Avance online de artículo en prensa

Hiperpotasemia grave asociada a cotrimoxazol en un paciente tratado con enalapril

Severe hyperkalemia associated with trimethoprim-sulfamethoxazole in a patient receiving enalapril

Sr. Editor:

A propósito del caso de Síndrome de DRESS asociado a cotrimoxazol publicado por Liñán Bodí *et al.*[1], quisiéramos presentar un caso de otro efecto adverso relevante en urgencias relativo al cotrimoxazol, la hiperpotasemia.

Varón de 81 años, con hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 y enfermedad renal crónica estadio 3a (creatinina basal de 1,3 mg/dl), que recibía enalapril 20 mg/día. Cinco días antes había sido dado de alta desde urgencias con cotrimoxazol 160/800 mg cada 12 horas por una infección urinaria. Consultó por debilidad generalizada de 24 horas de evolución. Presentaba una presión arterial de 98/54 mmHg y una frecuencia cardiaca de 42 latidos por minuto. El electrocardiograma inicial mostró ritmo de la unión, ondas T picudas y QRS de 140 ms. El potasio era de 7,9 mmol/l y la creatinina, de 2,1 mg/dl.

Se administraron gluconato cálcico intravenoso, insulina rápida con glucosa y salbutamol nebulizado, y se suspendieron el cotrimoxazol y el enalapril. A los 60 minutos, el potasio había descendido a 6,4 mmol/l, con recuperación del ritmo sinusal y normalización del QRS. En la Unidad de observación recibió además un quelante de potasio y fluidoterapia. A las 48 horas, el potasio era de 4,6 mmol/l y la creatinina, de 1,4 mg/dl. Al alta se reintrodujo el enalapril y se programó un control analítico a la semana. La sospecha de reacción adversa se notificó al Sistema Español de Farmacovigilancia.

La asociación entre cotrimoxazol (trimetoprima + sulfametoxazol) e hiperpotasemia está bien documentada. Por un lado, la trimetoprima inhibe los canales de sodio de la nefrona distal, de forma similar a la amilorida, y reduce la excreción renal de potasio[2]. Por otro, en personas de 66 años o más tratadas con inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina o antagonistas del receptor de angiotensina II, su uso se ha asociado a hospitalización por hiperpotasemia, con una *odds ratio* ajustada de 6,7 (intervalo de confianza del 95 %: 4,5-10,0)[3].

Creemos que este caso ilustra la importancia de revisar la medicación concomitante y la función renal al prescribir cotrimoxazol desde urgencias. En pacientes con factores de riesgo, conviene valorar alternativas adecuadas a la infección y a la sensibilidad microbiológica. Si se mantiene su indicación, proponemos programar un control de potasio y creatinina en los primeros días. La ficha técnica del cotrimoxazol recomienda vigilar el potasio en pacientes de riesgo[4], y la aparición de debilidad o bradicardia debe motivar la valoración precoz de una posible hiperpotasemia.

Tras el episodio, el informe de alta debe incluir un plan individualizado de revisión del tratamiento y seguimiento[5]. En el trabajo de Villarroel Vargas *et al.*, sobre el manejo clínico de los pacientes con hiperpotasemia en urgencias en España, el 42,1 % de los participantes mostró un alto consenso sobre la planificación de reintroducción o titulación de los inhibidores del sistema renina-angiotensina-aldosterona cuando se modificaban[6]. La decisión debe atender a la indicación de estos fármacos, la evolución clínica y el control analítico.

Autores:
Joaquín de la Cruz Andúgar Rocamora[1,2],
María José Belluga Muñoz[3],
Karolina Kisluk[1],
Pablo Ferrando Pérez[1]

Filiación de los autores:
[1]Servicio de Urgencias, Hospital Rafael Méndez de Lorca, Murcia, España.
[2]Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud, Universidad de Murcia, España.
[3]Hospital General Universitario Reina Sofía Murcia, España.

E-mail:
joaquin.andugar@um.es

Responsabilidades éticas:
Los autores han confirmado su autoría, la no existencia de financiación externa y el mantenimiento de la confidencialidad y respeto de los derechos de los pacientes y, acuerdo de publicación y cesión de derechos a la Revista Española de Urgencias y Emergencias.

Editor responsable:
Guillermo Burillo-Putze.

DOI:
10.55633/s3me/REUE050.2026

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Disponibilidad de datos en abierto: Los datos están disponibles bajo solicitud al autor asignado para la correspondencia.

Uso de herramientas de inteligencia artificial generativa: Los autores declaran no haber utilizado herramientas de IA en la elaboración de este artículo.

Artículo no encargado por el Comité Editorial y con revisión externa con pares.

BIBLIOGRAFÍA

1. Liñán Bodí D, Pozuelo Montero M. Reacción de hipersensibilidad grave inducida por cotrimoxazol. Síndrome de Dress en urgencias. Rev Esp Urg Emerg. 2026;5:302-4.
2. Velázquez H, Perazella MA, Wright FS, Ellison DH. Renal mechanism of trimethoprim-induced hyperkalemia. Ann Intern Med. 1993;119:296-301.
3. Antoniou T, Gomes T, Juurlink DN, Loutfy MR, Glazier RH, Mamdani MM. Trimethoprim-sulfamethoxazole-induced hyperkalemia in patients receiving inhibitors of the renin-angiotensin system: a population-based study. Arch Intern Med. 2010;170:1045-9.
4. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.

Avance online de artículo en prensa

© SEMES

Avance online de artículo en prensa

Ficha técnica de Septrin. CIMA. Revisión julio de 2026. (Consultado 13 Octubre 2026). Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/48670/FichaTecnica_48670.html.
5. Álvarez-Rodríguez E, Olaizola Mendibil A, San Martín López MA, Burgaleta Sánchez A, Esteban-Fernández A, Sánchez Álvarez E. Recomendaciones para el manejo de la hiperpotasemia en urgencias. Emergencias. 2022;34:287-97.
Villarroel Vargas A, Sánchez Álvarez E, Álvarez-Rodríguez E, Alcazar R, Piñera Salmerón P, Fernández Rebollo N; Comité Científico AKTUANDO. Manejo clínico de los pacientes con hiperpotasemia en urgencias en España.

Avance online de artículo en prensa

© SEMES

Avance online de artículo en prensa

Rev Esp Urg Emerg. 2026;5:9-15.

Avance online de artículo en prensa

© SEMES