



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/4406 - LO QUE EL VÓMITO SE LLEVÓ

J. Jurado Ordóñez, J. Montero López, A. Ocaña Granados, S. Pueyos Rodríguez y L. Lozano Romero

Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Motril-San Antonio. Granada.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 64 años trasladado a Urgencias con taquicardia, “calambres” abdominales, pérdida de apetito, debilidad y sensación de hormigueo en brazos y piernas. Su mujer comentó que llevaba con vómitos desde el día anterior. A su llegada se tomaron constantes y se le estableció una vía venosa.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general. Tensión arterial 110/60 mmHg; Frecuencia cardíaca 118 lpm, Frecuencia respiratoria 24/min. Saturación de oxígeno 94%. Afebril. ECG: taquicardia sinusal a 115 lpm con ondas U prominentes y T aplanadas. Se solicitó radiografía de tórax y analítica. A la espera de resultados, el paciente súbitamente dejó de responder, trasladándolo al área de críticos, encontrándose apneico y sin pulso. En el monitor cardíaco se observó torsades de pointes. Con el desfibrilador se le administró descarga de 200 julios, con posterior RCP. Tras dos descargas más fallidas, se le administró 2 gramos i.v. de sulfato de magnesio y se continuó con la RCP. Después de la cuarta descarga, el monitor mostró bradicardia sinusal asociada a pulso carotideo palpable y TA de 100/60. El paciente permaneció en unidad de críticos por posible recurrencia de las torsades de pointes u otra arritmia letal. Ante la sospecha de hipopotasemia, se le administró cloruro potásico i.v. Pruebas complementarias: Rx tórax anodina y analítica: potasio 2,3 mEq/L. El paciente fue ingresado en el área de observación para controlar evolución, desde donde fue dado de alta con potasio oral como complemento al tratamiento diurético, y fue derivado a su médico de familia.

Juicio clínico: Torsades de pointes debido a hipopotasemia por pérdidas renales y digestivas.

Diagnóstico diferencial: Gastroenteritis aguda, infarto agudo de miocardio, cetoacidosis diabética, otras causas de síndrome QT largo: fármacos, hipomagnesemia, hipocalcemia y hemorragias subaracnoideas.

Comentario final: Podríamos haber sospechado en un inicio hipopotasemia relacionada con pérdidas renales (furosemida) y pérdidas gastrointestinales (vómitos). Dado que la hipopotasemia es una reacción adversa común a muchos diuréticos, habría que enseñarles a los pacientes la importancia de aumentar la ingesta de potasio. Asimismo, deberíamos instruirles para que reconozcan síntomas de hipopotasemia: debilidad muscular y palpitaciones, y qué deben de hacer si se presentan.

Bibliografía

1. Muñoz Castellano J. Síndrome de QT largo y Torsade de Pointes. Emergencias. 2004;16:85-92.

Palabras clave: Hipopotasemia. Torsade des pointes.