



RioSaúde

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

EMERGÊNCIAS GLICÊMICAS

RIO DE JANEIRO, 2025

Nº DOCUMENTO	DATA	REVISÃO	PÁGINAS
POP.DEA.031	08/2025	08/2029	2/19

EMERGÊNCIAS GLICÊMICAS

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO
 - 1.1. Condições clínicas que exigem controle glicêmico rigoroso e respectivas condutas
2. OBJETIVO
3. ABRANGÊNCIA
4. DEFINIÇÕES E SIGLAS
5. RESPONSABILIDADES
6. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO
 - 6.1. Importância do controle glicêmico
 - 6.2. Hipoglicemia
 - 6.3. Hiperglicemia
 - 6.4. Boas práticas no preparo e administração de insulina endovenosa
 - 6.5. Pacientes com risco aumentado para hipoglicemia em terapia infusional de insulina
7. FORMULÁRIOS E/OU DOCUMENTOS RELACIONADOS
8. REFERÊNCIAS
9. TRATAMENTO DA DOCUMENTAÇÃO
10. MODIFICAÇÕES EM RELAÇÃO À REVISÃO ANTERIOR
11. ANEXOS
 - 11.1. Anexo I - Fluxograma de manejo da hipoglicemia nas unidades de emergência

RESUMO DE REVISÕES		
MÊS/ANO	DESCRIÇÃO	PRÓXIMA REVISÃO
04/2023	Emissão Inicial	08/2029
02	Versão	

APROVAÇÕES				
REVISÃO	CHEFIA	COMISSÃO PERMANENTE DE AVALIAÇÃO DE DOCUMENTOS	NÚCLEO DE QUALIDADE	DIRETORIA
Bruna Leite Barbara Rottas	Rafael Alvim	Guilherme Santana	Cristiane Pacheco	Bruno Sabino

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

Nº DOCUMENTO	DATA	REVISÃO	PÁGINAS
POP.DEA.031	08/2025	08/2029	3/19
EMERGÊNCIAS GLICÊMICAS			

1. INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que hiperglicemia é o terceiro fator, em importância, da causa de mortalidade prematura, superada apenas por pressão arterial aumentada e uso de tabaco. Trata-se de um evento comum em doenças agudas graves

A alteração de glicemia, seja ela hiper ou hipoglicemia, está relacionada a resultados adversos ou mesmo óbito em pacientes hospitalizados. Assim sendo, aumenta os desfechos negativos, as taxas de morbimortalidade e de complicações e, conseqüentemente, leva a um prolongamento do tempo de internação hospitalar.

É primordial o controle glicêmico de pacientes internados para prevenir essas situações, sendo preconizado o uso de protocolos de tratamento de forma bem estruturada.

As emergências glicêmicas mais frequentes são a hiperglicemia, decorrente da Cetoacidose Diabética (CAD) ou do Estado Hiperglicêmico Hiperosmolar (EHH) e a hipoglicemia. Estas complicações metabólicas agudas são mais prevalentes em pacientes com Diabetes Mellitus (DM), mas também afetam pacientes hígidos ou sem diagnóstico prévio de DM.

2. OBJETIVOS

- Padronizar o protocolo de insulina para agregar a prática dos profissionais que prestam cuidados a pacientes com quadro de urgências hiperglicêmicas (CAD e EHH);
- Padronizar a rotina para o diagnóstico de hipo e hiperglicemia hospitalar e seus desdobramentos;
- Padronizar condutas para prevenção e tratamento de hipo e hiperglicemia durante a hospitalização.

3. ABRANGÊNCIA

Unidades geridas pela Rio Saúde.

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

Nº DOCUMENTO	DATA	REVISÃO	PÁGINAS
POP.DEA.031	08/2025	08/2029	4/19
EMERGÊNCIAS GLICÊMICAS			

4. DEFINIÇÕES E SIGLAS

4.1. Definições

Hiperglicemia - A hiperglicemia é caracterizada por uma taxa aumentada de glicose no sangue (acima de 126 mg/dl em jejum e acima de 200 mg/dl até duas horas após uma refeição).

