

heaa

fbpn

fmc

Serviço e Disciplina de Clínica Médica/HEAA

Sessão Clínica - 31/03/2025

Auditório Honor de Lemos Sobral - Hospital Escola Álvaro Alvim

Orientadora: Dr^a Kamilly Farah

Relatora: Dr^a Luanna Cherene Almeida

Debatedora: Dr^a Ângela Alves Gomes Fonseca

Caso Clínico

- ✓ **Identificação:** 87 anos, sexo masculino, pardo, casado, residente em Campos dos Goytacazes-RJ
- ✓ **Queixa principal:** “ estou desanimado ”
- ✓ **HDA:** Paciente procurou o serviço de urgência com quadro de prostração e inapetência de início há 3 dias. Diagnosticado quadro de *delirium* hipoativo secundário a desidratação e provável processo infeccioso de origem indeterminada. Após hidratação, recebeu alta em uso de antibioticoterapia, amoxicilina + clavulanato. Após 2 dias, retornou ao serviço de urgência por apresentar convulsão tônico-clônica. Mantinha ainda quadro de prostração e inapetência. Realizou tomografia computadorizada de crânio que não evidenciou alterações agudas.

✓ **HPP:**

- **Hipertensão arterial sistêmica, sem lesão de órgão alvo documentada**
- **Glaucoma**
- **Estenose uretral com relato de várias dilatações.**
- **Colecistectomia por colelitíase.**
- **Osteoartrose de quadril e joelhos, em uso eventual de anti-inflamatório não esteroide, nimesulida.**
- **Depressão maior de diagnóstico recente.**
- **Sem relato de déficit cognitivo prévio.**
- **Independente funcionalmente.**

- ✓ **Medicações de uso contínuo:** hidroclorotiazida 25 mg/dia, enalapril 5 mg 12/12 h, colírio de timolol 5 mg/ml, citalopram 20 mg (iniciado há 3 semanas).
- ✓ **História familiar:** nega.
- ✓ **História social:** Reside em área urbana, em casa com boas condições de saneamento. Nega etilismo, tabagismo ou uso de drogas ilícitas.
- ✓ **Alergias:** nega

- ✓ **Exame Físico:** Regular estado geral, normocorado, anictérico, acianótico, desidratado +|+4, afebril, eupnéico em AA.
- Exame neurológico sem alterações dignas de nota.
- **Humor:**
 - **Escala de depressão geriátrica : 9/15**
 - **DSM- V: preencheu critérios para depressão maior.**
- ACV: RCR, 2T, BNF, sem sopros, PA 110x70 mmHg, FC 71 bpm.
- AR: MV audível bilateralmente, sem ruídos adventícios.
FR: 16 irpm. SpO2: 95% em AA ABD: Flácido e indolor a palpação, peristalse audível.
- Membros inferiores: sem edema, panturrilhas livres, pulsos palpáveis.

Exames Complementares

- ✓ - Rotina básica de sangue: hemograma, proteína C reativa, função renal, hepática e tireoidiana, glicose, potássio, magnésio, cálcio: dentro da normalidade. Sódio: 113 mEq/L
- ✓ EAS e Urinocultura: sem alterações.
- ✓ Eletrocardiograma: ritmo sinusal regular, alterações inespecíficas e difusas da repolarização ventricular.
- ✓ Radiografia de tórax: nada digno de nota.
- ✓ Radiografia de joelhos e quadril: sinais de osteoartrose.
- ✓ Ressonância nuclear magnética de encéfalo: ausência de lesões isquêmicas.

