



**Kidney
University**

Control crónico del potasio sérico como facilitador de la terapia modificadora de pronóstico

Dra. Lilia María Rizo Topete

Especialista en Nefrología – Medicina Interna

Universidad Autónoma Nuevo León

Cédula 10752285

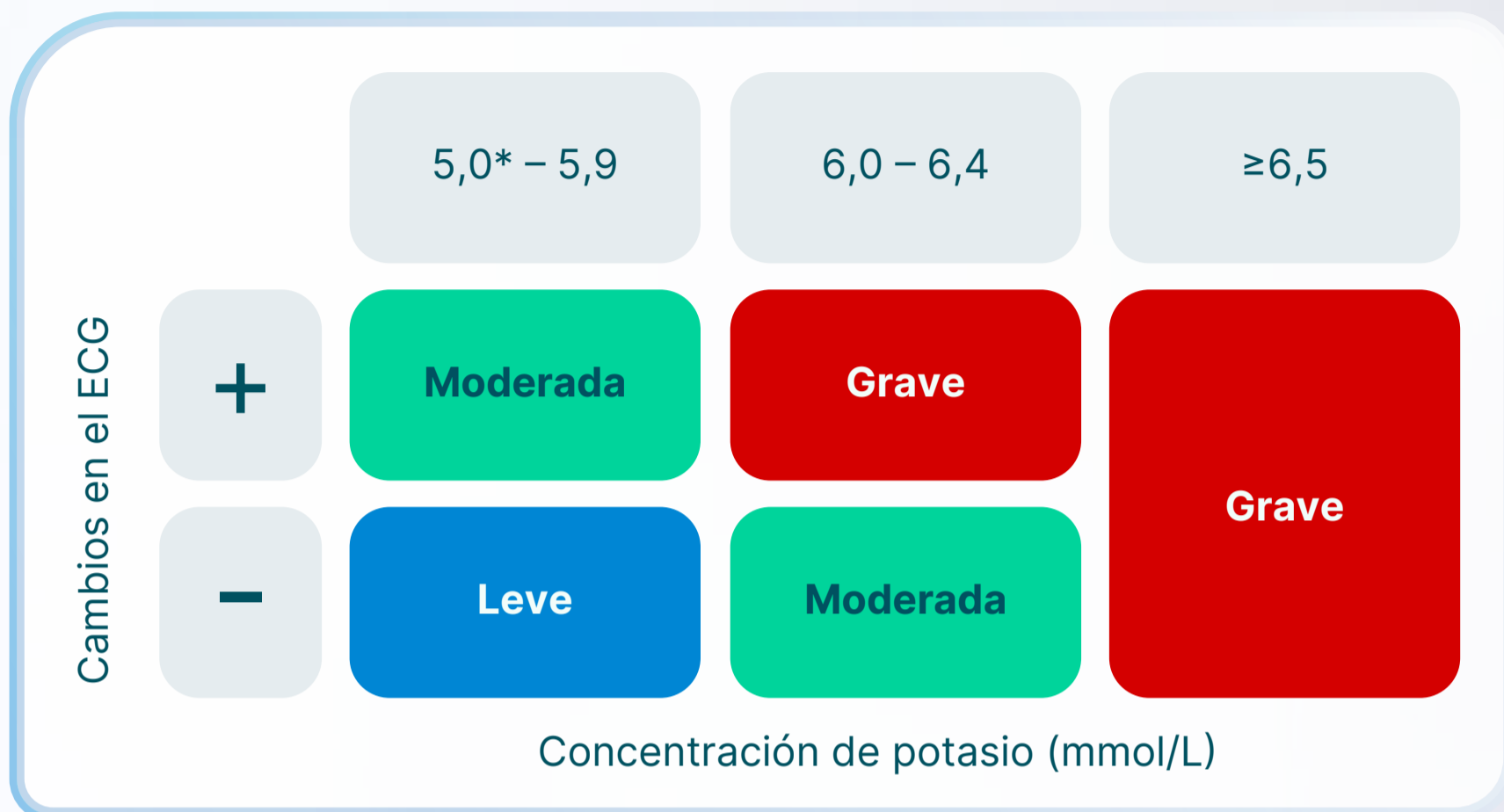
La **hipercalemia** es un trastorno electrolítico **frecuente** y de **alto impacto clínico** en pacientes con **enfermedad cardiorenal**, especialmente en quienes reciben tratamiento con **inhibidores del SRAA** (sistema renina-angiotensina-aldosterona). Si bien estos fármacos constituyen **terapias modificadoras de la enfermedad** respaldadas por las principales guías internacionales, su uso se asocia a un **mayor riesgo** de **hipercalemia**, generando una tensión clínica que con frecuencia conduce a la reducción o discontinuación del tratamiento, con consecuencias negativas sobre la morbimortalidad. El **manejo proactivo y sostenido** del **potasio sérico** resulta, por tanto, fundamental para **preservar** los **beneficios cardiovasculares y renales** de estas terapias.¹

