



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UCM.004 - Página 1/18	
Título do Documento	HIPERGLICEMIA HOSPITALAR	Emissão: 22/12/2022 Versão: 1	Próxima revisão: 22/12/2024

1. SIGLAS	2
2. OBJETIVOS	2
3. JUSTIFICATIVAS	2
4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO	3
5. ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS, RESPONSABILIDADES.....	4
6. HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO	4
7. MÉTODOS DIAGNÓSTICOS INDICADOS.....	4
8. TRATAMENTO INDICADO E PLANO TERAPÊUTICO.....	4
9. CRITÉRIOS DE INTERNAÇÃO.....	11
10. CRITÉRIOS DE MUDANÇA TERAPÊUTICA	11
11. CRITÉRIOS DE ALTA OU TRANSFERÊNCIA.....	11
12. FLUXOGRAMAS.....	11
13. MONITORIZAÇÃO.....	17
14. REFERÊNCIAS.....	18
15. HISTÓRICO DE REVISÃO.....	19

CÓPIA CONTROLADA

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UCM.004 - Página 2/18	
Título do Documento	HIPERGLICEMIA HOSPITALAR	Emissão: 22/12/2022 Versão: 1	Próxima revisão: 22/12/2024

1. SIGLAS

UTI – Unidade de terapia intensiva
ADA – American Diabetes Association;
DM – Diabetes Mellitus;
HIV - vírus da imunodeficiência humana;
GC- Glicose capilar;
A1C - Hemoglobina glicada;
NPH- Neutral Protamine Hagedorn

2. OBJETIVOS

- Assegurar que todos os pacientes internados e admitidos nas enfermarias sejam avaliados ativamente para a ocorrência de hiperglicemia;
- Iniciar regime programado de insulina (lenta e rápida) modificado para estado nutricional, idade e gravidade da doença para manter as metas de glicose na faixa de 100 a 180 mg/dL durante internamento;
- Orientar toda a equipe multidisciplinar (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, nutricionistas, farmacêuticos, psicólogos, odontólogos) sobre a importância do gerenciamento da hiperglicemia e avaliação sistematizada;
- Uso adequado e racional de terapias medicamentosas e não-medicamentosas;

3. JUSTIFICATIVAS

Hiperglicemia de estresse é um fenômeno frequente em pacientes internados e corresponde a elevação da glicose na presença de descompensação aguda de doenças crônicas. Vários estudos publicados, identificaram hiperglicemia em 38% a 44% dos pacientes admitidos em hospital, dos quais 1/3 não tinha história de diabetes prévia à admissão. A hiperglicemia eleva a morbimortalidade, mas o tratamento com insulina reduz as complicações. Por isto, pacientes internados com mais de 18 anos devem realizar glicemia capilar na admissão.

Na última década, vários estudos prospectivos, randomizados, demonstraram que o controle glicêmico intensivo reduzia a mortalidade, a curto e a longo prazo, a falência de múltiplos órgãos, as infecções sistêmicas, a permanência no hospital e nas UTIs, e, conseqüentemente, os custos hospitalares totais.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UCM.004 - Página 3/18	
Título do Documento	HIPERGLICEMIA HOSPITALAR	Emissão: 22/12/2022	Próxima revisão: 22/12/2024
		Versão: 1	

O não reconhecimento e o não tratamento desta condição levam a um aumento de até 5,8 vezes no risco de infecções hospitalares, piora da evolução de pacientes com infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral, aumento do risco de eventos trombóticos e aumento no tempo de internamento.

Em 2010, a ADA propôs o limite de 140 mg/dL, a partir do qual se define hiperglicemia hospitalar. Em pacientes com hiperglicemia recém-diagnosticada recomenda-se que a hemoglobina glicada (Hba1c) seja medida; valores acima de 6,5% indicam existência prévia de diabetes e a necessidade de orientações específicas, por ocasião da alta (KORYTKOWSKI et al., 2022; BRASIL, 2015; UMPIERREZ et al., 2012).

4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO

4.1 Critérios de inclusão

Pacientes HOSPITALIZADOS com duas medidas de glicemias (HGT) acima de 140 mg/dL em qualquer momento do dia (vide **fluxo 1**).

