

MANEJO PERIOPERATÓRIO DE PACIENTES COM DM
ROTINA UERJ/DIABETES PPC 2018

1 – HISTÓRIA

- a) Duração da doença
- b) Tipo DM
- c) Tratamento atual detalhado
- d) HbA1c/mapa glicêmico
- e) Comorbidades/outras medicações
- f) Complicações do DM
- g) Porte da cirurgia

2- EXAMES

- a) HbA1c (< 8,5%)
- b) Bioquímica (Cr/K)
- c) PA (hipotensão ortostática)

3 – PLANEJAMENTO CIRÚRGICO

- a) Checar horário do procedimento: manhã/tarde
- b) Porte
- c) Previsão tempo cirúrgico
- d) Tempo jejum no PO/tipo de dieta
- e) Local recuperação pós anestésica

		<i>MANHÃ DO</i>	<i>DIA DA CIRURGIA</i>
CLASSE	DIA ANTERIOR (uso até à noite)	CIRURGIA DE MANHÃ	CIRURGIA À TARDE
MTF	manter*	suspender	suspender
SULFAS	manter	suspender	suspender
GLINIDAS	manter	suspender	manter(<i>manhã pré refeição</i>)
GLITAZONA	manter	suspender	suspender
-DPP4	manter	suspender	suspender
+GLP1	manter**	suspender	suspender
-SGLT2	manter***	suspender	suspender

*avaliar uso de contraste/TFG menor 60.

**avaliar dia aplicação análogos com meia-vida 1 semana

***individualizar risco de cetose/hipovolemia.

INSULINAS	DIA ANTERIOR	MANHÃ DO DIA CIRURGIA DE MANHÃ	DA CIRURGIA CIRURGIA À TARDE
REGULAR/ULTRA RÁPIDA	manter	suspender	Suspender*
NPH	↓20-30% dose noturna, se jejum após 00h.	↓50% dose da manhã	↓50% dose da manhã
ANÁLOGO LONGA	*Manter se aplicação diurna. *↓20-30% se aplicação noturna. *Se Tresiba/Toujeo, ↓ dose 3 dias antes.	↓ 20-30% dose da manhã	↓20-30% dose da manhã

*Avaliar se o paciente vai tomar café da manhã e ajustar dose ultra rápida.

INTRA-OPERATÓRIO

- 1) Grande porte / > 4h – INFUSÃO CONTÍNUA
- 2) Pequeno porte / < 4h – AVALIAR GLICEMIA CAPILAR 2 /2 h

Análogo ultra
rápido 2/2h (>180)

Infusão contínua
(>180)

INFUSÃO CONTÍNUA

SOLUÇÃO PADRÃO: 99ML SF0,9% + 1ML INSULINA REGULAR (100UI/ML) – 1:1

META: 140-180mg/dL

Se >180mg/dL: INICIAR INFUSÃO.

FORNECER APORTE GLICÊMICO 100g/dia (SG5%/SG10%)

PÓS OPERATÓRIO

- a) Horário da refeição no PO.
- b) Se uso prévio de antidiabéticos orais: retornar quando previsão de alta.
- c) Uso de insulina: BASAL + CORREÇÃO.
- d) Sem uso prévio de insulina, mas mantendo necessidade: CÁLCULO DO BASAL PELO BOLUS PRÉVIO.
- e) Esquema com dose de correção, quando jejum.
- f) Após, avaliar dose para cobrir alimentação (BOLUS ALIMENTAR) – *vide tabela.*¹

Table 3: Corrective Insulin Table

	Weight Class I (<175 lbs/80 kg)	Weight Class II (175-220 lbs/81-99 kg)	Weight Class III (>220 lbs/100 kg)
<u>BG (mg/dl)</u>	<u>Insulin Units (subcutaneously)</u>	<u>Insulin Units (subcutaneously)</u>	<u>Insulin Units (subcutaneously)</u>
≤180	0 units	0 units	0 units
181-200	1 unit	2 units	4 units
201-250	2 units	4 units	6 units
251-300	4 units	6 units	8 units
301-350	6 units	8 units	10 units
351-400	8 units	10 units	12 units
>400	call provider	call provider	call provider

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1 – Guideline for inpatient management of surgical and ICU patients with diabetes (pre, peri and postoperative care) 12-30-2015. Joslin Diabetes Center and Joslin Clinic.
- 2 – Pontes JP, et al. Avaliação e manejo perioperatório de pacientes com diabetes melito. Um desafio para o anestesiolista. Ver Bras Anesthesiol. 2017.
- 3 – Peri-operative diabetes management guidelines. Australian Diabetes Society, July 2012.
- 4 – Duggan EW, et al. Perioperative hyperglycemia management. Anesthesiology. V 126, No 3, 2017 Mar, pp. 547-560.