

349/55 - HIPERPOTASEMIA DE CAUSA IATROGÉNICA

E. Sequeda Vázquez¹; E. Sánchez Fernández²; A. Moyano Aguera³; M. Zarza Arribas⁴; M. González María Dolores⁴.

¹Médico Residente. Centro de Salud La Unión. Murcia.; ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lorca Sur La Viña. Murcia.; ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartagena-Oeste. Murcia.; ⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mar Meno. El Algar. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 79 años con antecedentes de HTA, DM2, DLP, ERC IIIb. Varios ingresos hospitalarios por IC en el contexto de FA anticoagulada. Tratamiento crónico: Acenocumarol, insulinoterapia, Enalapril, Nebivolol, Furosemida, Omeprazol, Zolpidem. Acude a la consulta de atención primaria de forma urgente por episodios de sudoración y mareo con glucemias en torno 50. Refiere además ortopnea, disminución de diuresis y edemas bimaleolares. A la exploración física presenta constantes y glucemia normales. Taquipneico con crepitantes bibasales y edemas con fóvea en ambos miembros inferiores. Se considera descompensación de insuficiencia cardiaca y se ajusta el tratamiento desde consulta, añadiendo espironolactona y disminuyendo las dosis de insulina para control de las hipoglucemias. El día después, se recibe aviso domiciliario por mareo y malestar general.

Exploración y pruebas complementarias: Paciente taquipneica con cifras de TA 75/40, Sat 60%, FC 34 lpm, glucemia 102. La auscultación cardiopulmonar sin cambios aunque han disminuido los edemas de miembros inferiores. Ante la bradicardia realizamos ECG que muestra AC x FA bloqueada, morfológicamente con ausencia de ondas P y ensanchamiento de QRS y desaparición de segmento ST (signos característicos de hiperpotasemia severa) y derivamos a urgencias hospitalarias. Rx. Tórax: pinzamiento de ambos senos costofrénicos sin condensaciones parenquimatosas. Analítica: Urea 147, Cr 3,65. Na 129. K 8,2, pH 7.21, pO2 31, HCO3 18, Hb 8.7. Ante la inestabilidad hemodinámica, se realiza hemodiálisis urgente y se pautan medidas de soporte vital. Se procede al ingreso hospitalario ajustando la medicación; se suspende IECA y espironolactona, se disminuye la insulina, se añade tiazida y se mantiene diurético de asa y betabloqueante.

Juicio clínico: Hiperpotasemia cardiotóxica iatrogénica.

Diagnóstico diferencial: Insuficiencia renal aguda, hiperglucemia, acidosis metabólica, hipovolemia.

Comentario final: Hacer hincapié en la revisión de antecedentes y analíticas previas además de considerar los efectos adversos de los fármacos previa prescripción. Se trata de un caso de iatrogenia farmacológica grave. El efecto ahorrador del diurético para la descompensación de la insuficiencia cardiaca, y la disminución de la insulina; son la consecuencia de la bradicardia e inestabilidad hemodinámica secundaria a un trastorno de la conducción por la hiperpotasemia grave.

Bibliografía

Anthony J. Viera MPH, Wouk N. Potassium Disorders: Hypokalemia and Hyperkalemia. *Am Fam Physician*. 2015;92(6):487-495.