



El resincalcio contiene poliestireno sulfonato cálcico. El poliestireno sulfonato es una resina de intercambio catiónico cuya acción se desarrolla principalmente en el colon intercambiando un catión de calcio por dos cationes de potasio.

USO CLÍNICO

Resincalcio se utiliza en el tratamiento de la hiperpotasemia y actúa disminuyendo la concentración de iones de potasio en la sangre.

Está indicado en el tratamiento y prevención de la hiperpotasemia (**A**).

DOSIS Y PAUTAS DE ADMINISTRACIÓN

Tratamiento y prevención de la hiperpotasemia:

Vía oral:

- Hiperpotasemia aguda: 1 g/kg/día, oral dividido en 3-4 dosis (dosis máxima 15 g de 3-4 veces al día).
- Mantenimiento: 500 mg/kg/día, oral o rectal dividido en 3-4 dosis.

Vía rectal (cuando no se puede administrar vía oral): 0,5 a 1,0 g/kg/día, suspendido en 150 ml de una solución de glucosa al 5%, y dividido en tres dosis.

Administración:

Administrar por vía oral. Administrar diluido en agua o agua azucarada. No se recomienda la suspensión en zumos debido al elevado contenido en potasio que estos presentan. Se recomienda con comidas.

CONTRAINDICACIONES

- Hipersensibilidad a resinas de poliestireno sulfonato cálcico o a alguno de los excipientes.
- No debe administrarse en neonatos por vía oral.
- Hipercalcemia.
- Insuficiencia renal asociada a hiperparatiroidismo, mieloma múltiple, sarcoidosis o carcinoma metastásico.
- Intoxicación por vitamina D.
- Enfermedad obstructiva intestinal.
- Ingesta de sorbitol (edulcorante empleado en alimentación).
- Niveles plasmáticos de potasio inferiores a 5 mmol/l.

PRECAUCIONES

- En niños y neonatos si se administra por vía rectal, una dosis excesiva o una dilución inadecuada puede provocar una impactación de la resina. El riesgo de hemorragia gastrointestinal o necrosis del colon hace que deba ponerse atención especial cuando se administra a prematuros o neonatos con bajo peso corporal.
- Después de la retención del enema, deberá irrigarse el colon para garantizar una adecuada eliminación de la resina.
- Tiene que administrarse como mínimo 3 horas antes o después de la administración oral de otros medicamentos.
- Deberán monitorizarse los niveles de electrolitos del paciente para evitar situaciones de descompensación de estos. Para descartar la situación de hipopotasemia deben controlarse, además de los niveles de electrolitos, los síntomas asociados a este estado.
- Pacientes que presenten una tendencia elevada a padecer estreñimiento (personas de edad avanzada). En caso de producirse, el tratamiento deberá interrumpirse hasta que se haya restablecido la motilidad intestinal normal. En el caso de que se usen laxantes para prevenir estreñimiento, es recomendable evitar los laxantes a base de magnesio o sorbitol.
- Se recomienda ingerir la dosis manteniendo una posición correcta para evitar una posible inhalación pulmonar.

EFFECTOS SECUNDARIOS

No hay datos específicos en niños. Se describen solo los frecuentes (1-10%), muy frecuentes (>10%) o de relevancia clínica, para el resto, consultar la ficha técnica.

- Frecuentes ($\geq 1/100$ a $< 1/10$): hipercalcemia, hipokaliemia, náuseas, vómitos y estreñimiento.
- Relevancia clínica:
 - En prematuros y neonatos de bajo peso se ha observado hematoquecia tras la administración de enemas conteniendo resinas de poliestirensulfonato.
 - Puede producir necrosis colónica, sobre todo si se administra con sorbitol.
- La sobredosis puede provocar incremento de los signos y síntomas de hipopotasemia: irritabilidad, confusión, retraso en los procesos de pensamiento, debilidad muscular, hiporreflexia y parálisis eventual, apnea y cambios electrocardiográficos (arritmia cardíaca), consecuencia de hipopotasemia o hipercalcemia.

INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS

- Tetraciclinas (su absorción puede verse reducida), separar su administración.
- Litio (su absorción puede verse reducida), separar su administración.
- Digoxina: potencia su efecto tóxico, especialmente en algunas arritmias ventriculares y la disociación nodal auriculoventricular, en el contexto de hipopotasemia o hipercalcemia.
- Levotiroxina o tiroxina (su absorción puede verse reducida), separar su administración.
- Antiácidos y laxantes no absorbibles donadores de cationes (hidróxido de magnesio, aluminio o calcio, carbonato de aluminio, etc.) por el riesgo de alcalosis metabólica. Se recomienda separar la toma con el poliestireno sulfonato cálcico un mínimo de 2 horas.
- Sorbitol: puede provocar necrosis gastrointestinal (necrosis de colon).

DATOS FARMACÉUTICOS

Conservación: no requiere condiciones especiales de conservación.

Soluciones compatibles y estabilidad: no se han descrito incompatibilidades.

Presentaciones comerciales: las presentaciones disponibles en España pueden consultarse *online* en el Centro de Información de Medicamentos de la AEMPS (CIMA), <http://www.aemps.gob.es/cima>, y en <https://www.aeped.es/comite-medicamentos/pediamecum> en el enlace "Presentaciones" correspondiente a cada ficha.

BIBLIOGRAFÍA

- Fichas técnicas del Centro de Información online de Medicamentos de la AEMPS-CIMA [base de datos en Internet]. Madrid, España: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) [consultado el 10/09/2020]. Disponible en: <https://sinaem4.agemed.es/consaem/fichasTecnicas.do?metodo=detalleForm>
- Kakajiwala A, Barton KT, Rampolla E, *et al.* Acute Hypocalcemia and Metabolic Alkalosis in Children on Cation-Exchange Resin Therapy. *Case Rep Nephrol.* 2017;2017:6582613.
- Lee J, Moffett BS. Treatment of pediatric hyperkalemia with sodium polystyrene sulfonate. *Pediatr Nephrol.* 2016;31(11):2113-7.
- Rashid A, Hamilton SR. Necrosis of the gastrointestinal tract in uremic patients as a result of sodium polystyrene sulfonate (Kayexalate) in sorbitol: an underrecognized condition. *Am J Surg Pathol.* 1997;21(1):60-9.
- Saginur M, Thiesen A, Lacson A, *et al.* Small intestinal transplant mucosal necrosis associated with enteral sodium polystyrene sulfonate administration. *Am J Transplant.* 2012;12:3152-4.
- Villa LF (ed.). *Medimecum, guía de terapia farmacológica.* 24.ª edición. España: Springer Healthcare; 2019.

Fecha de actualización: septiembre de 2020.

La información disponible en cada una de las fichas del Pediamécum ha sido revisada por el Comité de Medicamentos de la Asociación Española de Pediatría y se sustenta en la bibliografía citada. Estas fichas no deben sustituir en ningún caso a las aprobadas para cada medicamento por la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS) o la Agencia Europea del Medicamento (EMA).