

**INTRODUÇÃO – RACIOCÍNIO CLÍNICO INICIAL**

📌 “Paciente com hiperglicemia = emergência?” → **NEM SEMPRE**

👉 A pergunta-chave diante do paciente é:

➡ “Existe risco de morte rápida se eu não intervir **AGORA?**”

✅ Se SIM → **Emergência hiperglicêmica (CAD / EHH)**

✅ Se NÃO → geralmente hiperglicemia ambulatorial

📊 A maioria dos pacientes no PS:

- Hiperglicemia **assintomática**
- Glicemia alta (300–400), porém estável

🚑 Já na emergência:

- Alteração clínica importante
- Instabilidade metabólica
- Risco iminente

**⚠️ MORTALIDADE**

- **CAD:** 1–10%
- **EHH:** 10–20%

📌 EHH mais grave → pacientes idosos e frágeis

**🧬 FISIOPATOLOGIA**

**⚖️ BALANÇO METABÓLICO**

**🔵 INSULINA**

- Coloca glicose dentro das células
- ↓ glicemia
- ↓ lipólise

**🔴 GLUCAGON + CORTISOL + CATECOLAMINAS**


- ↑ glicose sanguínea
- ↑ gliconeogênese
- ↑ lipólise

**🔥 CETOACIDOSE DIABÉTICA (CAD)**

📌 Problema central: **FALTA DE INSULINA**

➡ Consequências:

- Glicose **NÃO** entra na célula


**EMERGÊNCIAS HIPERGLICÊMICAS (CAD e EHH)** 


➡ **RISCO DE MORTE RÁPIDA SE NÃO MANEJADOS ADEQUADAMENTE**

≠ **HIPERGLICEMIA EM PACIENTES ASSINTOMÁTICOS (MAIORIA NO DIA A DIA)**

➡ **MORTALIDADE**

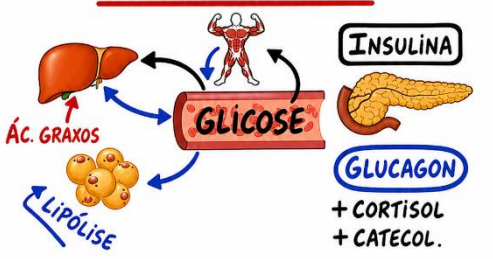
**CAD:** 1 A 10%  
**ENH:** 10 A 20%

**CAD:** CETOACIDOSE DIABÉTICA (COMUM EM DM TIPO 1) 

**ENH:** ESTADO HIPERGLICÊMICO HIPEROSMOLAR NÃO CETÓTICO (COMUM EM DM TIPO 2) 


**⚠️ IMPORTANTE:** IDENTIFICAÇÃO PRECOZE E TRATAMENTO ADEQUADO PODEM SALVAR VIDAS!


**FISIOPATOLOGIA**



**CAD** → ~~INSULINA~~ → ↑↑↑ **GLUCAGON** → **ACIDOSE = CETOÁCIDOS** ← **LIPÓLISE**

**EHH** → ↓ **INSULINA** e/ou ↑ **RESIST.** → ↑ **GLUCAGON** → **HIPEROSM. = ↑↑↑ OSMOLARID.** ← ↑↑↑ **GLICEMIA**

**CAD:** CETOACIDOSE DIABÉTICA (COMUM EM DM TIPO 1) 

**EHH:** ESTADO HIPERGLICÊMICO HIPEROSMOLAR NÃO CETÓTICO (COMUM EM DM TIPO 2) 

**⚠️ IMPORTANTE:** IDENTIFICAÇÃO PRECOZE E TRATAMENTO ADEQUADO PODEM SALVAR VIDAS!

- Corpo “acha” que está em jejum
- ↑ glucagon
- ↑ lipólise
- ↑ produção de corpos cetônicos

🚑 Resultado:

👉 **ACIDOSE METABÓLICA**

## 🌐 ESTADO HIPEROSMOLAR HIPERGLICÊMICO (EHH)

📌 Problema central:

👉 **Hiperglicemia extrema + desidratação**

➡ Ainda há insulina (mínima) → NÃO há cetose importante

➡ Consequências:

- Glicemia muito elevada
- ↑ osmolaridade
- Desidratação celular grave

🚑 Resultado:

👉 **HIPEROSMOLARIDADE**

## ⚠️ PRINCIPAL DIFERENÇA CONCEITUAL

- CAD → problema = **acidose**
- EHH → problema = **osmolaridade**

## 🎯 FATORES DESENCADEANTES

👤 CAD

- Falta de insulina (DM1)
- Infecção
- Interrupção do tratamento

👤 EHH

- Idosos
- Infecção
- Desidratação
- Abandono terapêutico


## 💀 COMPLICAÇÕES IMPORTANTES

- Hipoglicemia ⚠️
- Hipocalemia ⚠️ (principal causa de óbito)
- Edema cerebral (principalmente crianças)

### FATORES DE SECADEANTES ("GATILHOS")

➡ **CAD**: JOVENS (< 40 ANOS) - DM 1

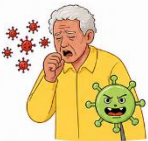
- FALTA DE INSULINA
- **ADULTOS / IDOSOS** (> 40 ANOS) - DM 2
- DESCONTINUIDADE TRATAMENTO
- INFECÇÕES
- MEDICAMENTOS



---

➡ **EHH**: **IDOSOS**


- INFECÇÕES
- DESCONTINUIDADE TRATAMENTO
- DESIDRATAÇÃO



---

➡ **COMPLICAÇÕES É CAUSA DE MORTE**

- HIPOGLICEMIA
- HIPOCALEMIA
- EDEMA CEREBRAL



**⚠️ ATENÇÃO:**  
IDENTIFICAR E TRATAR OS FATORES DESENCADEANTES  
PODEM SALVAR VIDAS!

## DIFERENÇAS CLÍNICAS CAD vs EHH

Característica	CAD	EHH
Idade	Jovens	Idosos
Instalação	Rápida	Lenta
Desidratação	Leve/moderada	Grave
Dor abdominal	Presente	Ausente
Consciência	Normal/alterada	Alterada
Respiração	Alterada (Kussmaul)	Normal











## QUANDO SUSPEITAR?

- Poliúria
- Polidipsia
- Desidratação
- Náuseas / vômitos
- Dor abdominal
- Hálito cetônico
- Rebaixamento de consciência
- Taquipneia

## DIFERENÇAS ENTRE CAD E EHH

	CAD	EHH
IDADE	JOVENS / IDOSOS	IDOSOS
INSTALAÇÃO	RÁPIDA	LENTA
DESIDRATAÇÃO	LEVE / MODER.	INTENSA
DOR ABDOMINAL	PRESENTE	AUSENTE
NÍVEL CONSCIÊNCIA	NORMAL / ALTER.	ALTERADO
RESPIRAÇÃO	ALTERADA	NORMAL

## QUANDO SUSPEITAR ?

- POLIÚRIA 
- POLIDIPSIA 
- MAL ESTAR 
- VERTIGENS 
- DOR ABDOMINAL 
- DESIDRATAÇÃO 
- VÔMITOS 
- REBAIXAMENTO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA 
- HÁLITO CETÔNICO 
- TAQUIPNEIA 



### ATENÇÃO:

O RECONHECIMENTO PRECOZE DAS DIFERENÇAS ENTRE CAD E EHH É FUNDAMENTAL PARA O TRATAMENTO ADEQUADO E MELHORES DESFECHOS.

