

APOSTILA CLÍNICA REVISADA

Hiperglicemia assintomática

Passo a passo seguro no atendimento

Como usar esta apostila

Este material reorganiza a aula Aquecimento 2 em um roteiro clínico para adultos atendidos na APS, UPA ou pronto-socorro. O foco é a hiperglicemia sem instabilidade aparente, mantendo uma fronteira explícita entre o que está apoiado por diretrizes, o que deriva de estudos observacionais e o que é proposta prática do palestrante.

Mensagem central

Não é necessário normalizar a glicemia durante uma única passagem pela emergência em todo paciente bem disposto. O objetivo prioritário é confirmar a medida, reconhecer CAD/SHH ou doença precipitante, construir um plano terapêutico seguro e garantir seguimento. A glicemia isolada não substitui avaliação clínica nem define, sozinha, alta ou internação.

Escopo

Adultos, sobretudo com DM2 conhecido ou provável. Crianças/adolescentes, gestantes, pessoas com DM1/LADA, usuários de inibidores de SGLT2 e pacientes com doença aguda exigem limiar muito mais baixo para investigação de cetose/acidose e avaliação especializada.

Sumário

- Definição e primeiro enquadramento clínico
- Algoritmo em três passos
- Como descartar CAD e SHH com segurança
- Busca de fatores precipitantes
- Conduta, observação e destino
- Insulina: o que a evidência permite afirmar
- Plano de alta e seguimento na APS
- Casos clínicos, checklist e documentação
- Revisão crítica da aula e referências

1. Definição e primeiro enquadramento

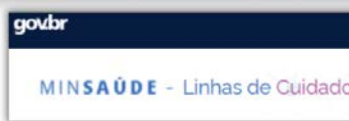
O Ministério da Saúde descreve hiperglicemia assintomática como glicemia ≥ 250 mg/dL, sem outros sintomas, usualmente ≤ 600 mg/dL e sem sinais de acidose ou hiperosmolaridade. Nessa situação selecionada, não há necessidade rotineira de investigação laboratorial adicional e o paciente pode ser avaliado na APS.

A palavra 'assintomática' exige rigor

Poliúria, polidipsia, perda de peso, náuseas, vômitos, dor abdominal, fraqueza, sonolência ou sinais de desidratação já retiram o paciente do grupo verdadeiramente assintomático. Em pessoas idosas, neuropatas ou com doença renal, a apresentação pode ser pouco exuberante.

HIPERGLICEMIA ASSINTOMÁTICO

1º PASSO - DESCARTAR CAD E SHH



Hiperglicemia assintomática

Glicemia ≥ 250 mg/dL, sem outros sintomas, usualmente glicemia ≤ 600 mg/dL, e sem sinais de acidose ou hiperosmolaridade. Não necessita de investigação laboratorial adicional. O paciente pode ser avaliado na Atenção primária à saúde (APS).

Glicemia ≥ 250 mg/dL, sem outros sintomas, usualmente glicemia ≤ 600 mg/dL, e sem sinais de acidose ou hiperosmolaridade.

Não necessita de investigação laboratorial adicional.

O paciente pode ser avaliado na Atenção Primária à Saúde.

Figura 1. Definição apresentada na aula a partir da Linha de Cuidado do Ministério da Saúde.

Passo zero - confirmar a medida

- Repetir a glicemia capilar quando o resultado for inesperado, discordante da clínica ou indicado como HI/high.
- Verificar identificação do paciente, validade e armazenamento das tiras, limpeza do aparelho e qualidade da amostra.
- Se houver perfusão periférica ruim, choque, hipotensão ou extrema hiperglicemia, preferir glicose plasmática/venosa, pois a medida capilar pode ser menos confiável.
- Registrar horário, relação com alimentação, última dose de insulina/medicação e eventual administração de glicose ou corticoide.

2. Algoritmo clínico em três passos

Etapa	Pergunta clínica	Ação principal
1. Excluir emergência	Há CAD, SHH, hipoglicemia de rebote ou outra doença grave?	Se houver suspeita, investigar e tratar/transferir como emergência.
2. Procurar precipitante	Por que a glicemia subiu agora?	Revisar adesão, infecção, isquemia, fármacos, gestação e desidratação.
3. Definir destino	É seguro tratar fora do hospital?	Basear a decisão em estabilidade, risco, recursos, plano e seguimento - não em um número isolado.

