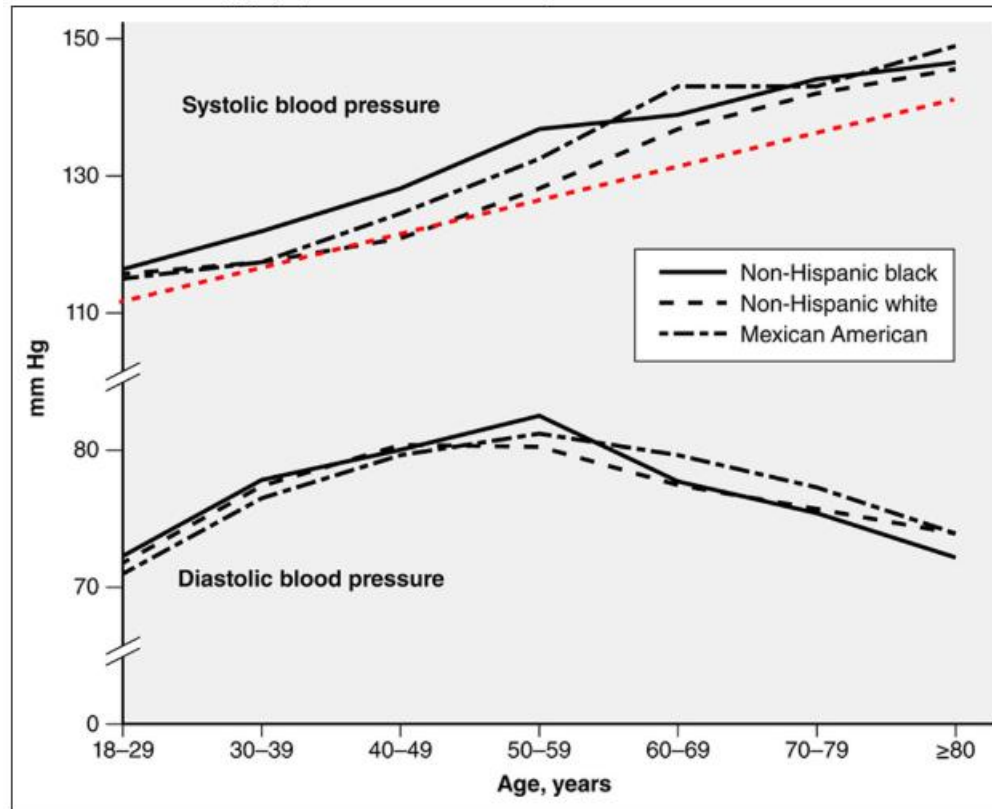
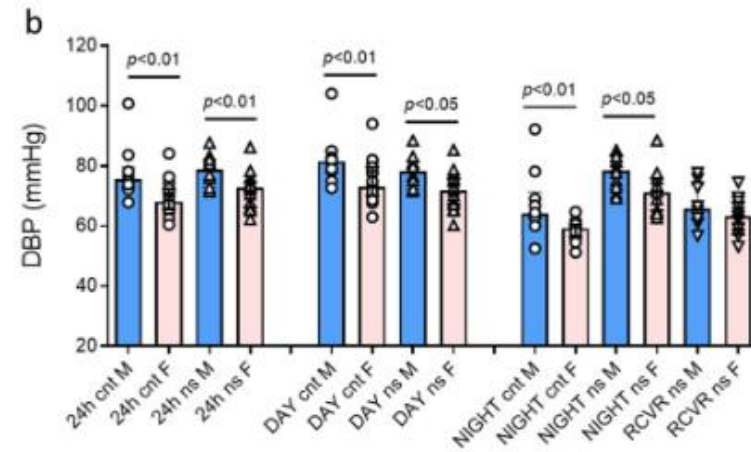
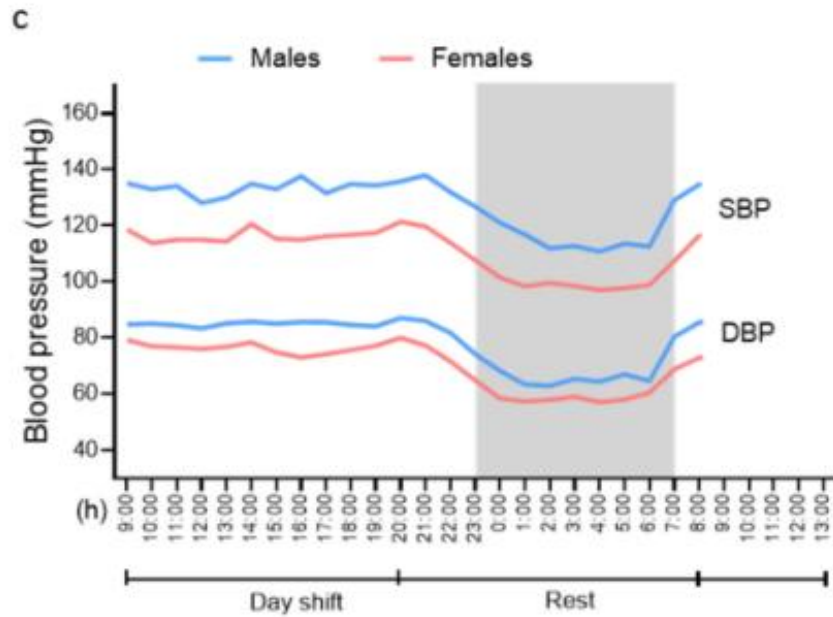
