

Cetoacidose Diabética (CAD)

Guia completo para manejo da cetoacidose diabética: hidratação venosa, insulinoterapia, correção de eletrólitos, identificação de fatores precipitantes. Inclui prescrições práticas, critérios diagnósticos, classificação de gravidade e orientações para internação.

Paciente típico: Adulto jovem (18-44 anos) com diabetes tipo 1, apresentando poliúria, polidipsia, náuseas, vômitos e dor abdominal há 2 dias. Pode ter histórico de omissão de doses de insulina ou quadro infeccioso intercorrente.

? Guia rápido

Clique nos tópicos abaixo para ver detalhes

História clínica típica

História Clínica

Paciente diabético tipo 1, 35 anos, com história de poliúria e polidipsia há 3 dias, associado a náuseas e vômitos há 2 horas. Refere emagrecimento de 5 kg no último mês. Relata ter omitido algumas doses de insulina nos últimos dias. Nega febre inicialmente, mas refere fraqueza intensa e confusão mental nas últimas 2 horas.

Sintomas associados: dor abdominal difusa, tosse produtiva há 2 dias, letargia progressiva.

Nega alergias medicamentosas.

Fatores precipitantes investigados: infecção respiratória/urinária, uso irregular de insulina.

Exame físico

Estado geral: Paciente prostrado, desidratado (+++/4+), mucosas secas, turgor diminuído.

Sinais vitais: PA 90/60 mmHg, FC 110 bpm (taquicárdico), FR 22 irpm (taquipneico), Tax 36°C, SatO2 92% em ar ambiente.

Hálito cetônico presente.

Padrão respiratório: Respiração de Kussmaul (respirações profundas e rápidas).

Nível de consciência: Glasgow 11 (alerta/sonolento/estuporoso).

Cardiovascular: Taquicárdico, bulhas rítmicas normofonéticas, sem sopros.

Respiratório: Murmúrio vesicular presente bilateralmente, sem ruídos adventícios.

Abdome: Flácido, difusamente doloroso à palpação, sem sinais de irritação peritoneal, RHA presentes.

Extremidades: Perfusão periférica lentificada, pulsos palpáveis.

HD

- Cetoacidose diabética (leve/moderada/grave - classificar após exames)
- Diabetes mellitus tipo 1 descompensado
- Investigar fator precipitante: pneumonia/ITU/omissão de insulina

Conduta

- Estabilização inicial: ABC, acesso venoso calibroso (2 acessos se possível)
- Expansão volêmica vigorosa com SF 0,9% 1000-1500 mL em 1 hora
- Coleta de exames: gasometria, glicemia, eletrólitos (Na, K, Cl), função renal, hemograma, EAS, cetonemia/cetonúria
- Iniciar insulinoaterapia EV em BIC após $K > 3,3$ mEq/L
- Reposição de potássio conforme protocolo
- Hidratação venosa contínua guiada por Na corrigido
- Monitorização contínua: HGT 1/1h, sinais vitais, débito urinário
- Investigar e tratar foco infeccioso
- Internação hospitalar obrigatória (UTI se CAD moderada/grave)
- Afastamento: internação hospitalar até resolução da CAD

Prescrição para paciente típico

No pronto-socorro:

FASE 1: ESTABILIZAÇÃO E EXPANSÃO VOLÊMICA (primeira hora)

01. SF 0,9% 1500 mL – EV, correr em 1 hora (15-20 mL/kg)
02. Glicemia capilar – 1/1h
03. Monitorização contínua (PA, FC, FR, SatO2, ECG)
04. Dieta zero

AGUARDAR RESULTADOS LABORATORIAIS (K+, Na, gasometria, glicemia)

FASE 2: HIDRATAÇÃO CONTÍNUA (após expansão inicial)

05. Escolher conforme Na corrigido*:
 - Se Na corrigido < 135 : SF 0,9% 500 mL/h EV

- Se Na corrigido ≥ 135 : NaCl 0,45%** 500 mL/h EV

FASE 3: INSULINOTERAPIA (iniciar apenas se $K > 3,3$ mEq/L)

06. Insulina regular 100 UI (1 mL) + SF 0,9% 99 mL (concentração: 1 UI/mL)

Administrar 0,1 UI/kg/h EV em BIC

Exemplo paciente 70 kg: correr a 7 mL/h na bomba de infusão

REPOSIÇÃO DE POTÁSSIO (associar à hidratação)

