

HIPOPOTASEMIA.-

ENCONTRAMOS UNA HIPOPOTASEMIA CASUAL:

- 1.- Si $K < 3,5$, valorar impacto cardíaco (ECG: aplanamiento onda T, onda U prominente, prolongación QT, descenso ST, PR alargado, arritmias ventriculares y supraventr.
- 2.- ¿Toma digital? Mayor toxicidad.
- 3.- ¿Toma hidroclorotiaz? Retirar, considerar que se normalizará en el plazo de varios meses.

ESTUDIO BASICO:

Ionograma, K en orina 24 horas, ECG, Ratio potasio/creatinina, glucosa, creatinina, gradiente transtubular

- 4.- ¿Pérdida digestiva (vómitos, diarrea) o renal? Si excreta > 15 mEq/día, será renal.
- 5.- Ratio potasio/creatinina: < 13 mEq/g = dieta pobre, cambios transcelulares, pérdidas digestivas, uso previo de diuréticos. > 13 mEq/g: pérdida renal
- 5.- Gradiente transtubular de potasio (TTKG en inglés) = $(K \text{ orina} \times \text{osmolaridad plasma}) / (K \text{ plasma} \times \text{osmolaridad orina})$ Valor normal: entre 8-9. Valores > 11 incremento en la secreción de K, Valores < 4 ausencia actividad mineralcorticoidea en túbulo distal = pérdida extrarenal o cambios transcelulares, como diurético, ingesta de k, diuresis osmótica p ej.- por glucosuria, parálisis familiar por hipokaliemia.
- 6.- ¿Hipertenso? Si: enfermedad Renovascular, secreción elevada de renina (tumor?); Aldosterona elevada: hiperaldosteronismo.
- 7.- Magnesio bajo: probablemente también por diuréticos, interfiere la absorción K.

PRUEBA EX JUBANTIBUS: tras ingesta de suplementos de potasio: mejora los pacientes con pérdidas extrarenales (vómito, diarrea) y por diuréticos si se ha cesado su ingesta. Si pérdida renal el potasio solo sube un poco y vuelve a caer cuando se discontinúa el tratamiento

PRUEBAS AVANZADAS:

- Gasometría para detectar acidosis o alcalosis metabólica.
- pH urinario para detectar acidosis tubular renal.
- Magnesemia, Calcio, Fosforo, si sospecha enolismo. Síndrome de Bartter: sordera, retraso mental, poliuria/polidipsia, excreción alterada de potasio y calcio.
- Digoxinemia si ingesta digoxina.
- Renina, aldosterona si la hipokaliemia persiste tras ingesta potasio.
- Supresión de Aldosterona si sospechamos adenoma adrenal.
- Cortisol libre en orina si sospechamos Cushing..
- TAC suprarrenales si exceso de catecolaminas TAC abdominal si sospecha VIPoma
- TAC cerebral .
- TSH si sospecha parálisis periódica.
- Restricción de agua si sospechamos polidipsia primaria

- Cloro en sudor si sospecha de fibrosis quística.