

Trabajos de Nefrología

DOLOR PRECORDIAL SECUNDARIO A HIPERKALIEMIA SEVERA

J. Andrés, G. Díez, M. J. Ronda, L. Robleda, A. Guillen, S. Vizcaíno.

Servicio de Nefrología y Regulación Humoral.—Unidad de Hemodiálisis.

CENTRO MEDICO SALUS.—Paseo San Gervasio, 51-53. BARCELONA-22.

Llamamos su atención ante la presentación en nuestra Unidad de un caso de «DOLOR PRECORDIAL SECUNDARIO A HIPERKALIEMIA SEVERA».

La hiperkalemia severa es un problema médico de la máxima urgencia, que puede comportar la muerte del paciente (3) (5).

En la Insuficiencia Renal, la hiperkalemia es fruto fundamentalmente del fallo en la excreción de potasio y del aporte de potasio por vía oral, a través de la alimentación (1) (2) (5) (10).

Cuando la hiperkalemia es moderada, pueden aparecer trastornos de la conducción eléctrica cardíaca, manifestándose en el electrocardiograma en forma de desaparición de la onda P, elevación del segmento ST y aparición de ondas T picudas y simétricas. Si la hiperkalemia es severa aparecen arritmias, bloqueos, extrasístoles, fibrilación ventricular y parada cardíaca (3) (5) (7) (9).

En esta fase de hiperkalemia severa, pueden aparecer manifestaciones clínicas en forma de parestesias y parálisis flácidas, usualmente de manos y pies, y debilidad muscular generalizada, resultando respetados sorprendentemente los músculos del tronco, incluidos los respiratorios y los músculos de la cabeza (8) (11).

Ante esta situación el tratamiento debe instaurarse con la máxima rapidez, pudiendo administrarse en primer lugar Cloruro de Cal-

cio 10 por 100 e. v. lentamente para evitar el efecto cardiotóxico del potasio. Para disminuir la kaliemia, pueden utilizarse soluciones que favorecen la entrada del potasio en las células, como son el Bicarbonato Sódico y la Glucosa Hipertónica + Insulina. Asimismo, la Hemodiálisis y la Diálisis Peritoneal constituyen un adecuado tratamiento de la hiperkalemia severa (4) (6).

El tratamiento mediante resinas de intercambio catiónico y la supresión de alimentos ricos en potasio resultan una obligada medida preventiva de la hiperkalemia, pero insuficientes cuando ésta ya se ha instaurado.

El caso que ha motivado la presente carta es el de un paciente, J. L. C., de cuarenta y un años de edad, afecto de Insuficiencia Renal Crónica, secundaria a poliquistosis renal, en programa de hemodiálisis periódica desde hacía nueve meses, con buena tolerancia a las sesiones de cinco horas, tres veces por semana y sin antecedentes previos de enfermedad cardíaca, ni ingestión de fármacos cardiotónicos.

El enfermo se presentó en la Unidad a la hora habitual, después de período interdialítico largo (de viernes a lunes), aquejando dolor opresivo precordial intenso, acompañado de debilidad muscular generalizada con gran dificultad para la marcha, y sintomatología vegetativa importante, aumento tensional 170/120 (habitualmente 130/90), siendo la ganancia de peso de 1,5 kg, habitual en este paciente.

Siguiendo las normas de protocolo y ante la aparente evidencia de un dolor coronario, al tiempo que se avisa al médico, se practica E.C.G. que muestra: RSR 70 x', bloqueo de la rama izquierda del haz de His, ligera elevación de los segmentos ST y ondas T picudas y simétricas (Fig. 1).

Al practicarse analítica de urgencia aparece: K: 8,4 mEq/l, enzimas GPT y CPK normales, Ca/P: 9,5/5,1.

Seguidamente, se inicia sesión de hemodiálisis, según pauta habitual con dializado con K: 1,8 mEq/l, desapareciendo totalmente la sintomatología antes de finalizar la primera hora de hemodiálisis, coincidiendo con el retorno del trazado electrocardiográfico a los patrones normales y siendo el valor del potasio sérico del paciente K: 4,1 mEq/l.

Interrogado el paciente, se detecta una importante transgresión dietética y el abandono

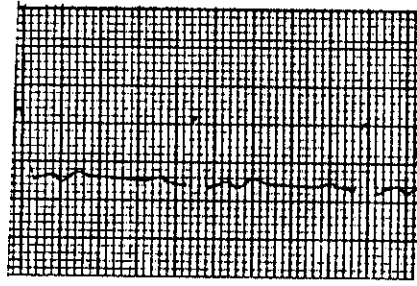
del tratamiento con resinas de intercambio catiónico.

CONCLUSIONES:

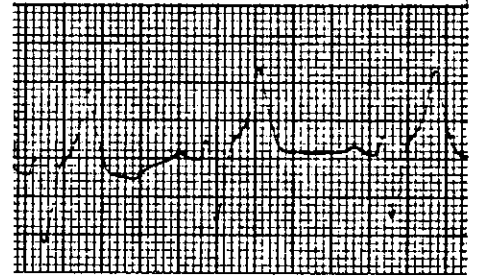
— Consideramos que el dolor torácico opresivo, de etiología no aclarada, que hemos observado puede sumarse a la constelación sintomática que habitualmente acompaña a la hiperkalemia severa y que sumado a la sintomatología ya descrita puede hacer sospechar la presencia de una crisis cardíaca isquémica.

