

# SINDROME DE SECRECIÓN INADECUADA DE HORMONA ANTIDIURÉTICA



Dra. Yamirka  
Montesino Felipe



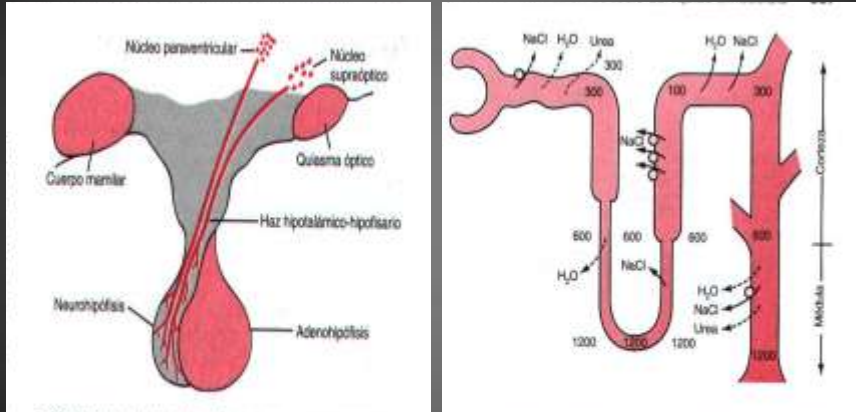
## ¿QUÉ ES LA HAD?

### ADH O VASOPRESINA

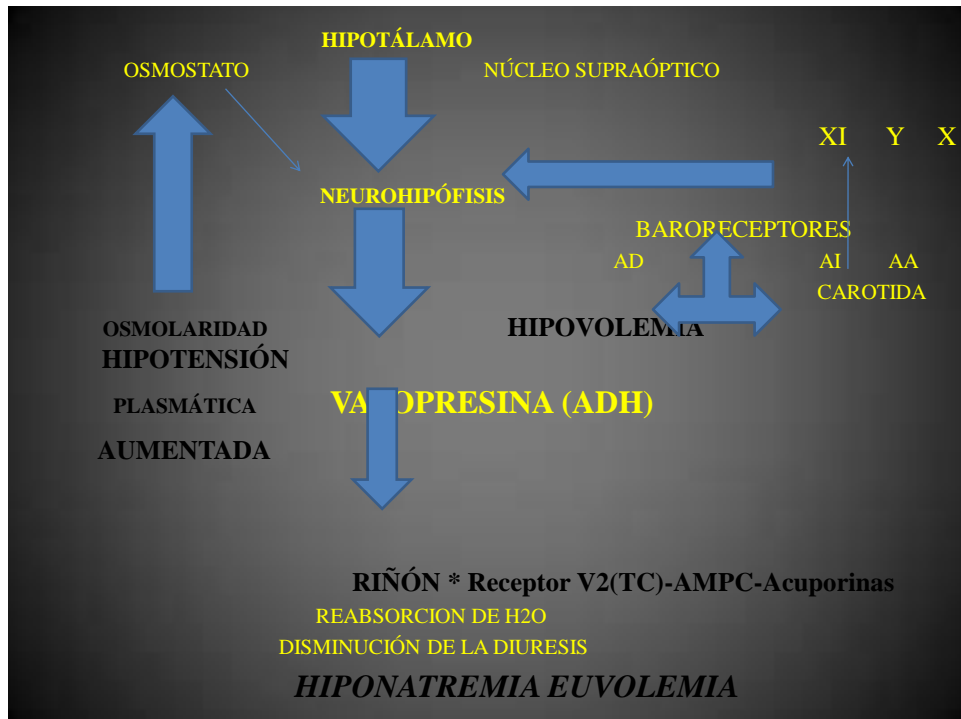
Hormona sintetizada en el Hipotálamo y almacenada en la Neurohipófisis , constituida químicamente por un polipéptido con 9 aminoácidos cuya función fisiológica es disminuir la excreción renal de agua , efecto anti diurético.

Fuente: GUYTON: V.381 , 2001

# HORMONA ANTIDIURÉTICA VASOPRESINA



Fuente: GUYTON: V.381 , 2001



# CONCEPTO DE SSIHAD

Exceso de actividad de HAD en ausencia de los estímulos osmóticos o de volemia :

- ❑ Hiponatremia, Hipoosmolaridad e Hipotonicidad.
- ❑ Euvolemia o Hipervolemia discreta.
- ❑ Osmolaridad Urinaria alta > plasmática .  
Valor > 200mmm/l
- ❑ Sodio Urinario Alto > 20meq/l. Diuresis sódica.
- ❑ Creatinina y Acido úrico plasmáticos bajos.
- ❑ Función Renal , Suprarrenal y Tiroidea normales.



## FISIOPATOLOGÍA

Aumento de Vasopresina en plasma

Retención de agua y aumento de la volemia

3 mecanismos

HIPONATREMIA

1. Aumento del GC y FG. Disminuye la reabsorción Na.
2. Disminuye Renina-Angiotensina-Aldosterona
3. Aumento del Péptido Natriurético Auricular

Diuresis Sódica (NATRIURESIS)



HIPONATREMIA CON EUVOLEMIA

## PRESENTACIÓN CLÍNICA DE HIPONATREMIA



### 1. FORMA DE PRESENTACIÓN

- |                                  |  |
|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> AGUDA   | <input checked="" type="checkbox"/> SINTOMÁTICA  |
| <input type="checkbox"/> CRÓNICA | <input checked="" type="checkbox"/> ASINTOMÁTICA |