La **hipercalemia** constituye un **trastorno electrolítico** definido por niveles séricos de potasio superiores a **5 mmol/L**. Se clasifica en **leve, moderada** y **grave** según la concentración sérica del ion y la presencia de manifestaciones cardiacas en el ECG (electrocardiograma), utilizando como umbrales de referencia 5,0 mmol/L, 6,0 mmol/L y 6,5 mmol/L, respectivamente **(Figura 1)**.¹⁻³

La mayoría de los pacientes con hipercalemia leve son asintomáticos y, cuando los síntomas se presentan, suelen ser inespecíficos, dificultando su reconocimiento clínico temprano. Sin tratamiento, la **hipercalemia grave** puede desencadenar **arritmias cardiacas** potencialmente fatales, **debilidad muscular, parálisis** y **muerte**.²



Figura 1. Gravedad de hipercalemia: clasificación basada en opinión de expertos



*En algunos pacientes el umbral puede ser 5,5 mmol/L

Adaptado de Clase CM, et al. *Kidney Int.* 2020;97(1):42-61.³

La **hipercalemia** es un **trastorno frecuente** en pacientes con **comorbilidades** como **DM** (diabetes mellitus), **ERC** (enfermedad renal crónica), **IC** (insuficiencia cardiaca) e **HTA** (hipertensión arterial).¹ Su **prevalencia** se **incrementa** significativamente en quienes reciben tratamiento con **inhibidores del SRAA**, agentes farmacológicos recomendados por las principales guías de cardiología y nefrología —incluyendo las ESC (European Society of Cardiology) y las KDIGO (Kidney Disease: Improving Global Outcomes)— para **prevenir** o **retardar** la **progresión** de la **enfermedad** en pacientes con síndrome cardiorenal.^{2,4,5} Sin embargo, estos mismos agentes constituyen un **factor de riesgo independiente** para el desarrollo de **hipercalemia**, lo que convierte a esta complicación en un evento predecible y de alto impacto clínico, asociado a un **incremento** demostrado en el riesgo de **hospitalizaciones y mortalidad** en esta población.²

Hipercalemia y uso de inhibidores del SRAA

La **hipercalemia** representa una **complicación conocida** del **bloqueo del SRAA**, con una prevalencia de hasta el 10% en pacientes ambulatorios y hasta el 38% en pacientes hospitalizados bajo tratamiento con inhibidores de la ECA (enzima convertidora de angiotensina). Los principales factores de riesgo para su desarrollo incluyen la **ERC**, la **DM**, la **IC descompensada**, la **depleción de volumen**, la **edad avanzada** y el uso concomitante de **fármacos** que interfieren con la **excreción renal de potasio**. Paradójicamente, esta misma población de alto riesgo es la que mayores beneficios cardiovasculares y renales obtendría de dichas terapias, lo que subraya la necesidad de un **manejo activo** y **sostenido** que permita **preservar su continuidad** sin comprometer la seguridad del paciente.⁶

