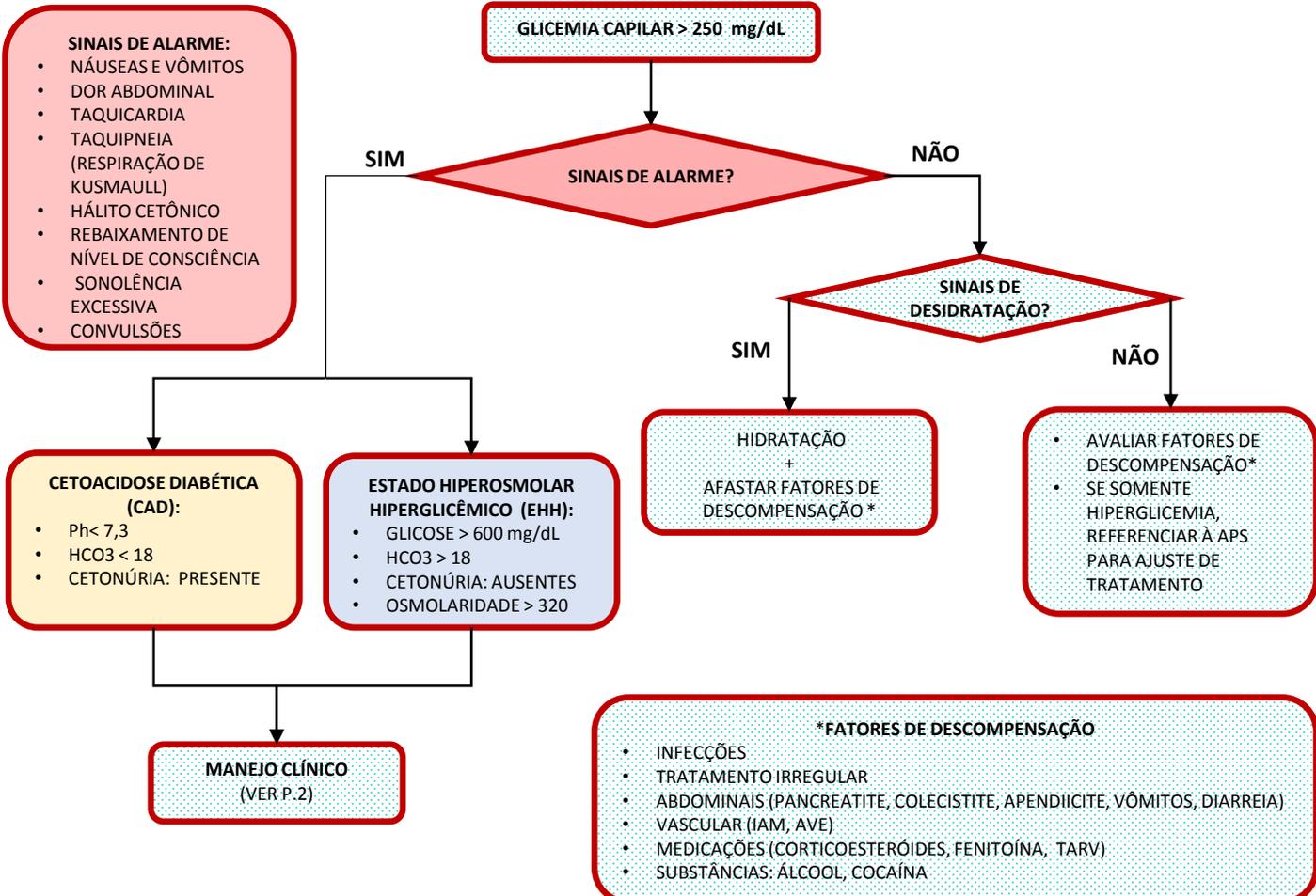


EMERGÊNCIAS HIPERGLICÊMICAS



| ACHADO CLÍNICO | CETOACIDOSE DIABÉTICA (CAD) | ESTADO HIPEROSMOLAR HIPERGLICÊMICO (EHH) |
|---------------------------------|--|--|
| IDADE | < 30 ANOS | > 40 ANOS |
| TIPO DE DM | DM1 | DM2 |
| GLICOSE (mg/dL) | 250-800 | 600-2400 |
| INSTALAÇÃO | RÁPIDA (HORAS) | PROGRESSIVA (DIAS) |
| SINTOMAS NEUROLÓGICOS | NORMALMENTE ALERTA (PODE HAVER REBAIXAMENTO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA) | REBAIXAMENTO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA É A REGRA |
| SINAIS | HÁLITO CETÔNICO, TAQUIPNEIA, RESPIRAÇÃO DE KUSSMAUL | PROFUNDA DESIDRATAÇÃO |
| PECULIARIDADES | NÁUSEAS, VÔMITOS, DOR ABDOMINAL | DIFICULDADE DE ACESSO À ÁGUA |
| CORPOS CETÔNICOS NA URINA | PRESENTES | AUSENTES |
| PH SANGUÍNEO | BAIXO (<7,3) | NORMAL (>7,3) |
| SÓDIO SÉRICO | USUALMENTE BAIXO | VARIADO |
| POTÁSSIO SÉRICO | VARIADO | NORMAL OU ALTO |
| BICARBONATO (HCO ₃) | BAIXO | NORMAL |
| OSMOLARIDADE SÉRICA (mOsm/kg) | VARIÁVEL | > 320 |