## DIAGNÓSTICO

### ✓ CAD

- Glicemia > 200
- pH < 7,3 ou HCO<sub>3</sub> < 15
- Cetose presente

### ✓ EHH

- Glicemia > 550
- Sem acidose
- Osmolaridade > 320

## DIAGNÓSTICO



## EHH

GLICEMIA	• > 200 mg/dL	• > 550 mg/dL
ACIDOSE METABÓLICA	• pH < 7,3 • Bic < 15	• AUSENTE
CETOSE	• CETONEMIA > 3 mEq/L • CETONÚRIA ≥ 2+	• AUSENTE
OSMOLARIDADE	• NORMAL	• > 320



## → CLASSIFICAÇÃO GRAVIDADE CAD

pH	LEVE	MOD.	GRAVE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kipo K</li> <li>• GLASG. &lt; 12</li> <li>• FC &gt; 100 bpm</li> <li>• AG &gt; 16</li> </ul>
	7,3 - 7,2	7,2 - 7,1	< 7,1 ou	

$$\# \text{ OSMOL.} = 2 \cdot \text{Na} + \text{Glic} / 18$$

### LEMBRETES:

- OSMOLARIDADE NORMAL: 275 - 320 mOsm/kg
- CETONEMIA: MEDIR NO SANGUE
- BIC: BICARBONATO SÉRICO
- AG: ANION GAP

### SIGLAS:

- K: POTÁSSIO
- GLASG.: ESCALA DE COMA DE GLASGOW
- FC: FREQUÊNCIA CARDÍACA
- AG: ANION GAP

## ! CLASSIFICAÇÃO CAD

- Leve: pH 7,3-7,2
- Moderada: 7,2-7,1
- Grave: < 7,1

## TRATAMENTO – VISÃO GERAL

### TRIPÉ DO TRATAMENTO

1. Hidratação
2. Insulina
3. Tratar causa

### ETAPA 1 – HIDRATAÇÃO (PRIORIDADE MÁXIMA)

Déficit pode chegar a:

100 mL/kg (até 7L!)

#### ✓ Conduta:

- SF 0,9% ou Ringer Lactato
- 1.000–1.500 mL na 1ª hora
- Depois: 500 mL/h

### CORREÇÃO DE SÓDIO

Fórmula:

- Na corrigido =  $Na + [(Glicose - 100)/100 \times 1,6-2]$

Regra prática: usar fator 2

### POTÁSSIO

- $K \leq 3,3 \rightarrow$  NÃO iniciar insulina ✗
- Corrigir primeiro

### ETAPA 2 – INSULINOTERAPIA

[INSERIR IMAGEM 8 AQUI – Insulinoterapia]

Iniciar somente se:

$K > 3,3$

✓ Dose:

- 0,1 U/kg/h EV

Meta:

- $\downarrow$  glicemia 50–70 mg/dL/h

### QUANDO REDUZIR INSULINA?

- CAD: glicemia < 250
- EHH: < 300

Reduzir dose pela metade

Iniciar soro glicosado

## TRATAMENTO

### ① CORREÇÃO DE DISTÚRBIOS HIDRO ELETROLÍTICOS



- $\rightarrow$  O DÉFICIT DE ÁGUA PODE CHEGAR A 100 mL/kg (EX.: PACIENTE 70kg = 7 LITROS)
- $\rightarrow$  HIPO K É UMA DAS PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES E CAUSA DE ÓBITO

### ② INSULINOTERAPIA



### ③ ABORDAR A CAUSA DESENCADEANTE



#### ! IMPORTANTE:

O TRATAMENTO PRECOZE E ADEQUADO PODE REDUZIR COMPLICAÇÕES E SALVAR VIDAS!

#### LEMBRETES IMPORTANTES:

- HIPO K (HIPOCALEMIA) PODE CAUSAR ARRITMIAS E FRAQUEZA MUSCULAR
- REPOSIÇÃO VOLOÊMICA É PRIORITÁRIA
- MONITORIZAR ELETRÓLITOS, GLICEMIA E SINAIS VITAIS
- INSULINA REGULAR EV DEVE SER AJUSTADA CONFORME GLICEMIA

### ② INSULINOTERAPIA

$\rightarrow$  INICIAR SOMENTE SE  $K > 3,3$  mg/dL

(\* LOCAL SEM RECURSOS/LABORATÓRIO =  
HIDRATAÇÃO + ABORDAR A CAUSA + ENCAMINHAR)



INSULINA R  
0,1 U/Kg/h  
EM Bic

#### OBJETIVO:

$\downarrow$  GLI 50-70 mg/dL/h

\* CAD LEVE/MOD = INSULINA R 0,1 U (SC) 1/1h

$\rightarrow$  QUANDO GLICEMIA  $\left\{ \begin{array}{l} < 250 \text{ mg/dL CAD} \\ < 300 \text{ mg/dL EHH} \end{array} \right.$

= INSULINA R 0,05 U/Kg/h + SG 5% SF 0,45% } 250 mL/h

\* TROCAR A SOLUÇÃO (INSULINA + SFO,9% + EQUIPO) A CADA 6h.

