

RECOMENDACIONES MANEJO DE POTASIO EN PACIENTES CON IC. SOCIEDAD EUROPEA DE CARDIOLOGÍA.

Autor: Marcos García Aguado

Fecha de publicación: 29/09/2022

Patología: Insuficiencia cardiaca / Categoría: Actualización

Tiempo de lectura: 2 minutos



Las partes del texto subrayadas contienen enlaces a artículos publicados, u otros posts de CARPRIMARIA.

El [documento de consenso](#) publicado por la **Sociedad Europea de Cardiología** en 2022 sobre los efectos renales de la terapia farmacológica para el manejo de la insuficiencia cardiaca (IC) aborda recomendaciones sobre el manejo de la **hiperpotasemia**.

En un post previo de [CARPRIMARIA](#) publicado en 2021 hicimos referencia al manejo de la hiperpotasemia en IC, recordando que los niveles de potasio sérico recomendados son de **4 a 5 mEq/litro**.

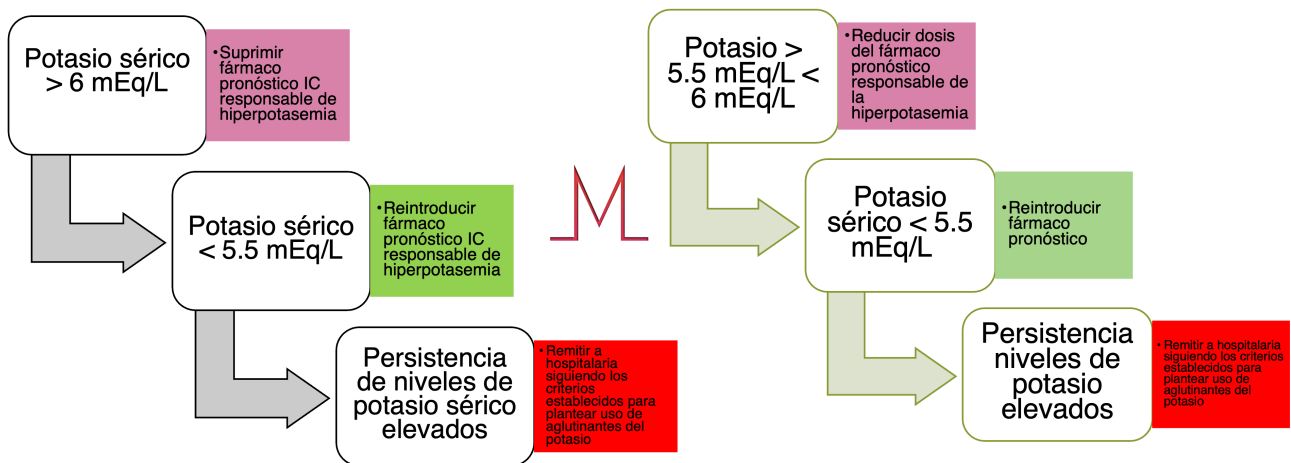
El documento europeo antes mencionado nos recuerda que la hiperpotasemia es un motivo frecuente de discontinuación de medicación pronóstica* en IC, implicando problemas en la salud de nuestros pacientes. La prevalencia de esta alteración iónica varía según series, desde el 0.4% al 10%.

Las recomendaciones del documento son:

- Suprimir temporalmente el fármaco pronóstico responsable si los niveles de potasio **son > 6 mEq/L**, y reiniciarlo cuando los niveles de potasio desciendan por debajo **de 5.5 mEq/L**.
- Reducir temporalmente la dosis del fármaco pronóstico responsable cuando los niveles de potasio sérico se sitúen entre **5.5 mEq/L y 6 mEq/L**.

- Plantear el uso de fármacos [secuestradores de potasio](#) (**patiromer y ciclosilicato de sodio zirconio**) para mantener las terapias pronósticas en pacientes con IC que presentan hiperpotasemia persistente. Estos tratamientos evitarían la supresión del fármaco pronóstico de IC responsable de la hiperpotasemia, evitando así el impacto negativo en la supervivencia de nuestros pacientes.
- Nos recuerdan la importancia de monitorizar la función renal e iones cuando iniciamos o titulamos fármacos pronósticos de IC con efecto en los niveles de potasio. En los estudios de investigación de fármacos pronósticos de IC se realizaban los controles analíticos a los 14 días de los cambios de dosis. Una vez alcanzada la dosis máxima tolerada, se realizaban controles cada 4 meses. Los controles deberían ser más estrechos y frecuentes en los pacientes con estadios 5 de **KDIGO** y 4 con macroalbuminuria.

* [Fármacos pronósticos en IC](#) (aplicable a la reducida y ligeramente reducida: $FEV_i \leq 50\%$): IECAs/ARA II, [Sacubitril-valsartán](#) (SV), ARM, Betabloqueantes e iSGLT2. Los IECAs/ARA II, SV y ARM pueden inducir hiperpotasemia. El SV incrementa menos los niveles de potasio que el IECA/ARAII.



Fármacos pronósticos en IC reducida que producen hiperpotasemia: IECAs/ARA II, Sacubitrilo-Valsartán y ARM. El Sacubitrilo-Valsartán, genera menos hiperpotasemia que el IECA/ARAII y enlentece el deterioro renal en comparación con el IECA/ARA II.

Ilustración 1. Recomendaciones manejo hiperpotasemia en IC. Sociedad Europea Cardiología.

REFERENCIAS

[European Journal of Heart Failure \(2022\) **24**, 603–619](#)