07. Escolher conforme K sérico:

- Se $K < 3,3$ mEq/L: KCl 19,1% 20 mL + SF 0,9% 1000 mL, EV, correr em 1-2h

(NÃO iniciar insulina até $K > 3,3$)

- Se $K 3,3-5,0$ mEq/L: KCl 19,1% 10 mL + SF 0,9% 1000 mL, EV, a cada 2h

- Se $K > 5,0$ mEq/L: aguardar e reavaliar K em 2h

CORREÇÃO DE ACIDOSE GRAVE (apenas se $pH < 7,0$)

08. Bicarbonato de sódio 8,4% 100 mL + SF 0,9% 400 mL, EV, correr em 2h

Reavaliar pH em 2h

MEDICAÇÕES SINTOMÁTICAS

09. Metoclopramida 10 mg/2 mL – 01 ampola (10 mg) diluída em 8 mL de AD, EV lento, até 8/8h se náuseas/vômitos

10. Dipirona 500 mg/mL – 01 ampola (2 mL = 1g) + 8 mL de SF 0,9%, EV lento, até 6/6h se dor ou febre

11. Omeprazol 40 mg – EV, 1x/dia pela manhã (proteção gástrica)

AJUSTES CONFORME EVOLUÇÃO

- Quando HGT < 250 mg/dL: Reduzir insulina para 0,05 UI/kg/h + Iniciar SG 5% 250 mL/h

- Alvo glicêmico: manter entre 150-200 mg/dL até resolução da CAD

- Reavaliar eletrólitos a cada 2-4h, gasometria a cada 4h

*Na corrigido = $Na \text{ sérico} + [1,6 \times (glicemia - 100)/100]$

**NaCl 0,45% = SF 0,9% 250 mL + água destilada 250 mL

Para casa:

⚠️ IMPORTANTE: Cetoacidose diabética requer INTERNAÇÃO HOSPITALAR obrigatória.

Não há alta direta do pronto-socorro para casa.

Após resolução da CAD e alta hospitalar, o paciente deverá:

01. Insulina NPH □ UI ————— conforme ajuste hospitalar

Aplicar □ UI SC pela manhã (antes do café) e □ UI SC à noite (antes do jantar)

Uso contínuo

02. Insulina regular □ UI ————— conforme ajuste hospitalar

Aplicar □ UI SC antes das principais refeições (café, almoço, jantar)

Ajustar conforme glicemia capilar e orientação da endocrinologia

Uso contínuo

03. Glicosímetro e fitas reagentes —————

Realizar glicemia capilar antes das refeições e ao deitar (4-6x/dia)

Anotar resultados para ajuste de doses

ORIENTAÇÕES GERAIS

- Retorno ambulatorial com endocrinologista em □ dias
- Manter hidratação oral adequada
- Nunca omitir doses de insulina
- Procurar atendimento imediato se: náuseas/vômitos persistentes, glicemia > 300 mg/dL persistente, confusão mental, dor abdominal intensa

? NO PRONTO-SOCORRO

• ⚠ MANEJO E CUIDADOS INICIAIS

- **Prioridade absoluta:** ABC (vias aéreas, respiração, circulação) e estabilização hemodinâmica
- **Acesso venoso:** Obter 2 acessos calibrosos imediatamente
- **Hidratação agressiva:** Iniciar SF 0,9% 1000-1500 mL na primeira hora (15-20 mL/kg)
- **NÃO iniciar insulina antes de:** Ter resultado de K⁺ sérico e garantir K > 3,3 mEq/L
- **Critérios diagnósticos (devem estar presentes todos os 3):**
 - Hiperglicemia ≥ 200 mg/dL (ou história de diabetes)
 - Acidose metabólica: pH < 7,3 ou bicarbonato < 18 mEq/L
 - Cetose: cetonemia ≥ 3 mmol/L ou cetonúria ≥ 2+
- **Classificação de gravidade:**
 - Leve: pH 7,25-7,30 | HCO₃ 15-18 | Alerta → Enfermaria
 - Moderada: pH 7,0-7,25 | HCO₃ 10-15 | Sonolento → UTI
 - Grave: pH < 7,0 | HCO₃ < 10 | Estupor/coma → UTI
- **Exames iniciais obrigatórios:**
 - Gasometria arterial ou venosa (pH, HCO₃, ânion gap)
 - Glicemia sérica + HGT

