

Iniciar antibioticoterapia IV (Metronidazol 500 mg de 8 em 8 horas e Ciprofloxacina 400 mg de 12 em 12 horas) ou Amoxicilina/Clavulanato.

Remover para o hospital de referência.

## 22. CETOACIDOSE DIABÉTICA

### a. CONSIDERAÇÕES ESPECIAIS DE AVALIAÇÃO

A cetoacidose é causada por uma deficiência relativa de insulina em relação aos hormônios contra-regulatórios, causando hiperglicemia e hipercetonemia.

A cetoacidose pode ser precipitada por interrupção do tratamento com insulina, infecções, IAM, trauma, gravidez e outros estresses fisiológicos.

Ocorre em diabéticos do tipo I e II.

### b. QUADRO CLÍNICO

A hiperglicemia causa diurese osmótica e desidratação, hipotensão e taquicardia.

A cetonemia causa acidose, vasodilatação e respiração de Kussmaul.

Náusea, vômitos e dor abdominal são comuns.

O diagnóstico é confirmado com glicemia  $> 250$  mg%, bicarbonato  $< 15$  mEq/l, pH  $< 7,3$  e cetonemia.

### c. CONDUTA

Abrir as vias aéreas com manobras manuais caso o paciente esteja inconsciente ou sonolento.

Verificar a respiração.

Administrar oxigênio sob máscara em todos os pacientes, procurando manter a saturação acima de 92%.

Assistir a respiração caso necessário com BVM e oxigênio suplementar.

Intubar pacientes incapazes de proteger a via aérea (Glasgow  $\leq 8$ ).

Monitorizar o paciente com cardioscópio, oxímetro de pulso e monitor de PNI.

Obter acesso venoso em veia periférica de membro superior.

Determinar imediatamente a glicemia capilar.

Colher sangue arterial para determinação da gasometria e sangue venoso para hemograma, glicemia, creatinina, uréia, natremia, calemia.

Colher urina para EAS com pesquisa de corpos cetônicos.

Manter pacientes acidóticos intubados e hiperventilados para compensar a acidose metabólica. Os pacientes apresentando coma hiperosmolar não cetótico não devem ser hiperventilados, pois não apresentam distúrbios do pH sanguíneo.

Iniciar imediatamente a reposição hídrica e eletrolítica.

Utilizar soluções salinas isotônicas, na dose de até 500 ml/hora em adultos com cetoacidose (pacientes chocados devem ser tratados de acordo com o protocolo de choque).

Iniciar reposição de potássio quando os níveis estiverem abaixo de 3 mEq/l, se os níveis estiverem entre 3 e 5 mEq/l assim que o débito urinário estiver adequado e não repor se os níveis estiverem acima de 5 mEq/l.

Considerar a reposição de fósforo se os níveis séricos estiverem abaixo de 1 mg/dL.

Avaliar a reposição de bicarbonato de sódio na cetoacidose somente quando o pH estiver menor que 7,0. Suspender a infusão assim que o pH atingir 7,1.

Controlar o pH sanguíneo e a glicemia capilar pelo menos de hora em hora inicialmente.

Administrar salina a 0,45% 500 ml/hora no coma hiperosmolar, exceto em pacientes hipotensos que devem receber salina isotônica, seguindo o protocolo de choque.

Preparar solução para infusão contínua de insulina com 40 ml de solução salina isotônica com 40 unidades de insulina regular.

Iniciar a reposição de insulina com a dose de ataque de 0,1 unidades/kg e depois manter com a infusão contínua de 0,1 unidades/kg/hora.

Efetuar cateterismo vesical de pacientes com depressão do nível de consciência.

Manter continuamente monitorizados o ritmo cardíaco, oximetria e pressão arterial não invasiva.

Fazer radiografia de tórax e eletrocardiograma para pesquisar complicações e a causa base.

Solicitar transferência para unidade de terapia intensiva em hospital de referência.