4.2 Critérios de exclusão

Pacientes sem fatores de risco para hiperglicemia hospitalar (vide tabela 1 e fluxo 1).

Tabela 1 - Fatores de risco

Idade superior a 40 anos.	Antecedente familiar de DM.
Obesidade centrípeta.	Síndrome de ovários policísticos.
Uso de corticoides, antipsicóticos e antidepressivos.	Sintomas sugestivos de hiperglicemia (poliúria, polifagia, redução de peso etc).
Hepatopatia ou etilismo.	Antecedente de DM gestacional.
Presença de infecção por HIV.	Presença de acantose nigricans.
Presença de doença aguda (principalmente em emergências).	Cirurgia ou trauma recente.

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do BRASIL, 2015.

5. ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS, RESPONSABILIDADES



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UCM.004 - Página 4/18	
Título do Documento	HIPERGLICEMIA HOSPITALAR	Emissão: 22/12/2022 Versão: 1	Próxima revisão: 22/12/2024

Os pacientes serão acompanhados por uma equipe multidisciplinar da UCM do HULW (composto por médico plantonista, médico Residente de Clínica Médica, enfermagem, técnico de enfermagem, nutricionista, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicóloga) que deve proceder registro de suas atividades em prontuário.

6. HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO

A hiperglicemia é uma ocorrência comum em pacientes hospitalizados, e vários estudos têm mostrado uma forte associação entre hiperglicemia e o risco de complicações, hospitalização prolongada e morte para pacientes com e sem diabetes. Estudos anteriores mostraram que o controle glicêmico em pacientes hospitalizados melhora os resultados clínicos, reduzindo o risco de falência de múltiplos órgãos, infecção sistêmica e mortalidade.

A hiperglicemia na admissão também foi associada a piores desfechos em pacientes com pneumonia adquirida na comunidade. O risco de complicações intra-hospitalares aumentou 3% para cada aumento de 1 mmol/L (18 mg/dL) na glicemia de admissão.

A causa da hiperglicemia de estresse é multifatorial, provavelmente devido a uma combinação de doença aguda, tratamentos médicos e predileção do paciente que, por sua vez, leva a um aumento fisiológico de hormônios contrarreguladores (principalmente a o cortisol e a epinefrina), ativação da cascata inflamatória (fator de necrose tumoral-alfa, interleucina 1 e 6) e estresse oxidativo.

Os sinais e sintomas isoladamente apresentam limitações de sensibilidade e especificidade para o diagnóstico de hiperglicemia hospitalar, sendo necessário que a suspeita clínica seja confirmada com a dosagem da glicemia plasmática em sangue periférico em todos os pacientes hospitalizados.

7. MÉTODOS DIAGNÓSTICOS INDICADOS

Glicemia plasmática e hemoglobina glicada em sangue periférico em todos os pacientes hospitalizados.

8. TRATAMENTO INDICADO E PLANO TERAPÊUTICO

No ambiente hospitalar, a insulina é o padrão-ouro no tratamento da hiperglicemia. Em ambientes de cuidados não intensivos, vários protocolos de insulina foram propostos para controlar pacientes com hiperglicemia; no entanto, metanálises comparando diferentes regimes de tratamento não endossaram claramente os benefícios de nenhuma estratégia específica. As diretrizes clínicas recomendam interromper os medicamentos antidiabéticos orais durante a hospitalização.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UCM.004 - Página 5/18	
Título do Documento	HIPERGLICEMIA HOSPITALAR	Emissão: 22/12/2022	Próxima revisão: 22/12/2024
		Versão: 1	

A terapia insulínica deve ser iniciada sempre que houver glicemia acima de 180 mg/dl, visando deixar o controle ideal entre 140 e 180 mg/dl. Nos pacientes não críticos, com dieta oral, administra-se preferencialmente o esquema subcutâneo basal-bolus (NPH + regular).

Dentre as insulinas basais (longa duração), recomendamos a análoga glargina (Lantus®U100 ou Basaglar®), com aplicação a cada 24 horas (casos excepcionais 2x ao dia) e a NPH (neutral protamine Hagedorn), com 2 aplicações diárias (mais de 3 aplicações por dia aumenta risco de hipoglicemias).

