



## V-037 - SIADH: UNA CAUSA INFRADIAGNOSTICADA E INFRAVALORADA DE HIPONATREMIA

Á. Navarro Batet, M. Real Álvarez, A. Malo Cerisuelo, R. García Madroñal, E. Garcés Valentín, A. Català Vañó, M. Benavent Benavent y J. Pellejà Carnasa

Medicina Interna. Hospital Universitari de Sant Joan de Reus. Reus (Tarragona).

### Resumen

**Objetivos:** El objetivo principal se trata de comprobar si nuestros diagnósticos de SIADH cumplen los criterios diagnósticos y se han excluido correctamente otras patologías. En cuanto a los objetivos secundarios nos planteamos conocer las características de los pacientes, datos sobre la estancia hospitalaria, clínica asociada, etiología, tratamiento realizado y modificación de valores de natremia.

**Material y métodos:** Se trata de un estudio retrospectivo descriptivo donde se revisaron todos los pacientes con codificación diagnóstica de SIADH en los últimos 10 años (2007-2017) en el H. Sant Joan de Reus. Se recogieron datos demográficos, antecedentes personales, tratamiento habitual, criterios diagnósticos, estancia hospitalaria, clínica asociada, etiología, tratamiento recibido y variaciones de valores de Na. Debe sospecharse el SIADH en pacientes con los siguientes criterios diagnósticos:  $\text{Na}_p < 135 \text{ mmol/L}$ ,  $\text{Osm}_p < 275 \text{ mOsm/Kg}$ ,  $\text{Osm}_u > 100 \text{ mOsm/Kg}$  y  $\text{Na}_{\text{orina}} > 40 \text{ mmol/l}$ . Además es necesario haber realizado la exclusión de insuficiencia suprarrenal, insuficiencia renal, hipotiroidismo, alteraciones del volumen circulante y uso reciente de diuréticos.

**Resultados:** Se hallaron 41 pacientes con codificación diagnóstica de SIADH, y se evidenció que cumplían los criterios diagnósticos únicamente 26 pacientes (63%), y a su vez los criterios de exclusión tan sólo 17 de ellos (41,5%). En 15 pacientes (37%) se identificó al menos un criterio de exclusión (más frecuente el uso de diuréticos). Además en 22 de los pacientes (54%) faltaban datos analíticos. En cuanto a los 17 pacientes correctamente diagnosticados de SIADH (cumplían criterios de inclusión y exclusión), el servicio de Medicina Interna diagnosticó a 14 de ellos (82%), mientras que el de Oncología a 3 (18%). La edad media fue  $65 \pm 13$  años, siendo el 76,5% hombres. Las etiologías fueron: 5 de causa farmacológica (4 tratados con ISRS y 1 caso con carbamacepina), 4 de neoplasia (3 oat cell y 1 tumor neuroendocrino), 2 de patología pulmonar (2 neumonías), 2 patologías de SNC (1 meningoencefalitis y 1 HSA) y 2 de miscelánea (1 dolor intenso y 1 cirugía abdominal). Se evidenció clínica neurológica en 11 pacientes (64,7%). La media de estancia hospitalaria fue de  $11,7 \pm 6,5$  días. Al ingreso, la natremia media fue  $119,2 \pm 6,6 \text{ mmol/l}$ , siendo al alta  $135 \pm 3$ , únicamente fue normal ( $> 135$ ) al alta en 9 pacientes (53%). Se realizó restricción hídrica en 12 pacientes (70,6%), suplementación de Na en 9 (58,8%), uso de diurético de asa en 4 (23%) y tolvaptán en 2 (11,8%).

**Discusión:** La hiponatremia es la diselectrolitemia más frecuente (sobre todo en ancianos y

hospitalizados) y se trata de un predictor de morbimortalidad. El SIADH es una causa muy frecuente y a su vez infradiagnosticada. Para el diagnóstico se deben cumplir los criterios de exclusión e inclusión. Si se presenta con sintomatología grave, obliga a iniciar SSH y si es leve/moderada es posible establecer la etiología previamente. Se debe corregir el factor desencadenante, realizar restricción hídrica, administración si precisa de SSH u uso de otras alternativas como diuréticos de asa, urea y los vaptanes.

*Conclusiones:* En nuestro hospital hay un número insignificante de SIADH, estando claramente infradiagnosticado, dado que no se realiza un abordaje diagnóstico correcto. Una gran proporción de pacientes no cumplía criterios diagnósticos, presentaba algún criterio de exclusión o faltaba algún dato para realizar el diagnóstico correcto. En nuestro medio el incremento en ISRS se ve reflejado como una etiología importante. También es importante remarcar que el tolvaptán no es una alternativa muy usada. Además una gran parte de los pacientes no presentan valores de Na al alta en rango de normalidad (tratamiento subóptimo). De este modo tenemos una gran oportunidad de mejora y es obligatorio realizar formación sobre abordaje diagnóstico y terapéutico de la hiponatremia por SIADH, dada las implicaciones clínicas, pronósticas e incluso económicas.