-- Discutir hipóteses diagnósticas e condutas --

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS



HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS

- ✓ PROSTRAÇÃO E INAPETÊNCIA
- ✓ DELÍRIUM HIPOATIVO
- ✓ CRISE CONVULSIVA
- ✓ SÓDIO: 113 mEq/L

PROCESSO INFECCIOSO
DEPRESSÃO
AVE
HIPONATREMIA

DELIRIUM HIPOATIVO

FATORES PREDISPOANTES:

- | |
|--|
| • Idade (especialmente acima de 75 anos) |
| • Antecedente de síndrome demencial |
| • Carga cumulativa das doenças crônico-degenerativas |
| • Presença de déficits sensoriais (visual ou auditivo) |
| • Etilismo |

FATORES PRECIPITANTES:

- | |
|--|
| • Infecção |
| • Desidratação |
| • Distúrbios hidroeletrólitos (Ex. sódio, cálcio) |
| • Distúrbios metabólicos (Ex. glicemia, uremia) |
| • Hipoperfusão ou hipóxia
(Ex. sepse, insuficiência cardíaca, insuficiência respiratória) |
| • Medicamentos sedativos ou anticolinérgicos |
| • Dor sem controle adequado |
| • Obstipação |
| • Imobilidade |
| • Dispositivos que causam restrição (sondas, cateteres, contenção física) |

DEPRESSÃO NO IDOSO

Figura - Escala de Depressão Geriátrica Simplificada (GDS 15)

1. Sente-se satisfeito com a vida?	Sim	Não
2. Interrompeu muitas das suas atividades?	Sim	Não
3. Acha sua vida vazia?	Sim	Não
4. Aborrece-se com frequência?	Sim	Não
5. Sente-se bem com a vida na maior parte do tempo?	Sim	Não
6. Teme que algo ruim lhe aconteça?	Sim	Não
7. Sente-se alegre a maior parte do tempo?	Sim	Não
8. Sente-se desamparado com frequência?	Sim	Não
9. Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	Sim	Não
10. Acha que tem mais problemas de memória que outras pessoas?	Sim	Não
11. Acha que é maravilhoso estar vivo agora?	Sim	Não
12. Vale a pena viver como vive agora?	Sim	Não
13. Sente-se cheio de energia?	Sim	Não
14. Acha que sua situação tem solução?	Sim	Não
15. Acha que tem muita gente em situação melhor?	Sim	Não

NORMAL: 0-5 PONTOS

DEPRESSÃO LEVE: 6-10 PONTOS

DEPRESSÃO GRAVE: 11-15 PONTOS

DEPRESSÃO NO IDOSO

Depressão Maior: Episódios de sintomas persistentes por pelo menos 2 semanas de duração, com alterações no afeto, cognição e funções neurovegetativas.

- Humor deprimido;
- Diminuição do prazer ou interesse na maioria das atividades;
- Anedonia;
- Fadiga ou perda de energia;
- Diminuição da concentração e autoestima;
- Ideias de culpa e de inutilidade;
- Distúrbios do sono;
- Ganho ou perda de peso;

HIPONATREMIA

- Leve: concentração sérica de sódio 130–135 mmol/L
- Moderado: concentração sérica de sódio 125–129 mmol/L
- Grave: concentração sérica de sódio < 125 mmol/L
- Agudo: duração < 48 h
- Crônico: duração ≥ 48 h, ou a duração não pode ser classificada

CLASSIFICAÇÃO

- **HIPONATREMIA HIPOVOLÊMICA**
- **HIPONATREMIA NORMOVOLÊMICA**
- **HIPONATREMIA HIPERVOLÊMICA**

PROVÁVEIS CAUSAS DA HIPONATREMIA

- **USO DE DIURÉTICO TIAZÍDICO**

Inibem a reabsorção de sódio e cloro → Hiponatremia
Efeito diurético → Desidratação

