

# SIADH

## a propósito de un caso

FARIÑA LÓPEZ, SARA; TÚÑEZ BASTIDA, MARIA DEL CARMEN  
CS A ESTRADA

### CASO CLÍNICO

Mujer de 79 años que consultan telefónicamente porque, tras modificación de tratamiento psiquiátrico, presenta somnolencia.

En seguimiento en Psiquiatría desde hace años por trastorno delirante/celotipia. A tratamiento crónico con Risperidona a dosis bajas, que se aumentaron en los últimos meses por empeoramiento. Tras consultar el caso, en USM se asocia Aripiprazol 5. Dada la persistencia de la clínica se modifica el tratamiento Aripiprazol 10mg, Risperidona solución, Desvenlafaxina 50mg, Alprazolam 0.25mg

Seis días después, consultan porque la paciente se encuentra adormilada. Se atribuye a secundarismo sedante de la medicación. En analítica realizada para control de anemia se objetiva Na 126. Se realiza GSV en domicilio y se confirma Na 126,7. Ante la sospecha de SIADH inducida por medicación contactamos con USM. Se suspende Aripiprazol, cambian Desvenlafaxina por Vortioxetina, y se mantiene Risperidona. Se realiza un control de Na a los 15 días obteniendo Na 145.

### ¿QUÉ ES?

El SIADH se caracteriza por presentar: Hiponatremia, hipoosmolaridad plasmática, osmolaridad urinaria elevada y natriuresis altas, producidas por aumento de ADH con menor eliminación de agua

130 - 135 mEq/L	Sin síntomas
125 - 130 mEq/L	Anorexia, náuseas, vómitos y dolor abdominal.
115 - 125 mEq/L	Agitación, confusión, alucinaciones, incontinencia de esfínteres y otros síntomas neurológicos.
< 115 mEq/L	Convulsiones, coma, hipertensión intracraneal.

### CAUSAS

FÁRMACOS

INFECCIONES

TUMORES

MISCELÁNEA

ANTIDEPRESIVOS  
ANTIPSIÓTICOS  
DIURÉTICOS  
METADONA  
ANÁLOGOS ADH  
ANTIÉPILEPTICOS

### DIAGNÓSTICO

- **NORMOVOLEMIA CLÍNICA**
- **HIPONATREMIA HIPOOSMOLAR;** [Na]<sup>+</sup> < 135 mEq/l y Osm plasmática < 280 mOsm/kg
- **[Na<sup>+</sup>] URINARIO ELEVADO;** Na<sup>+</sup> > 40 mEq/l
- **EXCLUSIÓN HIPOTIROIDISMO Y DÉFICIT DE GLUCOCORTICOIDE**
- **AUSENCIA DE TRATAMIENTO RECIENTE DIURÉTICOS**

### CONCLUSIONES

La hiponatremia es un trastorno electrolítico frecuente y potencialmente grave que puede llegar a cursar con alucinaciones, convulsiones y coma.

Puede ser inducido por medicamentos, por lo que es esencial incluir a los fármacos en el diagnóstico diferencial.

Debe tenerse en cuenta, sobre todo, en atención primaria, debido al gran número de pacientes ancianos y polimedicados que se manejan