



PREFEITURA MUNICIPAL DE
FEIRA DE SANTANA



POP 06: Hiperglicemia



SAMU
192

ELABORADORES

Maíza Sandra Ribeiro Macedo
Coordenação Geral

Fabricia Passos Pinto
Coordenação do NEP

Bruno Passos Sampaio
Médico do NEP

Março/2020

COLABORADORES

Equipe SAMU 192

SAMU
192



POP 06: HIPERGLICEMIA

- ✓ **Emergências glicêmicas** são complicações frequentes na prática do emergencista, constituindo importante causa de morbimortalidade.
- ✓ São mais prevalentes em pacientes com Diabetes Mellitus (DM), mas também afetam pacientes hígidos ou sem diagnóstico prévio de DM.
- ✓ As crises hiperglicêmicas na emergência precisam ser vistas de forma mais abrangente e não somente, ligada a descompensação do diabetes.
- ✓ Há então descompensação metabólica e eletrolítica associadas.
- ✓ Requerem pronto reconhecimento e manejo adequado.
- ✓ Destaca-se como emergências hiperglicêmicas: **Cetoacidose diabética e Estado Hiperosmolar Hiperglicêmico.**

1 Cetoacidose Diabética (CAD)

- Mais comum em pacientes portadores de DM insulíndependentes, porém pode acontecer em DM não insulíndependentes, em quadros de glicotoxicidade.



1.1 Fisiopatologia

- ✓ Decorrente da **diminuição da insulina**, levando ao aumento de hormônios contrarreguladores (cortisol, glucagon, catecolaminas, hormônio do crescimento).
- ✓ Há ação contrarreguladora em diversos órgãos do corpo, tais quais:

| | |
|-----------------------|---|
| Fígado | Inicia Gliconeogênese; Aumenta produção de corpos cetônicos; |
| Tecido Adiposo | Maior atividade da lipase, formando mais glicerol; |
| Rins | Diurese osmótica; Hipovolemia |
| Músculos | Diminui entrada de glicose, aumenta proteólise. |



1.2 Quadro clínico

- ✓ Sinais e sintomas da DM: polifagia, polidipsia, poliúria;
- ✓ Náuseas, vômitos, **dor abdominal**;
- ✓ Deidratação;
- ✓ Respiração acidótica de Kussmaul (“lenta e profunda”);
- ✓ Hálito cetônico (“cheiro de maçã podre”)

1.3 Diagnóstico

- ✓ No pré-hospitalar será baseado na história clínica e nos sintomas apresentados pelo paciente;
- ✓ A tríade diagnóstica tem por base:
 - Glicemia capilar > 250 mg/ dl;
 - pH arterial < 7,3;
 - Cetonúria fortemente positiva.

2 Estado Hiperosmolar Hiperглиcêmico (EHH)

- ✓ Trata-se de uma complicação do DM não insulínica;
- ✓ Atinge geralmente as pessoas de idade mais avançadas;
- ✓ O paciente apresenta-se desidratado e com glicemias capilares demasiadamente elevadas;
- ✓ A grande diferença para a CAD é ausência de cetonemia.

2.1 Quadro clínico

- ✓ Sinais e sintomas da DM: polifagia, polidipsia, poliúria;
- ✓ Profunda desidratação.
- ✓ Rebaixamento do nível de consciência.

2.2 Diagnóstico

- ✓ No pré-hospitalar será baseado na história clínica e nos sintomas apresentados pelo paciente;
- ✓ A tríade diagnóstica tem por base:
 - Glicemia capilar > 600 mg/ dl;
 - pH arterial > 7,3;
 - Osmolaridade sérica > 320.



| Parâmetros | CAD | | | EEH |
|-----------------------------------|------------|---------------------|-----------------|---------------------|
| | Leve | Moderada | Grave | |
| Glicemia (mg/dl) | > 250 | > 250 | > 250 | > 600 |
| pH arterial | 7,25 - 7,3 | 7,0 - 7,24 | < 7,0 | > 7,3 |
| Bicarbonato sérico (mEq/l) | 15 - 18 | 10 - 14,9 | < 10 | > 15 |
| Cetonúria | Positiva | Positiva | Positiva | Fracamente positiva |
| Cetonemia | Positiva | Positiva | Positiva | Fracamente positiva |
| Osmolaridade (mOsm/Kg) | Variável | Variável | Variável | > 320 |
| Nível de Consciência | Alerta | Alerta ou sonolento | Estupor ou coma | Estupor ou coma |

| | CAD | EEH |
|-----------------------|---|--|
| Faixa etária | População jovem (20 – 29 anos) | Normalmente > 40 anos |
| Instalação | Rápida | Progressiva |
| Sintomas | Poliúria, polidipsia e perda ponderal Normalmente alerta | Poliúria, polidipsia e perda ponderal RNC |
| Sinais | Hálito cetônico, taquipnéia Respiração de Kussmaul | Profunda desidratação |
| Peculiaridades | Náuseas, vômitos, dor abdominal | Dificuldade de acesso à água |



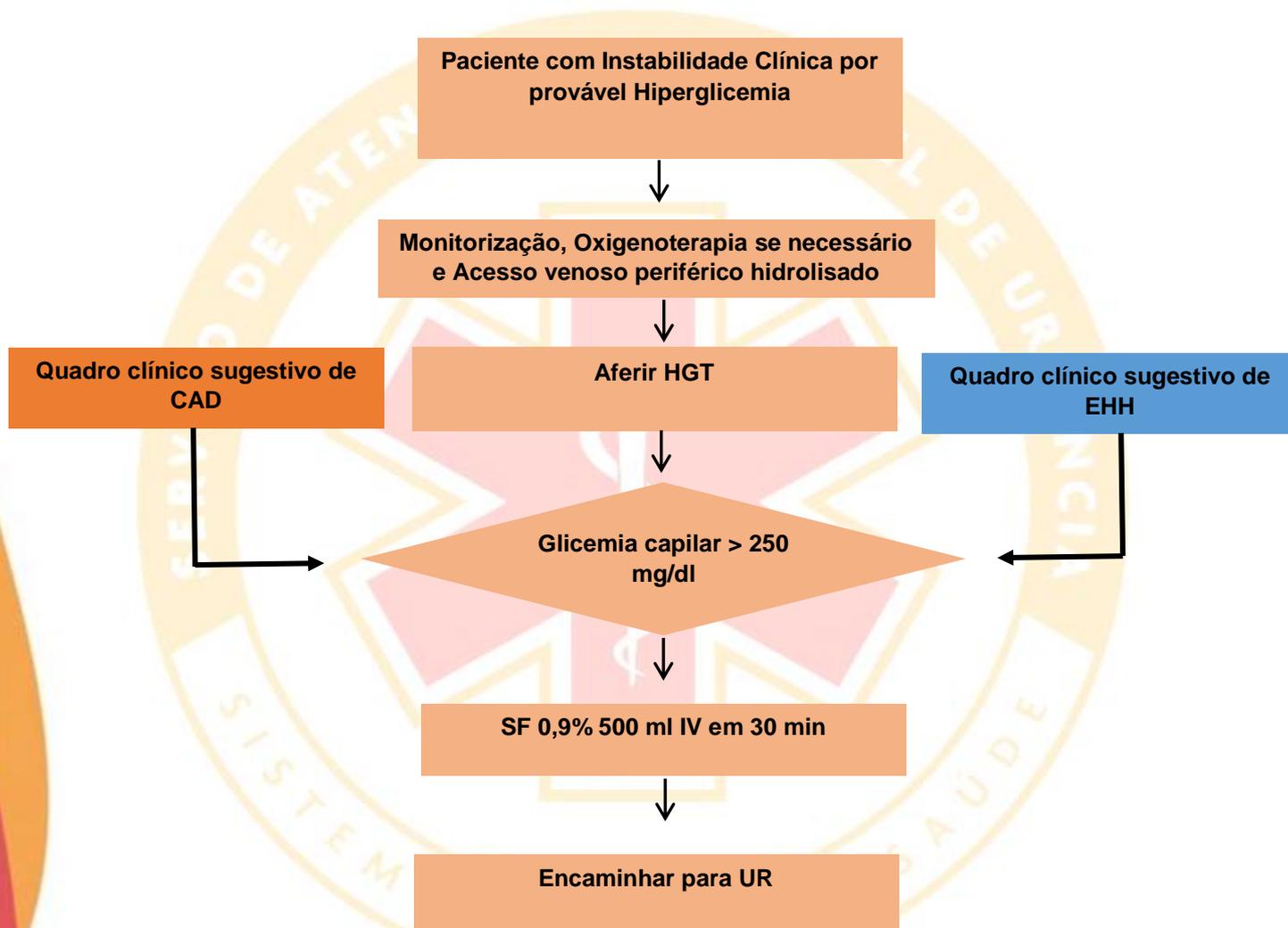
4 Conduta Pré-Hospitalar (CAD e EEH)

- ✓ MR deve suspeitar do quadro ainda durante regulação.
- ✓ Instalar monitorização.
- ✓ Proteção das vias aéreas.
- ✓ Manter em decúbito de 30°.
- ✓ Oferecer oxigenação, se SPO2<92%.
- ✓ Coleta de HGT.
- ✓ Tratamento definitivo baseia-se na:
 - **Hidratação venosa;**
 - **Insulinoterapia;**
 - **Correção de eletrólitos.**
- ✓ Para o pré-hospitalar será realizado apenas a hidratação, podendo ser administrado também os sintomáticos.
- ✓ **Hidratação:**
 - Pode ser realizada com Cloreto de Sódio a 0,9% ou Solução de Ringer Lactato.
 - Se hipovolemia grave: 1 litro/ hora até resolução;
 - Após resolução da hipovolemia:
 - 250 – 500 ml de NaCL 0,45%
- ✓ Somente fazer a insulinoterapia após dosagem de potássio (a ser realizado na chegada à unidade de referência).

SAMU
192



FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO DOS QUADROS DE HIPERGLICEMIA



SAMU
192

