



Cartas al Director

Reposición del sodio en el coma hiponatémico por intoxicación hídrica

Sr. Director:

A propósito de las Cartas al Director tituladas "Coma profundo secundario a hiponatremia por autointoxicación acuosa"¹ e "Hiponatremia por intoxicación hídrica"² hemos atendido recientemente en nuestro Servicio de Urgencias un caso de una paciente con un coma hiponatémico mortal por autointoxicación hídrica, que nos ha llevado a profundizar y complementar los citados artículos, acerca del tratamiento y la reposición del sodio.

Se trataba de una mujer de 42 años en tratamiento psiquiátrico con litio y benzodiazepinas por un trastorno bipolar, que tras una ingesta excesiva de agua, probablemente más de 20 litros de agua en unas pocas horas, coincidiendo con un agravamiento de su psicopatología, presentó una disminución de su nivel de conciencia hasta llegar a un coma profundo, presentando 2 episodios de crisis convulsivas tónico-clónicas.

A su llegada al Servicio de Urgencias de nuestro Hospital presentaba un Glasgow de 3, con midriasis bilateral, por lo que se intubó a la paciente. El sodio sérico inicial era de 92 mEq/l. Tras su ingreso en UCI la paciente presentó poliuria, con un sodio en orina de 33 mEq/l. Dada la situación clínica de la paciente se comenzó la perfusión con suero fisiológico hipertónico al 3%, con lo que presentó una recuperación progresiva de sus niveles de sodio, pero se mantuvo en coma profundo hasta llegar a las 72 horas de su ingreso al diagnóstico de muerte cerebral irreversible.

L. Mancebo y col. comentan en su artículo³ que la reposición de sodio debe ser tanto más rápidamente cuanto más sintomático esté el paciente, y en casos de herniación o crisis comiciales debe ser hasta de 3-5 mEq/L. También, como muy bien apuntan estos autores, en la intoxicación hídrica no existe una deplección salina, sino un aumento del agua, por lo que si la función renal es normal la natremia irá descendiendo progresivamente y muchas veces al ritmo deseado sólo con la restricción hídrica³.

En casos de hiponatremia grave, y una vez llegado a un diagnóstico de sospecha de intoxicación acuosa, con un sodio en orina bajo, debemos ser muy prudentes en la reposición del sodio. Si la situación clínica permite demora, realizaremos un control estricto horario del sodio sérico con la restricción hídrica, y así ajustaremos la velocidad de reposición del sodio a 0,5-1 mEq/l/hora⁴. En los casos que la situación clínica sea grave, como en nuestro caso clínico, deberemos comenzar con la perfusión de suero fisiológico hipertónico al 3%, que se consigue diluyendo 10 ampollas de cloruro sódico al 20% en 1 litro de suero fisiológico al 0,9%, y se debe ajustar el ritmo de perfusión con el control horario de la natremia. No deberemos reponer más de 10 mEq en 24 h⁵. Probablemente nos veamos obligados a suspender la perfusión, ya que la restricción hídrica repondrá de forma rápida la natremia.

En conclusión, lo importante en la intoxicación hídrica es el ritmo de recuperación del sodio y ajustar éste con natremias horarias.

1- Arbol Linde F, Marcos Sánchez F, Contreras Rosino C, Arranz Nieto MJ. Coma profundo secundario a hiponatremia por autointoxicación acuosa. *Emergencias* 1998;10:129-30.

2- Mancebo Aragoneses L, Bascañana Morejón de Girón J, Diago Cabezdado J, del Olmo García D. Hiponatremia por intoxicación hídrica. *Emergencias* 1998;10:209-10.

3- Guisado J, Hernandez M, Juarez C, Gonzalez-Llera F. Water intoxication and hyponatremia: report of two cases *Actas Esp Psiquiatr* 2000;28:67-70.

4- Tanneau RS, Henry A, Rouhart F, Bourbigot B, Garo B, Mocquard Y, Goas JY. High incidence of neurologic complications following rapid correction of severe hyponatremia in polydipsic patients. *J Clin Psychiatry* 1994;55:349-54.

5- Vieweg WV. Treatment strategies in the polydipsia-hyponatremia syndrome. *J Clin Psychiatry* 1994;55:154-60.

E. Alonso Formento*, A. Martínez Oviedo**

**Médico Adjunto de Urgencias.*

***Residente de Medicina Familiar y Comunitaria.*

Hospital Obispo Polanco de Teruel.