

Cálculo do déficit de sódio na hiponatremia grave**CÁLCULO DO DÉFICIT DE SÓDIO**

DÉFICIT EM mEq = ÁGUA CORPORAL X (130 – SÓDIO ATUAL)

ÁGUA CORPORAL = 0,4 A 0,5 DO PESO CORPORAL

1 L DE SOLUÇÃO DE SÓDIO A 3% = 513 mEq/L DE SÓDIO

SALINA ISOTÔNICA O VOLUME É 3,3 VEZES MAIOR QUE A 3%.

29. HIPOCALCEMIA**a. CONSIDERAÇÕES GERAIS DE AVALIAÇÃO**

Causada por diminuição na ingestão ou na absorção de cálcio (deficiência de vitamina D e síndromes de má-absorção), perdas renais aumentadas (uso de diuréticos e insuficiência renal), doença endócrina (hipoparatiroidismo), hipomagnesemia ou hiperfosfatemia.

Raramente ameaça a vida.

Pode acompanhar choque e pancreatite necro hemorrágica.

b. QUADRO CLÍNICO

Muitos pacientes são assintomáticos.

Cãibras musculares, fraqueza e tetania, espasmo carpo-pedal.

Convulsões, diplopia, estridor e dispnéia por laringoespasmo.

Fasciculações musculares.

Sinal de *Chvostek* – presença de espasmos dos músculos faciais em resposta à percussão do nervo facial na região zigomática e Trousseau – espasmos carpais provocados com a oclusão da artéria braquial.

Cálcio ionizado menor que 2 mEq/l.

c. CONDUTA

Adotar medidas gerais de suporte de vida.

Obter acesso venoso periférico em extremidade superior.

Colher sangue para os seguintes exames: hemograma, eletrólitos, função renal e EAS.

Administrar 10 ml de gluconato de cálcio 10% em infusão venosa lenta depois fazer 10 ml em 500 ml de salina de 8 em 8 horas.

Manter o ritmo cardíaco, oximetria e PNI continuamente monitorizados.

Transferir para hospital de referência.