Osmolaridade sérica = 2 X {sódio + potássio} + (glicemia/18) + (uréia/6)

EMERGÊNCIAS HIPERGLICÊMICAS- MANEJO CLÍNICO

- PROTEGER VIAS AÉREAS E GARANTIR OXIGENAÇÃO (ELEVAÇÃO DO MENTO OU MANDÍBULA/ GUEDEL/ MÁSCARA COM RESERVATÓRIO)
- VERIFICAR SINAIS VITAIS
- ACESSO VENOSO CALIBROSO
- ELETROCARDIOGRAMA
- COLETAR EXAMES*
- CADASTRAR PACIENTE NA CLM

SF 0,9% IV: 15 A 20ML/KG NA PRIMEIRA HORA (100 A 1500ML)

*SE CAD

FLUIDOS IV

INSULINA

POTÁSSIO

BICARBONATO

SÓDIO CORRIGIDO > 135mEq/L

SIM

NÃO

SIM

NÃO

NÃO

SIM

NaCl 0,45%**:
4 A
14ml/kg/h
(250 A 500 ml/h)

SF 0,9%
4 A
14ml/kg/h
(250 A 500 ml/h)

INSULINA REGULAR EM BIC 0,1U/KG/H
50UI Insulina Regular + 50ml SF 0,9%
(1UI/ml)

SE K > 3,3 E < 5.2 mEq/L:
KCl 19,1% 1 ampola + SF 0,9% 1000ml IV
EM BIC A 42-84ml/h

SE K ≥ 5,2 mEq/L
NÃO REPOR POTÁSSIO

NÃO DAR INSULINA

REPOR 20-30 mEq/H,
ATÉ K > 3,3 mEq/L
(KCl 19,1% 2ampolas +
500ml SF 0,9%, IV,
correr em 1 hora)

NÃO REPOR BICARBONATO

Na2HCO3
8,4% 100ml
+ SF 0,9%
400ml IV
EM 2H.
SE PERSISTIR
PH < 6,9,
REPETIR
DOSAGEM,
ATÉ OBTER
PH > 7

GLICEMIA CAPILAR DE 1/1H

- TAXA IDEAL DE QUEDA DA GLICEMIA:
50 A 75 mg/dL/h.
- SE REDUÇÃO < 10%:
DOBRAR DOSE DE INSULINA REGULAR IV
(0,2U/KG/H)

QUANDO GLICEMIA CHEGAR EM 200-300mg/dL

- TROCAR SF 0,9% PARA NaCl 0,45% **:
4-14ML/KG/H- 250 A 500ML/H
- REDUZIR A DOSE DE INSULINA REGULAR PARA 0,02 A 0,05UI/KG/H
(MANTER GLICEMIA ENTRE 150 A 250 mg/Dl)

SUSPENSÃO DA BOMBA DE INSULINA

- CRITÉRIOS
GLICEMIA < 250 mg/Dl E PH > 7,3 E BICARBONATO > 18mEq/L E CETONÚRIA NEGATIVA (FITA URINÁRIA)
- CUIDADOS:
> INSULINA REGULAR 10UI SUBCUTÂNEA.
> MANTER INSULINA EM BIC POR 2-4H APÓS INÍCIO DE INSULINA SUBCUTÂNEA.

- SE HISTÓRICO DE DM 1 CONHECIDO:
> MANTER DOSE HABITUAL PRÉVIA.
- SE CAD EM DM1 DESCONHECIDO:
> ENCAMINHAR PARA AVALIAÇÃO HOSPITALAR

SÓDIO CORRIGIDO = SÓDIO MEDIDO + [1,6 X (GLICEMIA -100)/100]

*EXAMES COMPLEMENTARES

- GASOMETRIA ARTERIAL
- GLICOSE
- ELETROLITOS (SÓDIO/ POTÁSSIO)
- URÉIA/ CREATININA
- HEMOGRAMA
- URINA TIPO 1

**NaCl 0,45%:

COLOCAR 22ML DE NaCl 20% EM 980mL DE SG 5%