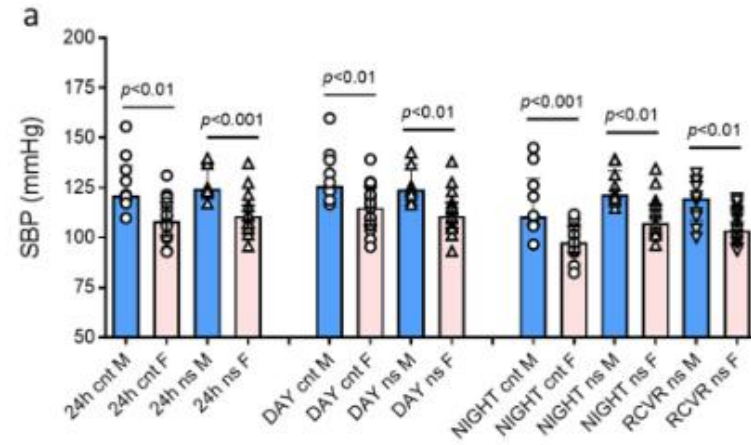
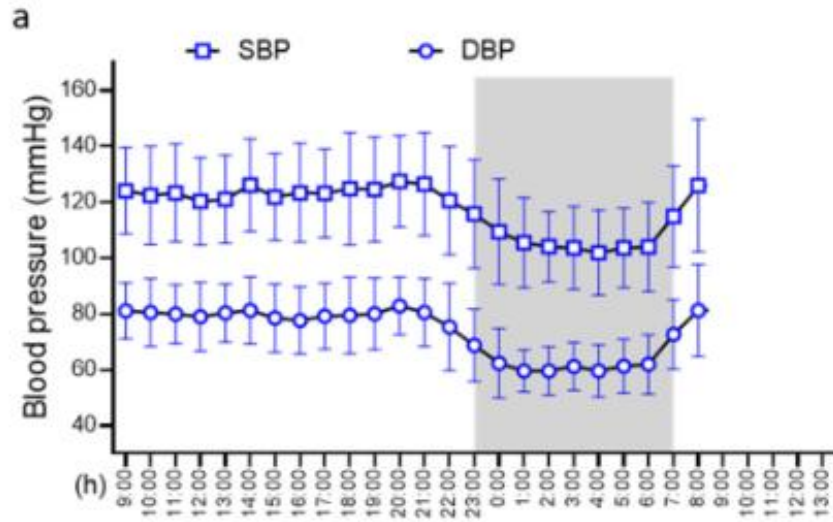


