



Protocolo Clínico

Versão:
2.0Data:
17/05/2019Área responsável:
Clínica Médica / Nefrologia

Protocolo de tratamento de Hipercalemia

I. Tratamento

1. Gluconato de Cálcio

- Apenas se houver alteração no ECG
- Gluconato de Cálcio 10% 1 amp IV
- Acesso central: puro em 3 min
- Periférico: diluído em 50 mL de SF em 20 min
- Repetir de 5 em 5 minutos até ECG normalizar
- Cuidado na intoxicação por digital

2. Glicose com Insulina

- SG 5% 250 mL + Insulina Regular 10 u + GH 50% 10 amp
- Infundir em 60 min, repetir 6/6 horas se necessário
- Cuidado com hipoglicemia → monitorizar HGT 1/1h

3. Beta agonista

- Inalação: berotec (fenoterol) 10 gts + SF 5mL
- Cuidado com arritmias (dose menor se necessário)

4. Bicarbonato

- Só se acidose metabólica associada (Bic < 16 mEq/L)
- BicNa 8.4% 150 mL – infundir em 2 horas
- Se possível, diluir em SG 5% 1000 mL
- Correção K pelo pH
 - Cada 0.1 de queda no pH = aumento real do K 0.6 (K sai das células)
 - Exemplo: K 6.2 e pH 7.2 → se corrigir a acidose e pH subir pra 7.4, o K cai pra 5.0
 - Enquanto não corrigir o pH efetivamente, o K não vai cair
 - Se acidose metabólica importante (Bic < 16) = repor Bic
 - Se acidose respiratória em paciente em VM = aumentar FR para "lavar" CO₂

5. Diurético

- Furosemida 2 amp IV
- Se estiver depletado, hidratar antes com SF

6. Resina de Troca (Sorcal)

- Só em IRC ou IRA que não vai dialisar no dia
- Poliestireno sulfonato de cálcio 1 envelope VO 6/6h
- Associar fleet enema ou manitol VO se necessário (é fundamental que o paciente evacue)
- Cuidado com HiperCalcemia (contém cálcio)

7. Hemodiálise

- Nos casos refratários
- Nos pacientes com IRA anúrica
- Nos pacientes que já são DRC dialítico
- Muito eficaz na remoção de K (30 min de hemodiálise já reduzem K em 2 mEq/L)

8. Suspender drogas que interfiram no K

- iECA, BRAs
- Diuréticos poupadores de K (aldactone, espironolactona, amilorida)
- Beta bloqueadores
- Sulfametoxazol-trimetoprim (bactrim)

II. Causas

• Definição

- Leve: K > 5.5 mEq/L
- Moderada: K > 6.5 mEq/L
- Grave (URGÊNCIA): K > 7.0 mEq/L

• Principais Causas

- Erro laboratorial → Sempre repetir exame
- Acidose → Sempre pedir GASOMETRIA
- Hiperglicemia → Sempre verificar HGT
- Lesão celular → trauma, rabdomiolise, pancreatite, lise tumoral, sd. compartimental, hemólise
- Insuficiência Renal → Sempre dosar U e Cr
- Ingesta excessiva de alimentos ricos em potássio
- Medicamentos → Sempre verificar uso
 - Betabloqueadores
 - Inibidores de ECA (iECAs)
 - Bloqueadores do receptor de angiotensina (BRAs)
 - Diuréticos poupadores de K: Espironolactona, Aldactone, Amiloride
 - Digoxina
 - Sulfametoxazol-trimetoprim (bactrim)
- Transfusão de hemácias

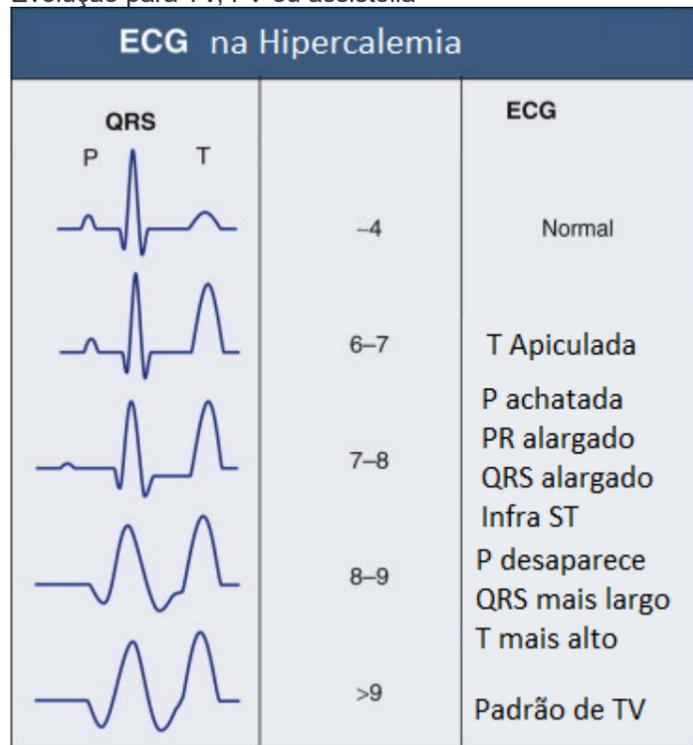
III. Diagnóstico

- **Principais manifestações Clínicas**

- Fraqueza ou paralisia muscular
- Alterações cardíacas

- **ECG é fundamental**

- Ondas T apiculadas
- Alargamento progressivo do intervalo QRS
- Evolução para TV, FV ou assistolia



- **Exames:**

- Potássio
- Sódio
- Ureia
- Creatinina
- Gasometria venosa
- Hemograma
- Cálcio
- Fósforo
- Magnésio
- Ácido úrico
- CK total
- Glicose

IV. Bibliografia

1. Miguel Carlos Riella, Maria Aparecida Pachaly, Leonardo Vidal Riella e Cristian Vidal Riella. Capítulo 12: Metabolismo do Potássio. In: Princípios de Nefrologia e Distúrbios Hidreletrolíticos - 6ªEd. 2018
2. David B. Mount. CHAPTER 18 – Disorders of Potassium Balance. In: BRENNER: Brenner and Rector's The Kidney, 10th Edition - 2016.
3. David B Mount, MD. Causes and evaluation of hyperkalemia in adults. In: UPTODATE. Disponível em < <https://www.uptodate.com/contents/causes-and-evaluation-of-hyperkalemia-in-adults>>
4. David B Mount, MD. Clinical manifestations of hyperkalemia in adults. In: UPTODATE. Disponível em < <https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-of-hyperkalemia-in-adults>>
5. David B Mount, MD. Treatment and prevention of hyperkalemia in adults. In: UPTODATE. Disponível em < <https://www.uptodate.com/contents/treatment-and-prevention-of-hyperkalemia-in-adults>>