— Ante la sospecha clínica de una kaliemia elevada, es función de la enfermería avisar urgentemente al médico, al tiempo que se practica E.C.G., teniendo en cuenta que una valoración del potasio sérico superior a 6 mEq/l, ya debe llamar la atención y que una tasa de potasio superior a 8 mEq/l, constituye una situación de urgencia vital (6).

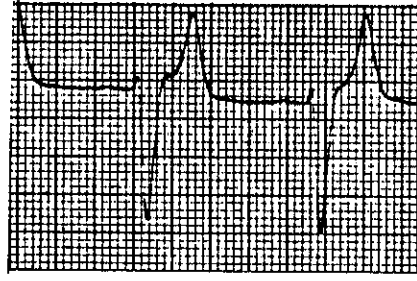
FIG. 1.—Trazado electrocardiográfico durante la fase de hiperkalemia severa. K⁺: 8,4 mEq/l.



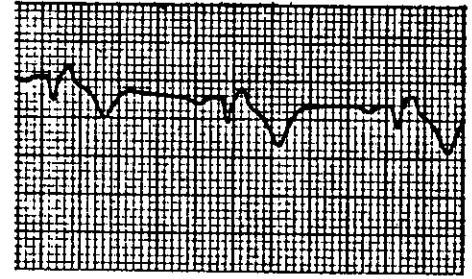
DI



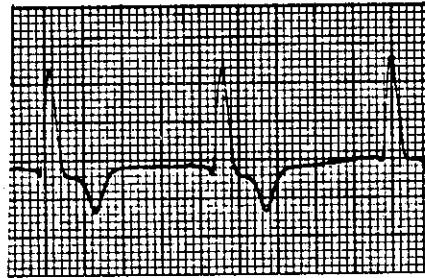
DII



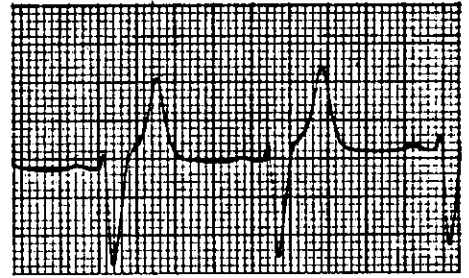
DIII



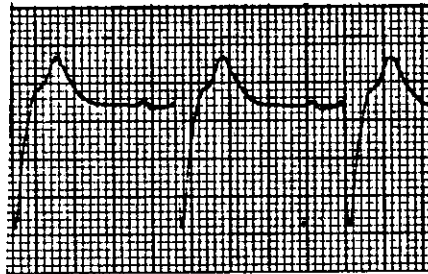
aVR



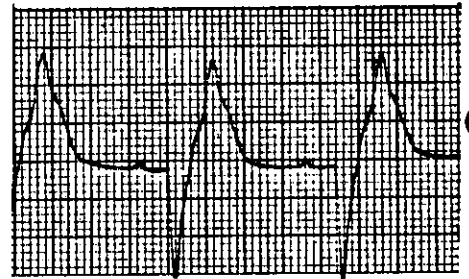
aVL



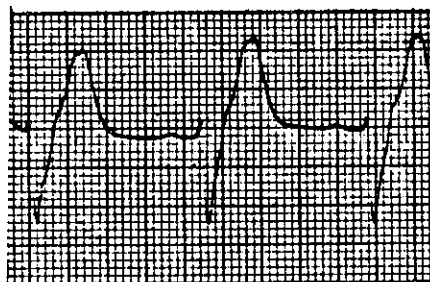
aVF



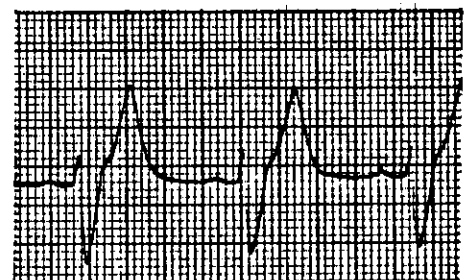
V1



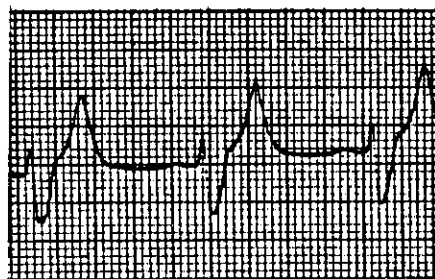
V2



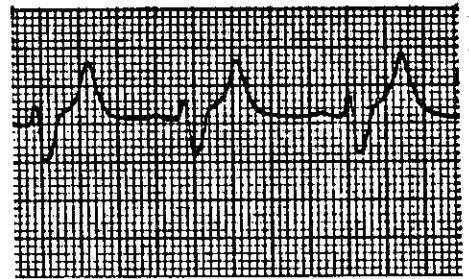
V3



V4



V5



V6