



ALBERT EINSTEIN
HOSPITAL ISRAELITA

*Rotina assistencial de rastreamento,
monitoramento e tratamento da hiperglicemia e
hipoglicemia em pacientes internados*

TRATAR

Versão eletrônica atualizada em
Março - 2011

Tratar

- A rotina institucional de assistência ao paciente diabético está disponível em: [Assistência Interdisciplinar ao Paciente Diabético](#).
- A rotina institucional de Preparo e Aplicação de Insulina Via Subcutânea está disponível em: [Preparo e Aplicação de Insulina Via Subcutânea](#).
- Se a glicemia é superior a 180 mg/dl, a medida deve ser repetida em até 1 hora após a primeira medida no paciente crítico ou cirúrgico ou até 3 horas no paciente não crítico. Confirmada a hiperglicemia, comunicar o médico titular responsável pelo controle da glicemia e oferecer o protocolo de hiperglicemia, disponível no site de [Prática Assistencial](#).

O protocolo de hiperglicemia só deve ser iniciado quando houver duas glicemias acima de 180 mg/dl.

O protocolo de hiperglicemia subcutâneo recomenda a prescrição de insulina em esquema basal (insulina glargina - Lantus® em dose única diária de 0,2 UI/kg) e bolus pré-refeições + correção (insulina lispro - Humalog®). A insulina glargina controla a glicose continuamente produzida pelo fígado e rim durante todo o dia, mesmo em jejum. As doses bolus pré-refeições de 0,06 U/Kg de insulina lispro administradas antes do café, almoço e jantar controlam a glicose proveniente dos alimentos. Quando não há consumo do café, almoço ou jantar (ex. jejum, lanches, nutrição parenteral prolongada, pós operatório de cirurgia digestiva), apenas a dose de correção é administrada. Para calcular a dose de correção de hiperglicemia (glicemia acima de 180 mg/dl) administra-se uma unidade de insulina lispro para corrigir cada 50 mg/dl de glicemia acima de 180 mg/dl. Se houver 2 glicemias consecutivas acima de 260mg/dl, adiciona-se uma unidade de insulina lispro para corrigir cada 30 mg/dl.

- As doses devem ser calculadas usando a planilha de cálculo na [intranet](#).
- Em pacientes com uso prévio de insulina o protocolo só deve ser usado se a dose total calculada pelo protocolo (obtida na planilha de cálculo) for superior a dose total utilizada previamente pelo paciente.

- Pacientes graves devem ser tratados preferencialmente com o protocolo endovenoso, porém a utilização de infusão contínua de insulina é restrita a Unidade de Terapia Intensiva e Centro Cirúrgico.
- O uso de insulina endovenosa na Clínica Médica-Cirúrgica (unidades não intensivas), no 7º andar e 8º andar (unidades semi-intensivas) deve ser restrito a dose de 0,1 UI de insulina por quilo de peso seco.

A hipoglicemia também está associada a risco para os pacientes internados tanto em unidades intensivas quanto não intensivas. Como os sintomas da hipoglicemia são inespecíficos e podem ser confundidos com sintomas de doenças concomitantes, portanto:

- Pacientes em uso de insulina ou hipoglicemiante oral devem ser considerados como portadores de risco de hipoglicemia e devem ser avaliados quanto a necessidades individualizadas de orientação, monitoramento, tratamento e alimentação.
- Identificado o risco de hipoglicemia, cabe à equipe de enfermagem:
 - Orientar o paciente sobre o risco, os sinais e sintomas de hipoglicemia, a importância do uso das medicações, da glicemia capilar e da aceitação da dieta.
 - Avaliar o correto aprazamento da prescrição médica e da glicemia capilar
 - Notificação de risco à equipe multidisciplinar que assiste o paciente
 - Notificação ao educador em diabetes (orientações e esclarecimento)
 - Comunicação do risco a toda equipe
 - Evolução da glicemia e reavaliação do plano
 - Discussão com a equipe médica e educador em diabetes, se necessário
- Identificado o risco de hipoglicemia, cabe à equipe de enfermagem:
 - Avaliar o fracionamento e aceitação da dieta junto ao paciente
 - Adequação com medicamento/insulina
 - Informar o início da entrega das refeições para realização de controles de glicemia e doses de insulina



Pacientes em uso de hipoglicemiante oral ou insulina têm maior risco de hipoglicemia.

São fatores agravantes: idade, insuficiência renal ou hepática, infecção e rebaixamento da consciência.

- Se houver glicemia inferior a 70 mg/dl, a hipoglicemia deve ser tratada.
 - Em pacientes conscientes, a hipoglicemia deve ser tratada com ingestão oral de um sachê de glicose em gel disponível nas farmácias (ex.: Gli-Instan) ou 200 ml de suco de laranja ou maçã disponível nas copas.
 - Em pacientes inconscientes, acionar o médico plantonista ou o código amarelo. Em geral, recomenda-se administrar uma ampola de 20 ml de glicose 50% para tratar a hipoglicemia sem causar elevação excessiva da glicemia.
-
- A glicemia deve ser reavaliada 15 minutos após a correção para certificar que houve normalização. Se a hipoglicemia persiste, uma nova dose de glicose deve ser administrada até a normalização da glicemia.
 - Após a correção, a aceitação da dieta, a necessidade de ajuste da quantidade, a qualidade e o horário de alimentação, o aprazamento da glicemia capilar e a prescrição da medicação devem ser avaliadas evitando recidivas. Se o paciente está incluso no protocolo de hiperglicemia, notificar a equipe do Programa de Diabetes via email para o grupo hiperglicemia hospitalar