



Protocolo Clínico

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

Protocolo de tratamento de Hipocalemia

I. Tratamento

1. Déficit aproximado de K

- o Cada 0.5 mEq/L de K abaixo de 4 mEq/L = perda de ~ 150 mEq de K dos estoques corporais
- o K 3.5 = déficit ~ 150 mEq
- o K 3.0 = déficit ~ 300 mEq
- o K 2.5 = déficit ~ 450 mEq
- o K 2.0 = déficit ~ 600 mEq

2. Reposição VO

- o Via preferencial para reposição (menor risco de hiperK iatrogênica)
- o Sempre usar reposição VO (a menos que via digestiva esteja impossibilitada)
- o KCL Xarope 6%
 - 0.8 mEq/ml
 - Dose padrão = 20 ml VO ou SNG 6/6h = 80 ml/dia = 64 mEq/dia
 - Dose máxima = 30 ml VO ou SNG 4/4h = 180 ml/dia = 144 mEq/dia
 - Gosto ruim - melhor em pacientes com SNG
- o Comprimidos de KCL 600 mg
 - 8 mEq/comprimido
 - Dose padrão = 2 cp VO 6/6h = 8 cp/dia = 64 mEq/dia
 - Dose máxima = 3 cp VO 4/4h = 18 cp/dia = 144 mEq/dia
 - Melhor tolerância VO
 - Cuidado com lesão gástrica (risco de úlcera) - sempre associar IBP
- o Dieta rica em K é indicada

3. Reposição IV

- o **Casos leves (K 3.0 - 3.5)**
 - Sem dose de ataque
 - Manutenção 24h (100-150 mEq/dia)
 - Periférico: SF0.9% 1.000 ml + KCL 19.1% 2 amp --- 12/12h em BIC
 - Central: SF0.9% 500 ml + KCL 19.1% 2 amp --- 12/12h em BIC
- o **Casos moderados (K 2.5 - 3.0)**
 - Ataque (50 mEq)
 - Periférico: SF0.9% 1.000 ml + KCL 19.1% 2 amp --- em 4h em BIC
 - Central: SF0.9% 500 ml + KCL 19.1% 2 amp --- em 4h em BIC
 - Manutenção 24h (150 mEq/dia)
 - Periférico: SF0.9% 1.000 ml + KCL 19.1% 2 amp --- 8/8h em BIC
 - Central: SF0.9% 500 ml + KCL 19.1% 2 amp --- 8/8h em BIC
- o **Casos graves (K < 2.5)**
 - Ataque (50-75 mEq)
 - Periférico: SF0.9% 1.000 ml + KCL 19.1% 2 amp --- em 2h em BIC
 - Central: SF0.9% 500 ml + KCL 19.1% 3 amp --- em 2h em BIC
 - Manutenção 24h (200-250 mEq/dia)
 - Periférico: SF0.9% 1.000 ml + KCL 19.1% 2 amp --- 6/6h em BIC
 - Central: SF0.9% 500 ml + KCL 19.1% 3 amp --- 8/8h em BIC
- o **Observações**
 - Utilizar KCL 19.1% = 2.5 mEq/ml = 25 mEq/ampola
 - Sempre diluir em SF0.9%
 - SG5% tem glicose que pode estimular produção de insulina e reduzir K
 - Usar SG5% se hipernatremia associada
 - Usar Soro glicofisiológico se paciente em jejum
 - Veia Periférica
 - Concentração máxima: 50 mEq/L
 - 1 amp em 500 ml
 - 2 amp em 1.000 ml
 - Veia central
 - Concentração máxima: 150 mEq/L
 - 3 amp em 500 ml
 - 6 amp em 1.000 ml

4. Reduzir perdas

- o Reduzir perdas
- o Suspende diuréticos espoliadores
- o Diuréticos poupadores:
 - Amiloride 2.5 mg 12/12h = ação imediata, precisa manipular
 - Aldactone 50mg 12/12h = ação inicia após 2-3 dias
- o Se possível associar iECA ou BRA
- o Se perdas TGI: inibidores de bomba

II. Causas

• Definição

- Leve: K < 3.5 mEq/L
- Moderada: K < 3.0 mEq/L
- Grave (URGÊNCIA): K < 2.5 mEq/L

• Principais Causas

- Erro laboratorial → Sempre repetir exame
- Alcalose → Sempre pedir GASOMETRIA
- Hipoglicemia → Sempre verificar HGT
- Hiperglicemia → CAD e EHNC (perda renal de K)
- Hipomagnesemia → Sempre dosar Mg
- Jejum prolongado
- Etilismo
- Diarréia
- Hiperaldosteronismo
- Medicamentos → Sempre verificar uso
 - Beta-agonistas
 - Tiazídicos (hidroclorotiazida, clortalidona)
 - Diuréticos de alça (furosemida)
 - Laxativos
 - Atbs: Aminoglicosídeos (gentamicina, ampicacina), anfotericina B, polimixina B

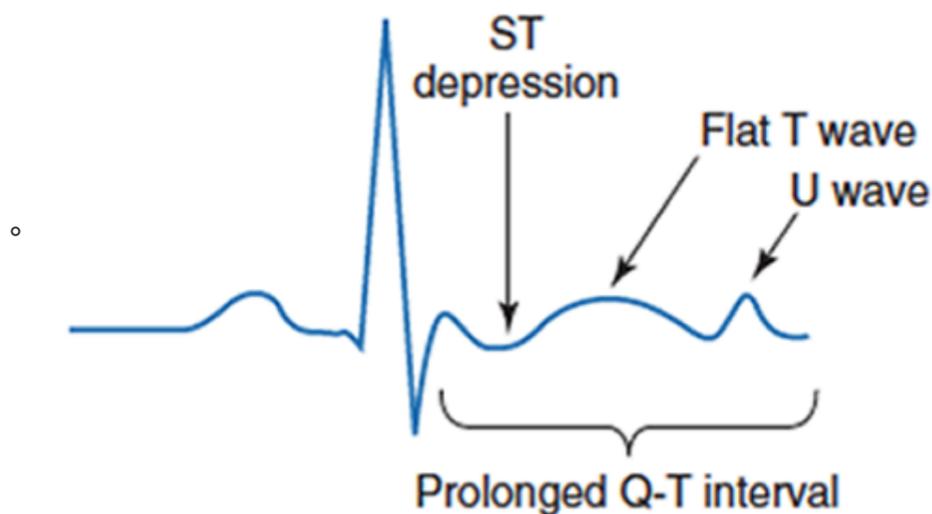
III. Diagnóstico

• Principais manifestações Clínicas

- Fraqueza ou paralisia muscular
- Íleo paralítico, distensão abdominal, náuseas e vômitos
- Alterações cardíacas

• ECG é fundamental

- Ondas T achatadas
- QT alargado
- Onda U após onda T
- Infra ST
- Alargamento QRS
- Taquiarritmias



• Exames:

- Potássio
- Sódio
- Ureia
- Creatinina
- Gasometria venosa
- Hemograma
- Cálcio
- Fósforo
- Magnésio
- 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 of hypokalemia in adults. In: UPTODATE. Disponível em < <https://www.uptodate.com/contents/causes-of-hypokalemia-in-adults>>
4. David B Mount, MD. Evaluation of the adult patient with hypokalemia. In: UPTODATE. Disponível em < <https://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-the-adult-patient-with-hypokalemia>>
5. David B Mount, MD. Clinical manifestations and treatment of hypokalemia in adults. In: UPTODATE. Disponível em < <https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-treatment-of-hypokalemia-in-adults>>