Bic: BOMBA DE INFUSÃO CONTÍNUA  
SC: SUBCUTÂNEA  
CAD: CETOACIDOSE DIABÉTICA  
EHH: ESTADO HIPERGLICÊMICO HIPEROSMOLAR

#### LEMBRETES:


- AJUSTAR CONFORME RESPOSTA CLÍNICA
- MONITORIZAR GLICEMIA E POTÁSSIO



## BICARBONATO

 Indicação:

 pH < 6,9

 NÃO usar rotineiramente

## PARÂMETROS DE MELHORA

- Glicemia < 250
- pH > 7,3
- HCO<sub>3</sub> > 18
- Osmolaridade < 320

## HIPERGLICEMIA ASSINTOMÁTICA

 Passos:

1. Excluir CAD/EHH
2. Identificar gatilhos
3. Ajustar tratamento

## TRATAR A CAUSA

- Infecção → antibiótico
- IAM / AVC → protocolo específico
- Desidratação → hidratação

## INSULINA DOMICILIAR

- Dose total: 0,5–0,7 U/kg/dia

 Divisão:

- 50% basal (NPH)
- 50% bolus (regular)

### → BICARBONATO DE SÓDIO 8,4%.

• QUANDO INDICAR: pH < 6,9

• COMO FAZER:



Ⓢ Em 2 h

Bic 8,4%: 50-100 ml + AD 200-400 ml

### → FÓSFORO < 1 mEq/L

FOSFATO DE POTÁSSIO 2 mEq/mL - 10 mL } Ⓢ 2 h  
SF0,9% 500 mL }

### PARÂMETROS DE MELHORA

- MELHORA DOS SINTOMAS
- GLICEMIA < 250 mg/dL
- pH > 7,3
- Bic > 18
- OSMOLARIDADE < 320

## HIPERGLICEMIA ASSINTOMÁTICA ?

**1º PASSO:** DESCARTAR CAD E EXHH  
ANAMNESE + EXAME FÍSICO

**2º PASSO:** FATORES DESENCADEANTES  
- TRATAMENTO INADEQUADO  
- INFECÇÕES  
- MEDICAMENTOS  
- DESIDRATAÇÃO

**3º PASSO:** CONDUTA

**A** TRATAMENTO INADEQUADO

AJUSTE DOS MEDICAMENTOS + AMBULATÓRIO

**B** DESIDRATAÇÃO

SF 0,9% 500 - 1000 mL Ⓢ EM 1h  
REPETIR ATÉ HIDRATAÇÃO

\* **INS R** CONFORME GLICEMIA:

250 - 300 : 6 UI     350 - 400 : 10 UI  
300 - 350 : 8 UI     > 400 : 12 UI

LEMBRETES:

- INS R: CONFORME GLICEMIA
- AJUSTAR CONFORME RESPOSTA CLÍNICA
- MONITORIZAR GLICEMIA E POTÁSSIO



ABREVIACÕES:

CAD: CETOACIDOSE DIABÉTICA  
EXHH: ESTADO HIPERGLICÊMICO HIPEROSMOLAR  
SF 0,9%: SORO FISIOLÓGICO 0,9%  
EV: ENDOVENOSO  
INS R: INSULINA REGULAR  
UI: UNIDADE INTERNACIONAL