Dentre as insulinas rápidas (prandiais e de correção), recomendamos as análogas ações rápida (regular) ou as ultrarrápidas (asparte, glulisina ou lispro). A insulina regular deve ser administrada 30 minutos antes das refeições e não aconselhamos o uso de insulinas comercializadas mista (Insulina rápida + lenta), pela demonstração de elevado risco de hipoglicemia.

A dose total diária de insulina (DTI) no ambiente hospitalar especificamente pode ser mantida em pacientes diabéticos controlados (hemoglobina glicada <7%) já em uso de insulina ambulatorial.

Para os pacientes hiperglicêmicos com ou sem DM e sem uso prévio de insulina, recomendam-se protocolos de insulina basal-bolus. Entretanto, devido as dificuldades técnicas e relacionadas aos recursos humanos (número reduzido de técnicos de enfermagem nos plantões), optamos por não iniciar insulina regular no esquema inicial de insulinização (maior risco de hipoglicemia com o esquema de insulina basal-bolus). Dessa forma, a dose recomendada da insulina lenta (preferencialmente por insulina NPH) será indicada segundo o **fluxo 3** e a **tabela 5**.

Tabela 2 – Etapas do protocolo

1. Confirmar a hiperglicemia e colher A1C.

2. Prescrever escala de correção conforme padronização do hospital (Fluxo 2)

3. Calcular a dose total conforme Fluxo 3

4. Monitorar a glicemia antes das refeições e no período noturno (22 h) e ajustar.

5. Ajustes da insulina basal no dia seguinte: se houver hipoglicemia (glicemia < 70 ou sintomas), reduzir 20%; se a hiperglicemia persistir (glicemia > 140), aumentar 20%.

6. Indicação para insulina Lantus: Pacientes com risco de hipoglicemia (idosos, neuropatia, insuficiência cardíaca, renal e hepática) e obesos com IMC > 35.

7. Persistência da hiperglicemia em 48h OU mais de 02 episódios de hipoglicemia– **Solicitar parecer da endocrinologia**

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do BRASIL, 2015.

METAS GLICÊMICAS: As metas glicêmicas para pacientes internados não críticos é ter glicemia pré-prandial entre 100 e 140 mg/dl e pós-prandial < 180 mg/dl. Não é recomendado

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UCM.004 - Página 6/18	
Título do Documento	HIPERGLICEMIA HOSPITALAR	Emissão: 22/12/2022	Próxima revisão: 22/12/2024
		Versão: 1	

glicemias abaixo de 100 mg/dl, pelo alto risco de hipoglicemia, principalmente em idosos, doença renal crônica, hepatopatias, diabetes tipo 1.

8.1 PLANO TERAPÊUTICO

Tabela 3 – Plano terapêutico - Equipe Multiprofissional

Tempo de Hospitalização / Equipe Multiprofissional	1º dia	2º ao 3º dia	4º dia até a alta
Médico	<ul style="list-style-type: none"> - Confirmação do diagnóstico e abordagem inicial (Duas glicemias acima de 140) - Solicitação da hemoglobina glicada (vide fluxograma do Protocolo de hiperglicemia) 	<ul style="list-style-type: none"> - Ajuste de medicações, - Coordenar a prevenção e o tratamento da hipoglicemia. 	<ul style="list-style-type: none"> - Persistência das hiperglicemias (solicitar avaliação da endocrinologia) - Aplicar o plano educacional de alta do paciente.
Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação dos riscos no P.A. para hiperglicemias - Triagem; - Solicitação do laboratório; - Administração de medicação prescrita pelo médico; - Monitorização contínua das glicemias; 	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicar a técnica de preparo e administração de insulina. - Efetuar prevenção e tratamento de hipoglicemia. - Dominar o timing da insulina pré-prandial e suplementar. 	<ul style="list-style-type: none"> - Efetuar prevenção e tratamento de hipoglicemia. - Acionar o médico especialista e os demais membros da equipe. - Aplicar o plano educacional na alta do paciente.



