
Hipopotasemia

AUTORES: GERALDINA LINARES Y ALEJANDRO LARRIERA.
Hospital de Clínicas José de San Martín. Universidad de Buenos Aires.
ASESOR MÉDICO: RICARDO BARCIA.

DEFINICIÓN

Potasio (K) en plasma $<3,5$ mEq/L.

CLÍNICA

Debilidad, cansancio, constipación, mialgias, síndrome de piernas inquietas. Con K $<2,0$ puede aparecer rabdomiólisis y/o parálisis ascendente con compromiso respiratorio, paro respiratorio, alteraciones electrofisiológicas y de la contractibilidad cardíaca, de mayor gravedad en pacientes con enfermedad coronaria.

LABORATORIO

(valoración inicial) ionograma con magnesemia y calcemia, estado ácido-base, urea, creatinina, glucemia y K urinario.

ECG

K <3 : depresión segmento ST, aplanamiento onda T, onda U K <2 : ensanchamiento QRS, prolongación del PR.

Causas más frecuentes: disminución del aporte, pérdidas gastrointestinales (diarrea, vómitos, drenajes), pérdidas renales (poliuria, diuréticos, acidosis tubular renal [ATR] tipo I), hipercortisolismo, hipomagnesemia, fármacos (anfotericina, cisplatino, β_2 agonistas).

MANEJO Y TRATAMIENTO

Considerar que el aporte de la dieta es: 80 mEq/día aprox. y que los requerimientos mínimos: 60 mEq/día.

CON K $>2,5$ Y PACIENTE ASINTOMÁTICO Y SIN CAMBIOS EN ECG.

Administrar potasio vía oral de la siguiente manera:

- Gluconato de K 10 ml = 13 mEq.
Ejemplo: 15 ml (una cucharada sopera) cada 6 H, o
- Cloruro de K (Control K ® comprimidos) 600 mg = 8 mEq
Ejemplo: 1-2 comprimidos cada 8 horas.

CON K <2,5 Y PACIENTE SINTOMÁTICO Y/O CON CAMBIOS EN EL ECG.

- **Vía periférica:**

max. 20 mEq/hora en concentración no mayor a 60 mEq/litro.

Ejemplo: 30 mEq en 500 ml de solución fisiológica a pasar en 3 H.

- **Vía central:**

max. 40 mEq/hora.

Ejemplo: 80 mEq en 500 ml de solución fisiológica a pasar en 3 H.

- **Urgencias:**

hasta 100 mEq/hora o 4.5 mEq en un minuto y luego 1 mEq/min con control ECG continuo.

CONSIDERACIONES ESPECIALES:

- Corregir alteraciones subyacentes como: hipomagnesemia, alcalosis, depleción de volumen.
- En pacientes con tratamiento diurético los requerimientos de potasio son mayores.
- Luego de la reposición se realizará un control de potasemia a las 4-5 H.
- La reposición endovenosa se realiza con K en solución fisiológica.
- Los pacientes con requerimientos de insulina deben tener un aporte diario mayor de K y control estricto con ionograma plasmático.
- Siempre es preferible la vía oral excepto en hipopotasemias graves.

Bibliografía:

- Schaefer TJ et al. Disorders of potassium. Emerg Med Clin North Am. 2005;23:723-47.
- Alteraciones electrolíticas potencialmente fatales. Guía 2005 AHA. ACLS. Circulation, 2005;112:IV-121-IV.125.
- Gennari FJ. Hypokalemia. NEJM 1998; 339: 451-58.