



## 242/2927 - CONFUSIÓN EN EL ANCIANO, ¿DEMENCIA O ALGO MÁS?

M. Alcázar Artero<sup>a</sup>, M. García Chicano<sup>a</sup>, I. Saura García<sup>b</sup>, E. Fernández Quijada<sup>a</sup>, P. Andújar Brazal<sup>a</sup> y B. Costa Martínez<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vistalegre-La Flota. Murcia. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Vistalegre-La Flota. Murcia.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 79 años que es traída a consulta por mareo desde hace un mes intensificándose en la última semana junto con inestabilidad de la marcha, somnolencia y confusión llegando a caer en dos ocasiones en las últimas 24h. Por otro lado presenta clínica de astenia, hiporexia y ánimo deprimido desde hace 1,5 meses por lo que ha comenzado a tomar sertralina 100 mg/día. Como antecedentes personales: Hipertensión, hipotiroidismo en tratamiento, fibrilación auricular en tratamiento con acecumarol. Independiente para todas las actividades básicas de la vida diaria.

**Exploración y pruebas complementarias:** Ctes: TA 120/58 mmHg, FC 63 lpm, FR 18 rpm, SatO<sub>2</sub> 98%. AC: Arrítmica sin soplos. AP: MVC sin ruidos patológicos. Abdomen blando, no doloroso, no masas ni visceromegalias. MMII: no edemas. NRL: consciente y desorientada en espacio y tiempo. Bradipsiquia moderada. Pares craneales centrados, fuerza y sensibilidad conservada. Analítica. Bioquímica: glucosa 139 mg/dl, Creat 1,6 mg/dl, urea 72 mg/dL, Na<sup>+</sup> 106 mEq/L, K<sup>+</sup> 5,3 mEq/L. Osm plasmática: 242,3 mOsm/Kg. Orina: Nau<sup>+</sup> 54 mEq/L, Ku<sup>+</sup> 6,3 mEq/L. Hemograma normal. Función hepática normal. Función tiroidea normal. Folato y B12 normal. Cortisol basal: 10,6. ACTH: 29,3. SOH: negativa. Rx tórax: normal. Ecografía abdominal: normal.

**Juicio clínico:** Hiponatremia grave secundaria a SIADH de origen farmacológico.

**Diagnóstico diferencial:** Hiponatremia dilucional y pseudohiponatremia, causas de SIADH (carcinomas de pulmón, páncreas...; enfermedades pulmonares: infecciosas, EPOC; enfermedades del SNC: ictus, traumatismos...; fármacos y drogas (diuréticos, antidepresivos como sertralina, neurolépticos...).

**Comentario final:** Tras calcular el déficit de sodio se pautó tratamiento con suero salino hipertónico al 3% con normalización progresiva de las cifras y mejoría clínica significativa de las funciones cognitivas. En un paciente con hiponatremia sintomática hay que realizar una buena anamnesis para aproximarnos a la etiología sin olvidar la incorporación reciente de nuevos fármacos al tratamiento. El diagnóstico de SIADH se basa en la presencia de hiponatremia hipoosmolar con euvolemia más orina inapropiadamente concentrada y normalidad de la función tiroidea, cardíaca, hepática y renal

## **Bibliografía**

1. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía diagnóstica de protocolos de actuación, 5ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2015.
2. Causes of hyponatremia in adults. UpToDate, 2016.

**Palabras clave:** Hiponatremia. SIADH. Agentes antidepresivos.