

13) Hipopotassemia por hiperaldosteronismo

O tratamento da hipopotassemia secundária ao hiperaldosteronismo não difere do tratamento da hipopotassemia de outras etiologias. Baseia-se em:

Diminuição das condições que podem piorar a hipopotassemia:

(tanto oral quanto endovenosa – de acordo com o grau de hipopotassemia) e optar por tratamento da hipertensão com diuréticos poupadores de potássio.

- Restrição de sódio (<2,3g de sódio/dia; <6g de sal/dia)
- Evitar consumo de álcool
- Evitar diuréticos espoliadores de potássio (diuréticos tiazídicos e de alça)

Aumento da oferta de potássio:

Suplementação oral:

- Dieta rica em potássio
- Xarope de KCl 10% 10 a 20 ml, após as refeições, 3 a 4 x/dia
- KCl drágea 500mg – 1 a 2 comprimidos, após as refeições, 3 a 4 x/dia

Se hipopotassemia grave, sintomática → reposição depende da via de acesso disponível:

Veia periférica:

- KCl 19,1% 15 ml + Soro Fisiológico 1000 ml
- Infusão EV em 4 a 8 horas

Veia central:

- KCl 19,1% 25 ml + Soro Fisiológico 1000 ml
- Infusão EV em 2 a 3 horas

Se hipertenso – optar por diuréticos poupadores de potássio:

- Espironolactona - dose inicial de 25 a 50 mg 2 x/dia via oral. Dose máxima de 200 mg/dia.

Referências

1. Nemergut, E., et al., *Perioperative Management of Patients Undergoing Transsphenoidal Pituitary Surgery*. *Anesthesia & Analgesia*, 2005. **101**(4): p. 1170-1181.
2. Oiso, Y., et al., *Treatment of Neurohypophyseal Diabetes Insipidus*. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 2013. **98**(10): p. 3958-3967.
3. Lindsay, J., et al., *The Postoperative Basal Cortisol and CRH Tests for Prediction of Long-Term Remission from Cushing's Disease after Transsphenoidal Surgery*. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 2011. **96**(7): p. 2057-2064.
4. Hannon, M., et al., *Disorders of Water Homeostasis in Neurosurgical Patients*. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 2012. **97**(5): p. 1423-1433.
5. Ellison, D.H. and T. Berl, *Clinical practice. The syndrome of inappropriate antidiuresis*. *The New England journal of medicine*, 2007. **356**(20): p. 2064-72.
6. Kitabchi, A., et al., *Hyperglycemic Crises in Adult Patients With Diabetes*. *Diabetes care*, 2009. **32**(7): p. 1335-1343.

7. Nyenwe, E.A. and A.E. Kitabchi, *Evidence-based management of hyperglycemic emergencies in diabetes mellitus*. Diabetes Research and Clinical Practice, 2011. **94**(3): p. 340-351.
8. Choudhary, P. and S. Amiel, *Hypoglycaemia: current management and controversies*. Postgraduate Medical Journal, 2011. **87**(1026): p. 298-306.
9. Chiha, M., S. Samarasinghe, and A. Kabaker, *Thyroid Storm: An Updated Review*. Journal of Intensive Care Medicine, 2015. **30**(3): p. 131-140.
10. Phd, J.K.M. and L. Macp, *Thyroid Emergencies*. Medical Clinics of NA, 2012. **96**(2): p. 385-403.
11. Wartofsky, L., *Myxedema coma*. Endocrinology and metabolism clinics of North America, 2006. **35**(4): p. 687-viii.
12. Arlt, W., *The Approach to the Adult with Newly Diagnosed Adrenal Insufficiency*. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 2009. **94**(4): p. 1059-1067.
13. Lenders, J., et al., *Pheochromocytoma and Paraganglioma: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline*. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 2014. **99**(6): p. 1915-1942.
14. Carroll, M.F. and D.S. Schade, *A practical approach to hypercalcemia*. American family physician, 2003. **67**(9): p. 1959-66.
15. Ziegler, R., *Hypercalcemic crisis*. Journal of the American Society of Nephrology : JASN, 2001. **12 Suppl 17**: p. S3-9.
16. Gillani, S.W., et al., *Monitoring of Hypocalcaemia & Hyperglycemia predictive consequences*. International Archives of Medicine, 2014. **7**(1): p. 13.
17. Sousa, A., et al., *Predictors factors for post-thyroidectomy hypocalcaemia*. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, 2012. **39**(6): p. 476-82.