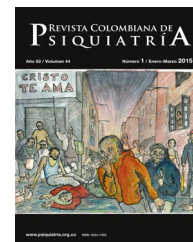




REVISTA COLOMBIANA DE PSIQUIATRÍA

www.elsevier.es/rcp



Reporte de caso

Trastorno electrolítico por estrés en pandemia: reporte de caso



Pierangely Prieto Campos^{a,*}, Juan Pablo Maná Mosquera^a y Sergio Andrés Córdoba Ortiz^{a,b}

^a Universidad Surcolombiana, Neiva, Colombia

^b Unidad de Salud Mental, Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, Neiva, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 3 de octubre de 2021

Aceptado el 7 de noviembre de 2021

On-line el 14 de diciembre de 2021

Palabras clave:

Malestar psicológico

Hiponatremia

Pandemias

Aislamiento social

R E S U M E N

Introducción: La hiponatremia es un trastorno electrolítico muy frecuente y potencialmente grave, especialmente en el contexto del tratamiento de enfermedades psiquiátricas. Si bien se reconoce como una entidad multicausal, la polidipsia psicógena y el síndrome de secreción inadecuada de vasopresina de origen farmacológico son las causas más frecuentes.

Métodos: Reporte de caso.

Resultados: Se trata de una mujer en tratamiento psiquiátrico que, en el contexto de un episodio de estrés psicológico, sufrió síndrome confusional agudo por un cuadro de hiponatremia grave sin causa orgánica identificable.

Conclusiones: Tras haber descartado etiologías orgánicas más comunes, resulta conveniente considerar, entre las diversas condiciones que pueden producir hiponatremia en los pacientes en tratamiento psiquiátrico, los estados de estrés psicológico.

© 2021 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Electrolyte Imbalance Caused by Pandemic-Related Stress: Case Report

A B S T R A C T

Keywords:

Psychological distress

Hyponatraemia

Pandemics

Social isolation

Introduction: Hyponatraemia is a very common and potentially serious electrolyte disorder, especially in the context of the management of psychiatric illnesses. Although it is recognised as multicausal, psychogenic polydipsia and drug-induced syndrome of inappropriate antidiuretic hormone secretion are the most common causes.

Methods: Case report.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: pierangelyp@gmail.com (P. Prieto Campos).

<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.11.001>

0034-7450/© 2021 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Results: This was a woman under psychiatric management who in the context of an episode of psychological stress developed an acute confusional state due to severe hyponatraemia in which there was no identifiable organic cause.

Conclusions: After ruling out more common organic causes, among the various conditions that can lead to the development of hyponatraemia in psychiatric patients, psychological stress should be considered.

© 2021 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La hiponatremia es un trastorno electrolítico muy frecuente y potencialmente grave¹ que suele manifestarse con síntomas fundamentalmente neurológicos y su gravedad depende tanto del déficit como de la rapidez de instauración². Se ha asociado con una mayor probabilidad de síndrome confusional agudo y mayor mortalidad hospitalaria, especialmente en ancianos³.

Las anomalías del sodio pueden observarse en diversas enfermedades psiquiátricas, y muchas veces coexisten alteraciones que pueden llevar a la presentación de cuadros graves. Si bien su desarrollo puede deberse a múltiples causas, como la polidipsia psicogénica (PP) o el síndrome de secreción inadecuada de vasopresina (SIADH) de origen farmacológico, se debe considerar las situaciones de estrés psicológico como potenciales desencadenantes de estos cuadros clínicos.

A continuación se presenta el caso de una mujer con síndrome confusional agudo por un desequilibrio electrolítico sin causa orgánica identificable.

Presentación del caso

Se expone el caso de una mujer de 62 años, con diagnóstico de hipotiroidismo primario, que 1 año antes había finalizado el tratamiento para un trastorno mixto ansioso-depresivo con una evolución satisfactoria, hasta que, a causa del aislamiento social y la ineludible situación de estrés que le generó vivir en el contexto de pandemia por COVID-19, empezó a tener una sensación de desesperación, angustia marcada y un deterioro significativo en el funcionamiento social, situación que se agudizó cuando la hija con la que vivía decidió irse de casa. En el curso de un episodio de 2 días de evolución, consistente en desatención, anhedonia y desánimo, ingresó en urgencias por el empeoramiento de su estado mental y un episodio de emesis de contenido alimentario.

