Semergen. 2015;41 (Espec Congr):483

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

160/334 - HIPERPOTASEMIA SINTOMÁTICA

J.M. Muñoz Pérez[a], F.J. Álvarez Álvarez[b], C. Cayón de las Cuevas[c], A.R. Fernández Escudero[d], R. Pérez Bol[e], I. Roiz González[f], S. Crespo González[g], T. Tigera Calderón[h] y C. Fleitas Quintero[i]

[a]Médico de Familia. Centro de Salud Liébana. Cantabria. [b]Médico de Familia. Centro de Salud Nansa. Cantabria. [c]Médico de Familia. Centro de Salud Saja Cabuérniga. Cantabria. [d]Médico de Familia. Centro de Salud Altamira. Puente San Miguel. Madrid. [e]Médico de Familia. Centro de Salud Cudeyo. Cantabria. [f]Médico de Familia. Centro de Salud San Vicente de la Barquera. Cantabria. [g]Médico de Familia. Centro de Salud Montaña. Santander. Cantabria. [h]Médico de Familia. Centro de Salud Renedo. Santander. Cantabria. [i]Médico de Familia. Centro de Salud Los Valles. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Paciente varón de 62 años de edad con antecedentes de cardiopatía isquémica e implantación de varios stent, no subsidiario de revascularización. HTA, DM, EPOC, enfermedad renal crónica estadio 3b-4. Tratamiento actual con enalapril 2.5, bisoprolol 2.5, nifedipino 30, adiro 300, orfidal, ventolin, atrovent, omeprazol levemir, nitrodur. Acude a Servicio de Urgencias de Atención Primaria traído por 061 por presentar cuadro de unas tres horas de evolución de malestar general y astenia. En el SUAP refiere sensación disneica. Se realiza exploración con TA: 110/60, Fc 35 SO2 99% Soplo sistólico en foco Ao. Se realiza ECG en el que se objetiva probable ACxFA bloqueada con ritmo nodal y QRS estrecho siendo derivado en UVI al hospital de referencia siendo ingresado.

Exploración y pruebas complementarias: TA 120/60 Fc 35 Tª 35,8 ºC. SO2 99%. Glu 223 mg/dl. Hemograma normal. Urea 117, Cr 2,79, K 6,4. Rx tórax con elevación de hemidiafragma derecho sin condensaciones ni signos de fallo cardiaco. ECG con ritmo sinusal y T picuda similar a previos. A su ingreso se retira bisoprolol y enalapril permaneciendo asintomático.

Juicio clínico: Hiperpotasemia sintomática con bloqueo AV, EPOC y SAOS grave, enf. renal crónica, cardiopatía isquémica grave.

Diagnóstico diferencial: Pseudohiperpotasemia.

Comentario final: La hiperpotasemia es la elevación del potasio plasmático por encima de 5 meq/l. Aparecen síntomas por encima de 5,5 meq/l como alteraciones neuromusculares (astenia, parestesias, ileo paralítico, disfagia o disartria) o cardiológicas (cambios en ECG según el nivel). Etiología: farmacológica, exceso de aporte, insuficiencia suprarrenal, congénitas seudohiperpotasemia, redistribución o disminución de la excreción. Diagnóstico: se basa en la sospecha clínica e historia clínica confirmándose por niveles de potasio en la analítica. Tratamiento: basado en la protección miocárdica frente a las arritmias y disminución del potasio corporal total restringiendo la ingesta y favoreciendo su eliminación. A veces es suficiente la supresión de fármaco

causante como en este caso, y en otras ocasiones es preciso la eliminación rápida con gluconato cálcico al 10%.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cerdán Carbonero MT, Domínguez Navarro D. Hiperpotasemia. Urgencias en Atención Primaria.

2. Hollander-Rodríguez JC, Calvert JF. Revisión Hiperpotasemia, Intramed.

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.