- Eletrólitos completos (Na, K, Cl, Ca, Mg, P)
 - Função renal (ureia, creatinina)
 - Hemograma (leucócitos > 25.000 ou bastões > 10% = infecção)
 - EAS + cetonúria/cetonemia
 - Amilase e lipase (se dor abdominal)
 - ECG (avaliar arritmias por distúrbios de K)
 - Rx tórax + culturas se suspeita de infecção
 - **Sinais de alarme/complicações:**
 - Queda rápida da glicemia (> 100 mg/dL/h) → risco de edema cerebral
 - Hipocalemia durante tratamento → risco de arritmias/PCR
 - Dor abdominal intensa → descartar pancreatite aguda
 - Rebaixamento do nível de consciência progressivo → edema cerebral
 - Febre alta + leucocitose intensa → foco infeccioso
 - **Fatores precipitantes comuns a investigar:**
 - Infecção (50%): pneumonia, ITU, COVID-19
 - Omissão/dose inadequada de insulina (25%)
 - Diabetes recém-diagnosticado (20%)
 - IAM, AVC, pancreatite, trauma, uso de drogas (cocaína, corticoides, SGLT2i)
-

• HIDRATAÇÃO VENOSA

- **Prescrição prática:**
 - SF 0,9% 1000-1500 mL – EV, correr em 1 hora (fase rápida)
 - Após expansão inicial:
 - SF 0,9% 500 mL – EV, 1/1h (se Na corrigido < 135)
 - NaCl 0,45% 500 mL – EV, 1/1h (se Na corrigido ≥ 135)
 - Preparar NaCl 0,45%: SF 0,9% 250 mL + água destilada 250 mL
- **Alternativas:**
 - Ringer Lactato 1000 mL – EV, correr em 1 hora (alternativa ao SF 0,9% na expansão)
 - Plasmalyte 1000 mL – EV, correr em 1 hora (se disponível)
- **Indicações:**
 - Todos os pacientes com CAD apresentam desidratação grave (déficit médio de 6L)
 - Primeira medida terapêutica antes mesmo de iniciar insulina
 - Corrige hipovolemia, melhora perfusão renal e diminui contra-regulação hormonal
- **Apresentações:**
 - Soro fisiológico 0,9% (NaCl 0,9%): bolsas de 100 mL, 250 mL, 500 mL, 1000 mL
 - Ringer Lactato: bolsas de 500 mL, 1000 mL
 - Água destilada: ampolas de 10 mL, frascos de 250 mL, 500 mL
- **Via(s):** □ EV
- **Cuidados:**
 - Calcular Na corrigido = Na sérico + $[1,6 \times (glicemia - 100)/100]$
 - Meta: repor o déficit em 24-48 horas
 - Evitar hidratação excessivamente rápida → risco de edema cerebral

- Quando glicemia < 250 mg/dL: associar SG 5% 250 mL/h para evitar hipoglicemia
- Hipovolemia grave/choque: pode necessitar SF 0,9% 1L/h + vasopressores
- Monitorar balanço hídrico, débito urinário e sinais vitais continuamente
- Idosos e cardiopatas: ajustar velocidade de infusão (risco de sobrecarga)

• INSULINOTERAPIA

◦ Prescrição prática:

- Insulina regular 100 UI/mL (1 mL) + SF 0,9% 99 mL – EV em BIC
- Concentração final: 1 UI/mL
- Dose: 0,1 UI/kg/h (paciente de 70 kg = 7 mL/h na bomba)
- Bólus inicial (opcional): 0,1 UI/kg EV antes de iniciar BIC
- Quando HGT < 250 mg/dL: reduzir para 0,05 UI/kg/h

◦ Alternativas (CAD leve, sem bomba de infusão):

- Insulina regular 0,3 UI/kg – SC, dose única, seguida de 0,2 UI/kg SC 2/2h
- Lispro 0,2-0,3 UI/kg – SC, dose única, seguida de 0,1 UI/kg SC 2/2h
- Aspart 0,2-0,3 UI/kg – SC, dose única, seguida de 0,1 UI/kg SC 2/2h

◦ Indicações:

- Tratamento definitivo da CAD
- Inibir lipólise e cetogênese
- Facilitar entrada de glicose nas células

◦ Apresentações:

- Insulina regular 100 UI/mL: frascos de 10 mL
- Lispro 100 UI/mL: canetas de 3 mL
- Aspart 100 UI/mL: canetas de 3 mL

◦ Via(s): ☐ EV (preferencial em CAD moderada/grave) | ☐ SC (CAD leve)

◦ Cuidados:

- **CRÍTICO:** Iniciar apenas se K > 3,3 mEq/L (insulina piora hipocalemia)
- Meta: reduzir glicemia 50-75 mg/dL/h
- Se redução > 75 mg/dL/h → reduzir BIC pela metade (risco de edema cerebral)
- Se redução < 50 mg/dL/h → dobrar velocidade da BIC
- HGT de hora em hora até estabilização
- Quando HGT < 250 mg/dL: iniciar SG 5% + reduzir insulina (manter entre 150-200 mg/dL)
- Trocar solução de insulina a cada 6 horas
- Transição para insulina SC: manter infusão EV por 1-2h após primeira dose SC
- Complicação principal: hipoglicemia (monitorar rigorosamente)
- Após resolução da CAD: dose basal-bólus 0,5-0,8 UI/kg/dia dividida

• CORREÇÃO DE POTÁSSIO

◦ Prescrição prática:

- KCl 19,1% (2,5 mEq/mL):

- Se $K < 3,3$ mEq/L: KCl 19,1% 20 mL + SF 0,9% 1000 mL, EV, correr em 1-2h (até $K > 3,3$)
- Se $K 3,3-5,0$ mEq/L: KCl 19,1% 10 mL + SF 0,9% 1000 mL, EV, a cada 2h
- Se $K > 5,0$ mEq/L: não repor, apenas monitorar K a cada 2h
- **Alternativas:**
 - KCl 10% (1,34 mEq/mL): usar o dobro do volume (ex: 20 mL se $K < 3,3$)
 - Fosfato de potássio (se hipofosfatemia associada $< 1,0$ mg/dL): 20-30 mEq/L
- **Indicações:**
 - Todos os pacientes com CAD têm depleção de K corporal total
 - K sérico pode estar falsamente normal/elevado pela acidose
 - Insulinoterapia causa entrada de K para dentro das células → piora hipocalemia
- **Apresentações:**
 - Cloreto de potássio 19,1% (KCl 19,1%): ampolas de 10 mL
 - Cloreto de potássio 10% (KCl 10%): ampolas de 10 mL
- **Via(s):** ☐ EV (sempre diluído, nunca puro)
- **Cuidados:**
 - **CRÍTICO:** Dosar K antes de iniciar insulina
 - **NUNCA fazer insulina se $K < 3,3$** → risco de arritmia fatal
 - Meta: manter K entre 4-5 mEq/L durante o tratamento
 - Máximo de infusão: 10-20 mEq/h (velocidades maiores → risco de PCR)
 - Monitorar K a cada 2h nas primeiras 6h, depois 4/4h
 - Garantir diurese adequada antes de repor K
 - ECG contínuo se hipocalemia grave ou durante reposição rápida
 - Hipocalemia grave ($< 2,5$): pode necessitar UTI e reposição mais agressiva
 - Hipercalemia ($> 5,5$) ao diagnóstico: não repor, reavaliar em 2h após insulina

• CORREÇÃO DE ACIDOSE GRAVE

- **Prescrição prática:**
 - Bicarbonato de sódio 8,4% (1 mEq/mL) 100 mL + SF 0,9% 400 mL – EV, correr em 2h
 - Reavaliar pH em 2h, repetir se pH ainda $< 7,0$
- **Alternativas:**
 - Se pH entre 6,9-7,0: Bicarbonato 8,4% 50 mL + SF 0,9% 200 mL – EV em 1h
- **Indicações:**
 - **APENAS se pH $< 7,0$ (ou $< 6,9$ segundo alguns protocolos)**
 - Acidose muito grave com risco de instabilidade hemodinâmica
 - Não é indicado de rotina em CAD
- **Apresentações:**
 - Bicarbonato de sódio 8,4%: frascos de 10 mL, 50 mL, 100 mL
- **Via(s):** ☐ EV (sempre diluído)
- **Cuidados:**
 - **Uso controverso** - não administrar rotineiramente
 - Pode causar: piora da hipocalemia, alcalose paradoxal do SNC, hipóxia tecidual
 - Monitorar K rigorosamente (risco de hipocalemia grave)

- Reavaliar gasometria 2h após infusão
- Suspender quando $\text{pH} \geq 7,0$
- A insulinoaterapia e hidratação geralmente corrigem a acidose sem necessidade de HCO_3
- Bicarbonato NÃO acelera resolução da cetose
- Preferência: tratar a causa (insulina + fluidos) em vez de bicarbonato

• ANTIEMÉTICO

◦ Prescrição prática:

- Metoclopramida 10 mg/2 mL – 01 ampola (10 mg) + 8 mL de AD, EV lento, até 8/8h
- Bromoprida 10 mg/2 mL – 01 ampola (10 mg), EV lento, até 8/8h

◦ Alternativas:

- Ondansetrona 8 mg/4 mL – 01 ampola (8 mg) diluída em 50 mL de SF 0,9%, EV em 15 min, até 8/8h

◦ Indicações:

- Náuseas e vômitos (sintomas muito comuns na CAD)
- Vômitos podem agravar desidratação e dificultar reintrodução de dieta

◦ Apresentações:

- Metoclopramida: ampolas de 2 mL (10 mg)
- Bromoprida: ampolas de 2 mL (10 mg)
- Ondansetrona: ampolas de 2 mL (4 mg) e 4 mL (8 mg)

◦ Via(s): ☐ EV | ☐ IM

◦ Cuidados:

- Metoclopramida/Bromoprida: evitar em < 18 anos (risco de sintomas extrapiramidais)
- Ondansetrona: pode prolongar intervalo QT (cuidado em cardiopatas)
- Dose máxima metoclopramida: 30 mg/dia
- Suspender quando paciente aceitar dieta oral
- Vômitos persistentes apesar de antiemético: investigar outras causas

• ANALGÉSICO / ANTITÉRMICO

◦ Prescrição prática:

- Dipirona 500 mg/mL – 01 ampola (2 mL = 1g) + 8 mL de SF 0,9%, EV lento (5-10 min), até 6/6h

◦ Alternativas:

- Paracetamol 10 mg/mL – 100 mL (1g), EV em 15 min, até 6/6h
- Tramadol 50 mg/mL – 01 ampola (2 mL = 100 mg) diluída em 100 mL SF 0,9%, EV em 20 min, até 8/8h (dor intensa)

◦ Indicações:

- Dor abdominal (comum na CAD pela acidose)
- Febre $\geq 37,8^\circ\text{C}$ (se foco infeccioso)
- Cefaleia

◦ Apresentações:

- Dipirona: ampolas de 2 mL (500 mg/mL)
- Paracetamol: frascos de 100 mL (10 mg/mL = 1g)
- Tramadol: ampolas de 2 mL (50 mg/mL)
- **Via(s):** ☐ EV | ☐ IM
- **Cuidados:**
 - Dose máxima dipirona: 5g/dia (24h)
 - Dose máxima paracetamol: 4g/dia
 - Tramadol: risco de náuseas (considerar antiemético profilático)
 - Dor abdominal intensa/progressiva: descartar pancreatite, abdome agudo
 - Evitar AINEs na fase aguda (risco de piora da função renal)

• PROTEÇÃO GÁSTRICA

- **Prescrição prática:**
 - Omeprazol 40 mg – 01 frasco-ampola diluído em 100 mL SF 0,9%, EV em 20 min, 1x/dia pela manhã
- **Alternativas:**
 - Pantoprazol 40 mg – 01 frasco-ampola diluído em 100 mL SF 0,9%, EV em 15 min, 1x/dia
 - Ranitidina 50 mg/2 mL – 01 ampola diluída em 100 mL SF 0,9%, EV lento, 12/12h
- **Indicações:**
 - Proteção gástrica durante internação
 - Náuseas e vômitos importantes
 - Prevenção de gastropatia por estresse
- **Apresentações:**
 - Omeprazol: frasco-ampola de 40 mg
 - Pantoprazol: frasco-ampola de 40 mg
 - Ranitidina: ampolas de 2 mL (50 mg)
- **Via(s):** ☐ EV | ☐ Oral (quando aceitar VO)
- **Cuidados:**
 - Administrar preferencialmente pela manhã em jejum
 - Pode ser mantido até alta hospitalar
 - Não interfere no tratamento da CAD

? PARA CASA

⚠ **IMPORTANTE:** Cetoacidose diabética é uma emergência que requer **internação hospitalar obrigatória** para tratamento em ambiente hospitalar (enfermaria ou UTI). Não há alta direta do pronto-socorro para casa. As orientações abaixo referem-se ao período **pós-alta hospitalar**, após resolução completa da CAD.

Critérios de resolução da CAD (para considerar alta hospitalar):

- pH $\geq 7,3$
- Bicarbonato sérico ≥ 18 mEq/L

- Cetonemia < 0,6 mmol/L
 - Glicemia < 200 mg/dL
 - Paciente aceitando dieta oral
 - Estabilidade hemodinâmica
-

• INSULINOTERAPIA AMBULATORIAL (pós-alta hospitalar)

◦ Prescrição:

- Paciente com diabetes prévio: Retornar ao esquema ambulatorial prévio de insulina, com ajustes se necessário
- Paciente recém-diagnosticado: Insulina NPH + Insulina regular em esquema basal-bólus (0,5-0,8 UI/kg/dia total)
- Exemplo para paciente 70 kg (dose total 40 UI/dia):
 - Insulina NPH 100 UI/mL – Aplicar 14 UI SC antes do café da manhã e 10 UI SC antes do jantar
 - Insulina regular 100 UI/mL – Aplicar 5-6 UI SC antes de cada refeição principal (café, almoço, jantar), ajustar conforme glicemia

◦ Indicações:

- Controle glicêmico ambulatorial após alta
- Prevenção de novas descompensações
- Todo paciente com diabetes tipo 1 necessita insulina contínua

◦ Apresentações:

- Insulina NPH 100 UI/mL: frascos de 10 mL, canetas descartáveis
- Insulina regular 100 UI/mL: frascos de 10 mL, canetas descartáveis
- Análogos de longa duração (Glargina, Detemir, Degludeca): canetas

◦ Posologia:

- NPH: 2x/dia (manhã e noite) ou 3x/dia se controle inadequado
- Regular: antes das refeições principais (3-4x/dia)
- Ajustar doses conforme automonitorização glicêmica

◦ Cuidados:

- **NUNCA omitir doses de insulina** - principal causa de recorrência de CAD
- Aplicar em tecido subcutâneo (abdome, coxas, braços) rodando os locais
- Armazenar na geladeira (não congelar), frasco em uso pode ficar fora até 28 dias
- Reconhecer sinais de hipoglicemia: sudorese, tremores, fome, confusão
- Manter glicosímetro e fitas reagentes em casa
- Realizar glicemia capilar 4-6x/dia (jejum, pré-refeições, deitar)
- **Em dias de doença:** NÃO suspender insulina, manter hidratação, monitorar cetonúria
- Retorno com endocrinologista em 7-15 dias para ajustes
- Se glicemia > 300 mg/dL persistente ou cetonúria positiva: procurar PS

• ANTIDIABÉTICO ORAL (se DM tipo 2 associado)

◦ Prescrição:

- Metformina 850 mg – Tomar 01 comprimido, V0, 12/12h, durante ou após as refeições
- **Indicações:**
 - Pacientes com diabetes tipo 2 que usavam antidiabéticos orais previamente
 - Após resolução completa da CAD e reinício de dieta oral
 - Nunca como monoterapia em paciente que teve CAD (sempre associar insulina)
- **Apresentações:**
 - Metformina 500 mg, 850 mg, 1000 mg: comprimidos
- **Posologia:**
 - Iniciar com dose baixa (500-850 mg 1-2x/dia) e aumentar gradualmente
 - Dose máxima: 2550 mg/dia (dividida em 2-3 tomadas)
- **Cuidados:**
 - Contraindicado se creatinina > 1,5 mg/dL ou TFG < 30 mL/min
 - Pode causar desconforto gastrointestinal (tomar com alimentos)
 - Suspender 48h antes de exames com contraste iodado
 - Risco raro de acidose láctica (se insuficiência renal, hepática ou hipóxia)
 - **Importante:** Paciente que teve CAD sempre necessita insulina associada
- **Alternativa(s):**
 - Glimepirida 2-4 mg – V0, 1x/dia pela manhã (se não estiver usando insulina prandial)
 - Empagliflozina 10-25 mg – V0, 1x/dia (EVITAR em quem teve CAD prévia)