- **USO DE ANTIDEPRESSIVO - ISRS**

Secreção inapropriada ADH

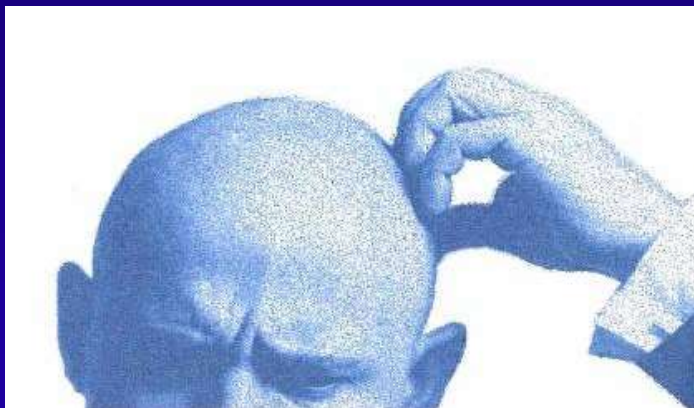
Exames que ajudariam na investigação

- OSMOLARIDADE SÉRICA
- OSMOLARIDADE URINÁRIA
- SÓDIO URINÁRIO

REFERÊNCIAS

- ✓ GOMES, MARINA; MATOS, ANA CATARINA. ABORDAGEM DO DOENTE COM HIPONATREMIA. **MEDICINA INTERNA**, V. 28, N. 4, P. 378-388, 2021.
- ✓ CASTILHO, ÉRICA LOPES ET AL. HIPONATREMIA ASSOCIADA A ANTIDEPRESSIVOS: UMA REVISÃO. **JOURNAL ARCHIVES OF HEALTH**, V. 5, N. 3, P. E2168-E2168, 2024.
- ✓ AURIEMMA, LÍVIA ET AL. HIPONATREMIA EM IDOSOS INTERNADOS ESTÁ ASSOCIADA À POLIFARMÁCIA, MAIOR PERMANÊNCIA HOSPITALAR E MAIOR MORTALIDADE. **GERIATRICS GERONTOLOGY AGING**, V. 12, N. 4, P. 202-5, 2018.
- ✓ ENDOCRINE SOCIETY. SYNDROME OF INAPPROPRIATE ANTIDIURESIS. DISPONÍVEL EM:<[HTTPS://WWW.ENDOCRINE.ORG/JOURNALS/ENDOCRINE-REVIEWS/SYNDROMEOF-INAPPROPRIATE-ANTIDIURESIS](https://www.endocrine.org/journals/endocrine-reviews/syndromeof-inappropriate-antidiuresis)>.
- ✓ CUESTA, M.; GARRAHY, A.; THOMPSON, C. J. SIAD: PRACTICAL RECOMMENDATIONS FOR DIAGNOSIS AND MANAGEMENT. **JOURNAL OF ENDOCRINOLOGICAL INVESTIGATION**, V. 39, N. 9, P. 991–1001, 19 ABR. 2016.

SEGUIMENTO DO CASO



Crise convulsiva secundária a hiponatremia grave medicamentosa.

- ✓ Distúrbios de sódio são os distúrbios eletrolíticos mais comuns vistos em hospitais.
- ✓ A hiponatremia é, muitas vezes, iatrogênica em pacientes internados, e distúrbios de sódio graves estão associados com morbidade e mortalidade consideráveis.
- ✓ Categorização com base no estado volêmico auxilia no diagnóstico da causa subjacente e ajuda a orientar o tratamento.
- ✓ **Aguda** – se a hiponatremia se desenvolveu em um período de menos de 48 horas, ela é chamada de “aguda”.
- ✓ **Crônica** – Se for conhecido que a hiponatremia está presente por mais de 48 horas, ou se a duração não for clara (como em pacientes que desenvolvem a doença em casa), ela é chamada de “crônica”.

Crise convulsiva secundária a hiponatremia grave medicamentosa.

- ✓ A velocidade com que a hiponatremia se desenvolve é importante, pois influencia na apresentação dos sintomas e dita o manejo inicial. Em casos agudos, existe um risco maior de edema cerebral e a correção rápida é benéfica, principalmente na presença de coma ou convulsões.
- ✓ No entanto, a correção rápida pode ser perigosa em pacientes com hiponatremia crônica, uma vez que a desmielinização osmótica é um risco maior nestes pacientes. Aqui, geralmente é indicada a correção lenta, cautelosa, e o sódio sérico não deve ser aumentado em mais de 4-8 mmol/L/dia.
- ✓ A hiponatremia induzida por medicamentos tende a se resolver espontaneamente quando o medicamento é descontinuado, enquanto a hiponatremia associada a uma doença subjacente grave tende a persistir

Crise convulsiva secundária a hiponatremia grave medicamentosa.