## ③ ABORDAR A CAUSA DESENCADEANTE



- INFECÇÃO = ATB
- AVCi, IAM c/ SUPRA = TROMBOLÍTICO
- DESIDRATAÇÃO = HIDRATAÇÃO

### PRESCRIÇÃO INSULINA DOMICILIAR (D.M. Tipo 1)

DOSE TOTAL DIÁRIA: 0,5 a 0,7 U/Kg/DIA

50% NPH 2/3 CEDO  
1/3 NOITE



50% REGULAR

1/3 CAFÉ 1/3 ALMOÇO 1/3 JANTAR

EXEMPLO: PCT 70 Kg

DOSE DIÁRIA 5 NPH 5 REGULAR  
35U 18 12 CEDO 18 6U CAFÉ  
6 NOITE 6U ALMOÇO  
6U JANTAR

## PRESCRIÇÃO MÉDICA NA PRÁTICA

**CAD** e **EHH**  
**EMERG + M.O.V.**

70 Kg

- ① DIETA ZERO + CABECEIRA ELEVADA
- ② RINGER LACTATO 1000 mL (EV) EM 1h
- ③ RL 500 mL (EV) 1/1h
- ④ HMG, NA, K, UREIA, CREATININA, GASOMETRIA, EAS, CETONEMIA, Rx TÓRAX  
K ≤ 3,3 mEq/L
- ⑤ KCL 19,1% 10 mL - ACRESCENTAR NO ÍTEM ③  
K > 3,3
- ⑥ INS. R 100 U + SF 0,9% 100 mL BIC: 7 mL/h  
ALTERNATIVA: INS. R 7 U (SC) 1/1h  
Nac < 135 mEq/L - SUSPENDE ÍTEM 3
- ⑦ SF 0,9% 500 mL + KCL 19,1% 5 mL (EV) 1/1h  
Nac > 135 mEq/L  
SF 0,9% + A.D. 250 mL + KCL 19,1% 5 mL (EV) 1/1h  
250 mL

GLICEMIA < 250 mg/dL

- ⑧ SG 5%: 250 mL  
+ SF 0,45%: 250 mL } (EV) 2L/2h
- ⑨ INSULINA (SOLUÇÃO): 3 mL/h (EV)  
ou 3 U (SC) 1/1h

SE INFECÇÃO:

- PULMONAR
- ⑩ CEFTRIAXONE 2g + SF 0,9% 100 mL (EV) 20'  
APÓS 1g (EV) 12/12h
  - ⑪ AZITROMICINA 500 mg (EV) (VO) 1x DIA  
ABDOMINAL
  - ⑫ METRONIDAZOL 500 mg 8/8h (EV)
- TRATO URINÁRIO  
SOMENTE CEFTRIAXONE

### PRESCRIÇÃO NA PRÁTICA (RESUMO)

1. Dieta zero
2. RL 1000 mL EV 1h
3. RL 500 mL/h
4. Exames
5. KCl se necessário
6. Insulina EV
7. Ajuste conforme Na

#### ABREVIACÕES:

CAD: CETOACIDOSE DIABÉTICA  
EHH: ESTADO HIPERGLICÊMICO  
HIPEROSMOLAR  
EV: ENDOVENOSO  
SC: SUBCUTÂNEO  
BIC: DUAS VEZES AO DIA  
RL: RINGER LACTATO  
INS. R: INSULINA REGULAR  
NAC: SÓDIO CORRIGIDO  
SF 0,9%: SORO FISIOLÓGICO 0,9%  
A.D.: ALIMENTAÇÃO DESIDRATADA

EV: ENDOVENOSO  
SC: SUBCUTÂNEO  
SF: SORO FISIOLÓGICO  
SG: SORO GLICOSADO  
VO: VIA ORAL  
1x DIA: UMA VEZ AO DIA  
8/8h: A CADA 8 HORAS  
12/12h: A CADA 12 HORAS



## CONCLUSÃO FINAL



O mais importante:



NÃO é a glicemia isolada



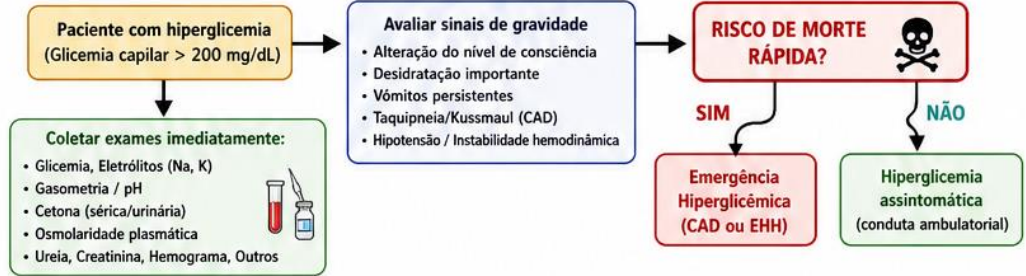
É o estado clínico do paciente

### RDB – RESUMO DE BOLSO

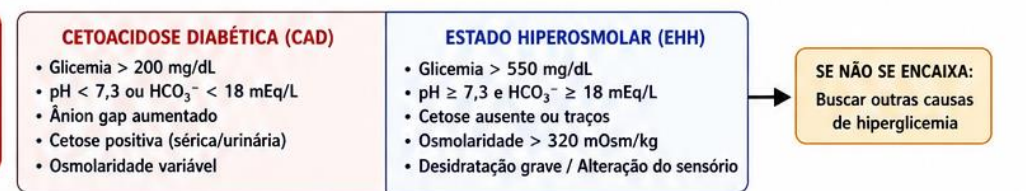
- CAD = acidose + cetose
- EHH = hiperosmolaridade
- 1º passo = hidratar
- NÃO iniciar insulina sem K
- Reduzir glicose lentamente
- Monitorar potássio sempre

# FLUXOGRAMA – EMERGÊNCIAS HIPERGLICÊMICAS (CAD e EHH)

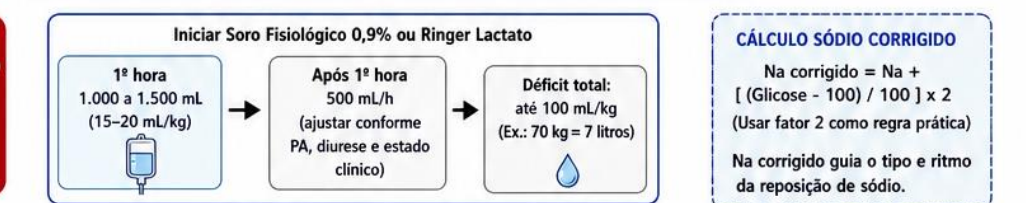
## 1 AVALIAÇÃO INICIAL



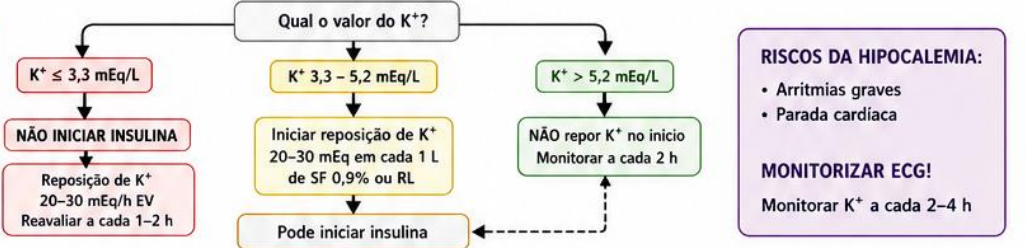
## 2 DIAGNÓSTICO (DIFERENCIAL)



## 3 HIDRATAÇÃO (PRIMEIRA PRIORIDADE)



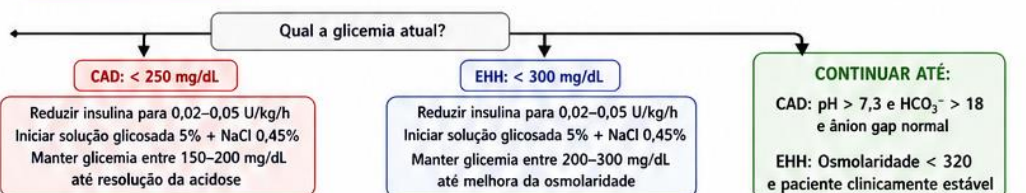
## 4 POTÁSSIO (ANTES DA INSULINA)



