Una bella revisione sul trattamento dell'iperkaliemia acuta

Lindnera G, Burdmann EA, Clase CM, et al. Acute hyperkalemia in the emergency department: a summary from a Kidney Disease: Improving Global Outcome conference. European Journal of Emergency Medicine 2020, 27:329–337.

Parole chiave: iperkaliemia acuta, calcio cloruro, revisione

Questa recente review sull'iperkaliemia chiarisce questioni aperte soprattutto in merito al trattamento in ambito di Medicina d'Urgenza dell'iperkaliemia acuta.

Bisogna innanzitutto ricordare che fra le cause/fattori di rischio per iperkaliemia, oltre alla malattia cronica e acuta del rene, vi sono i farmaci risparmiatori di potassio e gli ACE inibitori, i FANS, lo scompenso cardiaco ed il diabete mellito.

Relativamente al trattamento, sappiamo da tempo che in presenza di alterazioni ECG, la scelta prioritaria e urgente sono i sali di calcio per via endovenosa. Il calcio previene infatti la fibrillazione ventricolare attraverso la stabilizzazione della membrana cellulare ed è attivo entro 3 minuti dopo l'infusione. È però ancora controverso se si debba preferire il calcio gluconato o il calcio cloruro.

Il calcio gluconato è meno tossico sui tessuti, mentre il calcio cloruro ha una maggior biodisponibilità. Ma la vera differenza, da non dimenticare, riguarda la loro concentrazione, che è circa tre volte maggiore per il calcio cloruro rispetto al calcio gluconato.

Quindi, per usare la stessa quantità di calcio, bisogna usare 30 mL al 10% di calcio gluconato rispetto a 10 mL al 10% di calcio cloruro. In questa review, l' European Resuscitation Council raccomanda l' uso di 10 ml al 10% di calcio cloruro in 2–5 minuti nei pazienti con ECG modificato. Una dose supplementare può essere somministrata entro 10 minuti in caso di non risposta. Insulina e salbutamolo sono altri presidi importanti nel trattamento delle gravi iperkaliemia, ma solo la dialisi, i diuretici dell'ansa e i leganti del potassio consentono di rimuoverlo dall'organismo.

(Andrea Bellone)