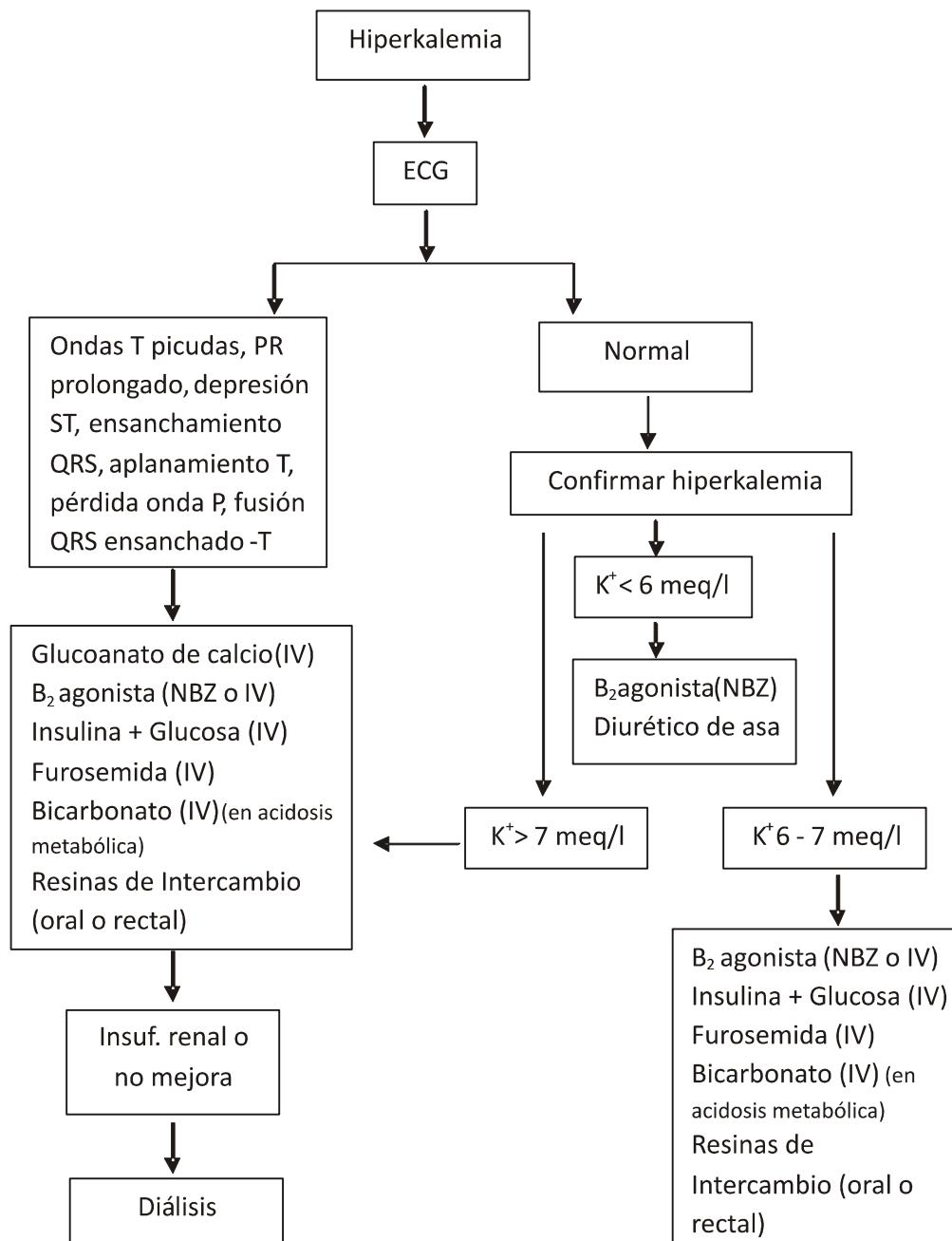


ALGORITMOS DIAGNÓSTICOS Y/O TERAPÉUTICOS

FICHA Nº 2

Dra. Silvia I. Falasco

ALGORITMO TERAPÉUTICO DE LA HIPERKALEMIA



ALGORITMOS DIAGNÓSTICOS Y/O TERAPÉUTICOS

FICHA Nº 2

Dra. Silvia I. Falasco

ALGORITMO TERAPÉUTICO DE LA HIPERKALEMIA

La presencia de alteraciones electrocardiográficas es imprevisible, la FV (fibrilación ventricular) puede ser la primera manifestación. El riesgo en general es mayor en relación al nivel de K+ sérico, la velocidad de elevación y la asociación con hiponatremia, hipocalcemia y acidosis. La presencia de alteraciones electrocardiográficas, y la hiperkalemia severa, deben ser consideradas una emergencia.

El glucoanato de calcio estabiliza la membrana miocárdica, disminuye el umbral del potencial de acción de los miocitos, no modifica la concentración de potasio plasmático (al 10% administrar 10 ml en 5 minutos, puede repetirse la dosis cada 5 minutos; comienzo de acción a los 5 - 10 min, duración 30 - 60 min). Salbutamol IV 0.5 mg en 100 ml glucosa al 5% a pasar en 15 min., 10 a 20 ml en NBZ, comienzo de acción 5-8 min., duración 2- 3 hs. Solución polarizante (10 U insulina rápida en 500 ml glucosa al 10% o 50 ml glucosa al 50% IV, comienzo de acción 15-30 min., duración 6-8 hs. Bicarbonato de Sodio 1/6M 250-500 ml, o 50 ml de 1 M IV, comienzo de acción 30-60 min., duración de la acción 6 a 8 hs. Las resinas de intercambio catiónico quelan al potasio en el tubo digestivo y de este modo lo eliminan, pueden administrarse por vía oral o mediante enemas. Poliestirensulfonato cálcico vía oral: 15-50 g/4-6 horas (3-6 cucharadas disueltas en agua); en enema: 30-100 g/4-6 horas (diluidos en 250 ml, retener enema por 30'-60', seguido de una enema de limpieza para eliminar la resina). Comienzo de acción 1-2 horas, duración 6-12 horas. Tiene una efectividad limitada, no útil en el manejo de la hipertotasemias aguda.

La Fludrocortisona se la utiliza en insuficiencia suprarrenal e hipoaldosteronismo hiporeninémico.

En todos los casos tratar la causa, restringir K de la dieta y fármacos que elevan el K.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Sequera Ortiz P. Diagnóstico de la hipertotasemias. En Alcázar Arroyo R. Algoritmos en Nefrología. Trastornos hidroelectrolíticos y del equilibrio ácido-base. Sociedad Española de Nefrología. Pfizer. 2011: 10 -11
- 2- Lami MN, Prettini V, Sesin J. Guías Clínicas. Hiperkalemia. Diagnóstico y Tratamiento. Rev. de la Fac. de Ciencias Médicas 2009; 66 (2): 85 - 88
- 3- Humera Sarwar, AM Brooke. Treating hyperkalaemia. Student BMJ 2012;20:e6998.