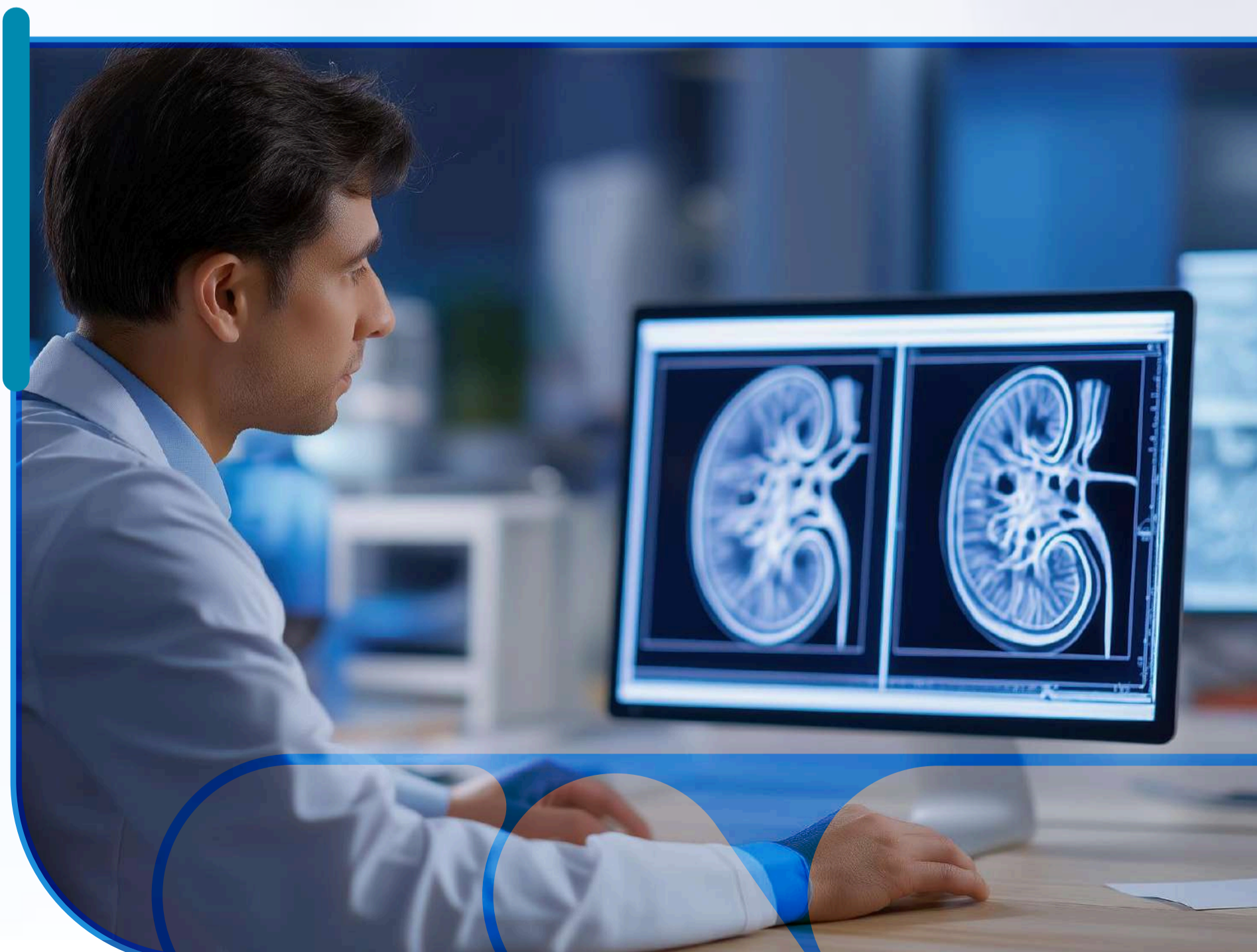
En la práctica clínica, la **optimización** de la **terapia** con **inhibidores del SRAA** en pacientes con **enfermedad cardiorenal** se ve frecuentemente **limitada** por el desarrollo de **hipercalemia**, generando una tensión clínica entre la necesidad de mantener una terapia modificadora de la enfermedad y el riesgo asociado a la elevación del potasio sérico.²



Ante esta situación, la **reducción de dosis** o la **discontinuación** de los inhibidores del SRAA representan las **estrategias terapéuticas más utilizadas**, a pesar de estar asociadas con **peores desenlaces cardiorrenales** y **mayor mortalidad**. La **discontinuación** de los inhibidores del SRAA conlleva un riesgo adicional: una vez suspendidos, frecuentemente **no se reinicia** el tratamiento, privando al paciente de sus **beneficios a largo plazo**.²



El objetivo clínico debe ser, por tanto, mantener las terapias modificadoras de la enfermedad el mayor tiempo posible, criterio respaldado por las guías ESC y KDIGO.^{2,4,5}