Hipoglicemia - A hipoglicemia é caracterizada por glicemias abaixo de 70mg/dl, podendo estar acompanhada de alguns dos seguintes sintomas: tremor, suor, calafrios, confusão mental, tontura, taquicardia, fome, náusea, sonolência, visão embaçada, dor de cabeça, sensação de formigamento e em casos mais graves rebaixamento do nível de consciência e convulsões.

Diabetes mellitus tipo 1 - O diabetes mellitus tipo 1 (DM1) é uma doença autoimune, poligênica, decorrente de destruição das células β pancreáticas, ocasionando deficiência completa na produção de insulina.

Diabetes mellitus tipo 2 - O diabetes mellitus tipo 2 (DM2) corresponde a 90 a 95% de todos os casos de DM. Possui etiologia complexa e multifatorial, envolvendo componentes genético e ambiental.

4.2. Siglas

CAD - Cetoacidose Diabética

DM – Diabetes Mellitus

EHH - Estado Hiperglicêmico Hiperosmolar

EV - Endovenoso

TOTG - Teste Oral de Tolerância a Glicose

UBS - Unidade Básica de Saúde

VO – Via Oral

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

Nº DOCUMENTO

POP.DEA.031

DATA

08/2025

REVISÃO

08/2029

PÁGINAS

5/19

EMERGÊNCIAS GLICÊMICAS

5. RESPONSABILIDADES

Atividades e responsabilidades dos profissionais de saúde nas emergências glicêmicas:

ATIVIDADE	RESPONSABILIDADE
5.1. Realizar avaliação clínica do paciente diariamente.	Médico/Enfermeiro
5.2. Prescrever insulina subcutânea/hipoglicemiante oral conforme necessidade.	Médico
5.3. Analisar/Prescrever quando necessário a infusão venosa de insulina em pacientes com emergências hiperglicemias.	Médico
5.4. Liberar dieta quando possível, para pacientes em jejum prolongado.	Médico
5.5. Atentar aos sinais de alteração de glicemia.	Equipe de Enfermagem
5.6. Orientar a equipe técnica sobre as particularidades clínicas de cada paciente.	Enfermeiro
5.7. Realizar controle glicêmico por intermédio da realização do hemogluco teste, conforme prescrição médica, anotar os respectivos valores junto dos sinais vitais do paciente na aba de sistematização da assistência enfermagem do Timed	Técnico de Enfermagem

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

Nº DOCUMENTO

DATA

REVISÃO

PÁGINAS

POP.DEA.031

08/2025

08/2029

6/19

EMERGÊNCIAS GLICÊMICAS

5.8. Realizar rodízio de sítio de aplicação de insulina para evitar lipodistrofia.	Técnico de Enfermagem
5.9. Realizar rodízio de local de teste glicêmico.	Técnico de Enfermagem
5.10. Ofertar dieta VO para paciente com dificuldade de se alimentar sozinho.	Técnico de Enfermagem
5.11. Aferir glicemia de 1/1h em pacientes que estejam com dripping de insulina e ajustar a dose conforme protocolo.	Equipe de Enfermagem
5.12. Atentar-se para o risco de instabilização de pacientes internados com risco de hipo/hiperglicemia.	Equipe Multidisciplinar
5.13. Preparar e administrar dripping de insulina e realizar dupla checagem.	Equipe de Enfermagem
5.14. Armazenar a insulina em temperatura de 2-8°C em geladeira ou caixa térmica.	Equipe de Farmácia/ Equipe de Enfermagem
5.15. Dispensar frasco de insulina para uso com a data de abertura sinalizada e a validade do frasco.	Equipe de Farmácia

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

Nº DOCUMENTO

POP.DEA.031

DATA

08/2025

REVISÃO

08/2029

PÁGINAS

7/19

EMERGÊNCIAS GLICÊMICAS

6. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Existem contextos nos quais o controle glicêmico é imprescindível, como demonstrado no quadro abaixo:

