

HIPONATREMIA



- **Alérgica a Neupogen** (Filgastim).
- **Antecedentes médico-quirúrgicos:**
 - Neoplasia ductal infiltrante de mama izquierda con progresión hepática, adenopática y ósea, estadio IV T2 N3 M1 - grado histológico II, RE y RP +.
 - Mastectomía y ooforectomía bilaterales profilácticas.
 - QT + RT.
 - Derrame pleural derecho (desde hace un mes).
- **Tratamiento habitual:**
 - MST Continus (45-30-15)
 - Zometa
 - Exemestano 25 mg (1-0-0)
 - Calcium 1200 mg
 - Paracetamol
 - Diazepam

Mujer de 45 años que acude a Urgencias por sensación de **aumento del perímetro abdominal y de las EEl** de 15 días de evolución acompañada de **ligera disminución de la diuresis** con orinas más concentradas y malolientes, por lo que acudió a su MAP, que le pautó Seguril hace una semana.

5 vómitos alimentarios ayer.

Afebril. No otra sintomatología acompañante.

Constantes

- FC **127** lpm
- Sat O2 **93%**

Neo de mama avanzada

↑Ø abdominal y EEII

↓Diuresis

Vómitos

Exploración física

- **Taquicardia** sin soplos
- **Hipoventilación** en **base** pulmonar **izquierda**
- Abdomen distendido + dudosa **hepatomegalia**
- **Leves edemas** bimaolares sin fóvea en ambas EEII

