



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/2552 - Lo que no mata engorda

G. García Olivares^a y P.M. Martos Sánchez^b

^aMédico Residente de 4^o año. Centro de Salud Virgen del Mar. Almería. ^bMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Cañada. Almería.

Resumen

Descripción del caso: Equipo de Atención Primaria es avisado de Urgencias para atender a Paciente que ha sufrido episodio de síncope en su domicilio, presenta cuadro de malestar general, náusea, vómitos, relajación de esfínteres, rigidez mandibular. En año 2008 presentó episodio de hipopotasemia grave por ingesta de furosemida por su cuenta para bajar peso, refiere que lleva 2 años tomando 40 mg de furosemida cada 12 horas para adelgazar. Paciente fue trasladada a Servicio de Urgencia de Hospital Torrecárdenas de Almería que tras resultados analíticos y repercusión hemodinámica requirió de ingreso a cargo de Unidad de Cuidados Intensivos.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general, Consciente, orientada, colaboradora, hemodinámicamente estable, eupneica en reposo, tolera decúbito. Auscultación cardiorespiratoria: tonos rítmicos, no soplos, murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos sobreañadidos. Cuello: no ingurgitación yugular. Neurológica: pupilas normoreactivas, pares craneales normales, no alteración de la sensibilidad ni de la fuerza, no disimetría, no meningismo. Abdomen: blando, depresible, sin defensa, con peristaltismo conservado. Tensión arterial: 100/50, frecuencia cardíaca 144. Bioquímica: glucosa 200 mg/dl, urea 114 mg/dl, Cr 1,5 mg/dl, Na 125 mE/L, K 1,68 mE/L, PCR2 mg/dL, troponina T 18 pg/mL, CPK 232. Hemograma: Hto 41%, Hg 16,5 g/dl, Plaquetas 427.000, leucocitos 14.310. Coagulación: Tp 102, INR 1,0. Gasometría venosa: PaO₂ 39 mmHg, pH 7,43, HCO₃ 24 mmol/L. Rx tórax: cardiomegalia, no condensaciones. ECG: Taquicardia a 11 lpm, PR 0,10, Eje 20 grados T negativa en I, II, II aVF y descenso ST de 2 mm de V3-V6.

Juicio clínico: Hiperpotasemia grave sintomática. Taquiarritmias. Hiponatremia.

Diagnóstico diferencial: Insuficiencia renal, potomanía, bulimia.

Comentario final: En general, los síntomas no aparecen hasta que el potasio se encuentra por debajo de 3 mmol/L, aunque cada persona reacciona de diferente manera. Los síntomas más habituales son cansancio, debilidad, dolores musculares y, si la bajada es muy importante, extrema debilidad e incluso parálisis. Son frecuentes las alteraciones en el electrocardiograma y, en ocasiones, pueden asociarse arritmias cardíacas graves. Si el potasio en sangre es muy bajo lo primero que hay que hacer es normalizarlo. En general se suele hacer dando suplementos de potasio por vía oral pero en ocasiones es necesario reponerlo por la vena mediante sueros. Lo siguiente que se debe hacer es corregir la causa que ha producido la bajada de potasio. Si es por el uso de medicamentos, fundamentalmente diuréticos o laxantes, se deben retirar o administrarse junto con

suplementos de potasio para evitar nuevos descensos. En cualquier caso siempre se debe investigar la causa de la pérdida de potasio y no basta con añadir potasio para elevarlo y olvidarse del problema.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pereira N, Sentenac JG. Alteraciones del equilibrio del potasio. En: Jiménez J ed. Manual de Protocolos y Actuación en Urgencias para Residentes. Madrid: Complejo Hospitalario de Toledo; 2000. p. 227-36.