

SERVICIO DE CARDIOLOGÍA

MANEJO DE LA HIPERPOTASEMIA EN LA INSUFICIENCIA CARDÍACA

Las alteraciones de los niveles de potasio en sangre representan un problema frecuente en el manejo clínico de pacientes con insuficiencia cardíaca (IC). Según la Sociedad Europea de Cardiología, definimos hiperpotasemia como la presencia de niveles de potasio sérico por encima de 5 mEq/L. Ésta, a su vez, se puede clasificar en leve (5-5,5 mEq/L), moderada (5,5-6 mEq/L) y severa (>6 mEq/L). Estos niveles pueden variar ligeramente según el laboratorio y las guías consultadas.

Entre los factores que contribuyen a la aparición de la hiperpotasemia se encuentran la hipertensión arterial, diabetes mellitus y la enfermedad renal crónica (comorbilidades muy frecuentes en IC); y, especialmente, el uso de algunos fármacos modificadores del pronóstico en la insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida (IC-FEr), tales como son: los IECA/ARAII, antialdosterónicos, y sacubitril/valsartán. Otros nefrotóxicos, incluidos los AINEs, también favorecen la aparición de hiperpotasemia.

La hiperpotasemia se ha asociado a aumento de mortalidad¹ y a alteraciones en la repolarización celular (parestesias, fasciculaciones y arritmias malignas). Además, supone una dificultad para el uso o titulación de los fármacos con beneficio pronóstico en la IC-FEr². Según registros recientes, existe una prevalencia de alrededor de un 20% de alteraciones en la potasemia en pacientes con IC³, mientras que hasta el 25% la presentarán en algún momento a lo largo de su evolución clínica.⁴

Recientemente ha sido publicado un consenso entre la Sociedad Española de Cardiología y la Sociedad Española de Medicina Interna con unas recomendaciones para el manejo de la hiperpotasemia en pacientes con insuficiencia cardíaca:

1. Conocer en todos los pacientes con IC los niveles de potasio, función renal, factores de riesgo y antecedentes para hiperpotasemia.
2. Reducir el riesgo de hiperpotasemia: evitar alimentos ricos en potasio y suplementos, así como AINEs u otros fármacos que contribuyan a hiperpotasemia y no estén indicados. Optimizar balance hídrico.

3. Actuación terapéutica:

- **Normopotasemia (K = 4-5 mEq/L):** Prescribir o titular inhibidores del sistema renina-angiotensina-aldosterona (iSRAA) con normalidad.
- **Hiperpotasemia leve-moderada (K = 5-6 mEq/L):** Valorar asociar un fármaco reductor de las concentraciones de K⁺ en sangre, y prescribir o titular iSRAA.
- **Hiperpotasemia severa (K > 6 mEq/L):** Suspender iSRAA e iniciar fármaco reductor de concentraciones de K⁺ en sangre.

4. Determinaciones analíticas periódicas:

- **Primera determinación:** 1-4 semanas tras inicio o titulación iSRAA.
- **Segunda determinación:** 8-12 semanas después de la primera.
- **Determinaciones sucesivas:** Cada 4 meses.

FÁRMACOS QUE REDUCEN CONCENTRACIÓN DE POTASIO EN SANGRE

FÁRMACOS (SUSPENSIONES ORALES)

<p style="text-align: center;">RESINCALCIO (poliestireno sulfonato cálcico)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se une al K₊ impidiendo su absorción en colon distal. - 15g x 3-4/día. - Efectos adversos: <ul style="list-style-type: none"> • Estreñimiento (asociar laxantes) • Hipercalcemia 	<p style="text-align: center;">PATIRÓMERO CÁLCICO (VELTASSA®)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Complejo calcio-sorbitol. - Colon distal. - Dosis: 8,4g →16,8g→25,2g /día. - Diálisis: Poca experiencia - Inicio de acción 4-7 horas. - Separar 3 horas de otros fármacos. - Efectos adversos: <ul style="list-style-type: none"> • Estreñimiento • Dolor abdominal • Hipomagnesemia 	<p style="text-align: center;">CICLOSILICATO DE SODIO Y CIRCONIO (LOKELMA®)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intercambia Na⁺ por K⁺ - Todo el tubo digestivo. - Dosis inicial: 10g x 3/día durante dos días (72h máx). - Mantenimiento: 5g/día (ajustable). - Diálisis: 5g/día cuando no sesión de diálisis. - Inicio de acción 1 hora. - Separar 2 horas de fármacos con solubilidad dependiente de pH (antifúngicos, antirretrovirales, inhibidores TK, tacrolimus). - Efectos adversos: <ul style="list-style-type: none"> • Edemas (retención Na) • Hipopotasemia
---	---	--

***NOTA: Patiromer y ciclosilicato de sodio y circonio están sometidos a visado.** La indicación para financiación de estos fármacos es ERC avanzada + IC III-IV NYHA + HiperK⁺ leve-moderada en tratamiento con iSRAA y fracaso o intolerancia a resincalcio.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Núñez J, et al. Long-Term Potassium Monitoring and Dynamics in Heart Failure and Risk of Mortality. *Circulation*. 2018;137:1320-30.
2. Delgado-Jiménez Juan F. et al. Prevalence, Incidence, and Outcomes of Hyperkalaemia in Patients with Chronic Heart Failure and Reduced Ejection Fraction from a Spanish Multicentre Study: SPANIK-HF Design and Baseline Characteristics. *J Clin Med*. 2022; 11:1170.
3. Crespo-Leiro MG et al. Hyperkalemia in heart failure patients in Spain and its impact on guidelines and recommendations: ESC-EORP-HFA Heart Failure Long-Term Registry. *Rev Esp Cardiol*. 2020;73:313-323.
4. Savarese G. et al. Incidence, Predictors, and Outcome Associations of Dyskalemia in Heart Failure With Preserved, Mid-Range, and Reduced Ejection Fraction. *JACC Heart Fail*. 2019; 7: 65-76.
5. Fichas técnicas de Resincalcio®, Veltassa® y Lokelma®.

Protocolo realizado por: Álvaro Roldán Guerra, alvaroroldan97@gmail.com

Revisado por: José López Aguilera.

Publicado en: Marzo 2023.

Próxima revisión: Marzo 2024.