• Analítica

✓ Bioquímica

- Glucosa 126
- Na 125
- K 5.4
- Cl 89
- GOT/GPT 380/71
- Osm 260

✓ Orina

- Osm 631
- Na 11
- K 78.1

✓ Hemograma y fórmula leucocitaria

- Hb 11.2 g/dL
- Hto 34.5%

✓ T. protrombina 58%

✓ PCR 196

Neo de mama avanzada

↑Ø abdominal y EEII

↓Diuresis

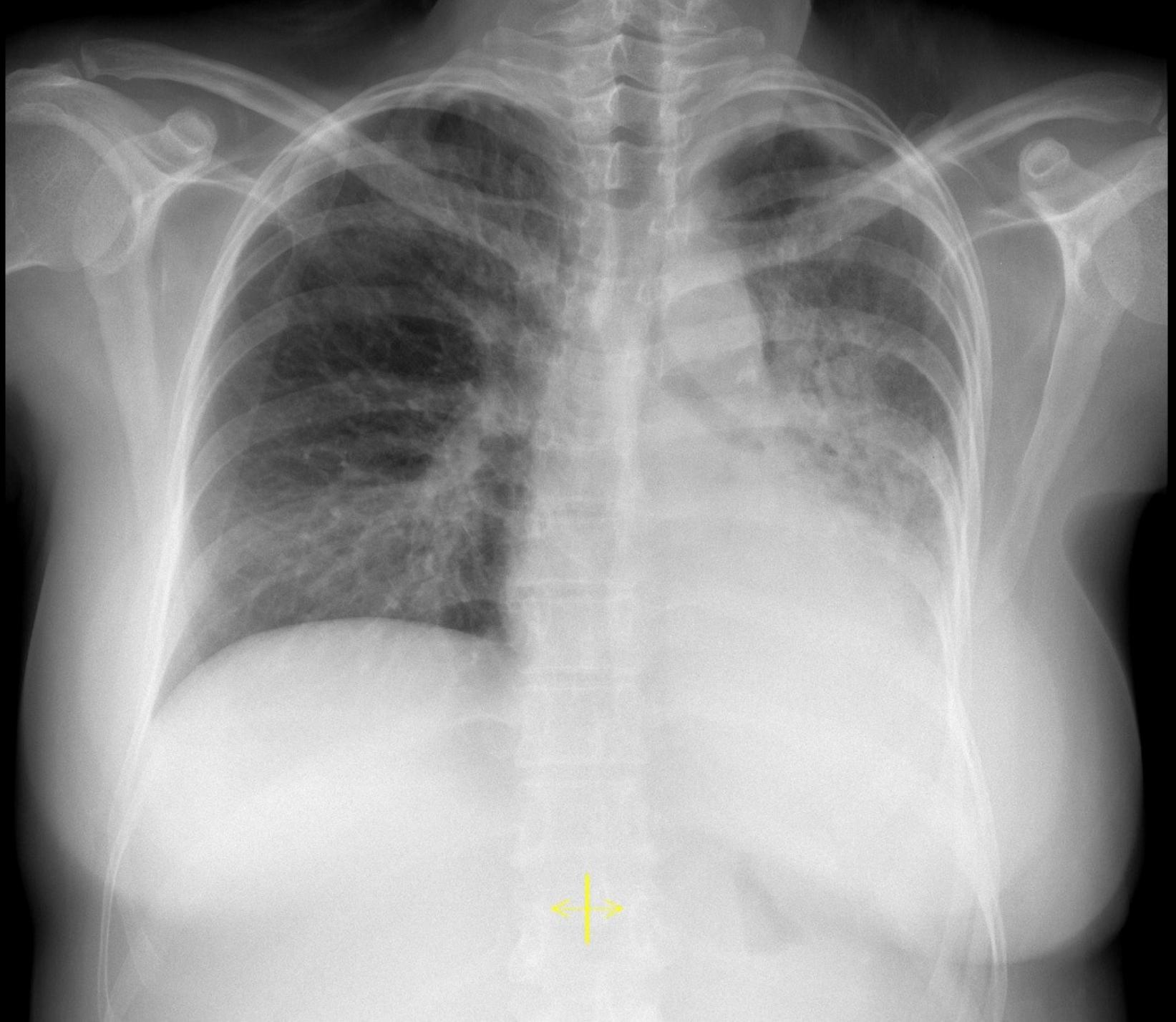
Vómitos

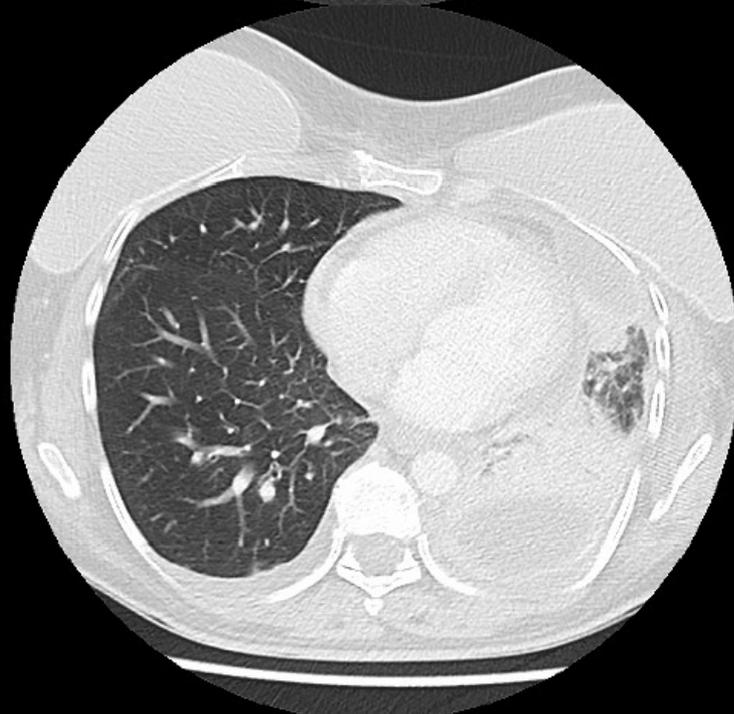
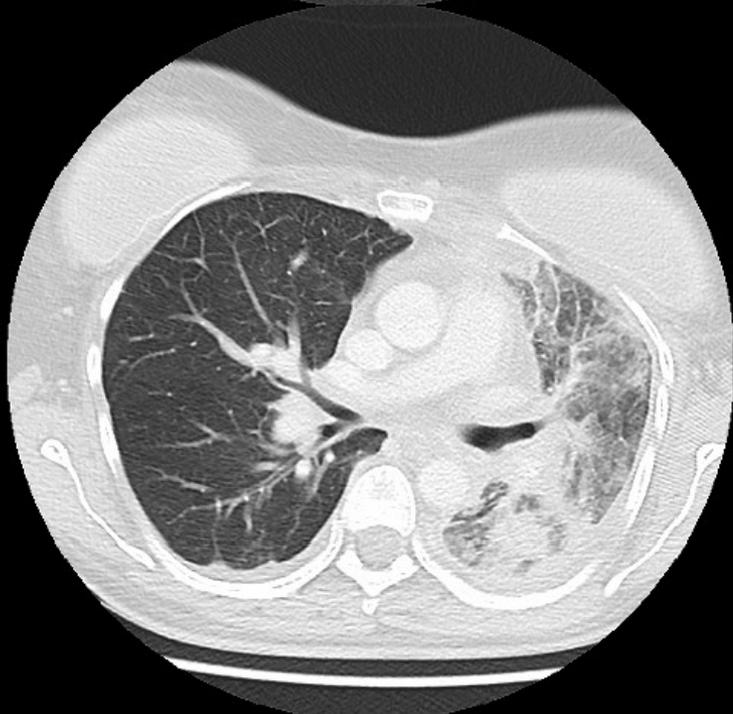
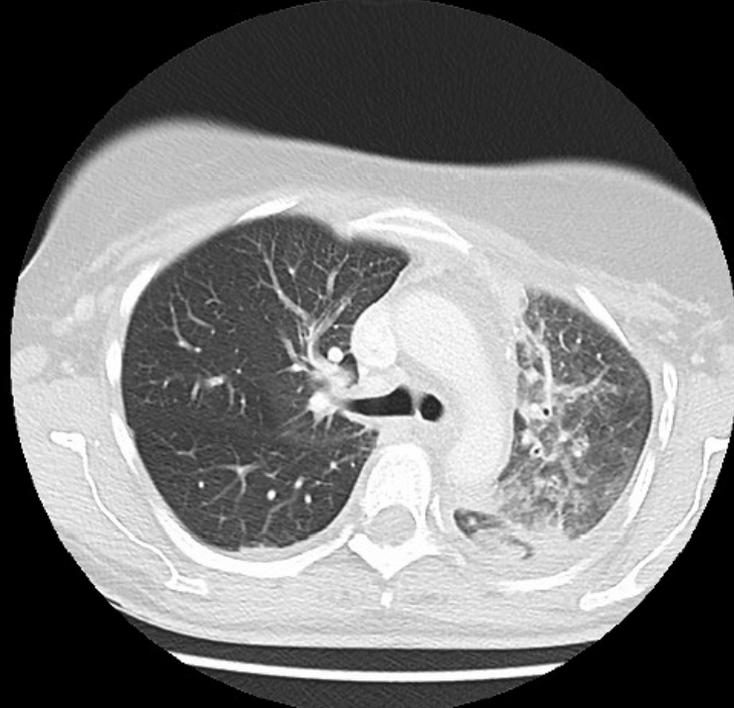
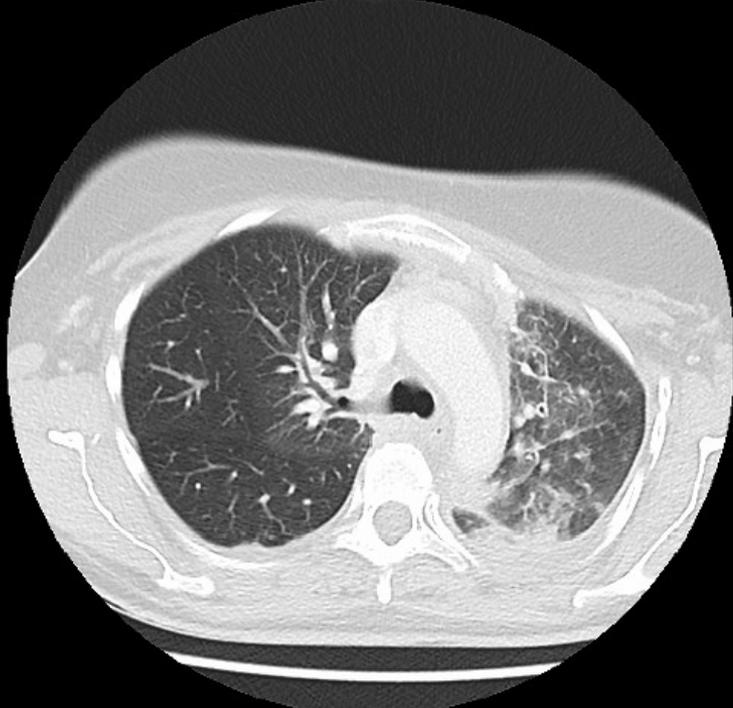
Taquicardia

