

Revisão de literatura sobre o manejo atual da cetoacidose diabética

**MACHADO, R. R.¹; BARBOSA, T. A.¹; GLORIA, I. R.¹; MOEDA, A. S. G.¹;
MIRANDA, M. F. P.¹; RIBEIRO, L. R.¹; BARBOSA, L. A.¹**

1 – UniFOA, Centro Universitário de Volta Redonda, Volta Redonda, RJ.
rafaellarehem@live.com

RESUMO

A cetoacidose diabética – CAD - é uma complicação aguda grave do diabetes, sendo mais frequente no tipo 1. Pode também acometer pacientes do tipo 2, sobretudo que tenham sofrido algum tipo de estresse, como cirurgias de grande porte, poli traumatismos ou processos infecciosos. Essa condição é uma emergência clínica e requer intervenções rápidas e efetivas. Os estados infecciosos são a etiologia mais comum de CAD. Entre as infecções, as mais frequentes são as do trato respiratório superior e as infecções de vias urinárias. A CAD se desenvolve por uma importante deficiência de insulina, causada por uma baixa concentração do hormônio ou devido a dificuldade de atuação do hormônio em seus receptores específicos, além do excesso de hormônios contrarreguladores. Como consequência, ocorrerá um aumento na produção hepática de glicose e redução da sua captação pelos tecidos periféricos, ocasionando a hiperglicemia e hiperosmolaridade. Por outro lado, será desenvolvida uma liberação excessiva ácidos graxos livres do tecido adiposo, serão oxidados em corpos cetônicos e gerarão a cetonemia e acidose metabólica. Dentre os sinais e sintomas, pode-se observar políúria, polidipsia, perda de peso, náuseas, vômitos, dentre outros. Após ser levantada a hipótese de CAD, a realização rápida de exames diagnósticos deve ser priorizada para uma abordagem terapêutica precoce e reversão do quadro. As metas do tratamento são: Manutenção das vias respiratórias pervias e, em caso de vômitos, sonda nasogástrica conforme necessidade; Correção da desidratação; Correção de distúrbios eletrolíticos e acidobásicos; Redução da hiperglicemia e da osmolalidade e identificação e tratamento do fator precipitante. Para correção da desidratação deve-se indicar infusão salina isotônica de cloreto de sódio a 0,9%, em média 15 a 20 mL/kg na primeira hora. Além da infusão de 20 a 30 mEq/L de cloreto de potássio a 19,1% por hora. Para corrigir a hiperglicemia e a acidose metabólica, inicia-se a terapia com insulina, porém só deve ser iniciada se o potássio estiver > 3,3 mEq/L, sendo a dose de 0,1 U/kg/h. Quando a concentração de glicose na CAD atingir 200 a 250 mg/dL, deve-se associar o soro glicosado 5% até a resolução da CAD. O uso de bicarbonato de sódio reserva-se a casos graves em adultos com acidose e pH < 6,9. O diagnóstico correto e o tratamento rápido e eficaz são essenciais para diminuir as taxas de morbidade e mortalidade. Muitos desses episódios podem ser prevenidos com o bom controle metabólico do DM por meio de tratamento adequado com insulinas, automonitoramento, e orientação educacional aos familiares e paciente.

Palavras-chave: Cetoacidose. Diabetes. Tratamento.