



HIPONATREMIA AGUDA EN URGENCIAS, A PROPÓSITO DE UN CASO .

Quilez Cutillas ,Beatriz (1) ; Quilez Cutillas ,Alicia (2);Moreno Márquez ,Rocío(3);Sarvisé Mata ,María (4);Rodríguez Elena , Lorena (5) ;Quilez Cutillas ,Joaquín (6)

(1) Residente de tercer año de medicina familiar y comunitaria , C.S Torre Ramona , HUMS ,Zaragoza.(2)Residente de quinto año de Oncología Médica en Hospital Universitario Puerta del Mar , Cádiz . (3) Residente de tercer año de Medicina familiar y comunitaria en C.S San José Centro de Zaragoza .(4)Residente de tercer año de Medicina familia y comunitaria en C.S Las Fuentes Norte en Zaragoza .(5)Residente de tercer año de Medicina familiar y comunitaria en C.S San José Norte en Zaragoza .(6) Enfermero en C.S Andorra en Teruel .

CASO CLÍNICO

Mujer 89 años, HTA , DLP , monorrena .Dada de alta hace 7 días por síndrome diarreico autolimitado e infección respiratoria en tratamiento con moxifloxacino . Acude por empeoramiento de la clínica respiratoria con tos productiva , afebril .Asociado a cuadro de 6 horas de evolución de 3 Vómitos alimenticios y 3 deposiciones completamente líquidas de aspecto melánico.

EXPLORACIÓN

Tensión Arterial 92/62 ; Frec.cardiaca 112 lpm ;SATO2 97% T° 36

Cociente, Somnolencia leve ,parcialmente desorientada en tiempo y espacio, Glasgow 15 ,eupneica en reposo, no signos de deshidratación cutáneo-mucosa , normocoloreada .

AC: Tonos rítmicos con soplos mitral grado II

AP: Normoventilación con crepitante aislado en base izquierda.

ABDOMEN: Anodino .

Pañal completamente lleno de heces líquidas melánicas.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

EKG: Taquicardia sinusal a 100lpm , sin alteraciones agudas en la repolarización

Análítica Urgencias:

urea 136 y **creatinina 1.44**(previa 1.15) ,**cloro 78** , **sodio 117** , potasio 4.0.,**Leucocitos 169008(83%N)** , **Hemoglobina 9.6** , **Hto 28.5%** (Previa hace 7 dias HG 14 ,Hto 36.5%) ,plaquetas 392000.Coagulacion:Normal .

Ecografía abdomen completo : Sin hallazgos relevantes.

RX TORAX. Aumento de densidad en base izquierda con pérdida de diferenciación de hemidiafragma sugestivo de foco consolidativo .

Coprocultivo: + cl.difficile

TRATAMIENTO

- Hiponatremia(Sodio 117) :Suero Salino Hipertónico al 3% en perfusión lenta con control de iones a las 3 horas +SSF al 0.9% de mantenimiento .
- Anemia: Trasfusión 2 concentrados de hematies + hierro iv .
- Neumonía: antibioterapia iv (Metronidazol iv + ciprofloxacino iv)

Diagnóstico: Hiponatremia aguda multifactorial + Neumonía + Diarrea por Cl.difficile.

CONCLUSIONES:

En esta paciente la Hiponatremia se debía una disminución del volumen extracelular (diarrea aguda y Hemorragia digestiva) y mejoró notablemente con fluidoterapia IV y con la reposición de 2 concentrados de hematies +Ferroterapia iv .

La hiponatremia es la alteración electrolítica mas frecuente .El grado de los síntomas depende más de la rapidez de instauración que del grado de hiponatremia . Es fundamental conocer las principales causas de hiponatremia para aplicar su tratamiento correcto.

En cuanto al tratamiento agresivo hipertónico solo se usará en la hiponatremia sintomática de instauración aguda o cuando el sodio será inferior a 110-115 Meq/l (hiponatremia grave) ya que puede producirse daños neurológicos irreversibles. El aumento total no debe superar los 8-10 mEq/l al dia . Calcular siempre según la fórmula de déficit de sodio.

BIBLIOGRAFIA:

De Isusi, A. M., González, E., Gayoso, P., Gastelu-Iturri, J., Barbeito, L., & Fernández, R. (2003). Diarrea asociada a Clostridium difficile: experiencia en un hospital secundario.

Medicina clinica, 121(9), 331-333.

DE ISUSI, Ana M., et al. Diarrea asociada a Clostridium difficile: experiencia en un hospital secundario. *Medicina clinica*, 2003, vol. 121, no 9, p. 331-333.

Romano, N. P., & de Briñas, E. P. L. (2011). Otras causas de hiponatremia. *Nefrología*, 2(6), 6774