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UCM.004 - Página 7/18	
Título do Documento	HIPERGLICEMIA HOSPITALAR	Emissão: 22/12/2022	Próxima revisão: 22/12/2024
		Versão: 1	

Farmácia	<ul style="list-style-type: none"> - Análise da terapêutica medicamentosa. - Análise da natureza do medicamento, dose, diluição, interação medicamentosa. - Avaliação de possíveis interações medicamentosas - Monitoramento farmacoterapêutico do paciente 		<ul style="list-style-type: none"> - Analisar se foi prescrito ou suspenso algum medicamento. - Reconciliação medicamentosa Avaliação de possíveis interações medicamentosas -Monitoramento farmacoterapêutico do paciente Manter avaliação diária
Nutrição	<ul style="list-style-type: none"> - Atuação da nutrição, se solicitada. Dieta zero para procedimentos. - Triagem de risco nutricional 	Realização da anamnese alimentar.	<ul style="list-style-type: none"> - Evolução da dieta de acordo com estado do paciente, tolerância e comorbidades - Aplicar o plano assistencial da alta do paciente.
Laboratório	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar coleta, análise da amostra e liberação do resultado dos exames solicitados em até 4 hora. 		

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do BRASIL, 2015.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UCM.004 - Página 8/18	
Título do Documento	HIPERGLICEMIA HOSPITALAR	Emissão: 22/12/2022 Versão: 1	Próxima revisão: 22/12/2024

8.2 TRATAMENTO DE PACIENTES NÃO CRÍTICOS – SITUAÇÕES ESPECIAIS

8.2.1 Pacientes cirúrgicos

- ✓ Todos os pacientes internados para realização de cirurgia eletivas devem ser avaliados quanto à presença de DM.
- ✓ Os alvos de glicose no pré-operatório são: Glicemia de jejum < 140-180 e HG < 7-7,5%
- ✓ Estudos mostram que o não controle glicêmico pré e pós-operatório aumentam a mortalidade cirúrgica em 30%; um aumento de 2,4x na incidência de infecções respiratórias pós-operatório; 2x infecções do local cirúrgico; 3x infecções do trato urinário; 2x da incidência de IAM e 2x em insuficiência renal aguda.

Tabela 4: Preparo pré-operatório

1. Confirmar a hiperglicemia e colher A1C.
2. Otimizar o controle glicêmico.
3. Suspender antidiabéticos orais e injetáveis no dia cirúrgico
Obs: suspender metformina e sulfoniureias 48 horas antes da cirurgia
4. Avaliar a redução (de 30% a 50%) da insulina basal e suspender insulinas rápidas no dia da cirurgia.
5. Manter aporte de glicose IV compatível com as necessidades diárias (2 g/kg/dia) em associação à reposição de sódio e potássio.
6. Os pacientes em jejum, que fazem uso de insulina, devem ter prioridade na programação de cirurgias.
7. Recomendamos o controle intraoperatório da glicemia, que pode ser feito pelo anestesista ou pela enfermagem do centro cirúrgico com treinamento prévio

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do BRASIL, 2015.

8.2.2 Nefropatas

- ✓ Pacientes com insuficiência renal apresentam maior risco de hipoglicemias. Se o valor do clearance de creatinina estimado (CCe) for inferior a 50, a dose de insulina necessária deverá diminuir cerca de 25%. Se o CCe estiver abaixo de 10, a dose de insulina deverá ter redução adicional de 50%.
- ✓ Com relação aos pacientes dialíticos, a maioria dos episódios de hipoglicemia ocorrem nas 24 horas consecutivas à diálise. Assim, as doses basais no período posterior à diálise devem ser reduzidas no mínimo 15% e as insulinas de ação rápida devem ser evitadas no período imediatamente anterior ao procedimento.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UCM.004 - Página 9/18	
Título do Documento	HIPERGLICEMIA HOSPITALAR	Emissão: 22/12/2022	Próxima revisão: 22/12/2024
		Versão: 1	

8.2.3 Nutrição enteral e parenteral

- ✓ No caso dos pacientes em nutrição enteral, a glicemia é influenciada pela quantidade de carboidratos, pela composição da dieta e pela sincronia entre a oferta de carboidrato e o efeito das insulinas.
- ✓ As doses recomendadas da insulina no tratamento de pacientes em nutrição enteral ou parenteral: vide **fluxo 4**.

8.2.4 Cuidados paliativos

- ✓ O objetivo do controle da hiperglicemia hospitalar em cuidados paliativos é preservar a qualidade de vida. Dessa forma, a meta pode ser mais alta (110 a 270 mg/dL).
- ✓ No caso dos pacientes com doença estável e prognóstico superior a um ano, a meta glicêmica no hospital segue a dos demais pacientes.
- ✓ Evitar a hiperglicemia acentuada (acima de 270 mg/dL) e hipoglicemias (< 70 mg/dL).
- ✓ No caso dos pacientes que se encontram nos dias finais de vida, restritos ao leito, em estado semicomatoso e com limitações de ingestão oral, o uso de insulina basal deve ser mantido nos dependentes de insulina em doses compatíveis com as necessidades mínimas.
- ✓ A suspensão do monitoramento e do tratamento é uma decisão complexa que deve considerar o quadro clínico, a percepção da equipe profissional, a política de cuidados paliativos do hospital e o desejo de pacientes e familiares.

8.2.4 Hipoglicemia

- ✓ A hipoglicemia causa reações adversas imediatas e está associada a desfechos clínicos desfavoráveis e aumento dos custos e tempo de permanência hospitalar
- ✓ Além de ser uma das barreiras para a otimização do controle glicêmico do paciente hospitalizado.
- ✓ Priorizar os esforços de melhoria da qualidade para tratar a hipoglicemia em pacientes hospitalizados com diabetes é de importância crítica.
- ✓ A doença aguda, a rotina hospitalar e as lacunas na qualidade da assistência predispoem os pacientes à hipoglicemia.
- ✓ O tratamento da hipoglicemia segue organizado no **fluxo 5**.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UCM.004 - Página 10/18	
Título do Documento	HIPERGLICEMIA HOSPITALAR	Emissão: 22/12/2022 Versão: 1	Próxima revisão: 22/12/2024

8.3 MEDICAÇÕES UTILIZADAS

Tabela 5: Medicamentos recomendados

DROGAS	DOSES	ADMINISTRAÇÃO	OBSERVAÇÕES
Insulina Glargina (Lantus)	Vide Fluxo 3	Sub-Cutânea	Contraindicação em pacientes em tratamento para tuberculose
Insulina NPH	Vide Fluxo 3	Sub-Cutânea	Maior risco de hipoglicemia
Insulina Regular	Vide Fluxo 3	Sub-Cutânea	Maior risco de hipoglicemia
Insulina Novorapid	Vide Fluxo 3	Sub-Cutânea	

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do BRASIL, 2015.

9. CRITÉRIOS DE INTERNAÇÃO

O protocolo hospitalar de hiperglicemia será instituído em todos os pacientes internados com hiperglicemia. Dessa forma, os critérios de internação, são inerentes as doenças que motivaram o internamento do paciente.

10. CRITÉRIOS DE MUDANÇA TERAPÊUTICA

A mudança para hipoglicemiantes orais ocorrerá apenas na alta hospitalar (**Fluxo 6**)