Manejo de la hipercalemia en pacientes con enfermedad cardiorrenal bajo tratamiento con inhibidores del SRAA

La **hipercalemia** debe considerarse un problema **recurrente, predecible y manejable** en individuos que viven con **enfermedad cardiorrenal** y reciben tratamiento con **inhibidores del SRAA**. El **manejo** de este trastorno es **complejo** y requiere un abordaje consistente e informado. Los pacientes con **IC, ERC o DM** deben ser evaluados individualmente, estableciendo un **plan de manejo** basado en umbrales de intervención universalmente acordados. La **identificación temprana** de pacientes en **riesgo** de hipercalemia y la implementación de **medidas preventivas** resultan fundamentales para garantizar que esta población acceda a los **beneficios del bloqueo del SRAA**.²



En **pacientes cardiorrenales** de **alto riesgo** aún **normocalémicos**, deben adoptarse **estrategias preventivas** que incluyan la eliminación de sustitutos de sal, el uso de diuréticos en contextos de hipertensión o expansión de volumen, y la evitación de fármacos que comprometan la excreción renal de potasio, como los AINEs (antiinflamatorios no esteroides), amilorida y los suplementos herbales. En esta población, el **control sostenido** del **potasio sérico** permite **iniciar y mantener** la terapia con **inhibidores de SRAA** en **dosis óptimas**, maximizando el beneficio cardiorrenal.^{2,6}



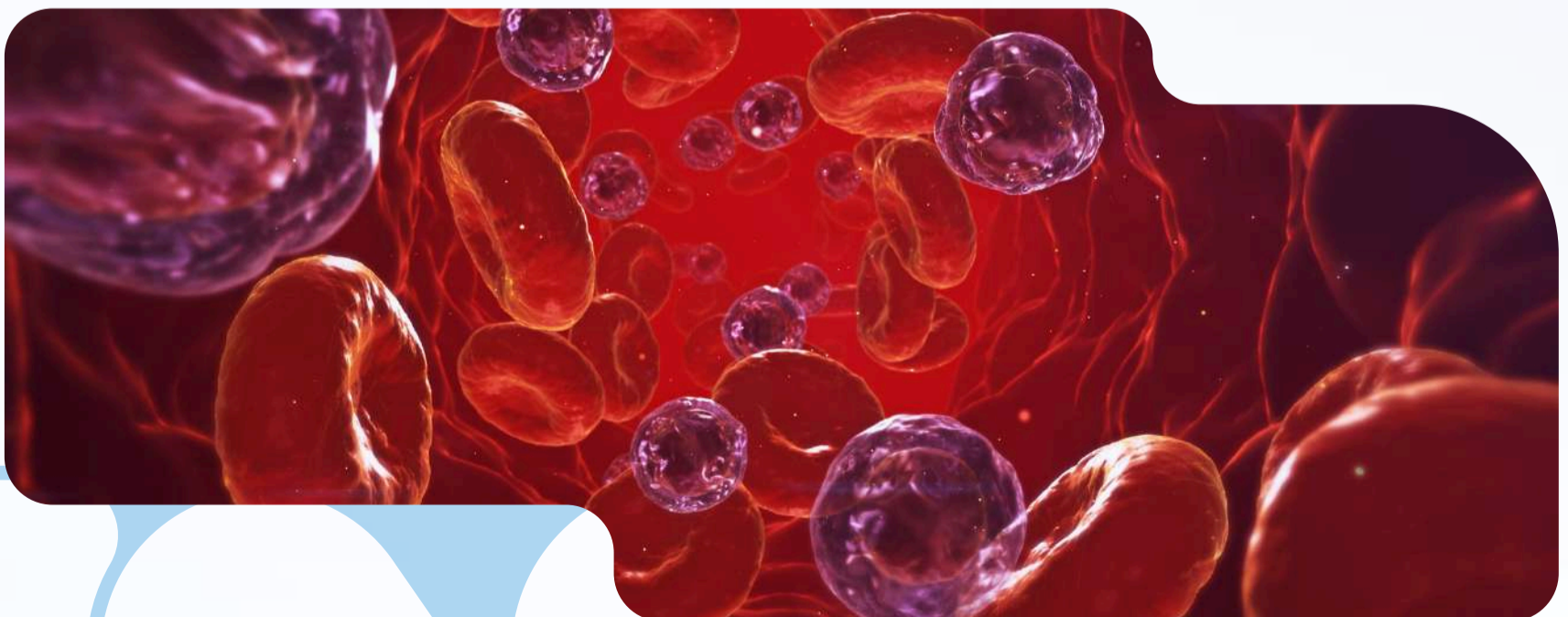
El manejo de **pacientes cardiorenales de alto riesgo** tiene como objetivo alcanzar la **dosis máxima recomendada** de **inhibidores del SRAA**. La hipercalemia inducida por estos fármacos no debe considerarse una intolerancia hasta haber agotado todas las estrategias disponibles para reducir el potasio sérico.²