Situações clínicas de urgência que exigem controle glicêmico rigoroso	
Pós PCR	Deve ser realizado o controle glicêmico rigoroso. O alvo terapêutico nesses pacientes é de 150-180 mg/dL. Inicialmente a verificação deve ser de 1/1h com espaçamento gradual do intervalo. Solicitar glicemia por dosagem bioquímica.
Pós-operatório	O controle glicêmico nesses casos é importante para evitar intercorrências de origem infecciosa e eletrolítica. Alvo terapêutico: 80-110 mg/dL com limite de 150 mg/dL. Em casos de pós-operatório, o potássio tende a se elevar. O controle glicêmico está diretamente relacionado ao equilíbrio do potássio.
Cetoacidose e coma hiper osmolar	Pode estar associada a desidratação e distúrbios hidroeletrolíticos, por isso a reposição volêmica é de extrema importância com etapa rápida 15-20 ml/kg na primeira hora, controle de potássio (com reposição se potássio menor que 5,2) e do bicarbonato (pH menor que 7). Recomendação da insulina regular: Bólus 0,1 unidade/kg; Infusão contínua: Insulina regular: 0,1 unidade/kg/h; Alvo: glicemia entre 15-200 mg/dL.
Sepse	Após 6h de tratamento para sepse, caso o paciente permaneça hiperglicêmico deve receber insulino terapia venosa, com atenção ao risco de hipoglicemia.

Quadro 1. Condições clínicas que exigem controle glicêmico rigoroso e respectivas condutas

6.1. Importância do controle glicêmico

Os profissionais de saúde devem estar atentos as informações referentes a dieta do paciente com vistas a monitorização do paciente e prevenção de danos.

CONTROLE GLICÊMICO	
Dieta Oral	Realizar o teste antes da refeição e 2h após a refeição.
Dieta Enteral ou Parenteral	Realizar o teste de 4/4h.
Paciente crítico com infusão de Dripping de Insulina	Realizar teste de 1/1h.

Quadro 2. Controle Glicêmico

6.2. Hipoglicemia

Hipoglicemia - A hipoglicemia é caracterizada por glicemias abaixo de 70mg/dl, geralmente acompanhada de alguns dos seguintes sintomas: tremor, suor, calafrios, confusão mental, tontura, taquicardia, fome, náusea, sonolência, visão embaçada, dor de cabeça, sensação de formigamento e em casos mais graves convulsões e inconsciência.

Podendo ser classificada em três níveis:

Nível	Descrição/Critério
1	Glicemia maior ou igual a 54 mg/dL e menor que 70 mg/dL
2	Glicemia menor que 54 mg/dL
3	Evento grave caracterizado por alteração física ou mental e que necessite de assistência

Quadro 3. Níveis de hipoglicemia. Fonte: SBD

- As principais causas da hipoglicemia: uso de fármacos hipoglicemiantes, alimentação irregular em pacientes em uso de hipoglicemiantes, em decorrência de doenças graves, como sepse, insuficiência renal, cardíaca e hepática, inanição, e mais raramente em neoplasias como insulinoma e tumores de células não-beta.

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

Nº DOCUMENTO	DATA	REVISÃO	PÁGINAS
POP.DEA.031	08/2025	08/2029	9/19
EMERGÊNCIAS GLICÊMICAS			

- A reversão do quadro de hipoglicemia, entretanto, é emergencial e não deve ser retardada ou adiada para investigação em qualquer cenário. Em caso de glicemia < 70 mg/dL, a hipoglicemia deve ser prontamente corrigida, conforme descrito no fluxograma de manejo da hipoglicemia nas unidades de emergência (Anexo I).

O profissional de saúde precisa ter um olhar atento e diferenciado para identificar de maneira precoce os sinais de instabilidade no paciente e intervir o quanto antes, buscando reduzir os desfechos negativos na saúde do paciente.