11. CRITÉRIOS DE ALTA OU TRANSFERÊNCIA

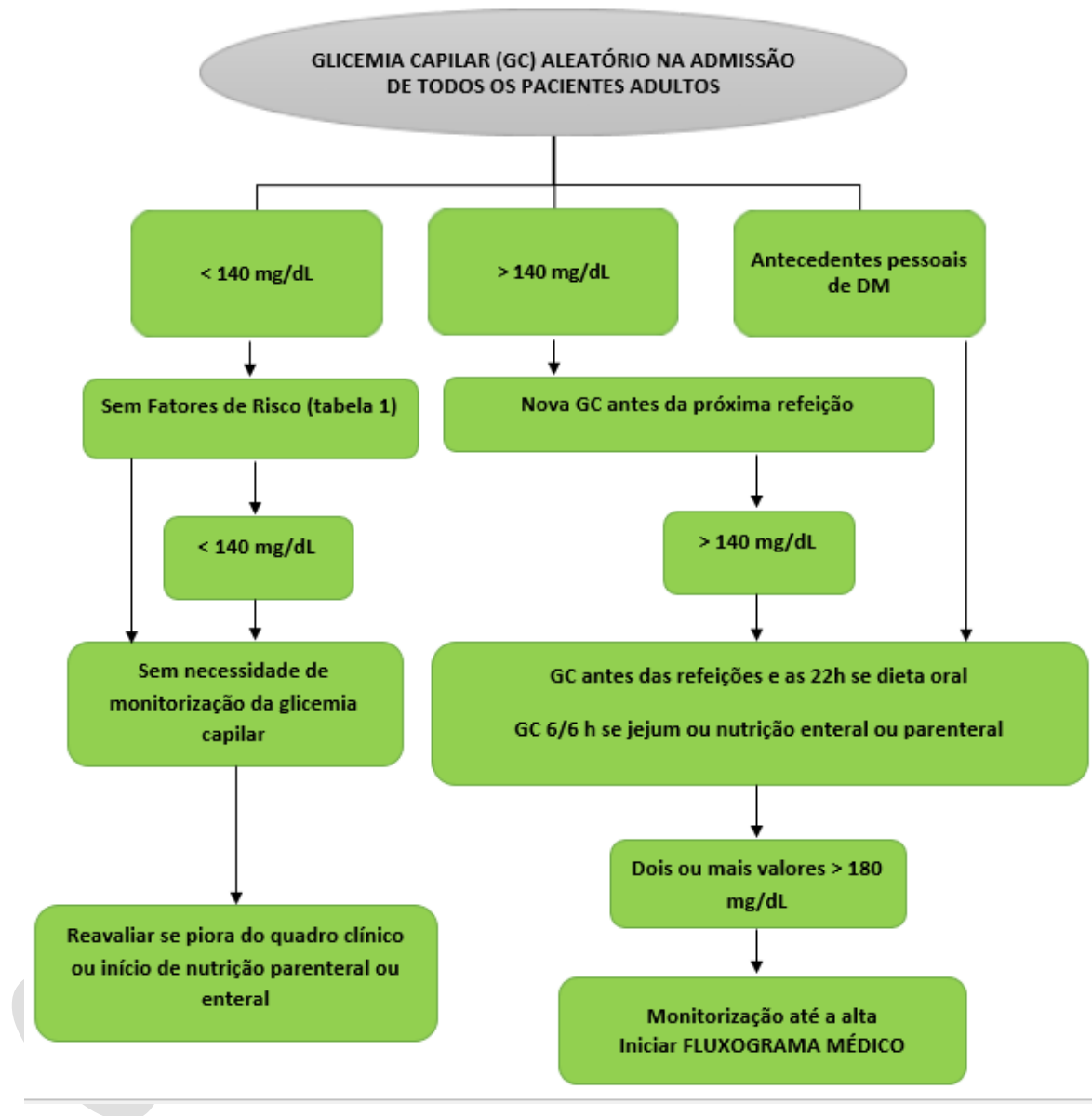
- ✓ Melhora das glicemias (glicemias capilares entre 100 – 140)
- ✓ Ajuste das medicações hipoglicemiantes ou dose da insulina de acordo com os níveis da hemoglobina glicada (vide **fluxo 6**)
- ✓ Doença de base controlada.
- ✓ Fator precipitante corrigido.
- ✓ Educação do paciente e dos familiares sobre o uso da insulina e demais medicações, etc.
- ✓ Retorno breve agendado.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UCM.004 - Página 11/18	
Título do Documento	HIPERGLICEMIA HOSPITALAR	Emissão: 22/12/2022	Próxima revisão: 22/12/2024
		Versão: 1	

