

recomendações

Atualização de Condutas em Pediatria

nº **55**

Departamentos Científicos da SPSP,
gestão 2010-2013.



Departamento de Endocrinologia
**Descompensação
diabética**

Departamento de Saúde Mental
**Pais e bebê: interface
entre Pediatria e
Psicanálise**

Departamento de Ortopedia
**Perfil angular e
rotacional dos
membros inferiores**



Sociedade de Pediatria de São Paulo

Alameda Santos, 211, 5º andar
01419-000 São Paulo, SP
(11) 3284-9809

Descompensação diabética

Define-se cetoacidose diabética como a ocorrência de graus variados de desidratação e acidose metabólica com nível glicêmico maior do que 300 mg/dL, pH sérico menor do que 7,3 e cetonemia maior do que 3,0 mMol/L (ou cetonúria positiva).

Nas situações nas quais uma criança ou um adolescente diabético apresentem hiperglicemia, sem acidose e cetonemia acentuadas, define-se a descompensação diabética.

A descompensação diabética é bem mais frequente do que a cetoacidose e, na verdade, a descompensação diabética pode evoluir, se não for tratada adequadamente, para uma situação mais grave, no caso a cetoacidose.

Manifestações clínicas

As manifestações clínicas da descompensação diabética são as mesmas da cetoacidose, porém com gravidade menor. Incluem:

- sinais clínicos de desidratação, tais como: saliva escassa, enchimento capilar lentificado, pulso fino, palidez, taquicardia, sempre secundários à poliúria e aos vômitos;
- sinais de acidose metabólica, tais como: dor abdominal, hálito cetônico, náuseas, vômitos, sempre secundários à produção de corpos cetônicos e hipovolemia.

Etiologia

Os fatores envolvidos na descompensação diabética são os mesmos da cetoacidose diabética, mas habitualmente mantidos por tempo menos prolongado.

Os problemas na administração da insulina, o exagero alimentar ou o estresse de qualquer natureza podem desencadear a descompensação diabética. Destes, a causa mais comum é o estresse infeccioso. Os quadros infecciosos são bastante frequentes principalmente nas crianças menores.

Autores:

Raphael Del Roio Liberatore Jr.,
Cristiane Kochi e Hilton Kuperman

DEPARTAMENTO DE ENDOCRINOLOGIA

Gestão 2010-2013

Presidente:

Raphael Del Roio Liberatore Jr.

Vice-Presidente:

Cristiane Kochi

Secretário:

Hamilton Cabral de Menezes Filho

Membros:

Adriana A. Siviero Miachon,
Albertina Gomes Rodrigues,
Alcinda Aranha Nigri, Angela
Maria Spinola e Castro, Carla
Maria Ramos Germano,
Claudia Dutra Costantin Faria,
Cynthia Watanabe, Dione Friggi
Lazarine, Durval Damiani,
Fabiola Esgrignoli Garcia, Gil
Guerra Jr., Hilton Kuperman,
Israel Diamante Leiderman,
José Rodrigues Coelho Neto,
Jessellina Francisco dos S. Haber,
Líliá Freire Rodrigues de Souza
Lí, Louise Cominato Kanashiro,
Luciene Kehdi Fagundes, Luiz
César Caliarí, Monica Andrade
Lima Gabbay, Nuvarte Setian,
Patrícia Débora Tosta Hernandez,
Patrícia Medici Dualib, Ronaldo
Arkader, Sofia Helena V. Lemos
Marini, Tatiana Fabbrí, Thais
Della Manna, Vaê Dichtchekenian,
Vânia Tonetto Fernandes.

Tratamento

O tratamento tem como base o controle dos vômitos, da hidratação e da hiperglicemia.

A hidratação deverá ser realizada por via oral, de preferência, se as condições clínicas e os vômitos assim o permitirem. Oferecer líquidos gelados em pequenas quantidades acelera o esvaziamento gástrico e reduz a ocorrência de vômitos. Assim que possível, oferecer líquidos ricos em potássio. O volume a ser oferecido varia de acordo com a idade e aceitação da criança ou adolescente, mas volumes iniciais ao redor de 20 a 30 ml serão bem aceitos. O volume posterior deverá ser ajustado de acordo com a aceitação.

Naqueles casos em que a intensidade da desidratação ou a persistência dos vômitos o indicarem, a hidratação endovenosa deverá ser realizada com a utilização de solução isotônica a 0,9% ou Ringer, no volume de 20 a 50 ml/quilo (máximo de 1000 ml), infundidos em 1 hora. Ao final deste período, se as condições clínicas o permitirem, deverá ser restabelecida a hidratação por via oral. Nem todo diabético

descompensado deve obrigatoriamente receber hidratação endovenosa.

A alimentação não deverá ser suspensa nos diabéticos que não estiverem vomitando, ou deve ser reiniciada assim que os vômitos permitirem.

