

Quando os pacientes com hipercalemia devem ser encaminhados para emergência?

Área temática: Apoio ao Tratamento

Descritores: Desequilíbrio Hidroeletrólítico; Hiperpotassemia

É recomendado encaminhar para emergência qualquer paciente com:

- potássio sérico acima de 6,5 mEq/L;
- hipercalemia e alterações eletrocardiográficas;
- sintomas sugestivos de hipercalemia, como fraqueza muscular, paralisia flácida, palpitações ou parestesias;
- pacientes com risco de alterações abruptas nos níveis de potássio.

Situações e condições clínicas que podem cursar com acidose ou perda de função renal podem levar a alterações rápidas nos níveis de potássio. As mais comuns são insuficiência renal crônica estágios 3 a 5, diálise, insuficiência renal aguda, insuficiência adrenal, hiperplasia adrenal congênita perdedora de sal, lesão tecidual por rabdomiólise, queimadura ou trauma extensos, síndrome de lise tumoral, estados hiperosmolares (como a cetoacidose diabética) e intoxicação digitalica.

Além das situações acima, pode ser necessário encaminhamento para emergência de pacientes com hiperpotassemia aguda na impossibilidade de realizar eletrocardiograma na atenção primária de forma urgente. O eletrocardiograma está recomendado para pacientes com potássio maior ou igual a 6,0 mEq/L.

As alterações eletrocardiográficas podem se correlacionar com os níveis de potássio:

- 5,5 a 6,5 mEq/L: ondas T alta e apiculadas;
- 6,5 a 7,5 mEq/L: desaparecimento das ondas P;
- 7,0 a 8,0 mEq/L: alargamento do complexo QRS;
- acima de 8,0 mEq/L: arritmias ventriculares, assistolia.

Pacientes que não necessitam atendimento emergencial poderão ser manejados de acordo com a causa da elevação do potássio. As principais causas de hipercalemia em pacientes não hospitalizados são a incapacidade dos rins em excretar potássio devido à insuficiência renal aguda ou crônica e uso de medicamentos, tais como: diuréticos poupadores de potássio (espironolactona, amilorida, triantereno), inibidores da ECA, antagonistas dos receptores da angiotensina II, anti-inflamatórios não esteroides, trimetoprim, ciclosporina, betabloqueador e penicilina

G potássica. Nesses casos, medidas como restrição de potássio da dieta, suspensão ou redução da dose dos medicamentos que podem causar hiperpotassemia e utilização de diuréticos espoliadores de potássio como hidroclorotiazida e furosemida, quando indicado, costumam ser efetivas. A pseudohiperpotassemia deve ser suspeitada especialmente em pacientes sem causa aparente e assintomáticos. Ocorre devido à hemólise por coleta traumática da amostra, exercício físico intenso antecedendo a dosagem ou coleta de sangue na mesma veia em que está sendo infundido soro com potássio. Nesses casos, deve-se repetir a dosagem de potássio em uma nova amostra.

Referências

BARROS, E.; ALBUQUERQUE, G. C.; XAVIER, R. M. (Org.). **Laboratório na prática clínica**: consulta rápida. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

DYNAMED. **Hyperkalemia** [Internet]. Ipswich (MA): EBSCO Publishing, 2016. Acesso via portal periódicos (<http://psbe.ufrn.br/>).

HOLLANDER-RODRIGUEZ, J. C.; CALVERT, J. F., Hyperkalemia. **American Family Physician**, Kansas City, v.73, n. 2, p. 283-90, 2005.

MOUNT, D. B.; STERNS, R.H.; FORMAN, J.P. **Causes and evaluation of hyperkalemia in adults**. Waltham (MA): UpToDate, 2016. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/causes-and-evaluation-of-hyperkalemia-in-adults>>. Acesso em: 02 ago. 2016.

MOUNT, D. B.; STERNS, R. H.; FORMAN, J. P. **Treatment and prevention of hyperkalemia in adults**. Waltham (MA): UpToDate, 2016. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/treatment-and-prevention-of-hyperkalemia-in-adults>>. Acesso em 02 ago. 2016.

SOOD, M. M.; SOOD, A.; RICHARDSON, R. Emergency management and commonly encountered outpatient scenarios in patients with hyperkalemia. **Mayo Clinic Proceedings**, Rochester, v. 82, n. 12, p. 1553-1561, 2007.