



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

160/334 - Hipertotasemia 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 Quinteroⁱ

^aMédico de Familia. Centro de Salud Liébana. Cantabria. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Nansa. Cantabria. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Saja Cabuérniga. Cantabria. ^dMédico de Familia. Centro de Salud Altamira. Puente San Miguel. Madrid. ^eMédico de Familia. Centro de Salud Cudeyo. Cantabria. ^fMédico de Familia. Centro de Salud San Vicente de la Barquera. Cantabria. ^gMédico de Familia. Centro de Salud Montaña. Santander. Cantabria. ^hMédico de Familia. Centro de Salud Renedo. Santander. Cantabria. ⁱMédico 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, nitrofurantoina. 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 disnea. 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 T^a 35,8 °C. 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: Hipertotasemia sintomática con bloqueo AV, EPOC y SAOS grave, enf. renal crónica, cardiopatía isquémica grave.

Diagnóstico diferencial: Pseudohipertotasemia.

Comentario final: La hipertotasemia 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 seudohipertotasemia, 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.