### 2. VALORES DE SODIO PLASMÁTICO

- LEVE <135-125 meq
- MODERADA < 125-115 meq
- SEVERA < 115 meq

## PRESENTACIÓN CLÍNICA DE SSIHAD

Sodio < ó = 125meq/l

Vómitos

Nausea

Irritabilidad

Cefalea, confusión

Calambres musculares

Piel húmeda y empastada

Sodio < ó = 115meq/l

Coma

Obnubilación

Convulsiones

HTE. Midriasis

Bradicardia

Decorticación

PCR

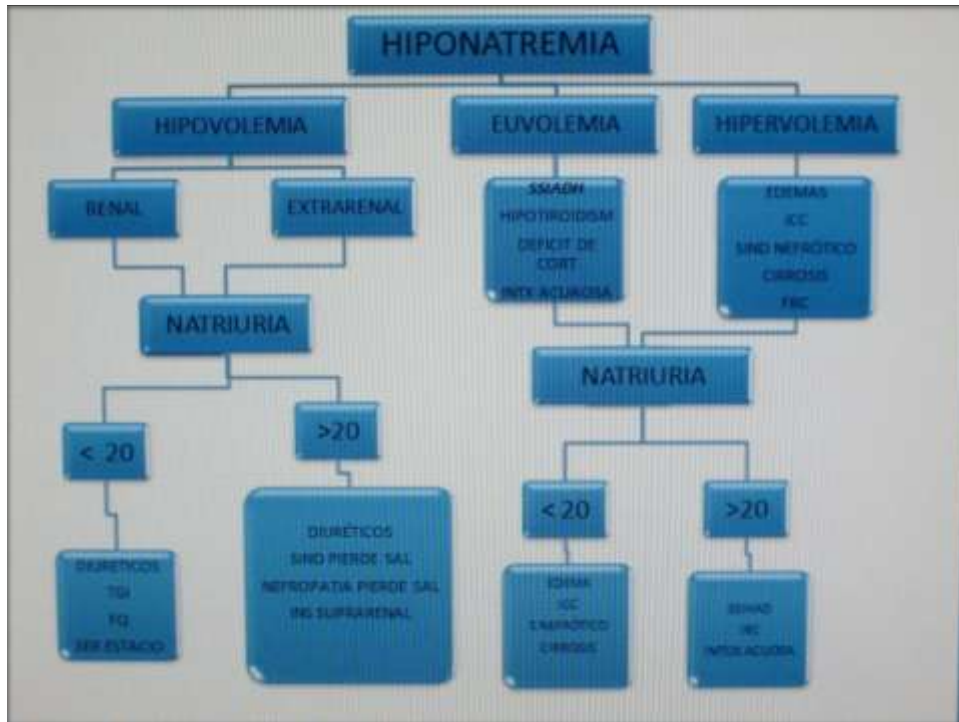
Encefalopatía Hiponatrémica



## Analíticamente

- ❑ Sodio plasmático <135meq/l :Disminuido
- ❑ Sodio urinario > 20meq/l; habitual >80meq/l  
Aumentado (Natriuresis)
- ❑ Osmolaridad plasmática <275mmol/l
- ❑ Osmolaridad urinaria > 200mmol/l habitual >500mmol/l
- ❑ Diuresis < 1mlxkgxh (PNA)
- ❑ Creatinina y Ácido Úrico disminuidos en plasma
- ❑ PFR, Tiroideas y Suprarrenales normales
- ❑ Vasopresina en plasma elevado aunque puede estar normal  
Lo cual no excluye el SSIHAD





## Diagnósticos Positivo y Diferencial

- CC
- Analítica
- Excluir Hipovolemia e Hiperosmolaridad.



1. Causas perdedoras de Na Renal  
Insuficiencia Suprarrenal  
Nefritis Pierde Sal  
Sind Pérdida de sal cerebral
2. Causas perdedoras de agua renal  
Insuficiencia Renal  
ICC
3. Hiponatremia Ficticia

## Manejo de Hiponatremia

1. AGUDA  
CRÓNICA

2. ASINTOMÁTICA  
SINTOMÁTICA

leve  
moderada  
severa

## MANEJO DE LA HIPONATREMIA

### Asintomática

- 1.Reducir la ingesta de agua.
- 2.Manejo de la causa .

### Sintomática

- 1.Reducir la ingesta de agua.
- 2.Manejo de la causa .
- 3.Administración de Sodio**



## MANEJO DE SSIHAD

1. Manejo de la causa .
2. Reducir la ingesta de agua.
3. Dieta rica en proteínas
4. Si no responde en pocos días -Democlociclina  
-Litio
5. Diurético de asa ( Furosemida )
6. Manejo de la **HIPONATREMIA**
7. **Farmácos bloqueantes de receptores V2 acuaréticos**



### Fórmula

**Na > 115**

**Déficit de Na =  $0,6 \times \text{Kg} \times (\text{Na}_i - \text{Na}_{\text{pte}})$**

**Na < 115**

**Déficit de Na =  $1,2 \times \text{Kg} \times (\text{Na}_i - \text{Na}_{\text{pte}})$**





- \*Velocidad de infusión Aguda 1-2meq/l/h.  
Crónica 0,5meq/l/h.
- \*Sodio plasmático  
No debe subir más de 135meq.  
No debe subir mas de 12meq en 24 horas ni más de 25 meq en las primeras 48 horas
- \*Si el paciente queda asintomático se suspende el tto
- \*Sodio >122 SS 0.9% si hipovolemia  
< 122 SS 3% Nivel de seguridad >122 una vez alcanzado suspender SS 3%
- \*Sodio total=  $\frac{1}{2}$  en las primeras 12 horas  
Resto en 24 ó 36 horas

MIELINOLISIS PONTINA CENTR



GRACIAS