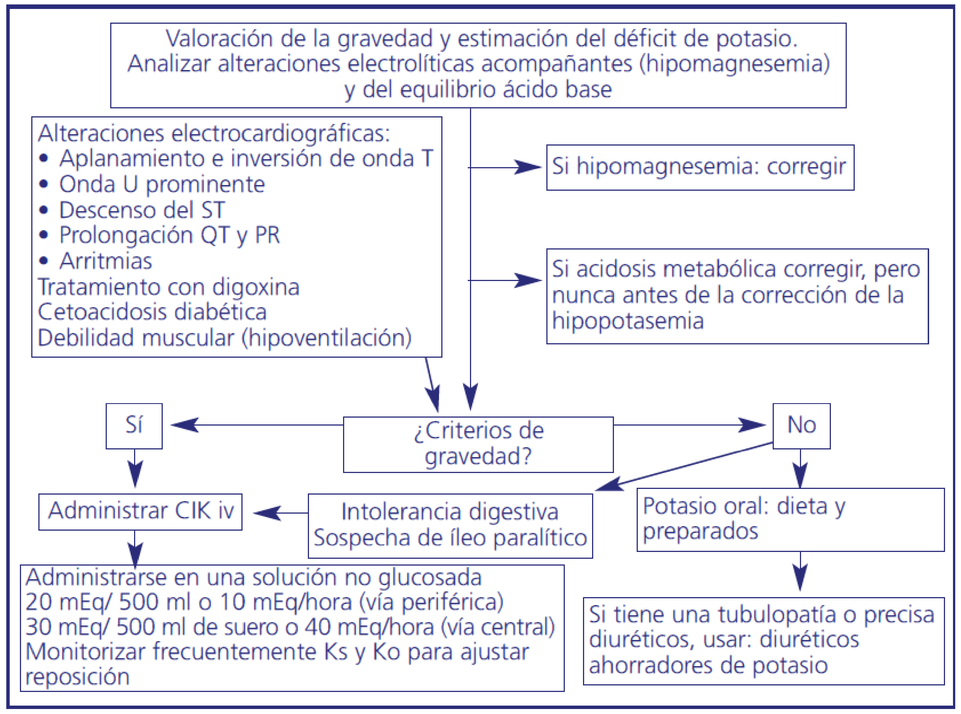
XXIV CONGRESO NACIONAL DE MEDICINA GENERAL Y DE FAMILIA
San Sebastián 2017
18-20 Mayo
SEMG Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

HIPOPOTASEMIA

María del Mar Esparza Escayola, María Teresa de la Torre Ovejero, Pilar Usamentiaga Ortíz, Angel García-Lago Sierra, Estela María Oria Salmón, Serafín Alonso Renero,
Médicos de familia. Atención Primaria. Servicio Cántabro de Salud

El potasio es el principal catión intracelular del organismo, determina el potencial de reposo de la célula cardíaca. El mantenimiento del balance de potasio es esencial para una gran cantidad de funciones celulares y neuromusculares. Sus alteraciones son muy frecuentes en la práctica clínica.

Varón de 48 años. Antecedentes de hipertensión arterial en tratamiento con Indapamida 2,5 mg y Lercanidipino 10 mg al día. Acude a urgencias por dolor y debilidad en ambos muslos de unas 12 horas de evolución, sin traumatismo previo, que ha ido empeorando progresivamente hasta el punto de impedirle la deambulación. Su tensión arterial es de 150/90. La exploración física y el electrocardiograma son normales. En la analítica de sangre se objetiva un potasio sérico de 2 mEq/L (muy bajo), en la gasometría venosa una alcalosis metabólica y en la analítica de orina un potasio de 25 mEq/L (alto). Todo ello nos hace pensar que nos encontramos ante una hipopotasemia por pérdidas renales debido a la ingesta crónica de indapamida, probablemente agravada por la dieta diurética que esta realizando el paciente. Se le pone tratamiento con potasio oral y endovenoso y evoluciona favorablemente.



El tratamiento recomendado en una Hipopotasemia Grave (de menos de 2,5 mEq/L) es el aporte intravenoso de cloruro potásico teniendo en cuenta que la reposición de potasio no debe superar los 100-150 mEq/día, la concentración de potasio no debe superar los 30 mEq por cada 500 cc de suero si utilizamos una vía periférica por riesgo de flebitis, hay que utilizar suero salino pues el glucosado estimula la liberación de insulina pudiendo agravar la hipopotasemia, el ritmo de infusión no debe superar los 20 mEq/hora y por último, en situaciones de hipomagnesemia es imprescindible su corrección para que la hipopotasemia responda a los suplementos de potasio.

Bibliografía:

1. Jorge Luis Morales Montoya, Miguel Ángel Muñoz Cepeda, Ana Roca Muñoz. Alteraciones del equilibrio del potasio. En: Agustín Julián Jiménez.
2. Manual de protocolos y actuación en urgencias. Cuarta edición (2014). Toledo: Complejo hospitalario de Toledo; 2014. p. 991-996.