## 5 INSULINOTERAPIA



## 6 AJUSTE COM Glicose



## 7 BICARBONATO (SOMENTE SE INDICADO)



## 8 TRATAR CAUSA E MONITORIZAR



**MONITORIZAÇÃO CONTÍNUA**

- Sinais vitais a cada 1 h
- Eletrólitos (Na, K, Cl,  $\text{HCO}_3^-$ ) a cada 2–4 h
- Gasometria a cada 2–4 h (CAD)
- Osmolaridade a cada 4–6 h (EHH)
- Diurese horária (alvo > 0,5 mL/kg/h)
- Gasometria a cada 2–4 h (CAD)
- Osmolaridade a cada 4–6 h (EHH)

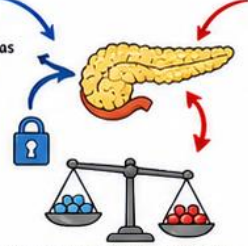
**LEMBRE-SE: Hidratação primeiro, potássio segundo, insulina terceiro e tratar a causa SEMPRE!**

# EMERGÊNCIAS HIPERGLICÊMICAS (CAD e EHH)

## FISIOPATOLOGIA

### INSULINA

- Facilita a entrada de glicose nas células
- ↑ armazenamento (músculo, fígado)
- ↓ glicemia
- ↓ lipólise



### GLUCAGON + CORTISOL + CATECOLAMINAS

- ↑ produção hepática de glicose
- ↑ gliconeogênese
- ↑ lipólise
- ↑ glicemia

Organismo mantém o equilíbrio entre INSULINA e CONTRARREGULADORES para manter a glicose na faixa normal.

## DIFERENÇA CHAVE

**CAD**  
Problema principal: DEFICIÊNCIA DE INSULINA  
↓  
**ACIDOSE** (cetose presente)



**EHH**  
Problema principal: HIPERGLICEMIA EXTREMA + DESIDRATAÇÃO  
↓  
**HIPEROSMOLARIDADE** (sem cetose significativa)

## FATORES DESENCADEANTES

### CAD (DM1)

- Falta de insulina
- Infecções
- Suspensão do tratamento
- Estresse (IAM, AVC, cirurgias, trauma)
- Uso de corticoide
- Álcool / drogas

### EHH (DM2)

- Idosos / fragilidade
- Infecções (ITU, pneumonia, sepse)
- Desidratação
- Abandono terapêutico
- Uso de diuréticos
- AVC / IAM

## QUANDO SUSPEITAR?

- Poliúria
- Polidipsia
- Náuseas / vômitos
- Dor abdominal
- Hálito cetônico (CAD)
- Rebaixamento do nível de consciência
- Taquipneia / Kussmaul (CAD)
- Sinais de infecção
- Hipotensão / instabilidade

### MORTALIDADE

- CAD: 1 a 10%
- EHH: 10 a 20%

EHH tem maior mortalidade (idosos, fragilizados, comorbidades, condições socioeconômicas ruins).

### CORREÇÃO DE SÓDIO

Na corrigido =  $Na + [(Glicose - 100) / 100] \times 2$

Usar fator 2 como regra prática. Na corrigido guia o tipo e ritmo da reposição de sódio.

### POTÁSSIO

$K^+ \leq 3,3$  mEq/L → NÃO iniciar insulina!

- Corrigir primeiro.
- Monitorizar  $K^+$  a cada 2-4 h.

### BICARBONATO

Indicação restrita: pH < 6,9

Não usar rotineiramente.

### HIPERGLICEMIA ASSINTOMÁTICA

- Excluir CAD/EHH
- Identificar gatilhos
- Ajustar tratamento
- Orientações dietéticas
- Acompanhamento ambulatorial

## RISCO DE MORTE RÁPIDA?

**SIM EMERGÊNCIA (CAD ou EHH)**

A maioria dos pacientes que chegam hiperglicêmicos NÃO estão em emergência! Avalie o PACIENTE, não apenas a glicemia!

**NÃO HIPERGLICEMIA ASSINTOMÁTICA (conduta ambulatorial)**

### DIAGNÓSTICO

CAD	EHH
Glicemia > 200 mg/dL	Glicemia > 550 mg/dL
pH < 7,3 ou $HCO_3^- < 18$ mEq/L	pH $\geq 7,3$ e $HCO_3^- < 18$ mEq/L
Ânion gap aumentado	Cetose ausente ou traços
Cetose positiva (sérica/urinária)	Osmolaridade > 320 mOsm/kg
Osmolaridade variável	Desidratação grave / Alteração do sensorio

**SE NÃO SE ENCAIXA:** Buscar outras causas de hiperglicemia

### CLASSIFICAÇÃO CAD (pelo pH)

LEVE	MODERADA	GRAVE
7,3 - 7,2	7,2 - 7,1	< 7,1
$HCO_3^- 15 - 18$	$HCO_3^- 10 - 14$	$HCO_3^- < 10$
AG > 10	AG > 12	AG > 12
Paciente alerta	Sonolência	Estupor / Coma

### PARÂMETROS DE MELHORA

- Glicemia < 250 mg/dL
- pH > 7,3
- $HCO_3^- > 18$  mEq/L
- Osmolaridade < 320 mOsm/kg

### COMPLICAÇÕES

- Hipoglicemia
- Hipocalcemia → principal causa de óbito
- Edema cerebral (mais comum em crianças)
- Arritmias, choque, falência de múltiplos órgãos

### ABREVIÇÕES

CAD: Cetoacidose Diabética  
EHH: Estado Hiperosmolar Hiperglicêmico  
EV: Endovenoso  
SC: Subcutâneo  
SF 0,9%: Soro Fisiológico 0,9%  
RL: Ringer Lactato  
SG: Soro Glicosado  
BIC: Bicarbonato de Sódio  
ATB: Antibiótico

## TRATAMENTO - TRIPÉ

### 1 HIDRATAÇÃO (PRIMEIRO PASSO)

- SF 0,9% ou Ringer Lactato
- 1ª hora: 1.000 a 1.500 mL (15-20 mL/kg)
- Após 1ª hora: 500 mL/h
- Déficit: até 100 mL/kg (Ex.: 70 kg = 7 litros)

Reavaliar volemia, PA, diurese e estado clínico.

### 2 INSULINOTERAPIA

- Iniciar somente se  $K^+ > 3,3$  mEq/L
- Insulina Regular EV: 0,1 U/kg/h em bomba de infusão (sem bolus)
- Meta: queda de 50-70 mg/dL/h
- Quando glicemia atingir:
  - CAD: < 250 mg/dL
  - EHH: < 300 mg/dL
- Reduzir insulina para 0,02-0,05 U/kg/h + Iniciar SG 5% + NaCl 0,45%
- Manter glicemia 150-200 mg/dL até resolução da acidose ou melhora da osmolaridade.

### 3 TRATAR A CAUSA

- Infecção → coletar culturas e iniciar antibiótico
- IAM / AVC → seguir protocolos específicos
- Desidratação → reposição volêmica
- Suspensão ou ajuste de medicamentos desencadeantes

## MONITORIZAÇÃO CONTÍNUA

- ✓ Sinais vitais a cada 1 h
- ✓ Diurese horária (alvo > 0,5 mL/kg/h)
- ✓ Glicemia a cada 1 h
- ✓ Eletrólitos (Na, K, Cl,  $HCO_3^-$ ) a cada 2-4 h
- ✓ Gasometria a cada 2-4 h (CAD) e 4-6 h (EHH)

**LEMBRE-SE SEMPRE!**

- HIDRATAÇÃO ANTES DE TUDO!
- POTÁSSIO ANTES DA INSULINA!
- NÃO CORRIGIR RÁPIDO DEMAIS!
- TRATAR A CAUSA É FUNDAMENTAL!
- SEGURANÇA DO PACIENTE EM PRIMEIRO LUGAR!