



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

160/1417 - Hiponatremia: causa de crisis de ausencia en paciente con tratamiento DIURÉTICO e ISRS

A.N. Romero García^a, R.C. Chávez Flores^b, N.I. Contreras Mercado^c, S. Ondicol Rodríguez^a, A. Arias Rosario^d, A.A. Moronta de la Cruz^e, S.R. Anselmi González^f y L.F. Alcántara Feliz^g

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Condesa. León. ^bMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Eras de Renueva. León. ^cMédico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Trobajo del Camino. León. ^dMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Condesa. León. ^eMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Andrés del Rabanedo. León. ^fMédico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Condesa. León. ^gMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Trobajo del Camino. León.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 71 años hipertensa, con síndrome depresivo, policonsultante, en tratamiento habitual con sertralina, carvedilol, telmisartan/hidroclorotiazida, Adiro y fluvastatina. Consultó en varias ocasiones en atención primaria por mareos, astenia y adinamia, encontrando en varias ocasiones hiponatremia leve, sin detectar causa subyacente. Derivada a urgencias por cuadro de mareo intenso y malestar general se encuentra hiponatremia severa. Durante el ingreso presenta parada cardiorespiratoria y episodios de crisis de ausencia en varias ocasiones secundario al tratamiento depleutivo con diurético y sertralina.

Exploración y pruebas complementarias: Constantes vitales normales. Cor rítmico sin soplos. Ruidos respiratorios normales. Abdomen: sin alteración. EEII: Sin edemas. E. neurológico: consciente, bradipsíquica, no focalidad neurológica. Analítica inicial: Hemograma 12.600 leucocitos (86% neut), glucosa 131; Cr 0,52; Na 106; K 3,1, pruebas de función hepática normales. Evolución favorable con mejoría de electrolitos al alta: Na 135; K 4,4; función suprarrenal, cortisol, ACTH, TSH, T4 libre dentro de la normalidad. TC cráneo: no proceso expansivo ni hemorragias. En la base craneal malformación de Chiari. EEG: normal. ECG: ritmo sinusal a 90 lpm. No alteraciones de la repolarización. TC toraco-abdominal: atelectasias bilaterales, hígado sin LOES. Bazo, páncreas, riñones y suprarrenales normales.

Juicio clínico: Hiponatremia severa secundaria a tratamiento diurético y antidepresivo. PCR hospitalaria y crisis de ausencia secundarias a hiponatremia severa.

Diagnóstico diferencial: Causas de hiponatremia: pérdidas gastrointestinales, secundario a medicación, SIADH, enfermedad de Addison, hipotiroidismo, deficiencia de glucocorticoides, cirrosis, ICC.

Comentario final: El 10% de todos los pacientes que ingresan en urgencias sufren de hiponatremia (Na por debajo de 135 mEq/L, grave por debajo de 125 mEq/L). El primer paso es reconocer el estado de hidratación y la osmolaridad plasmática. La verdadera hiponatremia debe presentar bajo nivel de osmolaridad. La volemia del paciente determina las diferentes estrategias de tratamiento a seguir, descartando las posibles causas. En el caso de esta paciente el uso del diurético, el cual inhibe la reabsorción de Na y Cl en el túbulo

contorneado distal; y el uso concomitante con sertralina que puede causar disregulación del control de secreción y metabolismo de la hormona antidiurética, además de disminuir el umbral convulsivo, llevaron a una hiponatremia severa con el subsecuente cuadro clínico que desarrolló la paciente. Se inició tratamiento correctivo de la hiponatremia, se suspendió sertralina e hidroclorotiazida y se pautó anticonvulsivante y otro antidepressivo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kereeann Sok FK, et al. Diuretic-Associated Electrolyte Disorders in the Elderly: Risk Factors, Impact, Management and Prevention. *Current Drug Safety*. 2014;9:2-15.
2. Catalano MC, et al. The Effect of Sertraline on Routine Blood Chemistry Values Clinical Neuropharmacology. 2000;23: 267-70.
3. Wilson RF, Sibbald WJ. Fluid and electrolyte problems in the emergency department. *JACEP*. 1976;5:339-46.
4. Kelen G, Hsu E. Fluids and electrolytes. Tintinalli J, ed. *Tintinalli's emergency medicine: a comprehensive study guide*. 7th edition. New York: McGraw Hill Medical; 2011. p. 117-21.