Semergen. 2017;43(Espec Congr 1):396

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

242/556 - HIPONATREMIA EN CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

G. Fernández Plana[a], A. Álvarez Dueñas[a], S. Medina Muñoz[b], Á. Oria Fernández[b], M. Ruiz López[b] y M. Fernández Gómez[b]

[a]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vicente Muzas. Madrid. [b]Médico de Familia. Centro de Salud Vicente Muzas. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Se presentan en nuestra consulta tres casos clínicos de hiponatremia: Caso 1: mujer de 65 años, hipertensa con cuadro ansioso depresivo de larga evolución, en tratamiento con enalapril y venlafaxina (75 mg/día) a la que realizamos analíticas de control. Caso 2: mujer de 52 años, antecedentes de esquizofrenia paranoide, que acude por obnubilación, lentitud en habla y en movimientos de días de evolución. Refiere ingesta de 4-5 L diarios de agua. Caso 3: mujer de 85 años hipertensa en tratamiento con lisinopril e hidroclorotiazida que acude por deterioro del estado general de tres días de evolución, hiporexia y deshidratación generalizada. Refiere tenesmo vesical y disminución de la diuresis.

Exploración y pruebas complementarias: Caso 1. Analítica: sodio 129 y posteriormente 117. Exploración: anodina sin edemas ni focalidad neurológica. Remitimos a Urgencias, analítica: osmolaridad plasmática baja 258 y osmolaridad urinaria alta 325 con volumen líquido extracelular normal. Caso 2. Exploración: desorientada en las tres esferas, responde a órdenes simples y a estímulos dolorosos. Fuerza +/+++. Resto exploración neurológica normal. Analítica: sodio 119. Remitimos a Urgencias, analítica: osmolaridad plasmática baja 247, osmolaridad urinaria baja 85. Caso 3. Exploración: palidez mucocutánea generalizada, sequedad de piel y mucosas. Analítica: sodio 104. Remitimos a Urgencias, analítica: osmolaridad plasmática baja 248 y osmolaridad urinaria alta 346.

Juicio clínico: Caso 1. Los datos orientan a SIADH (secreción inadecuada de hormona antidiurética) por venlafaxina. Se sustituyó venlafaxina por trazodona, diagnosticándose de SIADH por ISRS (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina). Caso 2. Los datos orientan a polidipsia primaria. Se diagnosticó de potomanía. Caso 3. Se diagnosticó de hiponatremia por tiazida.

Diagnóstico diferencial: Farmacológica, insuficiencia cardiaca, SIADH, pérdidas extrarrenales.

Comentario final: La hiponatremia es un efecto secundario grave y frecuente que puede ser producido por diversas causas siendo imprescindible una correcta anamnesis, exploración y analítica para su diagnóstico y tratamiento. El médico de Atención Primaria debe estar alerta ante síntomas y datos analíticos para lograr la detección precoz e iniciar su corrección lo antes posible.

Bibliografía

1. Spasovski G, Vanholder R, Allolio B, Annane D, Ball S, Bichet D, et al. Hyponatraemia Guideline Development Group. Clinical practice guideline on diagnosis and treatment of hyponatraemia. Eur J Endocrinol. 2014;170:G1-47.
2. Sterns RH. Disorders of plasma sodium-causes, consequences, and correction. N Engl J Med. 2015;372:55.

Palabras clave: Hiponatremia. Osmolaridad.

1138-3593 / © 2017 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.