Semergen. 2015;41 (Espec Congr):1311

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

# 160/677 - El Sodio no es siempre lo que parece

*D.Á. Rodríguez Palacios[a], C.J. Cervantes García[b], S. Falla Jurado[a], A. Sánchez Martínez[c], I.M. Escudero Muñoz[c], A. Balsalobre Matencio[d], F.M. Aceituno Villalba[b], M.J. Clemente García[b], C. Castilla Ramos[e] y C. Bolarín Angosto[d]*

*[a]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de San Javier. Murcia.[b] Médico de Familia. Hospital Los Arcos del Mar Menor. Cartagena. Murcia.[c]Médico Residente de 3[er] año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de San Javier. Murcia.[d]Médico Residente de 3[er] año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Torrepacheco. Murcia.[e]Médico Residente 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Mutua de Terrasa. Barcelona.*

## Resumen

Descripción del caso: Varón de 89 años, con antecedentes personales de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, hiperuricemia, dislipemia, insuficiencia renal crónica. Tratamiento crónico con metformina 850, Daonil 5, Adarat Oros, omeprazol, Parapres Plus, pentoxifilina, Adiro 100 y Zyloric 300. El paciente acude a urgencias traído por un vecino, el cual refiere que lo encuentra más decaído de lo normal en los últimos días y que ya no sale de casa. Por su parte el paciente tan solo describe una sensación de mareo inespecífica y sensación de embotamiento a nivel cefálico, pero que no le limita para realizar sus actividades de la vida diaria. Además refiere aumento de diuresis habitual con ligero tenesmo vesical, sin saber especificar el tiempo de evolución. El paciente no refiere fiebre ni proceso infeccioso concomitante en días previos.

Exploración y pruebas complementarias: A su llegada Urgencias el paciente presenta tensión arterial 135/70, con saturación O2 97% y temperatura 36,5 $^{o}$C. Esta totalmente consciente y orientado con ligera palidez mucocutánea y signos de deshidratación mucosa. Auscultación cardiopulmonar: rítmico y sin soplos. Murmullo vesicular conservado sin estertores. Abdomen: blando y depresible, no masas ni megalias, sin dolor a la palpación, ruidos peristálticos conservados. Neurológico: no presente focalidad ni meningismo, pares craneales centrados y simétricos, pupilas

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

isocóricas normoreactivas, fuerza y sensibilidad conservada, no alteración de la marcha, Roomberg negativo. Pruebas complementarias: hemograma normal. Bioquímica: glucemia 950, urea 156, creatinina 3,7, sodio 120, potasio 4,3, PCR 1,7, perfil hepático normal. Gasometría venosa: pH 7,37, bicarbonato 26, lactato 1,6. Coagulación normal. Orina: sedimento con bacteriuria sin cuerpos cetónicos. Electrocardiograma: ritmo sinusal a 80 latidos por minutos sin alteraciones de la repolarización y radiografía de tórax sin infiltrados, condensaciones ni pinzamiento de senos costofrénicos.

Juicio clínico: Hiperglucemia grave no acidótica ni cetósica en el contexto de ITU. Pseudohiponatremia secundaria a hiperglucemia grave.

Diagnóstico diferencial: Cetoacidosis diabética. Hiponatremia verdadera. Sepsis urinaria.

Comentario final: Ante un paciente con diagnóstico de hiperglucemia severa el tratamiento sería la fluidoterapia intensa y la insulina, sin embargo se nos plantea el problema de que este paciente presenta una hiponatremia severa (sodio 120), lo cual no nos permitiría comenzar con la fluidoterapia, por eso hay que tener en cuenta que en casos de hiperglucemia importante, esos datos de hiponatremia no son reales y es necesario calcular las cifras de sodio corregido, que en nuestro caso nos daría una cifra de 135, de modo que lo que tendríamos seria una pseudohiponatremia que nos permitiría ser más agresivos con la fluidoterapia. Es muy importante tener en cuenta que los datos obtenidos en los análisis pueden verse alterados en determinadas circunstancias, obteniendo unos valores que no son reales, ya que en casos como el nuestro, sino hubiéramos tenido en cuenta esto, tendríamos que haber retrasado la acción terapéutica.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Jiménez Murillo. Manual de urgencias

2. Manual de urgencias HULAMM.

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.