- ✓ **Influência dos Inibidores de Recaptação de Serotonina (IRS) com a liberação de Hormônio Antidiurético (ADH):**
- ✓ A patogênese da hiponatremia pelos IRS ocorre por aumento da absorção de água livre através das aquaporinas, por mecanismos ainda não totalmente esclarecidos.
- ✓ A hiponatremia relacionada a IRS pode se caracterizar como uma Secreção Inapropriada de Hormônio Antidiurético (SIHAD).

Crise convulsiva secundária a hiponatremia grave medicamentosa.

✓ **Conduta do caso clínico:**

- Correção do distúrbio hidroeletrólítico.
- Suspensos anti-hipertensivos (hidroclorotiazida e IECA) e iniciado bloqueador de canal de cálcio, anlodipino.
- Suspenso anti-inflamatório não esteroideal (nimesulida), e prescrito paracetamol.
- Suspenso antidepressivo ISRS, citalopram.

Crise convulsiva secundária a hiponatremia grave medicamentosa.

✓ **Evolução (após 1 semana):**

- Resolução da hiponatremia (Na 139 mEq/L)
- Melhora da prostração e inapetência
- Sem novas crises convulsivas
- Controle pressórico adequado com o anlodipino

✓ **Conduta:**

- Reiniciado ISRS, citalopram com monitorização da natremia.

Crise convulsiva secundária a hiponatremia grave medicamentosa.

✓ **Evolução (após 2 semanas):**

- Recidiva da hiponatremia (Na: 125 mEq/L).
- Suspenso ISRS, citalopram.
- Após resolução da hiponatremia, iniciado antidepressivo antagonista de adrenorreceptores alfa-2, mirtazapina com proposta de escalonamento de dose até 45mg e monitorização da natremia.

✓ **Conduta:**

- Alta hospitalar.

Crise convulsiva secundária a hiponatremia grave medicamentosa.

✓ Evolução ambulatorial:

- Sódio plasmático em várias mensurações entre 130 e 136 mEq/L.
- Resposta parcial da depressão, após atingir a dose de 45 mg/dia.

Crise convulsiva secundária a hiponatremia grave medicamentosa.

- ✓ **Em relação a gravidade, usamos as seguintes categorias:**
- ✓ **Leve** – quando a concentração sérica de sódio de 130 a 134 mEq / L.
- ✓ **Moderada** – quando a concentração sérica de sódio de 120 a 129 mEq / L.
- ✓ **Grave** – quando a concentração sérica de sódio de <120 mEq / L.

Crise convulsiva secundária a hiponatremia grave medicamentosa.

❖ PONTOS CHAVES:

- ✓ **Fatores de risco para hiponatremia induzida por antidepressivos:**
 - Idade.
- ✓ Infecção recente: pneumonia.
- ✓ Medicamentos: diuréticos, IECA, BRA, laxativos, AINES, anticonvulsivantes, inibidores de bomba de próton, antipsicóticos, etc.
- ✓ Sexo feminino.
- ✓ Baixo peso.
- ✓ Presença de comorbidades graves: cirrose, insuficiência cardíaca e renal, neoplasias.

Crise convulsiva secundária a hiponatremia grave medicamentosa.

✓ **Quadro clínico:**

- Assintomático.
- Sintomas inespecíficos: náusea, fadiga, câimbras, cefaléia, instabilidade de marcha, quedas.
- Sintomas graves: edema cerebral, confusão mental, letargia, convulsão, coma.
- A hiponatremia é tipicamente observada dentro das primeiras semanas após o início da terapia antidepressiva, mas pode ocorrer até vários meses após o início do tratamento.
- A monitorização do sódio no início do tratamento, após duas semanas e, eventualmente, após a terceira e quarta semanas é recomendada.
- A resolução da hiponatremia, usualmente ocorre dentro de 2 semanas após a suspensão da medicação.

REFERÊNCIAS

- ✓ https://www.uptodate.com/contents/manifestations-of-hyponatremia-and-hypernatremia-in-adults?search=hiponatremia%20grave%20medicamentosa&source=search_result&selectedTitle=2%7E150&usage_type=default&display_rank=1
- ✓ https://www.uptodate.com/contents/diagnostic-evaluation-of-adults-with-hyponatremia?search=hiponatremia%20medicamentosa&source=search_result&selectedTitle=1%7E150&usage_type=default&display_rank=1