticados y tratados desde la presentación de dicho protocolo en nuestro centro.

**Material y métodos:** Estudio observacional descriptivo retrospectivo desde marzo de 2016 hasta diciembre de 2013 en un hospital comarcal de aproximadamente 250 camas. Se revisaron todas las historias de pacientes ingresado por cualquier patología médica que habían recibido tratamiento con tolvaptan y que constaban con el diagnóstico de SIADH, registrando valores analíticos y diagnósticos principales.

**Resultados:** Se identificaron 24 pacientes con hiponatremia que habían recibido tratamiento con tolvaptan, descartándose 4 al haberlo recibido por uso compasivo por ICC refractaria con hiponatremia y otros 3 por no cumplir los criterios analíticos completos (2 con ausencia de determinación de hormonas tiroideas). De los 17 pacientes restantes 12 (70,59%) eran hombres y 5 (29,41%) mujeres. Los resultados principales se muestran en la tabla. La natremia media al ingreso era de 125 mEq/l, con un 29,41% de los pacientes con hiponatremia grave (según criterios de la Sociedad Española de Nefrología  $\text{Na}^+ < 125 \text{ mEq/l}$ ). La patología subyacente (fig. 1) más frecuente fue la pulmonar (52,94%), siendo más de la mitad de estos carcinomas microcíticos de pulmón (29,41%). El resto de causas fueron neurológicas (29,41%), idiopáticas (11,76%) y un único caso relacionado con fármacos (carbameceptina). El tratamiento farmacológico (incluyendo el tolvaptan) logro la normonatremia en el 76,5% de los pacientes al alta (fig. 2) sin alteraciones significativas en la función renal ni a las 48 horas de tratamiento ni al alta. En cuanto a la estancia hospitalaria estuvo en una media de 27,47 días. En cuanto a comorbilidades un 29,41% de los pacientes eran diabéticos y un 58,82% eran hipertensos.

V-016a.jpg

## Figura 1

V-016b.jpg

## Figura 2

	Hombres	Mujeres	Total
Sexo frec (%)	12 (70,59%)	5 (29,41%)	17 (100%)
Edad	65,06 ± 12,73	77,2 ± 9,31	68,64 ± 12,86
Na <sub>p</sub> (mEq/l)	126,33 ± 5,17	124,41 ± 8,98	125,76 ± 6,28
Osm <sub>p</sub> (mOsm/Kg)	259,75 ± 12,67	254,6 ± 19,08	258,23 ± 14,39
Cr <sub>p</sub> (mg/dl)	1,04 ± 0,66	1,13 ± 0,93	1,06 ± 0,72
Na <sub>o</sub> (mEq/l)	109,16 ± 69,58	89,85 ± 45,89	103,47 ± 62,75
Osm <sub>o</sub> (mOsm/Kg)	541,16 ± 166,83	544 ± 123,67	542 ± 151,52
Cr 48h (mg/dl)	0,84 ± 0,31	0,79 ± 0,27	0,82 ± 0,29
Na <sub>p</sub> alta (mEq/l)	137 ± 4	135,8 ± 1,78	136,65 ± 3,48
Osm <sub>p</sub> (mOsm/Kg)	284,33 ± 10,51	315 ± 78,65	293,35 ± 42,77
Cr alta (mg/dl)	0,89 ± 0,33	0,78 ± 0,31	0,85 ± 0,32
Estancia (días)	28,41 ± 17,91	25,2 ± 12,23	27,47 ± 16,13

*Discusión:* Se corroboran las causas principales de SIADH que se describe en la gran mayoría de estudios, con la patología pulmonar como la más prevalente, y dentro de esto el carcinoma microcítico pulmonar; siendo todas patologías complejas, con una estancia muy por encima de la media del centro. Al contrario de la mayoría de estudios, en nuestro caso se observó una predominancia en hombres, la razón de lo cual puede estar en lo pequeño de la muestra y en un probable infradiagnóstico de la patología en nuestro centro a pesar de la difusión de protocolos diagnósticos de la hiponatremia. A pesar de lo limitado de nuestros datos, no hemos observado diferencias en la cifras de creatinina plasmática antes y después del tratamiento con tolvaptan, con lo que no se puede afirmar influencia del mismo sobre la función renal.

*Conclusiones:* La causa más frecuente de SIADH en nuestro entorno es el carcinoma microcítico de pulmón. El tratamiento incluyendo tolvaptan es eficaz corrigiendo el SIADH y seguro a nivel renal.