

Introducción

El hipoaldosteronismo puede definirse como una disminución de la actividad mineralocorticoide, ya sea por un déficit de aldosterona o por resistencia a su acción, lo que provoca alteraciones hidroelectrolíticas y del equilibrio ácido-básico características de esta condición.

Diagnóstico

Criterios diagnósticos

A. Hiperpotasemia no ficticia y persistente

- Al menos 2 muestras con hiperpotasemia en días distintos, descartado hemólisis.
- Además:
 - Ausencia de aporte externo de potasio.
 - FG > 20 ml/min/1,73 m².

B. Hiponatremia hipovolémica con Na⁺ urinario elevado (≥ 30 mmol/L) persistente tras retirada de diuréticos y en ausencia de:

- Administración de bicarbonato.
- Síndrome pierde sal cerebral o renal.

C. Ausencia de hipopotasemia

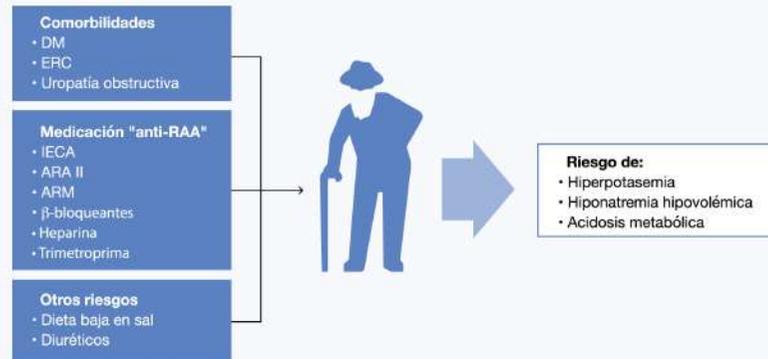
D. Respuesta terapéutica adecuada:

- Mejora o resolución del trastorno hidroelectrolítico tras la administración de mineralocorticoides o tras el incremento del aporte de líquidos y sal por vía intravenosa u oral.

Para el diagnóstico se empleó la presencia de A y/o B, junto con C y D

Escenario clínico habitual

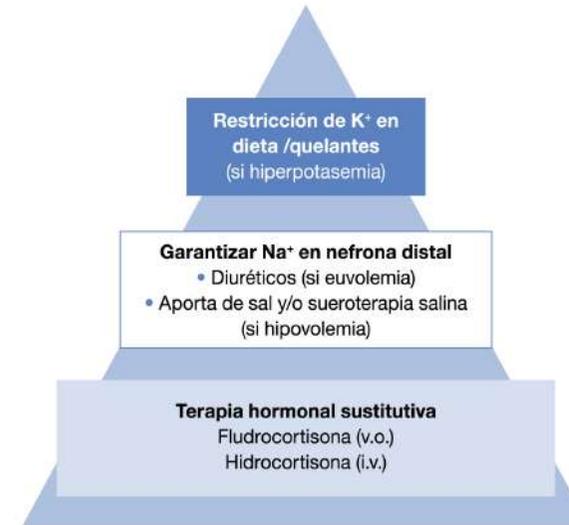
Persona mayor con factores de riesgo de déficit de aldosterona y/o resistencia a su acción, que en el contexto de más factores de riesgo y/o de hipovolemia, desarrolla el cuadro clínico.



En caso de hiperpotasemia (manifestación más emblemática), se debe evaluar si la eliminación urinaria de potasio es adecuada o no; el último caso correspondería a un hipoaldosteronismo.

	Hipoaldosteronismo
Excreción fraccional de K ⁺	< 30 %
Ratio K ⁺ /creatinina urinaria	< 150 mmol/g
Gradiente transtubular de K ⁺	< 7
Ratio Na ⁺ /K ⁺ urinario	> 2

Enfoque terapéutico



Tratamiento del hipoaldosteronismo por déficit en la producción de aldosterona



Tratamiento del hipoaldosteronismo por resistencia a la acción de la aldosterona

No olvides...

- La presencia de hiperpotasemia con inadecuada eliminación urinaria de potasio en un riñón suficientemente funcional debe hacer pensar en hipoaldosteronismo.
- El hipoaldosteronismo también causa hiponatremia, pero esta es hipovolémica, aunque con sodio urinario elevado. No confundir con el SIADH.
- La acidosis metabólica *anion gap* normal, asociada a hiperpotasémica es un cuadro clásico, pero no tan frecuente.
- El hipoaldosteronismo es de origen farmacológico y multifactorial en la mayoría de los casos. Las personas mayores tienen una predisposición importante para presentar sus manifestaciones.
- El tratamiento del hipoaldosteronismo se centra en mejorar la actividad mineralocorticoide. Para ello, se debe garantizar la llegada de sal y fluidos a la región distal de la nefrona.