6.3. Hiperglicemia

Hiperglicemia - A hiperglicemia é caracterizada por uma taxa aumentada de glicose no sangue:

> 126 mg/dl em jejum.

> 200 mg/dl até duas horas após uma refeição.

Nem todo quadro de hiperglicemia necessita de abordagem na urgência, apesar de toda hiperglicemia necessitar de investigação e acompanhamento.

6.3.1. Condutas dos profissionais de saúde diante das alterações glicêmicas

Hemogluco teste	Conduta Proposta
< 140 mg/dL sem sintomas associados	Encaminhar a UBS para acompanhamento e investigação.
140-180 mg com sintomas associados	Classificação de risco conforme protocolo avaliação inicial médica.
>180 mg/dL independente dos sintomas	Classificação de risco conforme protocolo + avaliar tratamento com insulinoterapia na urgência.

Quadro 4. Condutas dos profissionais de saúde diante das alterações glicêmicas

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

Nº DOCUMENTO	DATA	REVISÃO	PÁGINAS
POP.DEA.031	08/2025	08/2029	10/19

EMERGÊNCIAS GLICÊMICAS

No ambiente hospitalar, a insulina é o padrão-ouro no tratamento da hiperglicemia.

A terapia insulínica deverá ser iniciada quando persistirem patamares glicêmicos acima de 180 mg/dL.

Uma vez instituída a insulinoterapia, a meta glicêmica recomendada está entre 140 e 180 mg/dL para a maioria dos pacientes críticos e não críticos.

Fonte: SBD

6.3.2. Esquema protocolar para correção da hiperglicemia com insulina regular

Glicemia (mg/dL)	Usual*	Situações especiais**
181-220	4	2
221-260	6	4
261-300	8	6
301-350	10	8
351	12	10

*Diabéticos tipo 1 e 2 em peso usual

**Idosos, insuficiência renal crônica e insuficiência hepática

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

Nº DOCUMENTO

DATA

REVISÃO

PÁGINAS

POP.DEA.031

08/2025

08/2029

11/19

EMERGÊNCIAS GLICÊMICAS

6.3.3. Armazenamento e validade dos frascos de insulina (regular e NPH)

*Consultar informações do fabricante sobre a temperatura que a insulina deve permanecer após aberta.

Situação	Frascos multidoses
Antes de aberto	Devem permanecer em temperatura de +2-+8°C, respeitando a validade do frasco disponibilizada pelo fabricante.
Após a abertura	-Retirar da refrigeração (em geladeira ou caixa térmica) 15-30 min antes da aplicação, para evitar dor no local da aplicação. -Evitar expor a luz do solar, pelo risco de degradação. -Validade após abertura: 28 dias (4 semanas), consultar as informações do fabricante disponibilizadas na bula. -O frasco deve ser datado no momento de sua abertura, pela equipe de farmácia, com as informações da abertura e validade. - Devem permanecer em temperatura de +2-+8°C, em geladeira ou caixa térmica preenchida em suas laterais e fundo com bobinas reutilizáveis refrigeradas e secas (3-5 bobinas com capacidade mínima de 500 ml para caixa de 5L) para garantir a temperatura da insulina. Não permitir que o frasco da insulina entre em contato direto com a bobina reutilizável para evitar o congelamento, utilizar barreiras (plástico bolha, papel cartão, isopor, dentre outros) -Nos locais que não possuem caixa térmica, ou refrigerador nas salas de atendimento, a insulina deve permanecer refrigerada na farmácia. Quando necessário, o técnico de enfermagem deve ir até a farmácia para preparo da insulina juntamente com o enfermeiro que realizará a dupla checagem assim como descrito no PTS.DEA.005 - Controle de Medicamentos de Alta Vigilância.

