



# V Jornada Mejora de la Seguridad del Paciente en Atención Primaria

Formulario Comunicaciones

Toledo , 13 de Abril de 2012

En virtud de la Ley Orgánica 15/199, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que sus datos personales serán tratados por **Azul Congresos** con el fin de tramitar su inscripción. Puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, dirigiéndose al responsable del fichero.

031

beminu1.doc

TITULO

Número de registro  
(secretaría técnica)

Identificación del fichero  
(aabbccn.doc)

HIPONATREMIA SECUNDARIA A TRATAMIENTO CON CITALOPRAM

Bernaus Miquel Nuria\*, Zamora Valero Teresa, Rodríguez Blanco Pablo, Martí Oltra Zulema, González Solanellas Matilde, Romagosa Pérez-Portabella Ana.

Autores

Núria Bernaus Miquel

Autor para contactar

Dirección postal para contactar

Correo electrónico

Teléfono

Fax

Resumen [Objetivo / Metodología / Resultados / Conclusiones] Máx.: 300 car.

## DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Hiponatremia moderada sintomática en el marco de introducción de citalopram.

## ANÁLISIS:

Paciente mujer de 70 años con antecedentes patológicos de hipertensión arterial , dislipidemia, fibrilación auricular y insuficiencia mitral; en tratamiento con losartán/hidroclorotiazida 50 mg/12,5 mg, pravastatina 40 mg, flecainida 100 mg, acenocumarol (dosis según pauta) y omeprazol 20 mg.

Tras el inicio de citalopram 20 mg 1 comprimido/24h, por síndrome depresivo, aparece cuadro larvado de hiporexia, pérdida de peso, náuseas y cefalea que motiva que consulte a urgencias 6 meses después objetivándose hiponatremia normovolémica ( $\text{Na}^+$  120 mEq/L).

En analítica previa al tratamiento con citalopram presentaba ionograma y función renal normal.

El síndrome de secreción inadecuada de la hormona antidiurética (SIADH) es un diagnóstico de exclusión que cursa con hiponatremia ( $\text{Na}^+$  < 130 mEq/l), hiposmolaridad plasmática (< 280 mOsm/l), osmolaridad urinaria inadecuadamente elevada y natriuresis superior a 40 mmol/l; con normalidad del estado ácido-base, potasio, función cardiaca, renal y suprarrenal.

Las causas de SIADH son múltiples, entre ellas algunos procesos oncológicos (destaca el carcinoma pulmonar de células pequeñas), algunas infecciones y fármacos.

Estos últimos destacan por su frecuencia y número elevado de sustancias implicadas, algunas de uso habitual en atención primaria (ejemplo: carbamacepina, paroxetina o enalapril). El mecanismo de producción es incierto y se describe mayor incidencia en edad avanzada.

## RESULTADOS

Se procede a la corrección hidroelectrolítica y estudio etiológico de la hiponatremia con retirada de citalopram como factor etiológico implicado. No se observan alteraciones analíticas en controles posteriores.

## PROPUESTAS DE MEJORA

Considerar que algunos fármacos de uso frecuente en atención pueden provocar SIADH.

Valorar la realización de analítica pre y post inicio de tratamiento con citalopram y otros fármacos implicados en el SIADH; así como seguimiento del paciente.

Ante una clínica como la descrita, en contexto de inicio de un nuevo fármaco, considerar el SIADH dentro del diagnóstico diferencial.

Profesionales en formación: MIR Medicina de Familia y Comunitaria

Presentación: Oral breve

Línea temática: Seguridad del Paciente y uso de la medicación en A.P.



Secretaría técnica

AZUL Congresos

C/ Uría 68, 1º D. 33003 Oviedo, Asturias. T 984.051.671 / 984.051.604. F 984.281.671  
seguridadpaciente@azulcongresos.com