



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/2243 - De la anamnesis al dato objetivo analítico. Importancia de la interpretación de los síntomas y las pruebas complementarias

T. Campillos Páez^a, Y. Santamaría Calvo^b, C. Carrera Manchado^c, O. Arroyo Jiménez^c, M. Manzano Martín^d, M.Á. Campillos Páez^e, A. Aguado Díaz^d, J. Lesmes González^b, M. Jiménez Carrillo^d y A. Mota Carrillo^f

^aMédico de Familia. Tutora de Residentes de Medicina Familiar y Comunitaria. Dirección Asistencial Centro; ^bMédico de Familia; ^cDUE; ^dMédico Residente; ^eTrabajadora Social. Centro de Salud Potes. Madrid. ^fAuxiliar de Enfermería. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 82 años, hipertensa (amlodipino 5 mg/12 horas). Hiperlipemia en tratamiento dietético. Migrañas. Glaucoma grave bilateral (timolol). Depresión (paroxetina 20 mg/día). Consulta por una cefalea holocraneal, de 7 días de evolución con datos de organicidad (le despierta por la noche, no remite con analgésicos y aumenta con el Valsalva). Leve confusión. No le recuerda a sus jaquecas previas.

Exploración y pruebas complementarias: Constantes y exploración física normales. Exploración neurológica: normal, salvo leve disartria y confusión. Analítica completa: todo normal, salvo sodio 125 mEq/L (resto de iones y función renal normal). Radiografía de tórax: sin alteraciones. Dado la cifra de sodio es derivada a la urgencia del hospital de referencia donde queda ingresada. Se practican en el centro hospitalario escáner craneal y torácico, despistaje de hiponatremia secundaria de síndrome paraneoplásico, osmolaridad urinaria y estudio hormonal normales. Se descarta secreción inadecuada de hormona antidiurética (SIADH).

Juicio clínico: Hiponatremia secundaria a la toma de paroxetina.

Diagnóstico diferencial: Diagnóstico diferencial de las hiponatremias: quemaduras que afectan una gran área del cuerpo, diarrea, diuréticos que incrementan el gasto urinario, insuficiencia cardíaca, enfermedades renales, cirrosis hepática, SIADH, sudoración, vómitos.

Comentario final: Cada vez la población que atendemos es de mayor edad y cada vez están más medicados. Fármacos que llevan décadas en el mercado y que han sido aplicados a miles de paciente (y que creemos exentos de efectos secundarios en nuestros mayores) pueden ocasionarles severos problemas de salud. Con este caso clínico queremos poner de manifiesto un efecto secundario muy infrecuente de un medicamento muy empleado y prescrito desde Atención Primaria. La reacción adversa fue notificada a farmacovigilancia (no se empleó, ni desde atención primaria ni especializada, algoritmo alguno de causalidad). La hiponatremia puede estar causada por múltiples patologías y puede, en caso de cifras muy descendidas, comprometer seriamente la vida del paciente. Debemos ser cautos con la prescripción a nuestros mayores sin olvidar los efectos secundarios y las interacciones.

Bibliografía

1. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000394.htm>

2. Schrier RW. ¿El hiponatremia asintomática existe? Nature Reviews Nefrología. 2010;6:185.
3. Liamis G. H Milionis. American Journal of Kidney Diseases. 2008;52:144-53.

Palabras clave: Hiponatremia. Cefalea. Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina.