



Hiperglicemia Assintomática: Como Conduzir com Segurança Segurança na Emergência

Masterclass Baseada em Casos: Desconstruindo o medo do número e dominando o raciocínio clínico.

Balança Visual

O Mito



O instinto: Segurar o paciente no PS e focar em baixar a glicemia a todo custo antes da alta.

O Fato



A evidência: A glicemia de alta não prevê desfechos adversos de curto prazo.

Pull-Quote

ARTICLE IN PRESS

GENERAL MEDICINE/ORIGINAL RESEARCH

Discharge Glucose Is Not Associated With Short-Term Adverse Outcomes in Emergency Department Patients With Moderate to Severe Hyperglycemia

Brian E. Driver, MD^{*}; Travis D. Olives, MD, MPH; Johanna E. Bischof, MD; Marcus R. Salmen, MD; James R. Miner, MD

^{*}Corresponding Author. E-mail: briandriver@gmail.com, Twitter: @brian_driver.

- Um estudo de coorte com 566 atendimentos revelou que a glicemia média na alta foi de 491 mg/dL.
- Mesmo com pacientes liberados com glicemia entre 351 e 694 mg/dL, não houve associação com retorno ao PS, internação ou CAD em 7 dias.
- **Conclusão:** Tratar apenas o número no PS pode ser um erro.



Passo 1: Descartar CAD e SHHNC (A Clínica Impera)

Buscar sinais vitais e clínicos de alarme: polidipsia, poliúria, dor abdominal, náuseas, vômitos, desidratação grave ou alteração do sensorio.



Passo 2: Avaliar Fatores Desencadeantes (O Gatilho Oculto)

A hiperglicemia é frequentemente um sintoma. Investigar infecções silenciosas, descontinuação de insulina, uso de corticoides, IAM, AVC ou TEP.



Passo 3: Definir a Conduta (CG < 600 mg/dL ou HI)

Sem sinais de alarme? Ajustar a medicação prévia, reforçar adesão e garantir acompanhamento ambulatorial rápido.

A Matriz do Espectro da Hiperglicemia

Hiperglicemia Assintomática	Estado Hiperosmolar - SHHNC	CAD Euglicêmica
Glicemia: Geralmente > 300 mg/dL	Glicemia: > 600 mg/dL ou 'HI'	Glicemia: Pode ser < 250 mg/dL (Enganosa!)
Sensório/Sintomas: Lúcido, sem queixas agudas	Sensório/Sintomas: Lentificação motora, confusão, desidratação profunda	Sensório/Sintomas: Náuseas, taquipneia (Kussmaul), dor abdominal
Gatilho Comum: Má adesão alimentar ou medicamentosa	Gatilho Comum: Infecção no idoso, pneumonia	Gatilho Comum: Uso de inibidores de SGLT2 (gliflozinas)
Passo Crítico: Alta após ajuste (foco no Passo 3)	Passo Crítico: Reposição volêmica agressiva imediata	Passo Crítico: Gasometria e cetonemia urgentes

CASO CLÍNICO 1

Perfil: Homem, 60 anos, DM2 conhecido.

Queixa: Veio ao PS apenas para "renovar receita". Nega poliúria, polidipsia ou dor. Exame físico normal, eupneico, hidratado.

HGT (Glicemia Capilar): 386 mg/dL.

A Pergunta Rápida: Devo prescrever insulina regular EV/SC em bolus e segurar o paciente no PS até a glicemia baixar?

✓ Passo 1 (Descartar CAD/SHHNC) - APROVADO.

O paciente não apresenta nenhum critério clínico de crise hiperglicêmica.



Decisão Clínica

Abordagem Ambulatorial. A clínica impera sobre o HGT.



Exames-Chave

Nenhum exame de sangue adicional de urgência é obrigatório se o paciente está perfeitamente assintomático e o exame físico é inocente.



Conduta

Hidratação oral, checar adesão atual, ajustar dose da insulina NPH ou antidiabético oral, orientar sinais de alarme e referenciar para a UBS.



Alerta Vermelho / Erros

TRATAR O NÚMERO. Fazer altas doses de insulina rápida no PS para 'limpar' o prontuário. Isso frequentemente causa hipoglicemia de rebote perigosa na madrugada quando o paciente já está em casa.



Destino

Alta com segurança.

CASO CLÍNICO 2

Perfil: Mulher, 78 anos, trazida pela filha.

Queixa: “Muito fraca e sonolenta há 3 dias”. **Exame:** mucosa extremamente seca, lentificação motora global, confusão mental leve (Glasgow 13). Taquicárdica.

HGT (Glicemia Capilar): “HI”
(Glicemia > 600 mg/dL).

A Pergunta Rápida: Devo fazer 10 UI de insulina regular intramuscular e deixar no soro de manutenção?



Passo 1 (Descartar CAD/SHHNC) - **REPROVADO.**

Alteração do sensório +
desidratação profunda +
glicemia extrema = Alto risco
de Síndrome
Hiperosmolar Hiperglicêmica
Não Cetótica (SHHNC).



Manejo da síndrome hiperglicêmica
hiperosmolar não cetótica (SHHNC)

Manejo da síndrome hiperglicêmica hiperosmolar não cetótica (SHHNC)

Prancheta de Decisão



Decisão Clínica

Emergência Médica. Foco total em reposição volêmica e investigação de foco infeccioso (o gatilho oculto comum no idoso).



Exames-Chave

Gasometria, Cetonemia/Cetonúria, Eletrólitos (Sódio e Potássio urgentes), Função Renal, Osmolaridade calculada, Rx de Tórax, Urina 1.



SUORTE HEMODINÂMICO

Expansão volêmica vigorosa imediata com SF 0,9%.
Insulina apenas após o resultado do Potássio (deve ser > 3.3 mEq/L).



Alerta Vermelho / Erros

1. Fazer insulina antes da hidratação.
2. Iniciar insulina sem saber o nível de potássio (risco de arritmia fatal).
3. Esquecer de procurar pneumonia ou infecção urinária oculta.



Destino

Sala Vermelha / Amarela (Internação).

CASO CLÍNICO 3

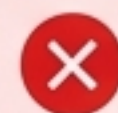
Perfil: Homem, 55 anos, DM2 em uso de Dapagliflozina (SGLT2).

Queixa: Mal-estar generalizado, náuseas intensas, vômitos, dor abdominal difusa.

Exame: Taquipneico (respiração profunda/Kussmaul).

HGT (Glicemia Capilar): 228 mg/dL.

A Pergunta Rápida: A glicemia está abaixo de 250. Posso descartar emergência diabética e tratar como gastroenterite?



Status Bar

Passo 1 (Descartar CAD/SHHNC) - REPROVADO PELOS SINTOMAS.

Número “benigno”
escondendo sintomas
de acidose profunda.
O uso de inibidor de
SGLT2 (Passo 2)
levanta a bandeira
vermelha suprema.

Prancheta de Decisão

Decisão Clínica



Suspeita altíssima de **Cetoacidose Euglicêmica (CAD)**. O rim excreta a glicose (efeito da medicação), mascarando a gravidade no sangue capilar.

Exames-Chave



Gasometria arterial/venosa urgentes (avaliar pH e HCO_3), Ânion Gap, Cetonemia capilar (ou cetonúria se indisponível), Eletrólitos.

Conduta



Suspender o SGLT2i imediatamente. Iniciar protocolo clássico de CAD (Volume, Potássio, Insulina contínua).

Nota: Pode exigir infusão concomitante de **soro glicosado** para permitir a insulinização contínua sem causar hipoglicemia.

Alerta Vermelho / Erros



Dar alta baseando-se no HGT de 228 mg/dL diagnosticando 'virose', ignorando a taquipneia e o uso da gliflozina.

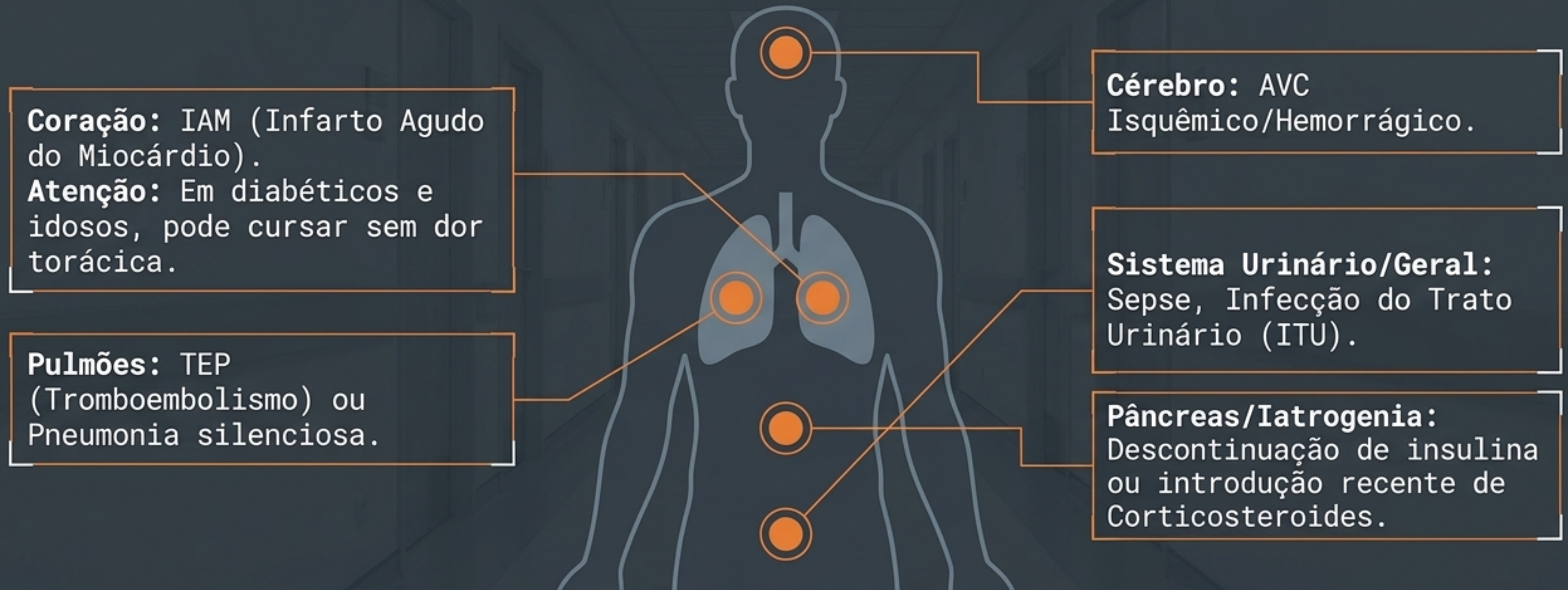
Destino



Unidade de Terapia Intensiva (UTI) ou Cuidados Intermediários.