Cuando la **hipercalemia leve a moderada** ya está presente, los inhibidores del SRAA deben **mantenerse sin reducción ni discontinuación de dosis**, priorizando en todo momento la **continuidad** de las **terapias modificadoras de la enfermedad**.²



En pacientes con **antecedentes de hipercalemia** que limita la optimización de inhibidores del SRAA, los **quelantes de potasio de nueva generación** representan una **herramienta útil** para permitir la titulación del tratamiento. El **monitoreo estrecho** con una estrategia individualizada de manejo es fundamental en esta población.²



Cambio de paradigma en el manejo de la hipercalemia. Transición de un enfoque reactivo a uno preventivo

Las **guías internacionales** basadas en evidencia, tanto para **ERC** como para **IC**, destacan la importancia de un **manejo proactivo** de la hipercalemia para facilitar la **optimización** de la **terapia** con **inhibidores del SRAA**, recomendando el uso de **estrategias y terapias** alternativas de **reducción del potasio** antes de considerar la reducción de dosis o la discontinuación de estos fármacos, siempre que sea clínicamente apropiado (**Figura 2, Tabla**).^{2,4-6} La **reducción de dosis** o **discontinuación** de los inhibidores del SRAA se asocia con **peores desenlaces cardiovasculares y renales**, por lo que la **suspensión definitiva** debe reservarse únicamente como **último recurso** en casos de **hipercalemia crónica refractaria** a todas las medidas implementadas.²