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

Nº DOCUMENTO	DATA	REVISÃO	PÁGINAS
POP.DEA.031	08/2025	08/2029	12/19
EMERGÊNCIAS GLICÊMICAS			

6.3.4. Manifestações Clínicas

Os sintomas iniciais de hiperglicemia importante são poliúria, polidipsia e perda de peso. Mais tardiamente, sintomas neurológicos como letargia, sinais focais e obnubilação podem desenvolver-se, podendo progredir a coma em estágios mais avançados como: retinopatia diabética, neuropatia diabética, pé diabético, infecções, entre outros.

Nos casos de hiperglicemia grave, como por exemplo no estado hiperglicêmico hiperosmolar ou na cetoacidose diabética, as alterações do nível de consciência são mais importantes e podem estar associadas a dor abdominal, por exemplo.

6.3.5. Diferenciando EHH de CAD

Os sintomas na CAD geralmente desenvolvem-se rapidamente, ao longo de um período de 24h, ao passo que no EHH desenvolvem-se mais insidiosamente. A diferenciação do quadro clínico de EHH e CAD estão detalhadas na tabela abaixo:

Quadro Clínico e achados laboratoriais	EHH	CAD
Geral	- Desidratação mais severa - Coma mais frequente - Sem Hiperventilação	- Desidratação menos severa - Coma menos frequente - Hiperventilação (respiração de Kussmaul) - Dor abdominal
Idade mais frequente	>40 anos	<40 anos
Tipo usual de DM	DM tipo 2	DM tipo 1
Sintomas e sinais neurológicos	Muito comuns	Raros
Glicemia (mg/dL)	600-2400	250-800
Cetonúria	≤1+	≥3+

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

Nº DOCUMENTO	DATA	REVISÃO	PÁGINAS
POP.DEA.031	08/2025	08/2029	13/19
EMERGÊNCIAS GLICÊMICAS			

Sódio sérico	Normal, alto ou baixo	Usualmente baixo
Potássio sérico	Normal ou alto	Alto, normal ou baixo
Bicarbonato	Normal	Baixo
pH sanguíneo	Normal (>7,3)	Baixo (<7,3)
Osmolaridade plasmática (mOsm/Kg)	>320	Variável (e.g.<320)
Mortalidade	≥15%	<5%

Fonte: SBD

6.3.6. Investigação na Emergência

A avaliação inicial de pacientes com crises hiperglicêmicas, com o objetivo de diferenciar as duas urgências, deve incluir anamnese e exame físico focados em exame da função cardiorrespiratória, grau de desidratação, estado mental e investigação de possíveis fatores precipitantes. Os mais comumente identificados são infecção (e.g. pneumonia ou infecção urinária) e uso inadequado ou descontinuação da terapia insulínica. Os exames laboratoriais iniciais estão listados no quadro abaixo:

6.3.7. Exames indicados nos casos iniciais de crises hiperglicêmicas

Exames iniciais em crises hiperglicêmicas
Glicemia
Eletrólitos
Ureia e Creatinina
Gasometria arterial multiparâmetros
EAS (avaliar corpos cetônicos)
Hemograma

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

Nº DOCUMENTO	DATA	REVISÃO	PÁGINAS
POP.DEA.031	08/2025	08/2029	14/19

EMERGÊNCIAS GLICÊMICAS

6.3.8. Condutas nas emergências hiperglicêmicas

Os principais objetivos do tratamento das emergências hiperglicêmicas são a restauração do volume circulatório efetivo e da perfusão tecidual, a redução **gradual** da glicemia e da osmolaridade plasmática e a correção dos distúrbios hidroeletrólíticos e ácido-básicos, quando associados. Deve-se determinar e tratar o fator precipitante, sempre que possível.

O manejo do Estado Hiperglicêmico Hiperosmolar e da Cetoacidose Diabética, são similares, iniciando com a estabilização do paciente (via aérea, respiração e circulação), obtenção de acesso venoso periférico calibroso, monitorização e solicitação periódica de exames laboratoriais (glicemia de 1 em 1 hora, gasometria arterial e eletrólitos a cada 2 a 4 horas até estabilização).

