

**XXVI** | **REUNIÓN** PAMPLONA | 16 AL 18 DE JUNIO DE 2022

**SOCIEDAD ESPAÑOLA DE  
URGENCIAS DE PEDIATRÍA**



**SUPERVIVENCIA SIN EVIDENCIA:  
Aprendiendo para el futuro**

**CASO CLÍNICO**

**Convulsión en paciente adolescente  
secundaria a hiponatremia severa aguda**

**Villanueva García A, Salas Navareño R.M, Campos Martinez A.M.**

*Hospital Universitario San Cecilio*

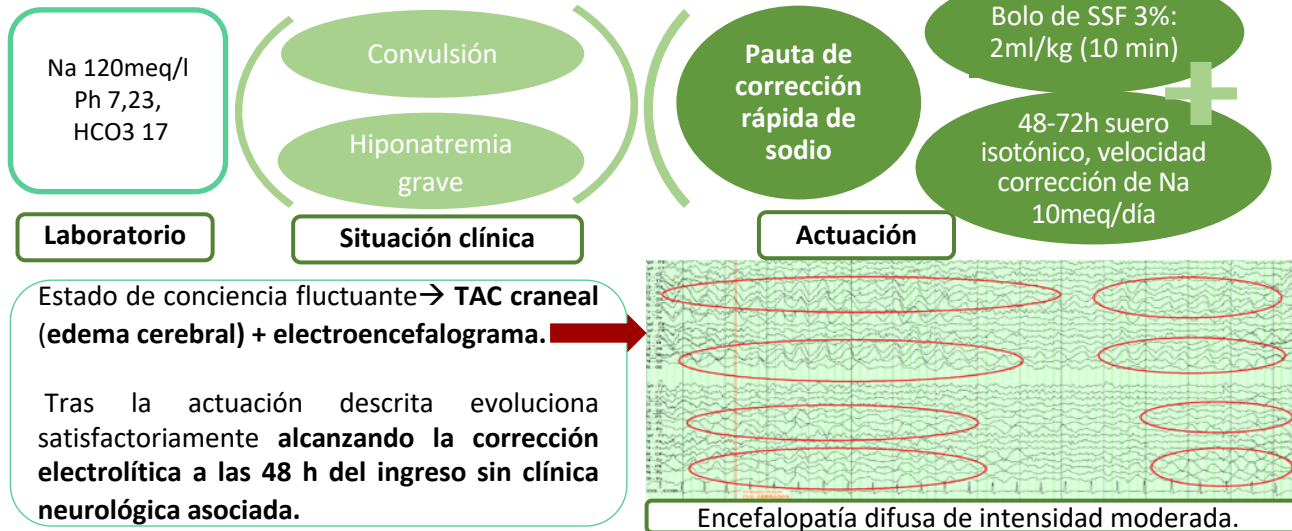
## INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La **hiponatremia** se define como la disminución de sodio plasmático por debajo de 135meq/l y se considera **grave** si es inferior a 120meq/l. Las **manifestaciones clínicas** suelen ser **neuroológicas**.

El objetivo de reconocer las diversas formas de presentación de la hiponatremia radica en la gravedad que puede presentar y en instaurar un tratamiento de emergencia correcto.

## CASO CLÍNICO

Varón de 14 años acude por **crisis tónico clónica generalizada** tras ingesta hídrica abundante (4L) que persiste tras tratamiento con diazepam rectal.



## DISCUSIÓN

- Ante crisis convulsiva debemos descartar etiología subyacente con carácter reversible. **La hiponatremia grave es una emergencia médica.** Es prioritario corregir la natremia de manera **urgente en pacientes con alteración de conciencia, convulsiones y coma.**
- La corrección rápida de natremia se realiza con SSF 3% a 2ml/kg en 10-15 minutos. Tras la corrección aguda se realiza una reposición con suero isotónico en 48-72h, evitando la mielosis central pontina.
- Es conveniente realizar **diagnóstico diferencial que incluya SIADH, tubulopatías y uso de diuréticos** entre otros.