

26. ACIDOSE METABÓLICA

a. DIAGNÓSTICO ATRAVÉS DA GASOMETRIA ARTERIAL OU VENOSA

Adotar medidas gerais.

Calcular ânion gap.

Lembrar que o valor normal do ânion gap é de 8 a 16 mEq/L.

Dosar lactato se possível.

Obter acesso venoso periférico em extremidade superior.

Tratar a causa básica (choque, convulsões, cetoacidose, intoxicação exógena e uremia) é o mais importante.

Estabelecer necessidade de correção do distúrbio.

Evitar a correção rápida do distúrbio.

Evitar uso de bicarbonato em acidose láctica.

Considerar correção se: pH < 7,00 ou quando pH < 7,20 com hipotensão arterial ou na coexistência de hipercalemia.

Manter o ritmo cardíaco, oximetria e PNI continuamente monitorizados.

CÁLCULO DO ÂNION GAP

$$\text{ÂNION GAP} = [\text{Na}^+] - ([\text{HCO}_3^-] + [\text{Cl}^-])$$

CÁLCULO DA DOSE DE BICARBONATO

$$\text{HCO}_3^- = \text{DÉFICIT DE BASE} \times 0,4 \times \text{PESO (kg)}$$

Cálculo do ânion gap e da reposição de bicarbonato na acidose metabólica.

27. HIPERCALEMIA

a. CAUSAS

Sangue colhido de extremidade onde está sendo infundido potássio (pseudo hipercalemia).

Insuficiência renal.

Medicamentos que interferem com a excreção de potássio: inibidores da ECA, anti-inflamatórios, espironolactona, digital, succinilcolina e beta-bloqueadores.

Acidose metabólica.

Rabdomiólise, queimaduras, hemólise e exercício vigoroso.

b. QUADRO CLÍNICO

Potássio sérico elevado.

Fraqueza muscular.

Distensão abdominal.

Alterações do ECG (ondas T apiculadas, alargamento do QRS e complexos QRS – T bifásicos).

Fibrilação ventricular como evento terminal.

c. CONDUTA

Adotar medidas gerais.

Monitorizar o paciente com cardioscópio, oxímetro de pulso e monitor de PNI.

Obter acesso venoso periférico em extremidade superior.

Iniciar tratamento de emergência caso potássio > 6,5 ou quando alterações de ECG e/ou clínicas estiverem presentes.

Administrar gluconato de cálcio a 10% IV 1 g exceto se intoxicação digitalica.

Corrigir acidose metabólica se necessário com bicarbonato de sódio a 8,4% IV.

Nebulizar com duas doses de beta 2 agonista.

Preparar e iniciar a infusão de 50 ml de solução glicosada a 50% com 5 unidades de insulina regular.

Manter o ritmo cardíaco, oximetria e PNI continuamente monitorizados.

Transferir o paciente para hospital de referência onde será realizado o tratamento definitivo.

28. HIPONATREMIA GRAVE**a. CONSIDERAÇÕES GERAIS DE AVALIAÇÃO**

Causada por distúrbio na excreção de água.

Pode ser associada a:

Hipervolemia: ICC, insuficiência hepática, insuficiência renal e síndrome nefrótica.

Euvolemia: insuficiência supra-renal, secreção inapropriada de hormônio anti-diurético e hipotireoidismo.