Sat O2 93%

↓ventilación base izquierda

Hepatomegalia







- **DD HIPONATREMIA**



- **TC cerebral**



- **ECO abdominal**



Neo de mama avanzada

↑Ø abdominal y EEII

↓Diuresis

Vómitos

Taquicardia

Sat O2 93%

↓ventilación base derecha

Hepatomegalia

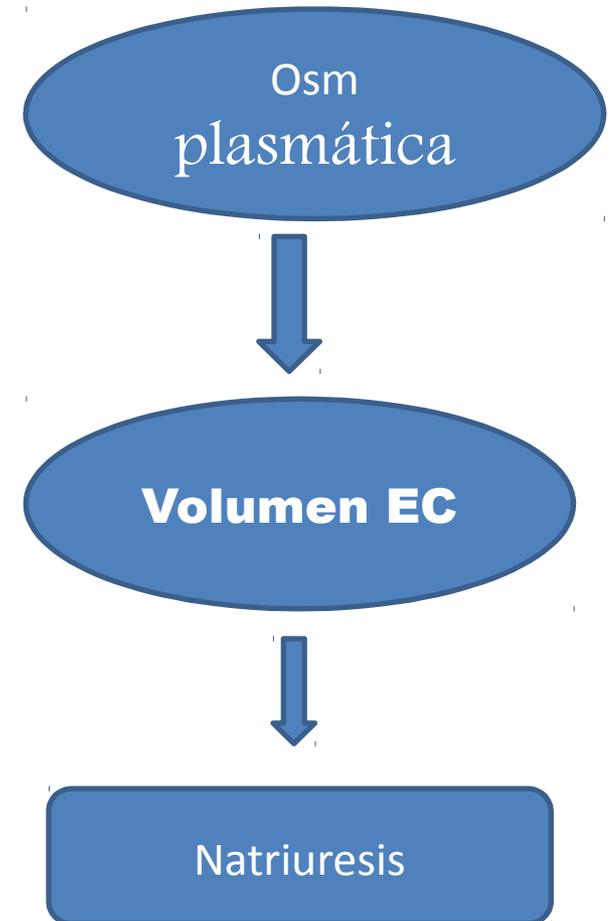
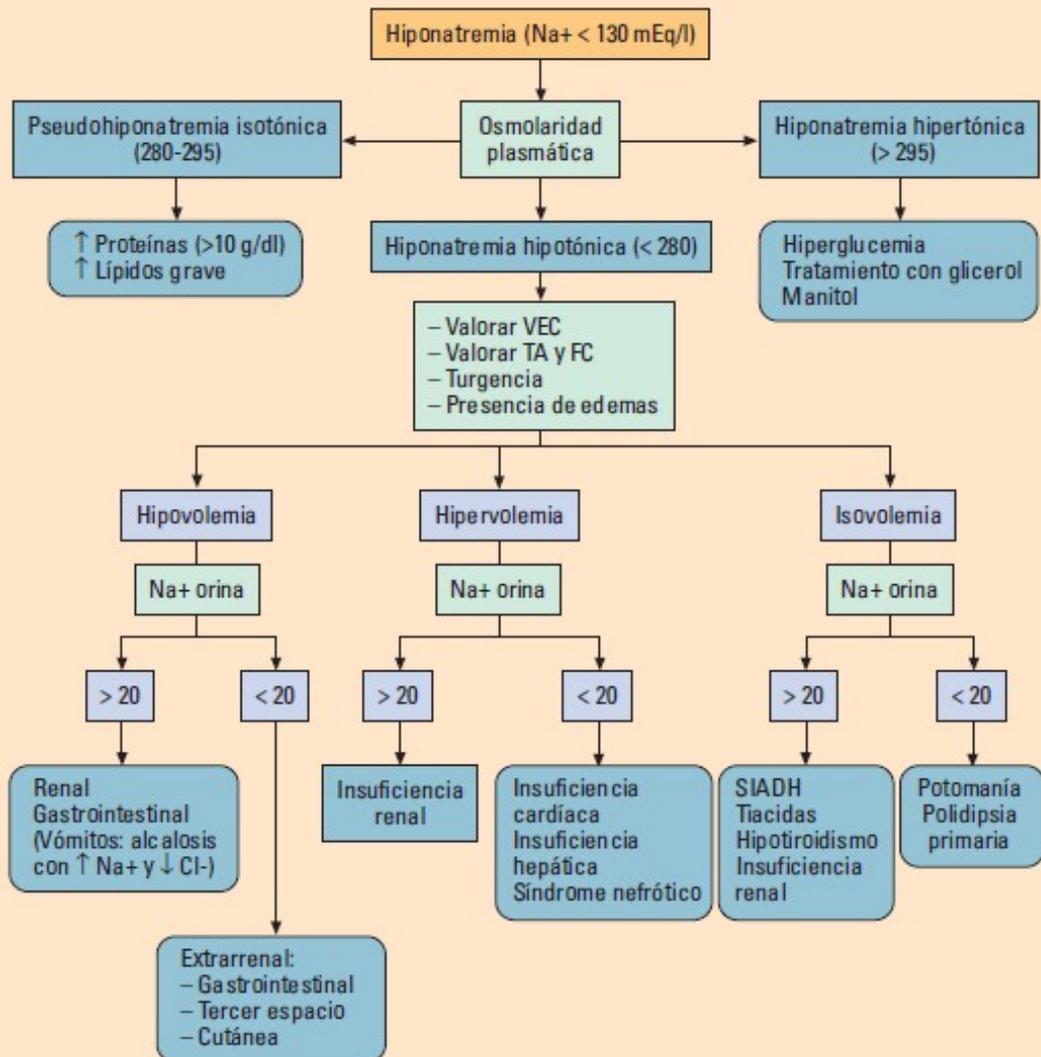
Hiponatremia hipoosmolar

Hipocloremia

Hiperpotasemia

Hiponatremia

Diagnóstico diferencial



SIADH

Causas:

- Fármacos
- Producción SNC
- Producción ectópica de ADH
 - Mesotelioma
 - Enf pulmonares
 - Enf. Linfoproliferativas
 - Ca de páncreas
 - ...

