



Deteccción temprana de hipercalemia: *Screening*, estratificación de riesgo y monitoreo

Dr. Mauricio Arvizu Hernández

Especialista en Nefrología

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Cédula 09170798

Detección temprana de hipercalemia en pacientes con enfermedad cardiorenal

La **hipercalemia** constituye un trastorno electrolítico frecuente y recurrente en pacientes con **diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares y renales**, especialmente en aquellos bajo tratamiento con **inhibidores del SRAA (sistema renina-angiotensina-aldosterona)**. Su **detección y manejo tempranos** son fundamentales para prevenir **complicaciones graves** y la **progresión** de la **enfermedad**.^{1,2}



La **hipercalemia** se define por niveles séricos de **potasio** superiores a **5 mmol/L** y se clasifica como **leve, moderada o grave** según las concentraciones de potasio sérico y la presencia de manifestaciones cardiacas en el ECG (electrocardiograma).²

		Concentración de potasio (mmol/L)		
		5.0* – 5.9	6.0 – 6.4	≥6.5
Cambios en el ECG	+	Moderada	Grave	Grave
	-	Leve	Moderada	Grave
		Severidad de la hipercalemia		

*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 **forma aguda** implica una elevación rápida del potasio con riesgo de arritmias graves, mientras que la **hipercalemia crónica** se caracteriza por una elevación sostenida por más de 3 meses, confirmada en al menos 3 mediciones consecutivas sin variaciones significativas.²

Los pacientes con **diabetes mellitos**, con **ERC (enfermedad renal crónica)** e **IC (insuficiencia cardiaca)** representan la población de **mayor riesgo** de **hipercalemia**, particularmente quienes reciben tratamiento con **inhibidores del SRAA** conforme a las guías de práctica clínica

Señales de alerta sobre la potencial presencia de hipercalemia



Señales de alerta

Causas / Factores de riesgo para hipercalemia

- Enfermedad renal crónica G3-G5 (TFGe $<60 \text{ ml/mmin}/1.73\text{m}^2$)^{6,7}
- Lesión renal aguda
- Insuficiencia cardiaca
- Diabetes mellitus
- Destrucción tisular grave
- Inhibidores del sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA)
- Antiinflamatorios no esteroideos (AINEs)
- Diuréticos ahorradores de potasio

La **hipercalemia** debe considerarse un problema **recurrente, predecible y manejable** en individuos que viven con **enfermedad cardiorrenal** y reciben **tratamiento con inhibidores del SRAA**.¹



El **monitoreo regular y dinámico** del **potasio sérico** es fundamental en pacientes con **enfermedad cardiorenal** en **alto riesgo** de **hipercalemia**, quienes deben ser vigilados de cerca con una **estrategia establecida** para gestionar sus niveles de potasio de manera efectiva.¹

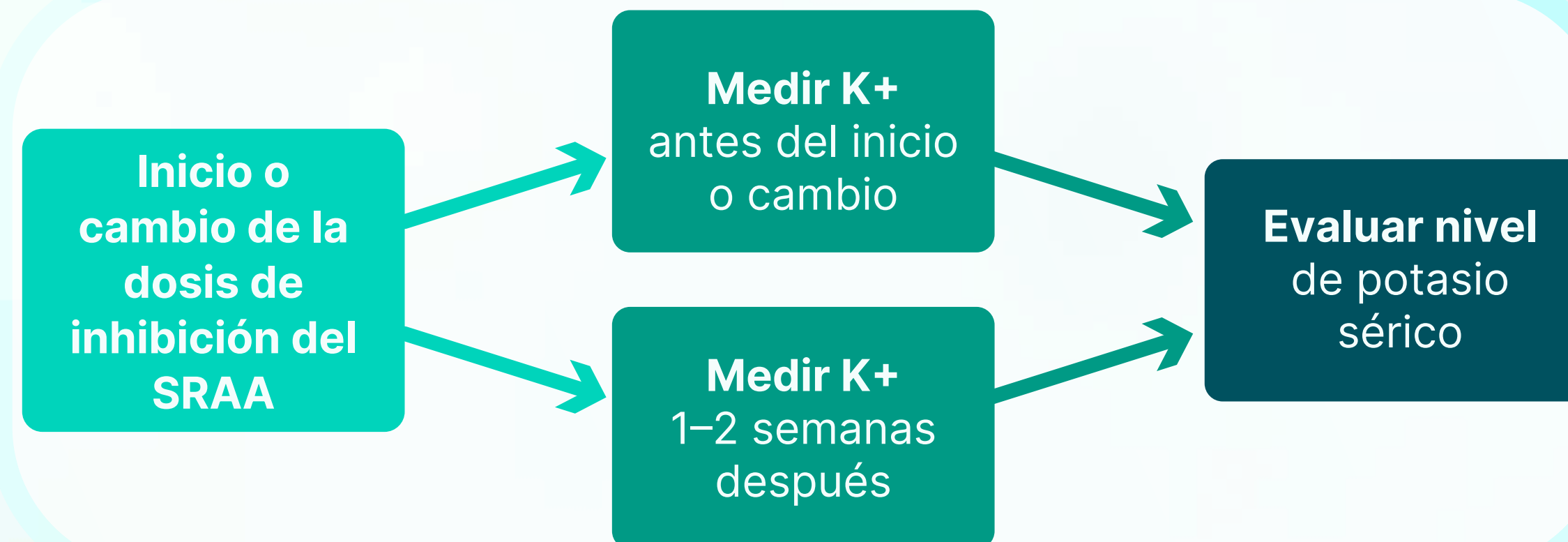


Cada revisión debe evaluar proactivamente la **prevención y el manejo** de la **hipercalemia**, intensificando la vigilancia ante cambios en la **medicación, enfermedades intercurrentes** o modificaciones en la **condición de base** que puedan comprometer la función renal o alterar

Enfermedad cardiorrenal e inhibición del SRAA

En pacientes con **riesgo elevado** de **hipercalemia**, se recomienda **monitorear** la concentración sérica de potasio **previo al inicio** de la **inhibición del SRAA** y posterior al inicio o cambio en la dosis de tratamiento.^{3,8}

Paciente con alto riesgo de hipercalemia





Conclusiones

La **hipercalemia** en el paciente con **enfermedad cardiorrenal** es un trastorno **recurrente, predecible y manejable**. Su **identificación temprana** representa la principal oportunidad para **prevenir** eventos y la progresión de la enfermedad.^{1,2}

El reconocimiento de pacientes en **alto riesgo**, junto al **monitoreo dinámico** y el **manejo efectivo** de la **hipercalemia**, permiten preservar la **continuidad** de las **terapias modificadoras** de la **enfermedad** y su **impacto beneficioso** sobre la morbilidad y los desenlaces clínicos.¹

Referencias

1. 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.
2. Ortiz-Cortés C, et al. Current insights and challenges in the management of hyperkalemia. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed).* 2026;79(4):369-376.
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. Kumar R, et al. Managing hyperkalemia in high-risk patients in long-term care. *Am J Manag Care.* 2017;23(2 Suppl):S27-S36.
5. Lindner G, et al. Acute hyperkalemia in the emergency department: a summary from a Kidney Disease: Improving Global Outcomes conference. *Eur J Emerg Med.* 2020;27(5):329-337.
6. Hunter RW, Bailey MA. Hyperkalemia: pathophysiology, risk factors and consequences. *Nephrol Dial Transplant.* 2019;34(Suppl 3):iii2-iii11.
7. 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.
8. 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-17516

LOKELMA® Reg. No. 151M2022 SSA IV

Fecha de aprobación interna: MAY-26

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