## Bassi valori di PA vanno contestualizzati

- età sesso etnia
- benessere/malessere
- variazione



<https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIRCULATIONAHA.118.034390>



X

# IPERKALIEMIA - IPOTENSIONE

- **Ridotta escrezione:** dovuta a deficit renali o cause endocrine o farmaci
  - insufficienza renale acuta e cronica
  - deficit o resistenza all'aldosterone → Ipoaldosteronismo
  - antagonisti dei recettori MR → Ipoaldosteronismo iatrogeno
- **Passaggio intracellulare – extracellulare**  
**(Acidosi/emolisi)**
- **Aumentato apporto potassio**
- **Farmaci**

# IPEKALIEKIA - IPOTENSIONE

Paziente in terapia con antagonista del MR (risparmiatori di potassio)

Iperkalemia e ipotensione

# Caso clinico

Elisa, F, 37 anni

27/08/2020 giunge in P.S. per **NAUSEA e VOMITO, ANORESSIA, ASTENIA.**

Alle analisi del P.S. **PA 80/50 mmHg creatinina 2.56 mg/dL, sodio 126 mEq/L, potassio 7.76 mEq/L, acidosi metabolica** Ricovero presso la Medicina d'Urgenza da dove viene dimessa con diagnosi di «*Insufficienza renale acuta pre-renale in disidratazione, con iperpotasiemia ed acidosi metabolica*»

19/11/2020 ritorna in P.S. per **DOLORE LOMBARE, VOMITO, ASTENIA**

Alle analisi di P.S. **creatinina 2.65 mg/dL, sodio 128 mEq/L, potassio 7.72 mEq/L, acidosi metabolica (pH 7.2 con  $\text{HCO}_3=15$  mmol/L)**

Ricovero presso la Medicina d'Urgenza.

20/11/2020 gli esami ematochimici documentano **Cortisolo 57 nmol/L** (valore diagnostico < 140 nmol/L) e **ACTH 2844 pg/mL** (valore diagnostico >100 pg/mL).

20/11/2020 diagnosi di **CRISI SURRENALICA**, prescrizione di **idrocortisone 100 mg ev in bolo e 200 mg nelle 24 ore con idratazione.**

05/12/2020 dimessa con diagnosi di ipocorticosurrenalismo primario e prescrizione della terapia sostitutiva con **cortone acetato 25 mg 1 + 1/2 CP e fludrocortisone 0.1 mg 1 CP** (che sa di **dover aumentare o sostituire con idrocortisone in caso di stress**)

Dalla dimissione ad oggi prosegue regolari controlli endocrinologici, **Ab anti surrene positivi** (diagnosi di **APS di tipo 2 per coesistenza di Morbo di Addison e tiroidite di Hashimoto**), 11/03/2021 ritorna al controllo endocrinologico periodico con esami che documentano livelli di **creatinina 1.08 mg/dL, sodio 141 mEq/L e potassio 4.5 mEq/L** e sta bene.

COMPROMISSIONE ELIMINAZIONE RENALE di POTASSIO CAUSA  
FONDAMENTALE DI IPERKALIEMIA

Attenzione perché più alterazioni/cause possono coesistere!!

pensare al rene, ma non solo ...

## Uno sguardo all'acidosi lattica

Il lattato, prodotto dal metabolismo dei carboidrati, è metabolizzato dal fegato. Il normale livello di lattato è 0,93-1,65 mEq/L. Tuttavia, a seguito dell'ipossia tissutale, le cellule sono costrette ad utilizzare un metabolismo anaerobio, producendo una quota maggiore di lattato. Quando il lattato si accumula nell'organismo più velocemente di quanto possa essere metabolizzato, si instaura la condizione di acidosi lattica. Questa condizione si verifica ogni volta che la richiesta di ossigeno da parte dell'organismo supera la sua effettiva disponibilità.

Le cause di acidosi lattica includono lo shock settico, l'arresto cardiaco, malattie polmonari, convulsioni ed

esercizio fisico estenuante. Le ultime due inducono un'acidosi lattica transitoria.

Anche le malattie epatiche possono provocare acidosi lattica perché il fegato non riesce a metabolizzare il lattato.

### Trattamento

Il trattamento è focalizzato all'eliminazione della causa sottostante. Si può somministrare bicarbonato di sodio o un altro agente alcalinizzante come la trometamina se il pH è  $< 7,1$ . Agire con cautela quando si somministrano questi farmaci perché si può provocare alcalosi.