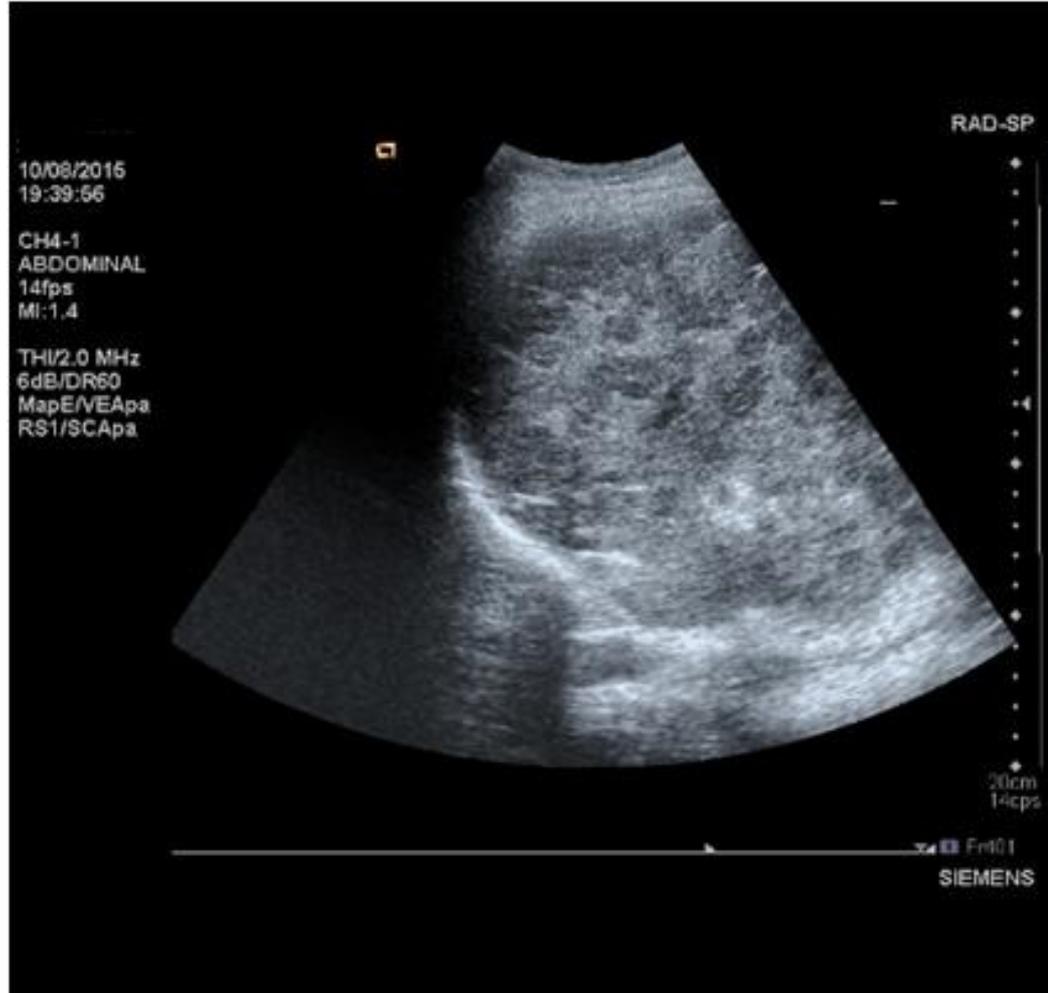
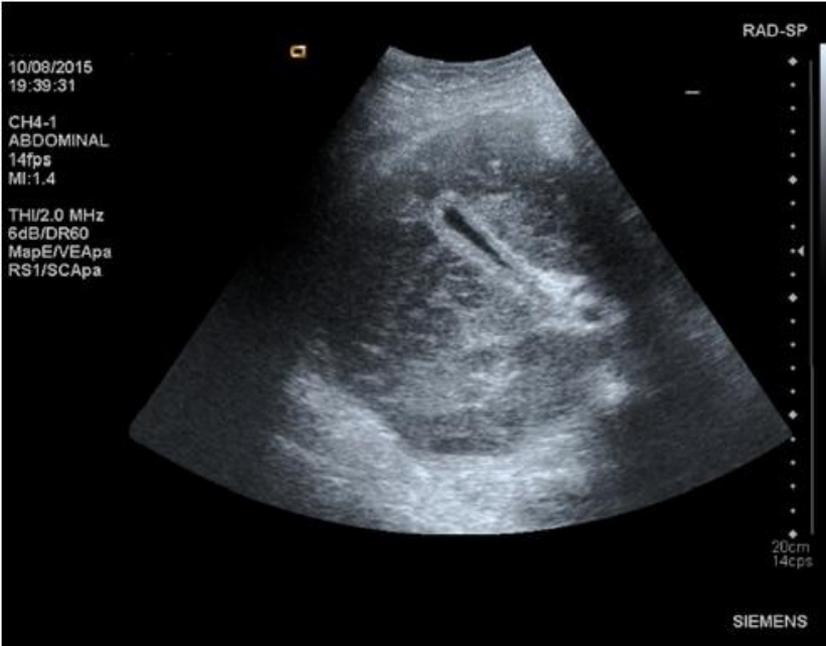


¿ Qué mata en la hiponatremia?



- Edema cerebral masivo
- Herniación cerebral
- Parada respiratoria







Hiponatremia

Tratamiento

TRATAMIENTO AGUDO		TRATAMIENTO NO AGUDO	
$[Na^+]_p < 120$ mmol/L		$[Na^+]_p \geq 120$ mmol/L	
Síntomas graves Estupor Coma Convulsiones <i>Distress respiratorio</i>	Síntomas moderados Náuseas Vómitos Desorientación Somnolencia Confusión	Síntomas leves Cefalea Déficit de atención Alteraciones de la memoria Alteración de la marcha Bradipsiquia	
Habitualmente ≤ 48 h Mujer en edad fértil Edad pediátrica Patología craneal expansiva Hipoxemia ($pO_2a < 70$ mmHg)		Habitualmente > 48 h Anciano frágil Malnutrición Hipocalemia	

Objetivo del tratamiento: Normalización de las concentraciones plasmáticas de sodio ($[Na^+]_p \geq 135$ mmol/L)

Recoger muestra de orina reciente al inicio y determinar **iones y osmolalidad** en **plasma y orina**.

Corregir Hipoxemia.