Regra de segurança

HI ou glicemia plasmática ≥ 600 mg/dL não deve ser automaticamente classificada como hiperglicemia assintomática. Até exclusão laboratorial, considerar possível SHH, sobretudo com desidratação, alteração cognitiva, infecção, fragilidade ou dificuldade de seguimento.

3. Primeiro passo - descartar CAD e SHH



Figura 2. Esquema fisiopatológico apresentado na aula.

3.1 Sinais de alarme

Sugere CAD	Sugere SHH	Comum às duas crises
Náuseas, vômitos, dor abdominal	Confusão, estupor, coma	Poliúria, polidipsia, perda de peso
Respiração de Kussmaul, hálito cetônico	Déficit focal ou convulsão	Desidratação, taquicardia, hipotensão
Instalação em horas a poucos dias	Instalação em dias a semanas	Infecção, omissão de insulina e doença aguda como precipitantes

HIPERGLICEMIA ASSINTOMÁTICO

1º PASSO - DESCARTAR CAD E SHH

SINAIS E SINTOMAS DE CAD

- Náuseas e vômitos
- Dor abdominal difusa
- Poliúria e polidipsia
- Perda de peso
- Desidratação
- Fraqueza
- Fadiga
- Taquicardia
- Taquipneia, Respiração de Kussmaul
- Letargia e Coma



HIPERGLICEMIA ASSINTOMÁTICO

1º PASSO - DESCARTAR CAD E SHH

SINAIS E SINTOMAS DE SHHNC

- Poliúria
- Polidipsia
- Perda de peso
- Deterioração neurológica
- Sinais neurológicos focais (hemiparesia ou hemianopsia) e/ou convulsões
- Estupor ou coma
- Dor abdominal (incomum)
- Desidratação (diminuição do turgor cutâneo, mucosas secas, olhos fundos, pressão venosa jugular baixa, taquicardia)
- Hipotensão arterial.



Figuras 3 e 4. Sinais e sintomas de CAD e SHH apresentados na aula.

3.2 Critérios diagnósticos atuais

Não basta a clínica quando há risco

A ausência de sintomas pode tornar CAD/SHH improváveis, mas a confirmação/exclusão depende de exames quando houver fatores de alto risco, HI/≥600 mg/dL ou dúvida clínica. CAD euglicêmica é especialmente relevante em gestação, jejum, uso de inibidor de SGLT2, álcool e redução/omissão de insulina.

Componente	CAD - consenso internacional 2024	SHH - consenso internacional 2024
Glicose/diabetes	Glicose ≥200 mg/dL OU história prévia de diabetes	Glicose ≥600 mg/dL
Cetose	Beta-hidroxibutirato ≥3,0 mmol/L OU cetonúria ≥2+	Beta-hidroxibutirato <3,0 mmol/L OU cetonúria <2+
Ácido-base	pH venoso <7,3 OU bicarbonato <18 mmol/L	pH ≥7,3 E bicarbonato ≥15 mmol/L
Osmolalidade	Não é requisito diagnóstico	Efetiva >300 mOsm/kg OU total >320 mOsm/kg
Regra	Os três componentes devem estar presentes	Os quatro componentes devem estar presentes; sobreposição CAD/SHH é frequente

A Diretriz SBD 2025 adota para CAD glicemia >200 mg/dL, pH venoso <7,3 ou bicarbonato <15 mEq/L e cetonemia ≥3 mmol/L/cetonúria ≥2+. A diferença entre bicarbonato <15 e <18 deve ser reconhecida; em caso de suspeita, utilizar o protocolo institucional e interpretar o conjunto clínico-laboratorial.

HIPERGLICEMIA ASSINTOMÁTICO

1º PASSO - DESCARTAR CAD E SHH

DIAGNÓSTICO DE CAD

- Glicemia > 200 mg/dL
- Acidose metabólica (pH venoso < 7,3 ou bicarbonato sérico < 15 mEq/L)
- Presença de Cetose:
 - cetonemia ≥ a 3 mmol/L
 - cetonúria ≥ a 2+ nas tiras reagentes



DIAGNÓSTICO DE SHHNC

- Hiperglicemia marcante (> 600mg/dL),
- Osmolaridade plasmática efetiva > 320 mOsmol/L,
- Ausência de hipercetonemia significativa (< 3 mmol/L),
- Ausência de acidose (pH > 7,30, bicarbonato > 15 mmol/L).

Figura 5. Critérios expostos na aula, baseados nas diretrizes da SBD; conferir a atualização internacional descrita no quadro acima.

3.3 Exames quando indicados

- Glicose plasmática; gasometria venosa (pH e bicarbonato).
- Sódio, potássio, cloro, ureia e creatinina; calcular ânion gap quando cetonemia não estiver disponível.
- Beta-hidroxibutirato sanguíneo é preferível; cetonúria é alternativa, mas não serve bem para monitorar resolução.
- Osmolalidade medida ou calculada; hemograma, urina, culturas, ECG/troponina e imagem conforme suspeita do precipitante.

Cálculo	Fórmula prática
Osmolalidade efetiva	$2 \times \text{Na medido} + \text{glicose}/18$
Osmolalidade total	$2 \times \text{Na medido} + \text{glicose}/18 + \text{ureia}/2,8$
Ânion gap	$\text{Na} - (\text{Cl} + \text{HCO}_3)$; interpretar conforme referência local

4. Segundo passo - buscar fatores precipitantes

Após afastar emergência hiperglicêmica, a pergunta mais útil é: por que a glicose elevou agora? O precipitante pode ser mais importante do que o número glicêmico e, algumas vezes, representa a verdadeira emergência.

Domínio	Perguntas e achados
Tratamento	Omissão de insulina/antidiabéticos, dose insuficiente, técnica, acesso, validade e armazenamento da insulina.
Infecção	Respiratória, urinária, pele/partes moles, odontológica; idosos podem não ter febre.
Cardiovascular/neurológico	IAM silencioso, AVC, TEP, insuficiência cardíaca, isquemia de membros.
Fármacos/substâncias	Glicocorticoides, inibidores de SGLT2, alguns antipsicóticos, fenitoína, álcool e cocaína.
Outros estressores	Pancreatite, trauma, queimadura, cirurgia, desidratação, gestação, dieta/infusão enteral.
Diabetes não reconhecido	Sintomas catabólicos, perda ponderal, história familiar, cetose e possibilidade de DM1/LADA.

HIPERGLICEMIA ASSINTOMÁTICO

2º PASSO - AVALIAR POSSÍVEIS FATORES QUE PODEM LEVAR A CAD E SHNC

- Diabetes mellitus desconhecido**
- Desidratação**
- Infecções (respiratória, urinária, celulite, etc)**
- Uso incorreto de insulina ou hipoglicemiantes**
- Medicamentos: corticoides, interferon, glifozinas (inibidores do SGLT2), fenitoína**
- Gravidez**
- Abuso de substâncias: álcool, cocaína**
- IAM**
- AVC**
- TEP**

SE ALGUMA DESSAS CONDIÇÕES ESTIVER PRESENTE = MANEJO DA CONDIÇÃO SEM MANEJO DA HIPERGLICEMIA NA FASE AGUDA

Figura 6. Fatores de descompensação listados na aula.

5. Terceiro passo - conduta e destino

5.1 Paciente estável, sem crise e sem doença grave

- Tratar o fator precipitante e corrigir falhas de adesão/acesso.
- Oferecer hidratação oral se tolerada. Fluido IV não é rotina apenas para reduzir um valor; considerar 500-1.000 mL de cristalóide isotônico quando houver hipovolemia ou incapacidade de hidratação oral, individualizando em idosos, DRC e insuficiência cardíaca.
- Revisar o esquema habitual. Evitar mudanças complexas se não houver capacidade de monitorização, educação e retorno precoce.
- Não perseguir um alvo arbitrário de glicemia antes da alta. Reavaliar clínica, hidratação, tendência glicêmica e segurança do plano.
- Garantir consulta de revisão preferencialmente em até 7 dias, conforme Linha de Cuidado do Ministério da Saúde; antecipar para 24-72 h nos casos mais frágeis ou com ajuste de insulina.

Alta não é um número

O corte <400 mg/dL apresentado na aula não é critério formal de diretriz. Um paciente pode estar inadequado para alta com glicemia menor e pode ser elegível para seguimento com glicemia maior, desde que a crise tenha sido excluída e o plano seja seguro. A decisão deve ser documentada.

5.2 HI ou glicemia ≥ 600 mg/dL

- Confirmar a glicose por amostra venosa/plasmática quando possível e monitorizar sinais vitais/estado mental.
- Obter acesso venoso e investigar SHH/CAD com eletrólitos, função renal, gasometria, cetonas e osmolalidade.
- Iniciar reposição volêmica conforme perfusão e comorbidades; em suspeita de SHH, seguir protocolo de crise hiperglicêmica, não uma hidratação isolada de alta.
- Não iniciar insulina para possível CAD/SHH antes de conhecer o potássio e planejar monitorização/reposição eletrolítica.
- Tratar o precipitante, observar/admitir e regular transferência quando o serviço não dispuser de laboratório seriado, bomba, monitorização ou internação.

Contexto de Itariri

Na ausência de capacidade local para eletrólitos/gasometria/osmolalidade seriados, um paciente com HI/ ≥ 600 mg/dL e suspeita de crise deve ser estabilizado, regulado e transferido. A falta de exames não torna segura a insulinização empírica nem a alta.

5.3 Critérios práticos de destino

Destino	Condições típicas
APS/alta com seguimento	Estável; sem CAD/SHH; sem precipitante grave; tolera líquidos; tratamento e insumos disponíveis; compreensão e retorno garantidos.
Observação	Necessita hidratação IV, exames pendentes, ajuste com risco de hipoglicemia, incerteza diagnóstica ou apoio social limitado.
Internação/transferência	CAD/SHH ou suspeita não excluída; alteração do sensorio; instabilidade; vômitos; desidratação importante; precipitante grave; DM1/gestação com cetose; incapacidade de autocuidado.

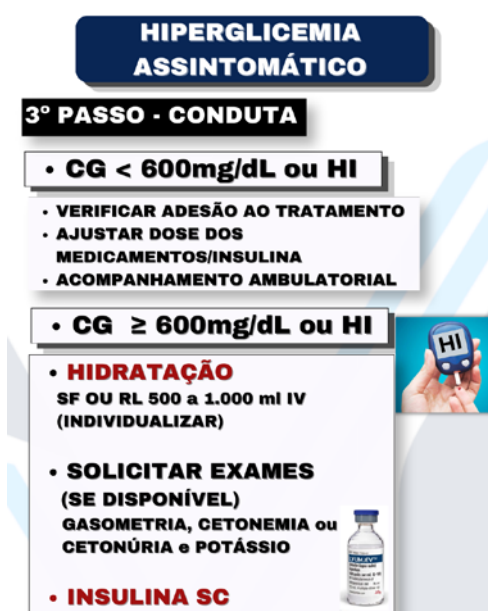


Figura 7. Conduta proposta na aula. Na revisão técnica, HI/ ≥ 600 mg/dL é tratado como possível crise até exclusão.

6. Insulina: uso seguro e limites da evidência

A insulina pode reduzir a glicemia, mas também desloca potássio para o intracelular e pode causar hipoglicemia tardia. Em pacientes selecionados sem crise, uma dose corretiva subcutânea pode ser considerada em ambiente de observação com protocolo institucional, alimentação planejada, monitorização e reavaliação. Isso é diferente de tratar CAD/SHH e diferente de iniciar um esquema ambulatorial completo.

Ponto crítico da aula

A tabela de correção exibida deriva da diretriz SBD para pacientes hospitalizados não críticos. Ela não foi validada como protocolo de dose única para dar alta a pacientes da emergência, e a própria SBD recomenda padronização institucional e uso em contexto de monitorização.

Glicemia capilar	Sensível	Usual	Resistente
141-180	0 UI	1 UI	2 UI
181-220	1 UI	2 UI	4 UI
221-260	1 UI	3 UI	6 UI
261-300	2 UI	4 UI	8 UI
301-340	2 UI	5 UI	10 UI
341-380	3 UI	6 UI	12 UI
381-420	3 UI	7 UI	14 UI
>420	4 UI	8 UI	16 UI

Uso educacional da tabela

Escala de correção da SBD para internação não crítica. Não usar como prescrição automática na UPA/APS; não usar para possível CAD/SHH; confirmar o tipo de insulina, perfil de sensibilidade, ingestão, função renal/hepática, risco de hipoglicemia e plano de monitorização. Evitar escala isolada como estratégia crônica.

Figura 8. Slide da aula que adapta a escala hospitalar e propõe alta após glicemia <400 mg/dL; a meta numérica não é consenso formal.

HIPERGLICEMIA ASSINTOMÁTICO

3º PASSO - CONDUTA

• CG ≥ 600mg/dL ou HI

INSULINA REGULAR OU ULTRARRÁPIDA




Glicemia Capilar	Sensível (FS 80)1**	Usual (FS 40)2	Resistente (FS 20)3
141-180 mg/dL	0	1 UI	2 UI
181-220 mg/dL	1 UI	2 UI	4 UI
221-260 mg/dL	1 UI	3 UI	6 UI
261-300 mg/dL	2 UI	4 UI	8 UI
301-340 mg/dL	2 UI	5 UI	10 UI
341-380 mg/dL	3 UI	6 UI	12 UI
381-420 mg/dL	3 UI	7 UI	14 UI
>420 mg/dL	4 UI	8 UI	16 UI

SBD DIRETRIZ SBD 2025

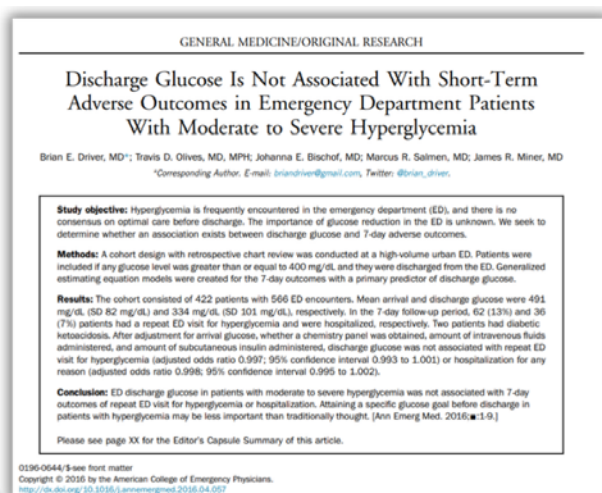
Manejo da hiperglicemia hospitalar em pacientes não-críticos

LIBERAR O PACIENTE APÓS GC < 400 mg/dL

7. O que mostram os estudos de alta

Estudo	População	Resultado útil	Limitação
Driver et al., 2016	422 pacientes; 566 atendimentos; glicose ≥ 400 mg/dL e alta do PS	Glicemia de alta não se associou a retorno por hiperglicemia ou hospitalização em 7 dias após ajuste.	Retrospectivo, centro único; houve 62 retornos, 36 hospitalizações e 2 CAD.
Driver et al., 2019	110 adultos com glicose 400-600 mg/dL; DM1 excluído	Meta <350 versus <600 mg/dL não alterou significativamente desfechos em 7 dias.	Amostra pequena; não autoriza alta sem excluir emergência e garantir seguimento.
Babu et al., 2009	77 adultos com DM2, glicose 300-700 mg/dL, sem necessidade de internação	Dois esquemas simples de ponte foram viáveis com seguimento estruturado por 8 semanas.	Contexto protocolado; sulfonilureia aumenta risco de hipoglicemia e não deve ser extrapolada sem individualização.

A interpretação correta é modesta: em pacientes selecionados, bem dispostos e considerados aptos para alta, perseguir uma redução aguda adicional da glicemia não demonstrou benefício de curto prazo. Esses estudos não provam que hiperglicemia grave seja inofensiva, não eliminam a necessidade de procurar CAD/SHH e não substituem um plano de tratamento longitudinal.



"A Glicemia na Alta Não Está Associada a Desfechos Adversos de Curto Prazo em Pacientes do Departamento de Emergência com Hiperglicemia Moderada a Grave."



Esta análise retrospectiva avaliou 566 pacientes com hiperglicemia que receberam alta do pronto-socorro. Cerca de 39% receberam alta com glicemia entre 351 e 694 mg/dL. Mesmo assim, valores mais elevados de glicemia na alta não aumentaram o risco de retorno ao pronto-socorro, internação ou outros desfechos adversos de curto prazo.

Em conclusão, alcançar um valor específico de glicemia antes da alta hospitalar em pacientes com hiperglicemia moderada a grave pode ser menos importante do que tradicionalmente se acreditava.

