



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 242/556 - HIPONATREMIA EN CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

G. Fernández Plana<sup>a</sup>, A. Álvarez Dueñas<sup>a</sup>, S. Medina Muñoz<sup>b</sup>, Á. Oria Fernández<sup>b</sup>, M. Ruiz López<sup>b</sup> y M. Fernández Gómez<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vicente Muñoz. Madrid. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Vicente Muñoz. 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

- 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.