Ingresó hipoactiva, somnolienta y condicionada a una silla de ruedas. La atiende el servicio de psiquiatría, que lo considera síndrome confusional agudo y solicita paraclínicos para descartar una posible causa metabólica. Se reportó glucosa normal (120 mg/dl), función renal normal (creatinina: 0,7 mg/dl, BUN: 14 mg/dl, urea: 29 mg/dl), hiponatremia grave (103 mEq/l), hipopotasemia (3,2 mEq/l), cloro en 65 mEq/l, calcio en 8,7 mg/dl, hipotiroidismo controlado (tirotropina: 2 mUI/l), y hemograma normal (leucocitos: 10.900/l, linfocitos: 27,5%, neutrófilos: 68,6%, plaquetas: 266.000/l, hemoglobina: 13,1 g/dl, hematocrito: 38,5%).

Se interrogó por restricciones alimentarias, aumento en la ingesta de agua y administración de medicamentos o sustancias, con lo que únicamente se obtuvo como hallazgo el consumo de 5 gotas de clonazepam 2 días antes del ingreso hospitalario. Paciente y familia descartaron todas las demás situaciones.

Se instauró el tratamiento de las enfermedades de base y se administró solución hipertónica y K⁺ para la restitución de electrolitos. El reporte de laboratorio a las 6 horas fue de sodio: 115mEq/l y potasio: 3,1 mEq/l. Y en las siguientes 24 horas se recuperaron progresivamente las cifras de sodio (128 mEq/l) y potasio (4,1 mEq/l), con lo que se obtuvo una mejoría clínica significativa y se la encontraba tranquila, consciente de la situación y asintomática.

La evolución continuó siendo favorable, y para el cuarto día de estancia hospitalaria, con la paciente en buenas condiciones generales y reportes de paraclínicos con tendencia a la normalidad (sodio: 129 mEq/l, potasio: 4,3 mEq/l, cloro: 92 mEq/l, calcio: 8,9 mg/dl y magnesio: 1,90 mEq/l), se decidió darle el alta.

Discusión

Las anomalías del sodio son comunes en enfermedades psiquiátricas, especialmente secundarias a una ingesta deficiente o excesiva de alimentos o líquidos, PP⁴ o ingesta de diuréticos, psicotrópicos y anticonvulsivos que inducen SIADH⁵.

La hiponatremia es el trastorno electrolítico más frecuente. Para los pacientes con enfermedades psiquiátricas es una causa importante de morbilidad, que se relaciona sobre todo con la ingesta excesiva de líquidos (PP) o la toma de fármacos capaces de inducir SIADH. Estas 2 entidades se considera los principales mecanismos de causales. Además, en los pacientes psiquiátricos, el desarrollo de hiponatremia se puede asociar con otras condiciones, como consumo de sustancias psicoactivas, ingesta excesiva o deficiente de alimentos u otros estados psicóticos.

La PP suele presentarse en el contexto de un paciente con antecedente de trastorno esquizofrénico⁶, aunque también puede asociarse con trastornos afectivos, retardo mental, autismo, alcoholismo, anorexia y bulimia nerviosa, organicidad cerebral y trastornos de la personalidad⁷.

Por otra parte, el SIADH se considera un diagnóstico de exclusión ante el cual se precisa descartar estados que cursan con disminución de la volemia eficaz y polidipsia primaria². Es un efecto adverso infrecuente, aunque clínicamente importante, de muchos fármacos prescritos a pacientes

con enfermedades neurológicas: antiepilépticos, antidepresivos y antipsicóticos⁸.

En nuestro caso, tras el hallazgo del déficit electrolítico en una mujer relativamente joven sin comorbilidades de importancia, salvo el hipotiroidismo controlado, hubo que considerar otras posibles causas que explicaran dicha alteración. Ya que se ha descrito que ciertos medicamentos son una causa importante de hiponatremia, se incluyeron en el diagnóstico diferencial y se encontró el antecedente de 5 gotas de clonazepam tomadas el día anterior. Sin embargo, dicha relación de causalidad aún no está bien establecida, salvo en reportes aislados⁹, lo cual indica una posible causa psicógena, teniendo en cuenta el episodio de estrés agudo que había sufrido la paciente.

Recientemente se ha buscado explicar el impacto de los eventos o circunstancias estresantes en las respuestas neuronales, metabólicas y neuroendocrinas del organismo, específicamente las modificaciones en el eje corticotrópico⁸. Los individuos con trastornos psiquiátricos tienen un riesgo de hiponatremia aguda aumentado porque la neuroquímica del propio estado psicótico incrementa la concentración de vasopresina (ADH)¹⁰ a través de un mecanismo de secreción de ADH no osmótico¹¹.

