

ABORDAGEM DA HIPERGLICEMIA HOSPITALAR EM PACIENTES CRÍTICOS E NÃO CRÍTICOS (COM OU SEM DIABETES PRÉVIO) DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19



Admissão

1. Medir a glicemia capilar na admissão de todos os internados, independente do diagnóstico de DM pois a hiperglicemia aumenta a mortalidade hospitalar e o tratamento pode influenciar o prognóstico
2. Registrar o diagnóstico de DM no prontuário para facilitar a identificação
3. Avaliar a prescrição: manter o uso de insulina e suspender antidiabéticos orais
4. Orientar o risco e observar sintomas de hipoglicemia no uso de sulfonilureia ou insulina, principalmente em idosos e nas alterações de função renal
5. Convém dosar a A1c (se não houver A1c disponível nos últimos 3 meses)
6. Manter a dieta ou aporte de glicose, mesmo se houver hiperglicemia

Hipoglicemia (<70 mg/dL)

Oriente o paciente, acompanhante sobre os sinais e sintomas de hipoglicemia. Se houver sudorese, náusea, palidez, taquicardia, mal estar, rebaixamento de consciência, avalie a glicemia capilar.

Mantenha aporte mínimo de carboidrato VO (4g/h) ou EV (2g/h). Rever a insulina se jejum ou má aceitação.

Correção da hipoglicemia:

dieta VO ou enteral: 15g glicose VO (Açúcar 1 colher de sopa diluído em água)

Inconscientes: glicose 50% (40mL EV) + acionar avaliação médica.

Reavaliar a glicemia em 15 min., avaliar causas (má aceitação, interrupção de carboidrato, insuficiência renal/hepática).

Hiperglicemia (>180mg/dL)

Se houver glicemia > 180 mg/dL, confirmar com mais uma dosagem. Se confirmada avaliar a necessidade de prescrição de insulina basal.

Uma alternativa é o esquema basal-bolus:

1. Insulina basal (0,2UI/kg/dia) insulina NPH (preferível fracionar em 2 a 3 doses) ou glarginha (uma vez ao dia)

2. Insulina regular ou análogo (lispro, aspart ou glulisina) (0,2UI/kg fracionadas antes do café, almoço e jantar associada a dose de correção

3. Dose de correção

180-220	221-260	261-300	301-350	> 350
2 UI	4UI	6 UI	8 UI	10 UI*

4. Reavaliar as doses a cada 24 a 48 h

5. Prover educação do paciente e familiar

Pacientes graves (UTI)

1. Avaliar cetoacidose (cetonúria) ou estado hiperosmolar (glicemia > 600) pois tem protocolos específicos e diferentes

2. Se houver 2 episódios de hiperglicemia (>180 mg/dL), iniciar 0,1UI/kg/h de insulina R EV contínua (diluir 100UI em 100mL de SF0,9% e desprezar 20 mL) devido a meia-vida curta e a ação rápida

3. controlar a glicemia a cada hora e ajustar a dose com algoritmos validados, com a meta de 140-180 mg/dL.

Exemplo Joint British Diabetes Society

<70	71-144	145-216	217-290	291- 360	361-430	> 430
0 UI/h	1 UI/h	2 UI/h	4 UI/h	5 UI/h	6 UI/h	8 UI/h

ou www.insulinapp-uti.com.br

4. Monitorar o equilíbrio hidroeletrolítico

5. Administrar insulina NPH ou análogo SC 3 h antes de suspender a insulina EV