Figuras 9 e 10. Estudo observacional destacado na aula e conclusão sobre a glicemia na alta.

8. Plano de alta e seguimento

- Registrar diagnóstico, valores e tendência da glicemia, sinais vitais, estado de hidratação e justificativa para ausência de crise.
- Documentar fator precipitante, tratamento realizado, resposta, medicações reconciliadas e última dose de insulina.
- Fornecer receita completa, insumos, técnica de aplicação/monitorização e plano para dias de doença quando pertinente.
- Orientar hidratação, alimentação regular e prevenção de hipoglicemia; não recomendar jejum prolongado para 'baixar a glicose'.
- Explicar sinais de alarme em linguagem simples e garantir retorno/revisão em até 7 dias, ou antes conforme risco.

Diagnóstico de diabetes em assintomáticos

Glicemia plasmática casual ≥ 200 mg/dL confirma diabetes quando há sintomas clássicos ou crise. Em pessoa realmente assintomática, o diagnóstico requer confirmação por segundo teste anormal (na mesma amostra ou em nova coleta), como glicemia de jejum, HbA1c ou TOTG, salvo hiperglicemia inequívoca em contexto de crise.

Sinais de alarme para retorno imediato

- Vômitos persistentes, dor abdominal, respiração profunda/rápida ou hálito cetônico.
- Sonolência, confusão, desmaio, convulsão ou déficit neurológico.
- Incapacidade de ingerir líquidos, redução importante da urina, hipotensão ou piora da fraqueza.
- Febre, dispneia, dor torácica, sintomas urinários intensos ou qualquer sinal de infecção/ischemia.
- Hipoglicemia, glicemias persistentemente HI ou piora apesar do plano prescrito.

9. Casos clínicos comentados

Caso 1 - DM2 conhecido, glicemia 386 mg/dL

Paciente alerta, sinais vitais normais, sem náuseas/vômitos/dor, hidratação adequada, interrompeu metformina por falta de receita. Conduta: confirmar glicemia, reconciliar tratamento, avaliar função renal/precipitantes conforme contexto, renovar plano seguro, orientar sinais de alarme e revisão precoce. Não há obrigação de reduzir para um número arbitrário antes da alta.

Caso 2 - HI no glicosímetro

Idoso com polidipsia habitual e discreta lentificação. Mesmo sem queixa espontânea, HI/ ≥ 600 mg/dL e alteração cognitiva tornam SHH provável. Conduta: glicose venosa, eletrólitos, gasometria, cetonas, osmolalidade, hidratação monitorizada e regulação/internação. Não administrar dose corretiva isolada e liberar.

Caso 3 - Glicemia 228 mg/dL com dapagliflozina

Paciente com náuseas, dor abdominal e taquipneia após jejum. A glicemia não é muito alta, mas há risco de CAD euglicêmica. Conduta: beta-hidroxibutirato/gasometria/eletrólitos, suspender o inibidor de SGLT2 no quadro agudo e tratar como CAD se critérios presentes.

10. Checklist de atendimento

	Verificação
☐	Medida confirmada; horário e relação com alimentação/medicações registrados
☐	Sinais vitais, estado mental, hidratação e exame dirigido documentados
☐	CAD/SHH e CAD euglicêmica consideradas conforme risco
☐	Precipitantes investigados e tratados
☐	Insulina evitada ou usada com protocolo/monitorização apropriados
☐	Critério de destino baseado em estabilidade e segurança, não apenas na glicemia
☐	Receita, insumos, educação, sinais de alarme e retorno definidos

HIPERGLICEMIA ASSINTOMÁTICO CHECKLIST MÉDICO NA PRÁTICA

OS 3 PASSOS FUNDAMENTAIS NA CONDUÇÃO SEGURA

1º PASSO - DESCARTAR CLINICAMENTE CAD E SHH

SINAIS E SINTOMAS DE CAD E SHHNC

POLIDIPSIA, POLIÚRIA, DOR ABDOMINAL, NÁUSEAS, VÔMITOS, DESIDRATAÇÃO, ALTERAÇÃO DO SENSÓRIO, COMA, REVAIXAMENTO

2º PASSO - AVALIAR FATORES QUE PODEM LEVAR A CAD E SHHNC

DM desconhecido, desidratação, Infecção, descontinuação tratamento, Medicamentos (corticoides), Gravidez, álcool, IAM, AVC, TEP

