

### **c. CONDOTA NO COMA HIPEROSMOLAR**

Abrir as vias aéreas com manobras manuais é prioridade caso o paciente esteja inconsciente ou sonolento.

Lembrar que os pacientes que toleram a cânula orofaríngea, não conseguem proteger a via aérea e tem necessidade de intubação orotraqueal.

Administrar oxigênio em todos os pacientes, procurando manter a saturação acima de 92%.

Obter acesso venoso em veia periférica de membro superior e obter amostra de sangue para exame no hospital de referência.

Determinar imediatamente a glicemia capilar, gasometria arterial, função renal, hemograma e EAS.

Fazer eletrocardiograma de 12 derivações e radiografia de tórax.

Iniciar imediatamente a reposição volêmica, pois apenas a hidratação adequada reduz as complicações do quadro.

Utilizar soluções salinas isotônicas, na dose de 500 ml/hora.

Seguir o protocolo nos pacientes chocados.

Iniciar a reposição de insulina em doses menores do que na cetoacidose.

Monitorizar o paciente com o cardioscópio para determinação do ritmo cardíaco. O infarto agudo do miocárdio é frequentemente uma causa precipitante de descompensação. Os distúrbios do potássio também podem levar a arritmias cardíacas.

Transportar o paciente o mais rapidamente possível ao hospital de referência para admissão em unidade de terapia intensiva.

## **25. HIPERNATREMIA GRAVE**

### **a. CONSIDERAÇÕES GERAIS DE AVALIAÇÃO**

Causada por perda corporal de água livre, administração de fluidos hipertônicos e ganho de sódio (ingestão de sal, afogamento em água do mar ou causas iatrogênicas).

Resulta da incapacidade de beber água (coma, deficientes mentais, crianças pequenas ou demência) ou de concentrar a urina (diabetes insipidus, hipercalcemia, diurese osmótica, insuficiência renal ou uso de lítio).

É mais rara que a hiponatremia.

Hemorragia intracerebral pode ocorrer em casos graves.

## b. QUADRO CLÍNICO

A gravidade dos sintomas depende da velocidade do desenvolvimento da hipernatremia.

O paciente apresenta sede, letargia e sinais de desidratação.

Taquicardia, hipotensão e oligúria podem ocorrer.

Febre, confusão, delírio, convulsões e coma.

O sódio sérico é maior que 150 mEq/l.

### Características clínicas da hipernatremia grave

SÓDIO > 150 mEq/L .  
SINAIS DE DESIDRATAÇÃO  
HIPOTENSÃO ORTOSTÁTICA  
HIPOTENSÃO ARTERIAL  
DELÍRIO  
HIPERTERMIA  
COMA

## c. CONDUTA

Adotar medidas gerais.

Proteger vias aéreas de pacientes inconscientes.

Obter acesso venoso periférico em extremidade superior.

Evitar a correção rápida do distúrbio.

Iniciar reposição de salina isotônica até correção da hipotensão arterial.

Administrar solução glicosada a 5% em pacientes hipervolêmicos, associado a furosemida 20 mg IV.

Calcular a reposição de água livre para ser realizada em 48 horas, devido ao risco de desenvolvimento de edema cerebral.

Efetuar a reposição de solução glicosada a 5% em pacientes euvolêmicos.

Manter o ritmo cardíaco, oximetria e PNI continuamente monitorizados.

### Cálculo de déficit de água nos pacientes com hipernatremia grave

#### CÁLCULO DO DÉFICIT DE ÁGUA

$$\text{VOLUME EM LITROS} = \frac{\text{ÁGUA CORPORAL} \times \text{SÓDIO} - 140}{140}$$

$$\text{ÁGUA CORPORAL} = 0,4 \text{ a } 0,6 \text{ do PESO CORPORAL}$$