

Puntualizaciones sobre el síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética por cáncer de próstata

Clarifications on the syndrome of inappropriate secretion of antidiuretic hormone produced by prostate cancer

Sr. Editor:

Hemos leído el trabajo de Pérez-Llantada Amunarriz et al¹, en el que describen el caso de un varón con síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética (SIADH), que atribuyen a un carcinoma de próstata. En una parte del texto, los autores refieren que el paciente seguía tratamiento con metformina, glibenclamida, rosiglitazona, verapamilo, losartán, nitritos dérmicos, omeprazol y bicalutamida, y, al tiempo, afirman que ninguno de los fármacos se ha relacionado con el desarrollo de SIADH.

El SIADH es la causa más habitual de hiponatremia², y su etiología es muy heterogénea. Destacan, por su relevancia, los tumores, especialmente el carcinoma pulmonar de células pequeñas, los fármacos –según autores, la causa más frecuente³– y las infecciones. Aunque la mayoría de las sustancias que provocan SIADH lo hacen de manera excepcional, la lista de fármacos implicados –algunos de ellos de uso corriente– ha ido en progresivo aumento⁴. Pues bien, tanto la metformina⁵, como el omeprazol⁶⁻⁹ y la rosiglitazona¹⁰ son causas descritas de SIADH, bien cierto que con carácter excepcional.

Lo anterior no invalida necesariamente, según señalan los autores, la atribución causal de la hiponatremia al cáncer de próstata, máxime sin conocer la evolución del proceso ni la historia farmacológica posterior y su relación con la natremia.

Con independencia de la causa en el presente caso, nos parece más importante insistir en la frecuencia –cada vez mayor– del SIADH debido a fármacos; y en el hecho de que la historia clínica, la exploración física y sencillos datos de laboratorio, habitualmente al alcance de cualquier nivel

asistencial, suelen resultar suficientes para un diagnóstico y tratamiento correctos.

Bibliografía

1. Pérez-Llantada Amunarriz E, Acha Salazar O, Tejido García R. Síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética y cáncer de próstata: una asociación muy infrecuente. *Rev Clin Esp.* 2010;210:200–1.
2. Catalá Bauset M, Gilsanz Peral A, Tortosa Henzi F, Zugasti Murillo A, Moreno Esteban B, Halperin Ravinovich I, et al. Guía clínica del diagnóstico y tratamiento de los trastornos de la neurohipófisis. *Endocrinol Nutr.* 2007;54:23–33.
3. Adrogué HJ, Madias NE. Hyponatremia. *N Engl J Med.* 2000;342:1581–9.
4. Liamis G, Milionis H, Elisaf M. A review of drug-induced hyponatremia. *Am J Kidney Dis.* 2008;52:144–53.
5. Gin H, Lars I, Beauvieux JM, Morlat P, Aubertin J. Hyponatremia induced by biguanides. Case report. *Presse Med.* 1988;17:591.
6. Durst RY, Pipek R, Levy Y. Hyponatremia caused by omeprazole treatment. *Am J Med.* 1994;97:400–1.
7. Béchade D, Algayres JP, Henrionnet A, Texier F, Bili H, Coutant G, et al. Secondary hyponatremia caused by omeprazole treatment. *Gastroenterol Clin Biol.* 2000;24:684–5.
8. Brewster UC, Perazella MA. Proton pump inhibitors and the kidney: Critical review. *Clin Nephrol.* 2007;68:65–72.
9. Shiba S, Sugiura K, Ebata A, Kagaya T, Tomori G, Marumo F, et al. Hyponatremia with consciousness disturbance caused by omeprazole administration. A case report and literature review. *Dig Dis Sci.* 1996;41:1615–7.
10. Berker D, Aydin Y, Arduç A, Ustün I, Ergün B, Guler S. Severe hyponatremia due to rosiglitazone use in an elderly woman with diabetes mellitus: a rare cause of syndrome of inappropriate antidiuretic hormone secretion. *Endocr Pract.* 2008;14:1017–9.

S. Franco Hidalgo^{a,*}, J.M. Prieto de Paula^b y J. Palomino Doza^b

^aServicio de Medicina Interna, Complejo Hospitalario de Palencia, Palencia, España

^bServicio de Medicina Interna, Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: silvi26pras@hotmail.com (S. Franco Hidalgo).

doi:10.1016/j.rce.2010.06.002

Acontecimientos adversos por medicamentos en medicina interna

Adverse drug events in internal medicine

Sr. Director:

En el trabajo de Zapatero et al¹ se utiliza la información facilitada por el conjunto mínimo básico de datos (CMBD) para analizar los acontecimientos adversos causados por medicamentos (AAM) en pacientes ingresados en medicina

interna. Coincidimos con los autores en que la seguridad de los pacientes es un tema prioritario, en que los fármacos originan más de la mitad de los efectos adversos asociados a la asistencia sanitaria en servicios médicos, y que más de un tercio son prevenibles². Desde el punto de vista metodológico, el análisis de la evitabilidad de los AAM con la clasificación de Schumock y Thornton modificada por Otero et al³ pudiera haber permitido optimizar la valoración de la prevenibilidad de los mismos.

