



22 A 26
DE OUTUBRO
DE 2024
FLORIANÓPOLIS - SC



Trabalhos Científicos

Título: Relato De Caso: Cetoacidose Diabética Na Infância

Autores: INGRID BRANDÃO COELHO (UNIVERSIDADE IGUAÇU, CAMPUS V), ISADORA DA SILVA TROTTA (UNIVERSIDADE IGUAÇU, CAMPUS V), ADONES POUBEL DE CASTRO NETTO (UNIVERSIDADE IGUAÇU, CAMPUS V), SABRINA MIRANDA DA SILVA (UNIVERSIDADE IGUAÇU, CAMPUS V), ANA MARIA ESTEVES CASCABULHO (HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ), PAULA MARTINS RIBEIRO GARCIA (HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ), DANIELA GOUVEA D'ALMEIDA (HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ), REBECA DOS SANTOS VEIGA DO CARMO (HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ)

Resumo: A cetoacidose diabética (CAD) é uma complicação aguda, comum em pacientes portadores do diabetes mellitus tipo 1 (DM1), e pode ser a primeira manifestação da doença. Os principais fatores desencadeantes são infecções e insulinoterapia inadequada. Paciente, masculino, 01 ano e 09 meses, previamente hígido, duas semanas antes da internação, iniciou quadro de polidipsia, que se intensificava de madrugada, evoluindo com febre e quadro gripal três dias antes, quando procurou atendimento e foi prescrito antibioticoterapia, sintomáticos e orientações, entretanto, dois dias após, foi admitido em Pronto Socorro (PS) devido à rebaixamento do estado geral e taquidispnea, constatando-se hiperglicemia, realizando-se a transferência para a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) pediátrica. Ao exame físico, regular estado geral, pouco interativo com examinador, desidratado $++/4$, taquipneico, hipotenso, taquicárdico, saturando 98% em ar ambiente, com tempo de enchimento capilar < 3 segundos. Demais sistemas sem alterações. Os exames complementares, demonstraram glicemia: 399 mg/dL, leucograma: leucocitose com aumento de bastões, função renal normal, sódio: 130 mEq/l, potássio: 3,7 mEq/l, cálcio iônico e magnésio sem alterações, gasometria arterial com PH: 7,08, pCO₂: 10,7, pO₂: 91,5, lactato: 1,9, HCO₃: 3,2 e BE: -26,9. Realizando-se o diagnóstico de CAD grave. DISCUSSÃO: Paciente foi admitido em UTI pediátrica, devido a gravidade do quadro. Além da dieta zero e de dois acessos venosos periféricos, realizou-se a expansão volêmica inicial com soro fisiológico (10 ml/kg em 01 hora), progredindo-se para segunda etapa de manutenção (1000 ml em 24 horas), seguida do início da insulinoterapia regular endovenosa (EV) (0,1 unidade/kg/hora) após 01 hora. Avaliou-se, ainda, os níveis séricos de potássio antes da insulinoterapia, iniciado-se reposição para manutenção do potássio sérico. Após redução da glicemia para < 250 mg/dL, iniciou-se soro glicosado 5% associado à insulina regular EV. Mantendo-se antibiótico de amplo espectro, iniciado em PS, devido à infecção de vias aéreas superiores, além dos cuidados intensivos. Após 48 horas, com a melhora da glicemia e controle da acidose metabólica, instituiu-se insulina regular subcutânea, dieta branda para diabetes e hidratação oral, com alta para enfermaria pediátrica. Paciente evoluiu bem, recebendo alta após dois dias em UTI e sete em enfermaria. O diagnóstico do DM1 foi estabelecido, encaminhando-o para seguimento clínico com serviço de endocrinologia pediátrica. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A CAD necessita de diagnóstico precoce e intervenção terapêutica imediata. Em crianças menores e lactentes, esse pode ser dificultado pela subjetividade das manifestações. O tratamento específico está pautado em três pilares: hidratação EV, manutenção do potássio sérico se necessário, e insulinoterapia. A busca pelo fator desencadeante deve ser realizada para o findar do quadro e a prevenção de recidivas.