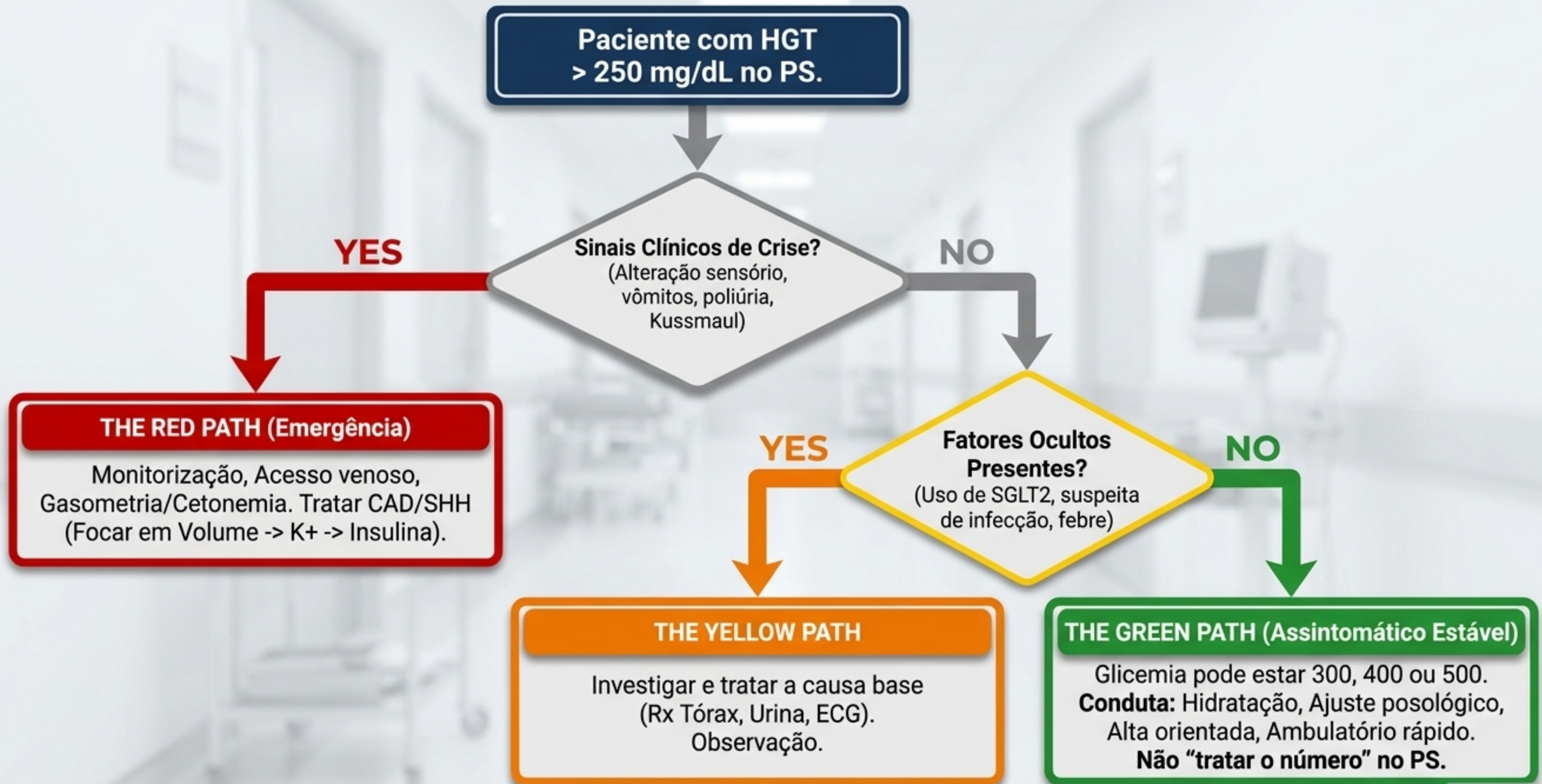
A Hiperglicemia é o Sintoma, Não a Doença Primária

O Radar de Gatilhos



Se o HGT está subitamente descontrolado em um paciente previamente estável, não apenas ajuste a dose – procure o incêndio.

Algoritmo de Condução: Caminho Duplo



10 Mensagens Essenciais para o Plantão.

1. A clínica sempre impera sobre o valor isolado da glicemia.
2. Glicemia alta na alta hospitalar (sem sintomas) NÃO aumenta o risco a curto prazo.
3. O medo de dar alta com a glicemia alta gera o erro da hiperinsulinização iatrogênica no PS.
4. Sede intensa, poliúria e dor abdominal = **Bandeira Vermelha** para CAD.
5. Idoso com lentificação e desidratação = **Afastar Estado Hiperosmolar (SHHC)**.
6. Nunca faça insulina em bolus sem antes garantir expansão volêmica.
7. Insulina EV apenas após confirmar **Potássio > 3,3 mEq/L**.
8. Sempre busque a infecção, o infarto silencioso ou a descontinuação medicamentosa oculta.
9. Atenção aos inibidores de SGLT2 (gliflozinas): a **CAD euglicêmica** esconde a gravidade no número.
10. Paciente assintomático, estável e sem infecção: ajuste a dose, oriente e dê alta com **segurança**.