Hiponatremia

Protocolo Terapéutico

HIPONATREMIA HIPOOSMOLAR EUVOLÉMICA

Tratamiento sintomático

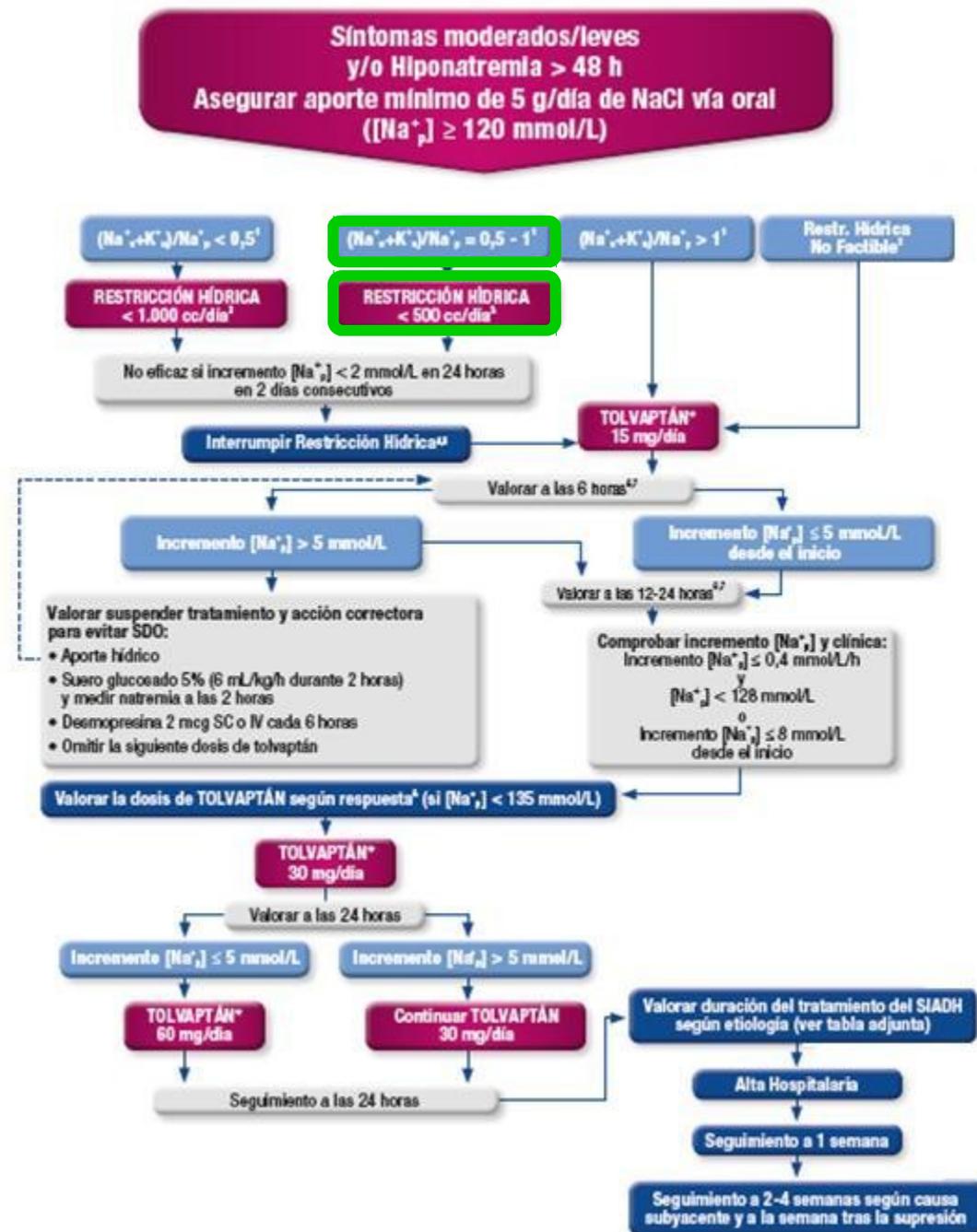
- Suero Fisiológico 1000 mL iv

