

b. QUADRO CLÍNICO

Potássio sérico elevado.

Fraqueza muscular.

Distensão abdominal.

Alterações do ECG (ondas T apiculadas, alargamento do QRS e complexos QRS – T bifásicos).

Fibrilação ventricular como evento terminal.

c. CONDUTA

Adotar medidas gerais.

Monitorizar o paciente com cardioscópio, oxímetro de pulso e monitor de PNI.

Obter acesso venoso periférico em extremidade superior.

Iniciar tratamento de emergência caso potássio > 6,5 ou quando alterações de ECG e/ou clínicas estiverem presentes.

Administrar gluconato de cálcio a 10% IV 1 g exceto se intoxicação digitálica.

Corrigir acidose metabólica se necessário com bicarbonato de sódio a 8,4% IV.

Nebulizar com duas doses de beta 2 agonista.

Preparar e iniciar a infusão de 50 ml de solução glicosada a 50% com 5 unidades de insulina regular.

Manter o ritmo cardíaco, oximetria e PNI continuamente monitorizados.

Transferir o paciente para hospital de referência onde será realizado o tratamento definitivo.

28. HIPONATREMIA GRAVE**a. CONSIDERAÇÕES GERAIS DE AVALIAÇÃO**

Causada por distúrbio na excreção de água.

Pode ser associada a:

Hipervolemia: ICC, insuficiência hepática, insuficiência renal e síndrome nefrótica.

Euvolemia: insuficiência supra-renal, secreção inapropriada de hormônio anti-diurético e hipotireoidismo.

Hipovolemia: perda de sal renal ou extra-renal (diuréticos, vômitos, diarreia e queimaduras).

A hiperglicemia, hiperproteinemia e a hiperlipidemia podem causar falsa queda nos níveis de sódio.

b. QUADRO CLÍNICO

A gravidade dos sintomas depende da velocidade do desenvolvimento da hiponatremia e níveis de sódio abaixo de 120 mEq/l.

Cãibras musculares, fraqueza e mioclônias.

Confusão, delírio, letargia, convulsões e coma.

Dados clínicos na hiponatremia grave

SÓDIO < 130 mEq/l

PRINCIPAL COMPLICAÇÃO É A ENCEFALOPATIA METABÓLICA

DEPRESSÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA,

CONVULSÕES E SINAIS DE LOCALIZAÇÃO

c. CONDUTA

Adotar medidas gerais.

Obter acesso venoso periférico em extremidade superior.

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

Evitar a correção rápida do distúrbio, não excedendo 0,5 mEq/l por hora devido ao risco de dano cerebral por mielinólise pontina.

Tratar apenas pacientes sintomáticos.

Administrar solução de cloreto de sódio a 0,9% em pacientes hipovolêmicos.

Restringir a ingestão de água em pacientes com hiponatremia e hipervolemia, a utilização de diuréticos (furosemida) e cloreto de sódio a 3% (caso sódio < 110 mEq/l e presença de manifestações neurológicas sérias).

Manter o ritmo cardíaco, oximetria e PNI continuamente monitorizados.

Transferir o paciente para hospital de referência e admissão em unidade de terapia intensiva.

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.