Podemos estabelecer manejo das urgências hiperglicêmicas em quatro principais passos:

1º Passo - Entendendo-se a fisiopatologia dessas afecções, destaca-se a reposição volêmica como parte essencial do manejo do paciente com uma urgência hiperglicêmica.

- **Hipovolemia moderada:** Corrigir sódio sérico antes de hidratar:
- **Sódio sérico normal a alto:** Solução salina de NaCl 0,45% (250-500 ml/h)
- **Sódio sérico baixo:** Solução isotônica de NaCl 0,9% (250/500 ml/h)
- **Hipovolemia severa:** Solução isotônica de NaCl a 1L/h.

2º passo - Correção de déficits de potássio com a função renal normal, ou seja, com diurese preservada:

- **Choque cardiogênico:** Vasopressores hemodinâmicos.
- **Correção de potássio:**

3º passo - Insulina Administrar Insulina regular EV 0,1 UI/kg em bolus e após passar para infusão contínua EV 0,1 UI/kg/h. Se a glicemia não **reduzir pelo menos 50 a 70 mg/dL na primeira hora**, dobrar a taxa de infusão de Insulina. Quando a glicemia atingir 200 mg/dL pode-se diminuir a taxa de infusão para 0,02 a 0,05 UI/kg/h e adicionar SG 5%. Deve-se continuar a infusão de Insulina até resolução da cetoacidose (bicarbonato $\geq$

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

Nº DOCUMENTO	DATA	REVISÃO	PÁGINAS
POP.DEA.031	08/2025	08/2029	15/19
EMERGÊNCIAS GLICÊMICAS			

15mEq/L e pH > 7,3, acompanhados pela gasometria multiparâmetros) com glicemia < 200 mg/dL e normalização do nível de consciência, e então realizar transição para Insulina subcutânea.

4º passo - Correção do Bicarbonato Se pH arterial < 6,90, administrar 2 ampolas (100 mEq) de bicarbonato de sódio e 20 mEq/L de KCl em 400 ml de água estéril ao longo de 2 horas, na velocidade de 200 ml/h. Pode-se repetir esquema se pH permanecer < 7,004.

OBS: Avaliar a administração de SG 10% 500ml em caso de interrupção de alimentação por de 12h consecutivas.

6.4. Boas práticas no preparo e administração de insulina endovenosa

- A diluição padrão normalmente utilizada para administração por meio de bomba infusora é de 100 UI de insulina regular diluída em 99 ml de soro fisiológico 0,9%, o cálculo da dose de infusão já foi descrito anteriormente. *
- Homogeneizar e, após, desprezar 20 ml através do equipo para ocorrer a saturação do circuito pela insulina.
- Identificar a solução e horário de preparo de forma clara e legível.
- Via exclusiva.
- Anotar rigorosamente a velocidade de infusão e variações na glicemia a cada hora.
- Trocar a solução a cada 6 horas, para manter efetividade.
- Uma unidade de insulina reduz a glicemia em até 30 mg/dL.

*Para evitar erros na diluição e identificação, preconiza-se checagem por dois profissionais.

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

Nº DOCUMENTO	DATA	REVISÃO	PÁGINAS
POP.DEA.031	08/2025	08/2029	16/19
EMERGÊNCIAS GLICÊMICAS			

6.4.1. Valor da infusão inicial da insulina de acordo com o valor da glicemia

Cálculo da taxa de infusão inicial conforme a glicemia:	
181-200 mg/dL	Sem bólus, iniciar infusão a 2 UI/hora
201-250 mg/dL	Bólus de 3UI, iniciar infusão a 2 UI/hora
251-300 mg/dL	Bólus de 6UI, iniciar infusão a 3 UI/hora
301-350 mg/dL	Bólus de 9UI, iniciar infusão a 3 UI/hora
≥351 mg/dL	Bólus de 10 UI, iniciar infusão a 4UI/hora