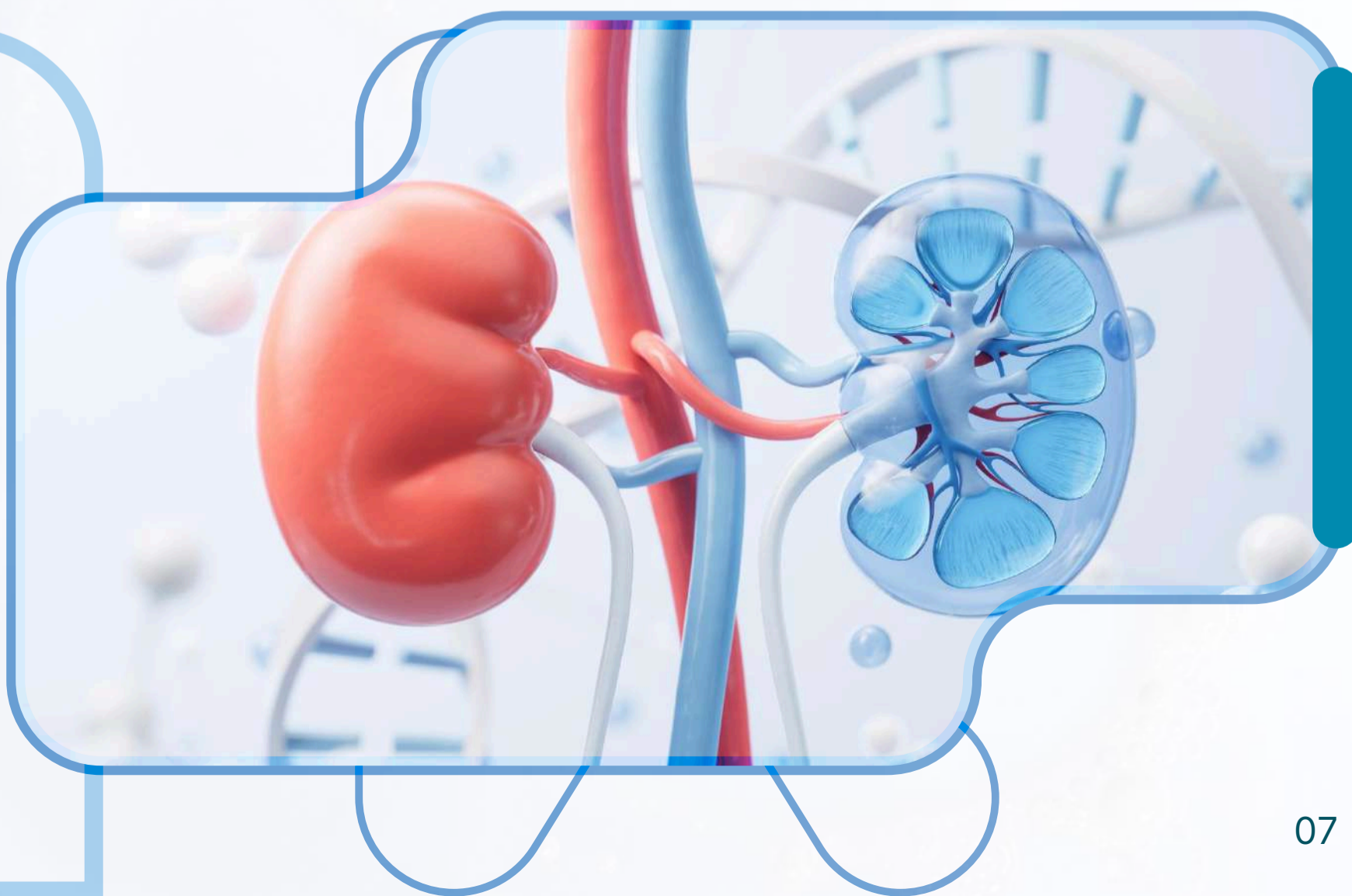
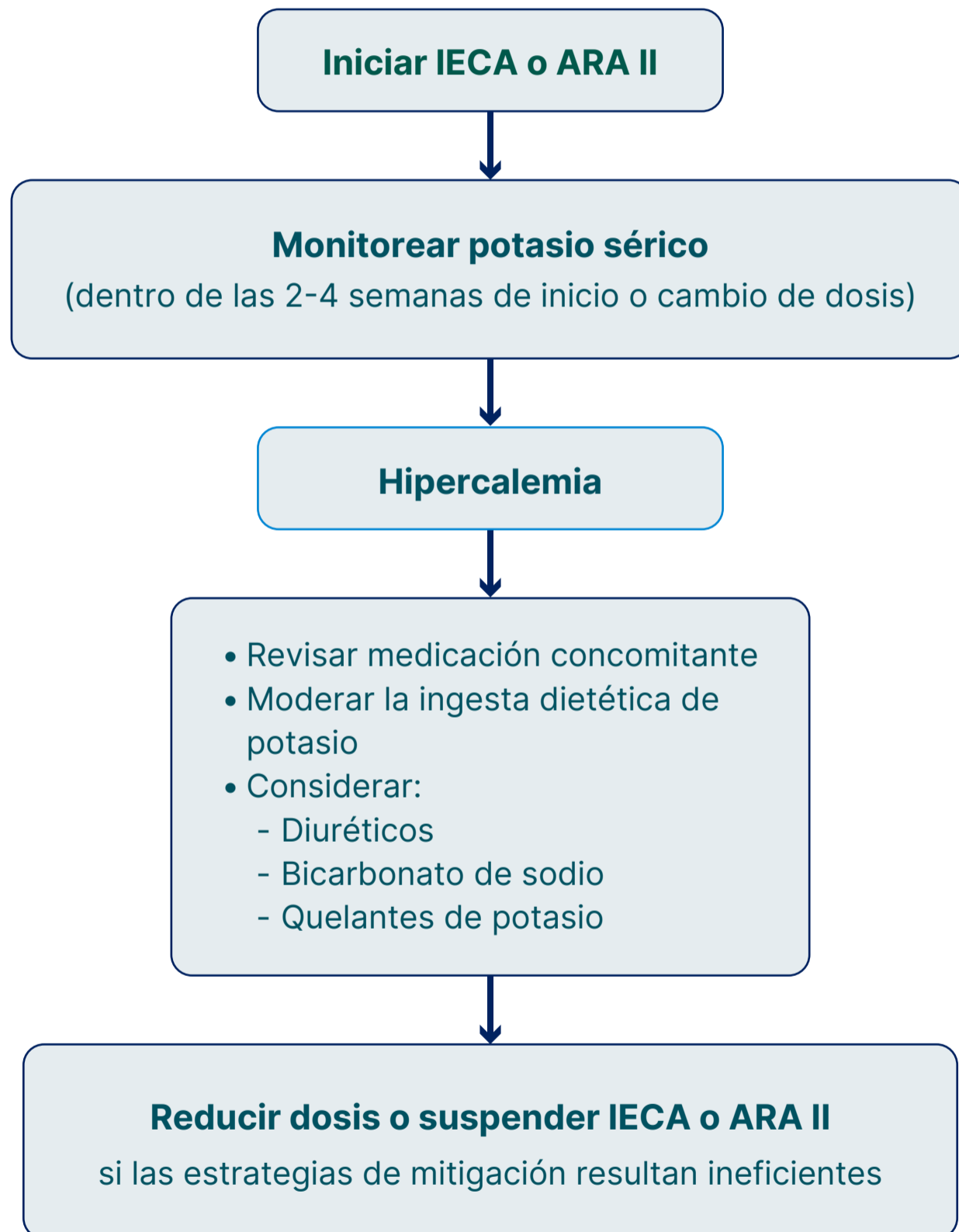