• ORIENTAÇÕES SOBRE AUTOMONITORIZAÇÃO

- Manter glicosímetro funcional e fitas reagentes suficientes
- Realizar glicemia capilar pelo menos 4x/dia:
 - Jejum (ao acordar)
 - Antes do almoço
 - Antes do jantar
 - Ao deitar
- Anotar todos os resultados em caderneta ou aplicativo
- Testar cetonas na urina se glicemia > 250 mg/dL ou em dias de doença
- Levar as anotações nas consultas de endocrinologia

• Orientações ao paciente

Sinais de alerta - procure atendimento médico imediatamente se apresentar:

- Náuseas, vômitos persistentes ou dor abdominal intensa
- Glicemia > 300 mg/dL que não melhora com insulina
- Cetonúria positiva (3+/4+) ou cetonemia elevada
- Dificuldade para respirar ou respiração acelerada/profunda
- Confusão mental, sonolência excessiva ou dificuldade para despertar
- Sede intensa e urinar muito (poliúria/polidipsia)
- Fraqueza intensa ou incapacidade de se alimentar
- Febre persistente ou sinais de infecção

Recuperação esperada:

- Melhora dos sintomas em 12-24h após início do tratamento hospitalar
- Resolução completa da CAD em 24-48h na maioria dos casos
- Internação hospitalar de 2-7 dias em média
- Retorno gradual às atividades normais após alta (7-14 dias)

Restrições de atividades:

- Repouso relativo nas primeiras 48-72h após alta
- Evitar exercícios físicos intensos na primeira semana
- Retornar às atividades profissionais conforme liberação médica (geralmente 7-14 dias)
- Não dirigir se glicemia < 70 ou > 250 mg/dL

Orientações alimentares:

- Manter alimentação regular, sem pular refeições
- Fracionar alimentação em 5-6 refeições/dia
- Evitar jejum prolongado (não ficar > 4 h sem comer durante o dia)
- Preferir carboidratos complexos (grãos integrais, legumes)
- Evitar alimentos ricos em açúcar simples (doces, refrigerantes)
- Manter hidratação oral adequada (2-3L água/dia)
- **Importante:** NÃO fazer dietas restritivas ou jejum sem orientação médica

Modificações no estilo de vida:

- **NUNCA omitir ou reduzir doses de insulina por conta própria** - principal causa de nova CAD
- Aplicar insulina nos horários corretos, mesmo que não sinta vontade de comer
- Reconhecer e tratar precocemente infecções (principal fator desencadeante)
- Ter sempre "kit de emergência" em casa: insulina extra, glicosímetro, fitas de cetonúria
- Usar pulseira/identificação de diabético
- **Em dias de doença (gripe, infecção, etc.):**
 - NÃO suspender insulina
 - Aumentar frequência de glicemia capilar (3/3h)
 - Testar cetonúria se glicemia > 250 mg/dL
 - Manter hidratação oral mesmo com náuseas
 - Procurar atendimento se cetonúria positiva

Seguimento ambulatorial:

- Retorno com endocrinologista em 7-15 dias após alta hospitalar
- Acompanhamento endocrinológico regular (mínimo 3/3 meses)
- Exames periódicos: HbA1c trimestral, função renal semestral
- Consultas com nutricionista e educador em diabetes
- Avaliação oftalmológica anual
- Avaliação de pés e neuropatia em todas as consultas

Prevenção de novas crises:

- Aderir rigorosamente ao tratamento com insulina
- Manter controle glicêmico adequado (HbA1c $< 7\%$)
- Reconhecer precocemente sinais de descompensação
- Ter plano de ação para "dias de doença"
- Educação continuada sobre diabetes e suas complicações

? CID-10:

- **E10.1:** Diabetes mellitus tipo 1 com cetoacidose
 - **E11.1:** Diabetes mellitus tipo 2 com cetoacidose
 - **E13.1:** Outros tipos especificados de diabetes mellitus com cetoacidose
 - **E14.1:** Diabetes mellitus não especificado com cetoacidose
-

Revision #8

Created 8 August 2025 20:47:12 by Heric

Updated 10 October 2025 05:42:07 by Heric