6.4.2. Critérios Diagnóstico de Diabetes Mellitus

Critérios Diagnósticos para DM recomendados pela ADA e pela SBD			
Exame	Normal	Pré-DM	Diabetes
Glicemia de jejum (mg/dL)	<100	100-125	≥126
Glicemia 2 horas após TOTG com 75g de glicose (mg/dL)	<140	140 a 199	≥200
Hemoglobina glicada	<5.7	5,7 a 6,4	≥6,5

Fonte: SBD

6.5. Pacientes com risco aumentado para hipoglicemia em terapia infusional de insulina

- Idosos;
- Redução da ingestão oral;
- Descontinuação de nutrição enteral ou parenteral;
- Redução de dose ou suspensão do uso de glicocorticoide;
- Uso isolado de “escala de correção” com insulina rápida;
- Vômitos;
- Diminuição da capacidade do paciente de reportar sintomas;
- Lesão renal aguda.

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

Nº DOCUMENTO	DATA	REVISÃO	PÁGINAS
POP.DEA.031	08/2025	08/2029	17/19
EMERGÊNCIAS GLICÊMICAS			

7. FORMULÁRIOS E/OU DOCUMENTOS RELACIONADOS

Não se aplica.

8. REFERÊNCIAS

- Diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes – Edição 2025, aprovada pelo Comitê Central. Sociedade Brasileira de Diabetes. Formato digital. Disponível em: <https://diretriz.diabetes.org.br>. Acesso realizado: 01 de agosto de 2025.
- Souza ALV, Sicsu E da S. Sociedade Brasileira de Diabetes Departamento de Enfermagem Gestão 2022-2023 ORIENTAÇÕES SOBRE HIPOGLICEMIA PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE. 2023. Disponível em: https://diabetes.org.br/wp-content/uploads/2023/09/Orientacoes_Hipoglicemia_SBD.pdf. Acesso realizado: 01 de agosto de 2025.
- MANUAL DE REDE DE FRIO do Programa Nacional de Imunizações. 5ª Edição. MINISTÉRIO DA SAÚDE Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. 2017. Disponível em: file:///C:/Users/40695230/Downloads/MANUAL_rede_frio_2017_web_VF.pdf. Acesso realizado: 01 de agosto de 2025.

9. TRATAMENTO DA DOCUMENTAÇÃO

Tipo Documental	Código de Classificação	Série Documental	Classificação de Acesso	Prazo de Guarda		Destinação
				Arquivo Corrente	Arquivo Intermediário	
Prontuário do paciente	18.01.01.001	Prontuário do paciente	Restrito	A vigência esgota-se com o último registro	20 anos	Eliminação (de acordo com procedimentos técnicos estabelecidos pela Portaria "N" GI/AGCRJ nº 02, de 31 de janeiro de 2022)

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

Nº DOCUMENTO

DATA

REVISÃO

PÁGINAS

POP.DEA.031

08/2025

08/2029

18/19

EMERGÊNCIAS GLICÊMICAS

10. MODIFICAÇÕES EM RELAÇÃO À REVISÃO ANTERIOR

Versão	Alteração	Data	Elaboração/Revisão	Validação	Aprovação
00	Emissão inicial	04/2023	Virginia Luiza Ponte Taiza Moreno	Andrea Garcia Alessandrée Lopes	Dr. Daniel da Mata
01	Inclusão do ANEXO I - Fluxograma de Insulina Regular Venosa	11/2023	Virginia Luiza Ponte Taiza Moreno	Robert Grossi Dr. Rafael Alvim	Dr. Daniel da Mata
02	Bruna Leite	04/08/2025	Bruna Leite Barbara Rottas	Rafael Alvim	Dr. Bruno Sabino

11. ANEXOS

11.1. Anexo I - Fluxograma de manejo da hipoglicemia nas unidades de emergência

FLUXOGRAMA DE MANEJO DA HIPOGLICEMIA NAS UNIDADES DE EMERGÊNCIA