El uso del CMBD es útil, solo como fuente de información complementaria sobre el impacto de la yatrogenia medicamentosa en el ámbito hospitalario, ya que precisa de la mención explícita del AAM en el informe de alta y de una

correcta codificación. La infranotificación parece evidente y algunos trabajos muestran que el número de AAM detectados con métodos prospectivos es 10 veces superior al obtenido del análisis del CMBD⁴. Este hecho, junto con las limitaciones de la clasificación CIE-9-MC respecto de los términos relacionados con AAM⁵, impiden una cuantificación aproximada de los AAM reales. Además el análisis del CMBD aporta AAM centrados solo en un reducido número de fármacos^{6,7} y es más útil para detectar los AAM que motivan el ingreso que para los aparecidos durante la hospitalización⁴. Todos estos factores hacen que el análisis de los AAM a través del CMBD aporte una información orientativa, pero no permite aproximar su incidencia real, especialmente de los acontecidos durante la hospitalización, ni permite una valoración óptima de su evitabilidad. Pese a estas limitaciones, queremos resaltar que el trabajo de Zapatero et al tiene un gran interés por la amplísima muestra analizada, su carácter multicéntrico y por estudiar específicamente la incidencia de AAM en los pacientes atendidos por médicos internistas en nuestro país, ya que la mayoría de las experiencias de la bibliografía se limitan a un solo centro o son foráneas.

Si conocemos que una elevada proporción de AAM son prevenibles, su motivo, el lugar de la cadena terapéutica donde se originan (prescripción y seguimiento son responsabilidad médica), los fármacos habitualmente implicados, y que existen prácticas seguras en el uso de fármacos basadas en la evidencia (estandarización, protocolización de medicación de alto riesgo, dosis unitarias, prescripción electrónica, conciliación, etc.^{8,9}), debemos implantar barreras de seguridad que impidan o atenúen la repetición del AAM y sus consecuencias.

Financiación

Trabajo no financiado.

Conflicto de intereses

El autor declara no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Zapatero A, Barba R, Ruiz JM, Losa JE, Marco J, Plaza S, et al. Acontecimientos adversos causados por medicamentos en pacientes ingresados en medicina interna. *Rev Clin Esp.* 2010;210:263–9.

doi:10.1016/j.rce.2010.06.003

2. *Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005.* Secretaría General de Sanidad. Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. [consultado 29/5/2010]. Disponible en: <http://www.seguridaddelpaciente.es/contenidos/castellano/2006/ENEAS.pdf?phpMyAdmin=mvRY-xVABNP M34i7Fnm%2C23Wrlq5>.
3. Otero MJ, Bajo A, Maderuelo JA, Domínguez-Gil A. Evitabilidad de los acontecimientos adversos inducidos por medicamentos detectados en un Servicio de Urgencias. *Rev Clin Esp.* 1999;199:796–805.
4. Otero MJ, Alonso P, Maderuelo JA, Garrido B, Domínguez A, Sánchez A. Acontecimientos adversos prevenibles causados por medicamentos en pacientes hospitalizados. *Med Clin (Barc).* 2006;126:81–7.
5. Torelló J, Castillo JR, Mengíbar A, Vigil E. *Análisis de las RAM registradas en el CMBD de los hospitales universitarios Virgen del Rocío.* Libro de resúmenes de las III Jornadas de Farmacovigilancia. p. 84. [consultado 29/5/2010]. Disponible en: <http://www.jccm.es/sanidad/reuniones/farmacovigilancia/libro.pdf>.
6. Rubio A, Perea S. *Evaluación de reacciones adversas a medicamentos en un hospital general.* Libro de resúmenes de las III Jornadas de Farmacovigilancia. p. 86. [consultado 29/5/2010]. Disponible en: <http://www.jccm.es/sanidad/reuniones/farmacovigilancia/libro.pdf>.
7. Aguirre C. Utilización del CMBD hospitalario como fuente de información en farmacovigilancia. Libro de resúmenes de las III Jornadas de Farmacovigilancia. p. 30–35. [consultado 29/5/2010]. Disponible en: <http://www.jccm.es/sanidad/reuniones/farmacovigilancia/libro.pdf>.
8. Prácticas para mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007. [consultado 29/5/2010]. Disponible en: <http://www.seguridaddelpaciente.es/contenidos/castellano/2008/PracticasSegurasMedicamentosAltoRiesgo.pdf?phpMyAdmin=mvRY-xVABNP M34i7Fnm%2C23Wrlq5>.
9. Otero MJ, Martín R, Robles D, Codina C. Errores de medicación. En: Bonal Falgas J, Domínguez-Gil Hurlé A, Gamundi Planas MC, Napal Lecumberri V, Valverde Molina E, editores. *Farmacia Hospitalaria*, 3.ª ed. Madrid: SCM, SL (Doyma); 2002. p. 713–47.

L.A. Sánchez-Muñoz, E. Mayor-Toranzo, I. Alarcón-Garzón y L. Nogales-Martín

Servicio de Medicina Interna, Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España

Correo electrónico: lsanchezmunoz@gmail.com (L.A. Sánchez-Muñoz).

EPOC y diabetes, ¿algo más que una simple coincidencia?

COPD and diabetes: Something more than a simple coincidence?

Sr. Director:

En el editorial titulado *La EPOC: más allá de los pulmones*¹, Álvarez Sala califica la comorbilidad de la EPOC de causal

(en el caso del cáncer de pulmón), de complicación (insuficiencia cardíaca), de interurrencia (infección respiratoria) o de coincidencia para el caso de la diabetes mellitus. Existen múltiples datos en la literatura que apuntan a la existencia de una relación más estrecha entre estas dos entidades de elevada prevalencia.

En un estudio de cohorte prospectiva realizado con más de 11.000 pacientes, seguidos durante 9 años, se ha descrito que los pacientes diabéticos presentan un patrón respiratorio restrictivo, generalmente leve, cuya cuantía parece proporcional a los años de evolución de la diabetes y al