O controle da hiperglicemia pode ser feito pela administração de insulina regular ou medicamento análogo de ação rápida. A dose de insulina deverá variar entre 0,1 a 0,2 unidades por quilo por dose e a dose poderá ser repetida a cada 60 minutos.

O controle de glicemia capilar deverá ser feito a cada hora e, assim que as condições clínicas o permitam, vômitos controlados, hidratação restabelecida e glicemia abaixo de 200 mg/dl, a criança ou adolescente poderá receber alta, mantendo-se ou alterando-se a dose de insulina que o paciente vinha recebendo, dependendo do fator desencadeante.

Somente poderão receber alta as crianças e adolescentes de famílias bem educadas no controle do diabetes com insulina rápida, e se houver a possibilidade de acompanhar as glicemias capilares em casa. É desnecessário lem-

expediente

**Diretoria da Sociedade de
Pediatría de São Paulo**
Trinênio 2010 - 2012

Diretoria Executiva
Presidente:

Clóvis Francisco Constantino

1º Vice-Presidente:

Mário Roberto Hirschheimer

2º Vice-Presidente:

Eraldo Samogin Fiore

Secretário Geral:

Maria Fernanda B. de Almeida

1º Secretário:

João Coriolano Rego Barros

2º Secretário:

Ana Cristina Ribeiro Zoller

1º Tesoureiro:

Lucimar Aparecida Françaço

2º Tesoureiro:

Aderbal Tadeu Mariotti

Diretoria de Publicações

Diretor:

Cléa Rodrigues Leone

Editor Revista Paulista de Pediatría:

Ruth Guinsburg

Editores executivos:

Amélia Miyashiro N. Santos

Antônio A. Barros Filho

Antônio Carlos Pastorino

Celso Moura Rebello

Mário Cicero Falcão

Sônia Regina T.S. Ramos

Departamentos Científicos

Diretor:

Rubens Feferbaum

Membros:

Ciro João Bertoli

Sérgio Antônio B. Sarrubbo



LF COMUNICAÇÕES

Produção editorial:

L.F. Comunicações Ltda.

Editor:

Luiz Laerte Fontes

LLFontes@LFComunicacoes.com.br

Revisão:

Otacília da Paz Pereira

Arte:

Lucia Fontes

Lucia@LFComunicacoes.com.br

brar que até o controle total da situação, a família deverá manter contato frequente com a equipe que acompanha o diabético.

Corrigir o desencadeante

Não esquecer de corrigir o fator desencadeante e a dose da insulina de uso contínuo na existência de estresse físico ou emocional. Nestas situações, a demanda por insulina estará aumen-

tada até que a infecção ou estresse emocional sejam resolvidos.

Deve-se tratar o desencadeante como se a criança ou adolescente não fosse diabético e, simultaneamente, controlar o diabetes. Se o medicamento oral contiver açúcar, se for necessário o uso de corticoides, de agentes β_2 inalatórios, adrenalina e assim por diante, eles devem ser administrados.

Referências bibliográficas

Wolfsdorf JL, Craig ME, Daneman D, Dungan D, Edge JA, Lee WRW, Rosenbloom A, Sperling MA, Hanas R: ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2006-2007 - Diabetic Ketoacidosis. *Pediatric Diabetes* 2007;8:28-43.

Kitabchi AE, Umptier GE, Murphy MB, Kreisberg RA: Hyperglycemic crises in adult patients with diabetes: a consensus statement from the American Diabetes Association. *Diabetes Care* 2006, 29(12):2739-48.

Klein M, Sathasivam A, Novoa Y, Rapaport R: Recent consensus statements in pediatric endocrinology: a selective review. *Endocrinol Metab Clin N Am* 2009, 38:811-25.

Mazer M, Chen E: Is subcutaneous administration of rapid-acting insulin as effective as intravenous insulin for treating diabetic ketoacidosis? *Ann Emerg Med* 2009, 53:259-63.

Savoldelli et al.: Alternative management of diabetic ketoacidosis in a Brazilian pediatric emergency department. *Diabetology & Metabolic Syndrome* 2010 2:41.

Umptier GE, Latif K, Stoeber J, Cuervo R, Park L, Freire AX, E Kitabchi A. Efficacy of subcutaneous insulin lispro versus continuous intravenous regular insulin for the treatment of patients with diabetic ketoacidosis. *Am J Med.* 2004 Sep 1;117(5):291-6.

Ersöz HO, Ukinc K, Köse M, Erem C, Gunduz A, Hachisanoglu AB, Karti SS. Subcutaneous lispro and intravenous regular insulin treatments are equally effective and safe for the treatment of mild and moderate diabetic ketoacidosis in adult patients. *Int J Clin Pract.* 2006 Apr;60(4):429-33.

Fluxograma: manejo de pacientes com descompensação diabética