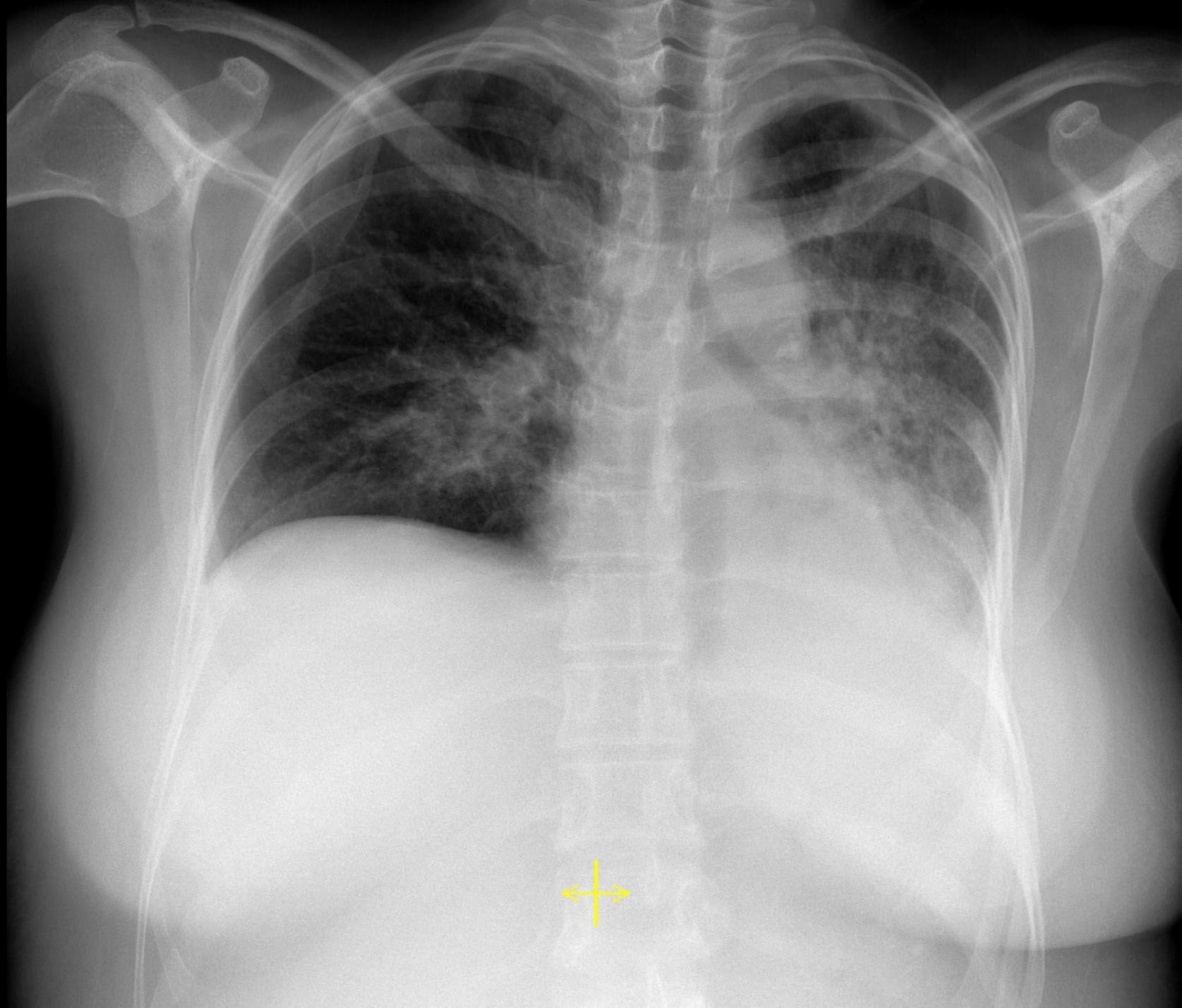
Tratamiento etiológico

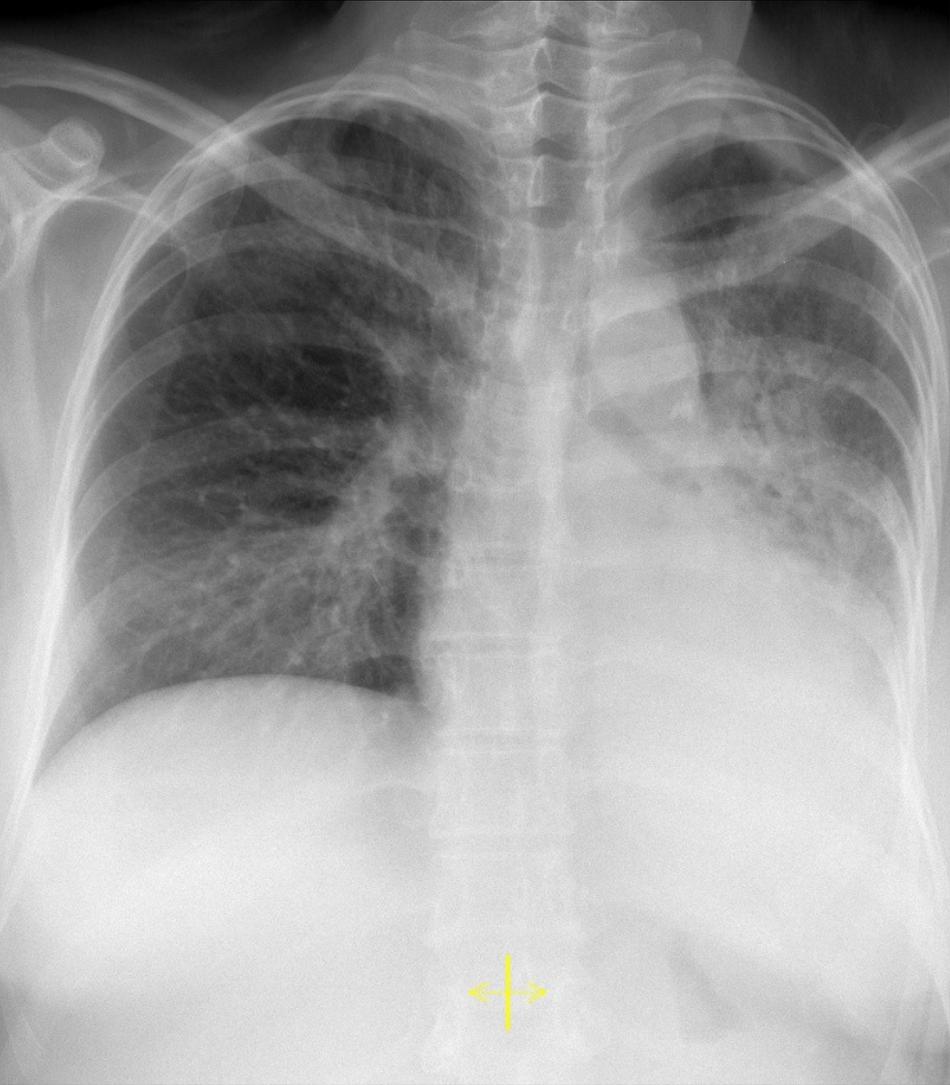
- Dexametasona 4mg/8 h iv
- RT Holocraneal
- QT carbo-gemcitabina

