



# Medicina de Familia. SEMERGEN

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



## 347/3181 - NO TODO EL AGUA ES BUENA

E. Palacín Prieto<sup>a</sup>, M. Martínez Díaz<sup>b</sup>, A. Pérez Díaz<sup>c</sup> y J. Ramos González<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 4<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Antón. Cartagena.

<sup>b</sup>Médico Residente de 4<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Unión. Cartagena. <sup>c</sup>Médico Residente de 4<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartagena Este. Cartagena.

## Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 56 años, con antecedentes personales de HTA y EPOC de fenotipo bronquitis crónica reagudizador, en tratamiento, y de trastorno obsesivo compulsivo y personalidad bipolar descontrolado con alternancia de fases maniacas e hipomaniacas con frecuencia. Es remitido a urgencias por un familiar por cuadro de decaimiento general, somnolencia y dificultad respiratoria a mínimos esfuerzos. Alta hospitalaria hace una semana por cuadro de hiponatremia de 117 secundaria a potomanía.

**Exploración y pruebas complementarias:** Disminución del estado de alerta pero orientado y consciente. Leve palidez cutánea no mucosa. TA 155/90. GSA: pH 7,32; pO<sub>2</sub> 58; pCO<sub>2</sub> 63; SaO<sub>2</sub> 87%. AC: rítmico sin soplos. AP: disminución de murmullo vesicular sin ruidos añadidos. Abdomen normal. Neurológico: disminución del estado de alerta sin signos de focalidad neurológica ni meningismo. Analítica: hemograma normal. Potasio 5,9; sodio 106. PCR 3,4. Osmolaridad plasmática: 258 mOsm/l; osmolaridad urinaria 96 mOsm/l. Rx tórax: no pinzamiento de senos costo ni cardiofrénicos, parénquima sin infiltrados ni condensaciones. Se inicia ventilación mecánica no invasiva ante el cuadro de insuficiencia respiratoria global e inicio de reposición sódica con controles periódicos gasométricos cada 2 horas.

**Orientación diagnóstica:** Hiponatremia grave secundaria a episodio de potomanía e insuficiencia respiratoria global.

**Diagnóstico diferencial:** Accidente isquémico transitorio, Secreción inadecuada de hormona antidiurética, episodio maniaco.

**Comentario final:** La hiponatremia cursa con clínica neurológica grave que requiere la rápida actuación y cálculo de las necesidades hídricas y reposición de sodio justas para evitar mayores complicaciones neurológicas como la mielinolisis pontina, con un máximo de reposición de 8-10 mEq de sodio/día. Así mismo, en nuestro caso, la insuficiencia respiratoria se puede justificar por el cuadro grave de afectación de sistema nervioso central con una depresión del centro respiratorio, o tanto por una reagudización de su EPOC basal. Durante el ingreso, precisó valoración por parte de Psiquiatría y ajuste de tratamiento.

## Bibliografía

1. Runkle I, et al. Algoritmo de Tratamiento de la hiponatremia. Disponible en:  
[http://www.senefro.org/modules/webstructure/files/algoritmo\\_hiponatremia\\_2012.pdf](http://www.senefro.org/modules/webstructure/files/algoritmo_hiponatremia_2012.pdf)

**Palabras clave:** Hiponaremia. Potomanía. Bipolar.