

Para definir si el paciente está con:

Hiperpotasemia aguda ^
 Hiperpotasemiacrónica*
 Pseudohiperpotasemia+

La TFGe y el bicarbonato también deben monitorizarse de cerca en todas las situaciones de hiperpotasemia.

? Pseudohiperpotasemia

- La pseudohiperpotasemia se define típicamente como una diferencia de $> 0,3-0,4$ mmol/L entre el suero y el K^+ plasmático.
- La medición de K^+ en suero debe repetirse de inmediato.
- Asegúrese de que se tomen muestras de sangre de manera adecuada o eventualmente una muestra arterial.
- En caso de hemólisis, considere si esta ocurrió en la muestra o en el organismo.

Manejo

Hiperpotasemia aguda

Consulte las [recomendaciones del algoritmo de gestión de \$K^+\$ agudo de KDIGO](#).

Hiperpotasemia crónica

Leve
(5.0-5.5)

Moderado
($>5.5-6.0$)

Grave
(>6.0)

(Consulte la página 2 para obtener más detalles sobre la hiperpotasemia crónica)

^La hiperpotasemia aguda se define cuando se encuentra una concentración de potasio por encima del límite superior de lo normal, y no se explica por una causa crónica.

***La hiperpotasemia crónica** se define cuando se encuentra una concentración de potasio por encima del límite superior de lo normal y que se explica por una causa crónica (por ejemplo, enfermedad renal crónica, insuficiencia cardíaca, inducida por medicamentos/suplementos regulares) con un $K^+ > 5,0$ mmol/l a partir de mediciones repetitivas durante un período de 3 meses.

+La pseudohiperpotasemia se define cuando existe una concentración de potasio en suero falsamente elevada, que puede ser secundaria a un trauma mecánico, el uso prolongado de torniquetes (>1 minuto) o a mantener el puño apretado durante el proceso de extracción de sangre, por coagulación de la coagulación de la sangre, la centrifugación, el recuento elevado de glóbulos blancos o la trombocitosis.



Manejo de la hiperpotasemia crónica

Leve (5.0-5.5)

Moderada (>5.5-6.0)

Grave (>6.0)

Medidas importantes para controlar la hiperpotasemia

- Revise los medicamentos que elevan el K⁺ y elimine los suplementos que tengan K⁺.
- [Consulte la información sobre los enfoques dietéticos para la hiperpotasemia en esta herramienta.](#)

- Revise los medicamentos que elevan el K⁺ y elimine los suplementos que tengan K⁺.
- [Consulte más información sobre los enfoques dietéticos para la hiperpotasemia en esta herramienta.](#)
- Considere emplear diuréticos de asa si aún no se han empleado en pacientes con sobrecarga de volumen, aumente la dosis de diuréticos de asa si ya se están utilizando.
- Corrija la acidosis metabólica si está presente.

RAASi-specific management

- Si está tomando iSRAA, intente mantener la dosis y controle los niveles de K⁺.
- No inicie el tratamiento con iSRAA si aún no los recetó si el K⁺ sérico es > 5,0 mmol/l.
- Si la indicación es para la insuficiencia cardíaca, considere cambiar a iSRAA BRAiN si está disponible.

- Considere el inicio de quelante de K⁺ si está disponible para evitar la reducción de la dosis.
- Si está tomando iSRAA y el quelante de K⁺ no está disponible, reduzca la dosis de iSRAA y controle los niveles de K⁺.

- Es necesario reducir K⁺ a <5,0.
- Suspenda el tratamiento con iSRAA y evalúe la TFGe, el bicarbonato y el K⁺ séricos para determinar si se puede reiniciar el tratamiento con iSRAA.
- Considere el inicio del quelante de K⁺ si está disponible para facilitar el reinicio del tratamiento con iSRAA.

Manejo adicional individualizar caso por caso

- Considere prescribir inhibidores de SGLT2 para pacientes con TFGe > 25 mL/min/1.73m².

BRAiN: bloqueador del receptor II de angiotensina, inhibidor de la neprilisina; **ECG:** electrocardiograma; **TFGe:** tasa de filtración glomerular estimada; **K⁺:** potasio; **KDIGO:** enfermedad renal que mejora los resultados globales; **ARM:** antagonistas del receptor de mineralocorticoides; **iSRAA:** inhibidores del sistema renina-angiotensina-aldosterona; **SGLT2:** cotransportador de sodio-glucosa-2.