Figura 2. Algoritmo de monitoreo de potasio y manejo de hipercalemia tras el inicio de inhibidores del SRAA en pacientes con ERC



ARA II: Antagonista del receptor de Angiotensina II

Adaptado de Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Diabetes Work Group. *Kidney Int.* 2024;105(4):S117-314.⁴

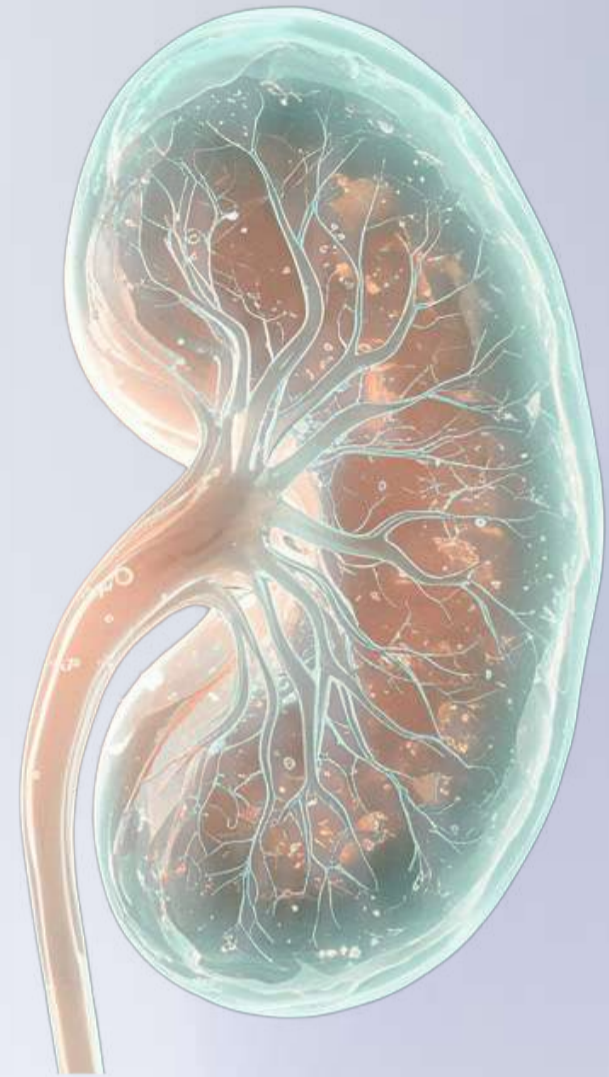
Tabla. Diagrama de flujo para el manejo de la hipercalemia en pacientes con enfermedad cardiovascular con indicación de terapia con inhibidores del SRAA

