

c. CONDUTA 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**

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

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