



## 242/351 - UNA IMAGEN... ¡UNA EMERGENCIA!

A. Lledó Domenech<sup>a</sup>, M. Estruch Vidal<sup>b</sup>, P. Muñoz Padilla<sup>c</sup> y L. Santiago Mendoza<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Jávea. Alicante. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Jávea. Alicante. <sup>c</sup>Médico de Familia. Hospital de Denia. Alicante. <sup>d</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de Denia. Alicante.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente varón de 77 años cuyos antecedentes personales de interés son DM2, HTA y AIT. Intervenciones quirúrgicas: cataratas y glaucoma ojo izquierdo. No alergias medicamentosas conocidas. No hábitos tóxicos. Medicación habitual: amilorida/HCT 5/50 mg 1 comp/24h, amlodipino/valsartán 5/160 mg 1 comp/24h, AAS 100 mg 1 comp/24h, omeprazol 20 mg 1 comp/24h, repaglinida 2 mg 1 comp/24h, sitagliptina/metformina 50/1.000 mg 1 comp/12h. Acude al servicio de urgencias por debilidad generalizada, diarrea con deposiciones oscuras y vómitos de dos semanas de evolución. Presenta mareo y presíncope asociados. Fue tratado en el MAP sin mejoría.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA: 124/65 mmHg. Pulso periférico 64 lpm. T<sup>a</sup> timpánica: 37 °C. Paciente letárgico y bradipsíquico. Consciente y orientado. A. Cardíaca: tonos rítmicos apagados. No ausculto soplos. A. respiratoria: mvc. Taquipneico. Abdomen: blando y depresible. Dolor a la palpación epigástrico. TR: dedil sin restos melánicos ni hemáticos. ECG: bloqueo sino-auricular con FC < 40 lpm. QRS ancho. Onda T picuda. Analítica sanguínea destacamos: uremia 290 mg/dL, creatinina: 14,96 mg/dL, Na: 136 mmol/L, K: 9,4 mmol/L, glucosa: 60 mg/dL, gasometría arterial pH: 7,109 u pH, pO<sub>2</sub>: 118,7 mmHg, pCO<sub>2</sub>: 13 mmHg, HCO<sub>3</sub>: 8,3 mmol/L, SO<sub>2</sub>: 97,9%. Cultivo de heces: Campylobacter jejuni +.

**Juicio clínico:** Hiperpotasemia grave. Acidosis metabólica. Fracaso renal agudo prerenal. Hipoglucemia yatrógena. Gastroenteritis aguda.

**Diagnóstico diferencial:** ECG. Isquemia subendocárdica. Hiperpotasemia. Repolarización precoz. BRI.

**Comentario final:** Se administraron: 2 ampollas de gluconato cálcico, bicarbonato sódico 250 ml/h y salbutamol en aerosol. El paciente fue trasladado a la UCI ante la inestabilidad hemodinámica y necesidad de monitorización para tratamiento con hemodiálisis urgente. Tras estabilización del paciente fue ingresado en medicina interna donde evolucionó satisfactoriamente. La hiperpotasemia es una urgencia vital y muy frecuente que necesita tratamiento inmediato.

### Bibliografía

1. Viera AJ. Potassium Disorders: hypokalemia and hyperkalemia. AAFP. 2015;92(6):487-95.

2. Kovesdy CP. Management of Hyperkalemia: An Uptodate for the Internist. Am J Med. 2015;128(12):1281-7.
3. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía diagnóstica de protocolos de actuación, 5ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2015.

**Palabras clave:** Hiperpotasemia aguda. Onda T picuda. Gluconato cálcico.