3º PASSO - CONDUCTA



• CG < 600mg/dL ou HI

- VERIFICAR ADEÇÃO AO TRATAMENTO
- AJUSTAR DOSE DOS MEDICAMENTOS/INSULINA
- ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL

**LIBERAR O PACIENTE
APÓS GC < 400 mg/dL**

• CG ≥ 600mg/dL ou HI

• **HIDRATAÇÃO**

SF OU RL 500 a 1.000 ml IV (INDIVIDUALIZAR)

• **SOLICITAR EXAMES (SE DISPONÍVEL)**

GASOMETRIA, CETONEMIA ou CETONÚRIA e POTÁSSIO

• **INSULINA SC**



MÉDICO
NA PRÁTICA

Figura 11. Checklist original da aula; utilizar com as ressalvas técnicas desta apostila.

11. Modelo de registro clínico

Texto-base

PACIENTE COM HIPERGLICEMIA CONFIRMADA, HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL, SEM ALTERAÇÃO DO SENSÓRIO, VÔMITOS, DOR ABDOMINAL, RESPIRAÇÃO DE KUSSMAUL OU SINAIS DE DESIDRATAÇÃO IMPORTANTE. AVALIADOS FATORES PRECIPITANTES: [...]. EXAMES/CRITÉRIOS PARA CAD E SHH: [...]. CONDUCTA REALIZADA E RESPOSTA: [...]. PLANO DE TRATAMENTO E INSUMOS: [...]. ORIENTADOS SINAIS DE ALARME E RETORNO IMEDIATO. REVISÃO NA APS EM [...].

12. Revisão crítica dos pontos da aula

Afirmação/abordagem	Síntese revisada
A glicemia na alta não muda desfechos	Há estudos sugerindo ausência de associação em pacientes selecionados; isso não equivale a ausência de eventos nem autoriza alta indiscriminada.
Entre 250 e 600 mg/dL não precisa de exames	É a orientação do MS para paciente verdadeiramente assintomático e sem sinais de acidose/hiperosmolaridade. Fatores de alto risco mudam a conduta.
Liberar quando <400 mg/dL	Não há corte formal. A alta depende da exclusão de crise, estabilidade, precipitante, capacidade de autocuidado e seguimento.
Acima de 600: hidratar, pedir exames se disponíveis e fazer insulina SC	HI/≥600 deve levantar suspeita de SHH. Exames e potássio são essenciais antes de insulina quando crise não foi excluída; frequentemente requer observação/internação/transferência.
Usar escala SBD de internação como correção na emergência	A escala é destinada a hospitalizados não críticos e deve ser institucional. Sua extrapolação para dose única/alta não é validada.

Referências essenciais

- [American Diabetes Association. Standards of Care in Diabetes - 2026.](#)
- [Umpierrez GE et al. Hyperglycemic Crises in Adults With Diabetes: A Consensus Report. Diabetes Care. 2024;47:1257-1275.](#)
- [Ministério da Saúde. Linha de Cuidado do DM2 - Hiperglicemia assintomática na UPA.](#)
- [Sociedade Brasileira de Diabetes. Diagnóstico e tratamento da cetoacidose diabética. Diretriz 2025.](#)
- [Sociedade Brasileira de Diabetes. Manejo da síndrome hiperglicêmica hiperosmolar não cetótica. Diretriz 2025.](#)
- [Sociedade Brasileira de Diabetes. Manejo da hiperglicemia hospitalar em pacientes não críticos. Diretriz 2025.](#)
- [Driver BE et al. Discharge Glucose Is Not Associated With Short-Term Adverse Outcomes. Ann Emerg Med. 2016;68:697-705.e3.](#)
- [Driver BE et al. Comparison of two glycemic discharge goals in ED patients with hyperglycemia. Am J Emerg Med. 2019;37:1295-1300.](#)
- [Babu A et al. Safe and simple emergency department discharge therapy for patients with DM2 and severe hyperglycemia. Endocr Pract. 2009;15:696-704.](#)

Figura 12. Encerramento do material original da aula.

Nota final

Material educacional para profissionais de saúde. Protocolos locais, disponibilidade de exames, capacidade de monitorização e regulação devem orientar a aplicação prática. Revisão técnica baseada nas fontes listadas, consultadas em agosto de 2026.