Aun así, la literatura disponible que intenta explicar los mecanismos por los cuales se altera la homeostasis del sodio en estos cuadros de estrés psicológico es poca. Algunos estudios han demostrado incluso que no es la ansiedad el factor independiente del riesgo de hiponatremia o sobrehidratación, sino que es la toma de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)¹².

En muchos de estos pacientes coexisten alteraciones que van a conllevar a un exceso de ADH o son causa reconocida de SIADH y pueden producir desequilibrios hidroelectrolíticos graves capaces de poner en peligro la vida, por lo cual es menester la vigilancia estricta de los iones en los pacientes con enfermedad psiquiátrica siempre que su tratamiento implique determinados fármacos, con especial atención a los ISRS, pues la paroxetina es uno de los fármacos más involucrados¹³.

Si bien en nuestro caso había otros factores añadidos capaces de producir hiponatremia, como el hipotiroidismo, la hipopotasemia y el antecedente de emesis, ninguno de estos fue lo suficientemente significativo como para explicar la gravedad del déficit.

Conclusiones

Se caracterizó el antecedente de estrés psicológico en el contexto de la pandemia por COVID-19, tras haber descartado las causas más comunes, como el principal factor desencadenante del trastorno electrolítico en la mujer del actual caso. Por lo que se propone incluir en el diagnóstico diferencial los estados de EP y determinar sistemáticamente los electrolitos de este tipo de pacientes.

Consentimiento del paciente

Los autores cuentan con el consentimiento informado de la paciente. La investigación fue aprobada por el Comité de Ética

Bioética e Investigación del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, de Neiva.

Financiación

Los autores declaran no haber recibido ayuda o auxilio financiero.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Brito J, Benítez M, Granado D, Godoy S, Narvaez J, Borge G, et al. SIADH de causa farmacológica: caso clínico y revisión del tema. *PortalesMedicos.com* [Internet]. 2018. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/siadh-causa-farmacologica-caso-clinico-revision-del-tema/>.
2. Macías Robles MD, López Fonticiella MP, Maciá Bobes C, Fernández San Martín A. Hiponatremia aguda grave en un paciente esquizofrénico potomano. *An Sis San Navarra*. 2009;32:117-20.
3. Zieschang T, Wolf M, Vellappallil T, Uhlmann L, Oster P, Kopf D. The association of hyponatremia, risk of confusional state, and mortality. *Dtsch Arztebl Int*. 2016;113:855-62.
4. Sivaraman S, Rajajeyakumar M. Psychiatric aspects of hyponatremia-a clinical approach. *J Psychol Psychother*. 2016;6:1-2.
5. Peri A, Thompson C, Verbalis J. *Disorders of fluid and electrolyte metabolism*. Disponible en: <https://www.karger.com/Book/Toc/277851>.
6. Mesa T. Hiponatremia como complicación en el manejo del paciente psiquiátrico. *Psiquiatría*. 2009;13. Disponible en: <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/hiponatremia-como-complicacion-en-el-manejo-del-paciente-psiquiatrico>.
7. Corral Corral I, Quereda Rodríguez-Navarro C. Hiponatremia y sistema nervioso. *Nefrología*. 2011;2:48-60.
8. Duval F, González F, Rabia H. Neurobiología del estrés. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr*. 2010;48:307-18.
9. Ather Siddiqui J, Qureshi SF, Al Zaharani A. Psychotropic-induced hyponatremia: a review. *Psychiatr Behav Sci*. 2018;8:213-21.
10. Vera Carrasco O. Hiponatremias en el paciente crítico. *Rev Med La Paz*. 2017;23:57-68.
11. Fisiopatología de las hiponatremias. Diagnóstico diferencial | *Nefrología* [Internet]. Disponible en: <https://www.revistanefrologia.com/es-fisiopatologia-las-hiponatremias-diagnostico-diferencial-articulo-X2013757511000268>.
12. Gilboa M, Koren G, Katz R, Melzer-Cohen C, Shaley V, Grossman E. Anxiolytic treatment but not anxiety itself causes hyponatremia among anxious patients. *Medicine*. 2019;98:e14334.
13. Viramontes TS, Truong H, Linnebur S. Antidepressant-induced hyponatremia in older adults. *Consult Pharmacist*. 2016;31:139-50.