$$\frac{[Na^+_{u}] + [K^+_{u}]}{[Na^+_{p}]}$$

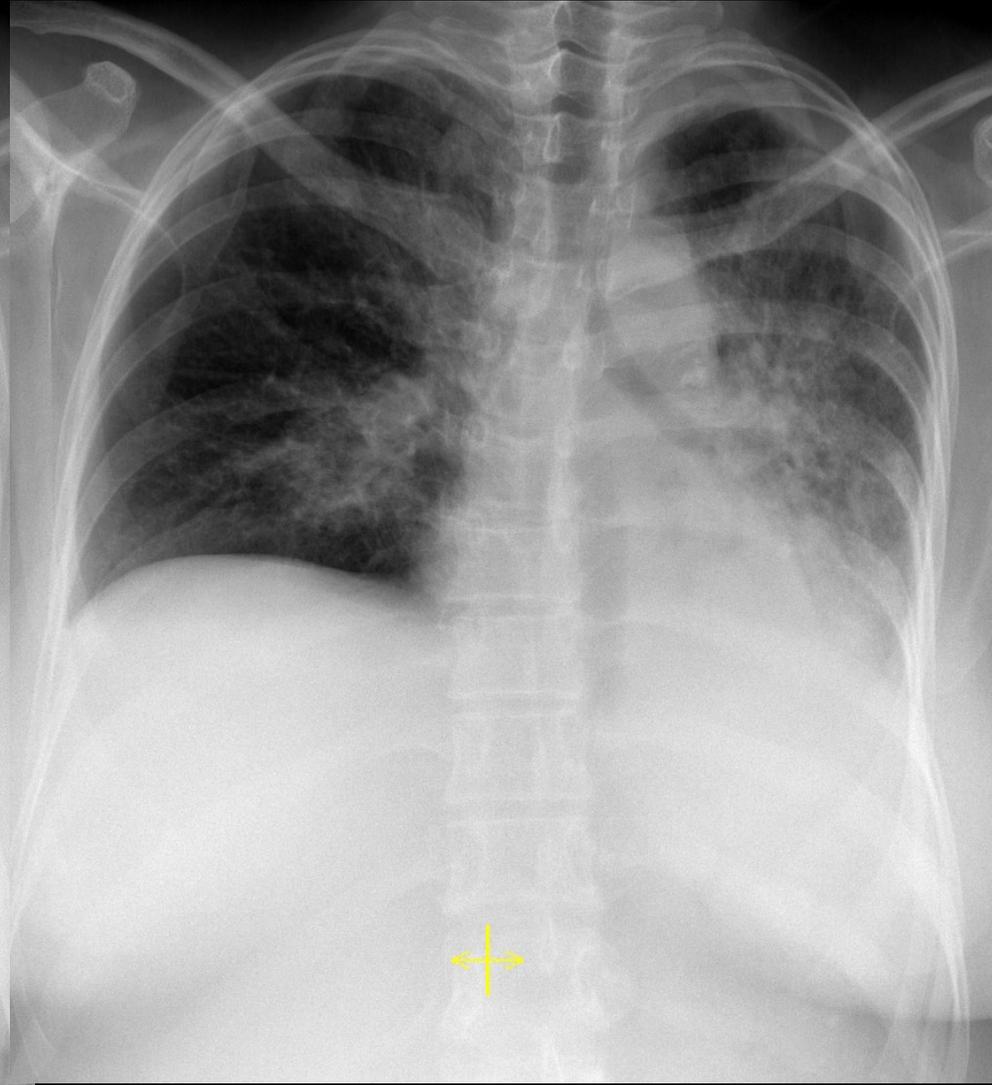
$$\frac{[11] + [78.1]}{[125]} = 0.713$$







En su llegada a Urgencias



5 días después

Bibliografía

- Algoritmo de tratamiento de la hiponatremia de la SEEN. Mayo de 2012.
- Jarava Rol G, Melero Bascones M, Llabrés Díaz J, Pallás L. Alteraciones hidrosalinas en Urgencias. *Medicine*. 2007; 9(88):3686-5695.
- Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Compendio de Medicina de Urgencias: guía diagnóstica y protocolos de actuación. 5ª ed. Barcelona:Elsevier;2014.
- Vázquez Lima JM, Casal Codesido JR. Guía de actuación en Urgencias. 3ª ed. Ofelmaga;2007.
- Harrison. Principios de Medicina Interna, 18 ed. ...