



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 347/1039 - EFECTOS ADVERSOS

A. Barreiro Gago<sup>a</sup>, S. Camacho Reina<sup>b</sup> y C. Alarcón Cañete<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Albarizas. Marbella. Málaga. <sup>b</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Arroyo de la Miel-Benalmádena. Málaga. <sup>c</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torquebrada. Benalmádena. Málaga.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 73 años que acude a Urgencias sin acompañantes con motivo principal de consulta de astenia y decaimiento en la última semana. AP: NAMC, Ca de próstata tratado con prostatectomía radical en 2012. Trastorno bipolar desde 2008. Origen hindú, residente en la zona desde hace 40 años, independiente ABVD. En tratamiento con sertralina, biotina y omeprazol. EA: Cuadro de una semana de evolución descrita por el familiar como astenia. A su llegada afasia motora leve, comprende y obedece órdenes, nomina y repite palabras. Refiere malestar general, actualmente postrado si bien hace escasas horas caminaba.

**Exploración y pruebas complementarias:** REG, consciente alerta y orientado, BHyP, normocoloreado. ACR: tonos rítmicos sin soplos, MVC. Abdomen blando y depresible sin reacción peritoneal. MMII sin edemas, pulsos pedios simétricos, sin signos de TVP. E. neurológica: consciente y orientado en persona, PICNR, pares craneales normales, rigidez bilateral y temblor intencional, hemiparesia 4/5 en miembros izquierdos, disartria moderada y posible afasia mixta. Rx tórax sin alteraciones. ECG RS. TC cráneo: calcificaciones en vasos intracraneales sin otros hallazgos significativos. Analítica: hemograma normal (Hb 10,8). Bioquímica: glucosa 69, creatinina 0,5, perfil hepático normal, calcio 8,2, P 108, Na 121, K 4,2. Osmolaridad baja.

**Orientación diagnóstica:** Accidente cerebrovascular.

**Diagnóstico diferencial:** Yatrogenia. Crisis conversiva. Sepsis.

**Comentario final:** Si bien la sospecha inicial era una patología severa de origen central, al obtener una historia detallada del tiempo de evolución aportada por el acompañante después de la consulta inicial la orientación diagnóstica cambió al entenderse mejor como una patología subaguda. Hay múltiples casos descritos en la bibliografía de hiponatremia en pacientes ancianos en tratamiento con ISRS y el riesgo se encuentra recogido en las distintas fichas técnicas. Se trata de un riesgo asumido con mucha frecuencia desde atención primaria ante la dificultad de un abordaje mediante terapia cognitivo-conductual desde el ámbito de la Primaria.

### Bibliografía

1. Raphael K, Tokeshi J. Hyponatremia associated with sertraline and fluoxetine: a case report. Hawaii Medical Journal. 2002;61(3):46-7.

2. Kirby D, Ames D. Hyponatremia and selective serotonin re-uptake inhibitors in elderly patients. Int J Geriatr Psychiatry. 2002;17(5):491-2.

**Palabras clave:** Sertralina. Hiponatremia. Yatrogenia. Efectos adversos. Trastornos del ánimo.