Paciente	Recomendación
Hipercalemia crónica o recurrente bajo terapia con inhibidores del SRAA	Se puede iniciar un agente reductor de K ⁺ aprobado en cuanto se confirmen niveles >5,0 mmol/L. Monitorear estrechamente el K ⁺ . Mantener el tratamiento salvo que se identifique una etiología tratable alternativa.
Hipercalemia crónica o recurrente sin alcanzar la dosis máxima tolerada recomendada por guías de inhibidores del SRAA	Optimizar los inhibidores del SRAA e iniciar un agente reductor de K ⁺ aprobado en cuanto se confirmen niveles >5,0 mmol/L. Monitorear estrechamente el K ⁺ . Mantener el tratamiento salvo etiología tratable alternativa.
Niveles de K⁺ 4,5 – 5,0 mmol/L sin alcanzar la dosis máxima tolerada recomendada por guías	Iniciar o titular los inhibidores del SRAA y monitorear estrechamente el K ⁺ . Si los niveles superan 5,0 mmol/L, iniciar un agente reductor de K ⁺ aprobado.
Niveles de K⁺ >5,0 – <6,5 mmol/L sin alcanzar la dosis máxima tolerada recomendada por guías	Iniciar un agente reductor de K ⁺ aprobado. Si se alcanzan niveles <5,0 mmol/L, titular los inhibidores del SRAA. Monitorear estrechamente el K ⁺ y mantener el tratamiento reductor salvo etiología alternativa identificada.
Niveles de K⁺ >5,0 – <6,5 mmol/L con la dosis máxima tolerada recomendada por guías	Se puede iniciar tratamiento con un agente reductor de K ⁺ . Monitorear estrechamente el K ⁺ y mantener el tratamiento reductor salvo etiología tratable alternativa identificada.
Niveles de K⁺ >6,5 mmol/L con dosis máxima o submáxima tolerada recomendada por guías	Discontinuar o reducir los inhibidores del SRAA. Se puede iniciar un agente reductor de K ⁺ en cuanto los niveles sean >5,0 mmol/L. Monitorear estrechamente el K ⁺ .

Adaptado de Rosano GMC, et al. Eur Heart J Cardiovasc Pharmacother. 2018;4(3):180-188.⁵

Conclusiones

La **hipercalemia** en el **paciente cardiorenal** es un **trastorno predecible y manejable**. Su **identificación temprana**, el **monitoreo dinámico** del potasio sérico y la implementación de **estrategias preventivas e individualizadas** permiten mantener los **inhibidores del SRAA a dosis óptimas**. Los **quelantes de potasio de nueva generación** constituyen una **herramienta terapéutica clave** para preservar la continuidad de las terapias modificadoras de la enfermedad y su impacto beneficioso sobre la morbimortalidad.²



Referencias

1. Ortiz-Cortés C, et al. Current insights and challenges in the management of hyperkalemia. Rev Esp Cardiol (Engl Ed). 2026;79(4):369-376.
2. Burton JO, et al. An international Delphi consensus regarding best practice recommendations for hyperkalaemia across the cardiorenal spectrum. Eur J Heart Fail. 2022;24(9):1467-1477.
3. Clase CM, et al. Potassium homeostasis and management of dyskalemia in kidney diseases: conclusions from a Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Controversies Conference. Kidney Int. 2020;97(1):42-61.
4. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. Kidney Int. 2024;105(4):S117-314.
5. Rosano GMC, et al. Expert consensus document on the management of hyperkalaemia in patients with cardiovascular disease treated with renin angiotensin aldosterone system inhibitors: coordinated by the Working Group on Cardiovascular Pharmacotherapy of the European Society of Cardiology. Eur Heart J Cardiovasc Pharmacother. 2018;4(3):180-188.
6. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Diabetes Work Group. KDIGO 2026 Clinical Practice Guideline for Diabetes and Chronic Kidney Disease (CKD): Chapter 1, Chapter 2, & Chapter 4 Update — Public Review Draft. KDIGO; March 2026.

Uso exclusivo para profesionales de la Salud.

La información incluida en este material no debe copiarse ni distribuirse a ninguna otra persona que no sea el receptor al que va destinado

No. de Documento: MX-17519

LOKELMA® Reg. No. 151M2022 SSA IV

Fecha de aprobación interna: MAY-26

Reporte las sospechas de reacción adversa al correo: patientsafety.mexico@astrazeneca.com

