

Hipocalemia

Autores e Afiliação:

Isabella Parente Almeida. Médica -Residente Clínica Médica HCFMRP – USP; Valéria Takeuchi Okino. Médica Assistente UE HCFMRP - USP; Gustavo Frezza. Médico Assistente, Divisão de Nefrologia HCFMRP-USP.

Área:

Unidade de Emergência / Subárea: Clínica Médica.

Objetivos:

Avaliação da hipocalemia e o tratamento deste distúrbio eletrolítico.

Data da última alteração: Segunda-feira, 24 de Julho de 2017

Data de validade da versão: Terça-feira, 13 de Fevereiro de 2018

Definição / Quadro Clínico:

- Definição: $K^+ < 3,5$ mEq/L;
- Quadro clínico: geralmente assintomático, mas pode levar a fraqueza generalizada, arreflexia, constipação/íleo paralítico, rabdomiólise, poliúria, distúrbios do ritmo cardíaco (é mandatório realização de ECG).

Diagnóstico:

- Medida sérica de potássio abaixo de 3,5 mEq/L, alterações do eletrocardiograma, fatores de risco (redução da ingestão -causa rara, alcalose metabólica ou respiratória, paralisia periódica hipocalêmica, medicamentos (insulina, β -2 agonistas, vitamina B-12, filgrastima, anfotericina B, diuréticos de alça e tiazídicos), acidose tubular renal (tipo 1 e tipo 2), diarreia e vômitos, hipomagnesemia, pacientes em hemodiálise/diálise peritoneal, hiperaldos-teronismo e coleta de exame após hemodiálise.

Exames Complementares:

- Além da dosagem sérica de $K^+ < 3,5$ mEq/L, avaliar as alterações no eletrocardiograma: aparecimento de ondas U, achatamento de onda T, depressão do segmento ST, prolongamento intervalo QT. Avaliar possível hipomagnesemia concomitante.

Tratamento:

- Após correção sérica, podem ser necessários vários dias de reposição para recompor estoque corporal;
- Tratamento da causa base;
- Reposição:

$K^+ \geq 3$ mEq/L: pode ser realizada apenas reposição via oral se esta for viável, se não houver alterações em ECG.

KCl 6% - 10 a 20 ml após refeições, 3 a 4 vezes por dia VO (15 mL = 12 mEq).

$K^+ < 3$ mEq/L: reposição endovenosa, de preferência diluído em solução fisiológica

KCl 19,1%: 1ml = 2,5 mEq.

Concentração máxima em veia periférica 50 mEq/L Concentração máxima em veia central 100 mEq/L.

Velocidade reposição em veia periférica: 5 a 10 mEq/h (ideal), mas se necessário atingir máximo de 20 mEq/h - risco de flebite (preferência por acesso calibroso).

Velocidade reposição veia central: 20-30 mEq/h (com monitorização eletrocardiográfica).

É necessário o uso de bomba de infusão contínua se concentração acima de 40 mEq/L ou velocidade de infusão acima de 10 mEq/h.

Referências Bibliográficas:

1. VIEIRA JUNIOR J. M.; AZEVEDO L. C. P. In AZEVEDO, et al. Medicina Intensiva: abordagem prática (1ª edição) Barueri: Manole, 2013. p. 535 – 555.
2. MARTINS, H.S; HERNANDES, P.R.C. Hipocalemia. In: MARTINS, et al. Emergências clínicas: abordagem prática (8ª edição) Barueri: Manole, 2013. p. 980 – 985.
3. RASTERGAR, A; SOLEIMANI, M. Hypokalemia and hyperkalemia. Postgrad Med J 2001; 77: 756-764.
4. SINGER, G.G; BRENNER, B.M. Distúrbios hidroeletrólíticos. In: FALCI, et al. Harrison Medicina Interna (17ª edição). Rio de Janeiro: McGraw-Hill Interamericana do Brasil, 2008.
5. p. 280-285. www.uptodate.com.