12. FLUXOGRAMAS

12.1 FLUXOGRAMA GERAL DO PROTOCOLO (ADMISSÃO) – ENFERMAGEM (FLUXO 1)

Figura 1 – Protocolo de admissão – Enfermagem

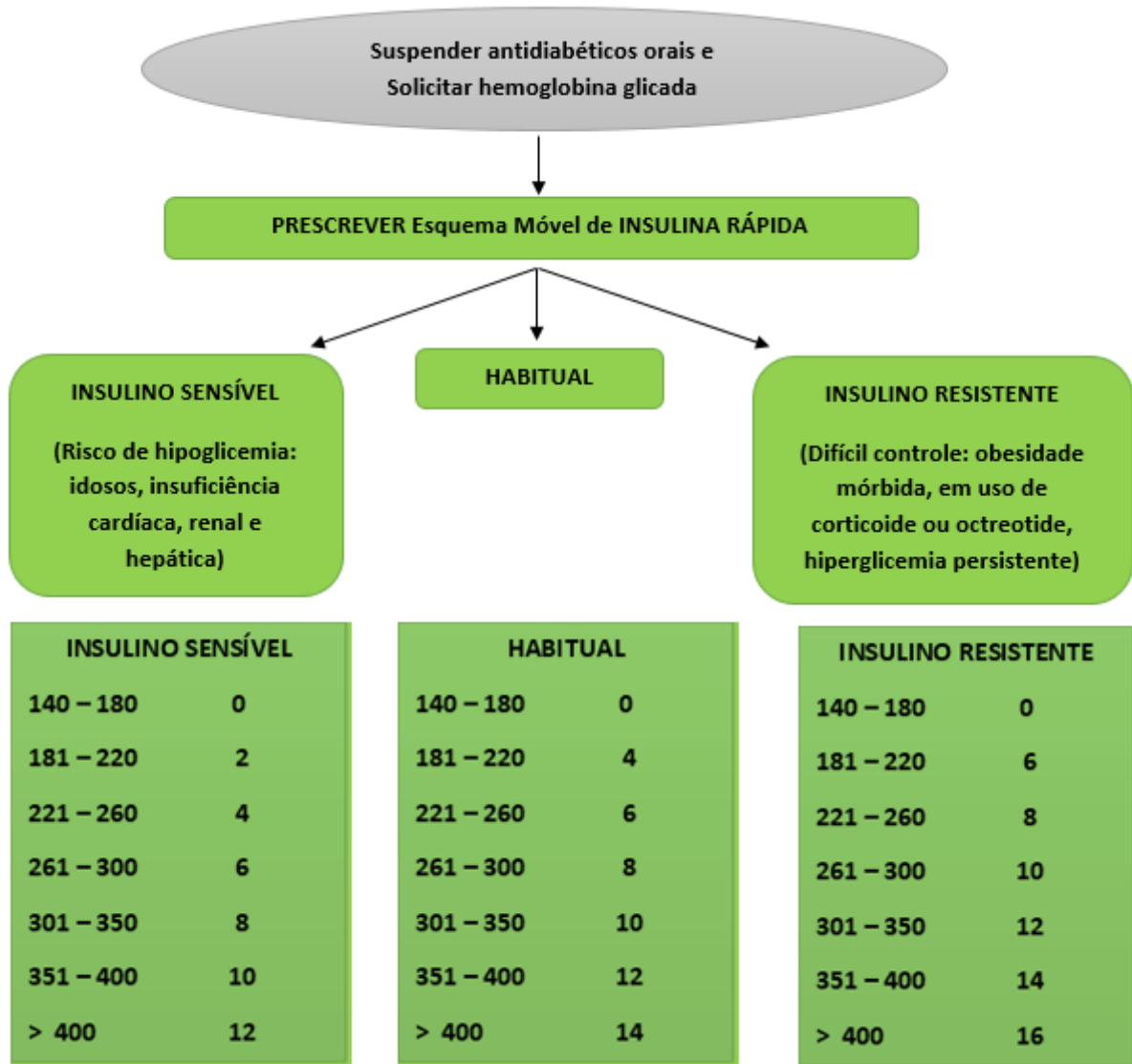


Fonte: Elaboração própria a partir de dados do BRASIL, 2015.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UCM.004 - Página 12/18	
Título do Documento	HIPERGLICEMIA HOSPITALAR	Emissão: 22/12/2022	Próxima revisão: 22/12/2024
		Versão: 1	

12.2 FLUXOGRAMA – INSULINA DE DEMANDA – MÉDICOS e ENFERMAGEM (FLUXO 2)

Figura 2 – Insulina de demanda – Médicos e enfermagem

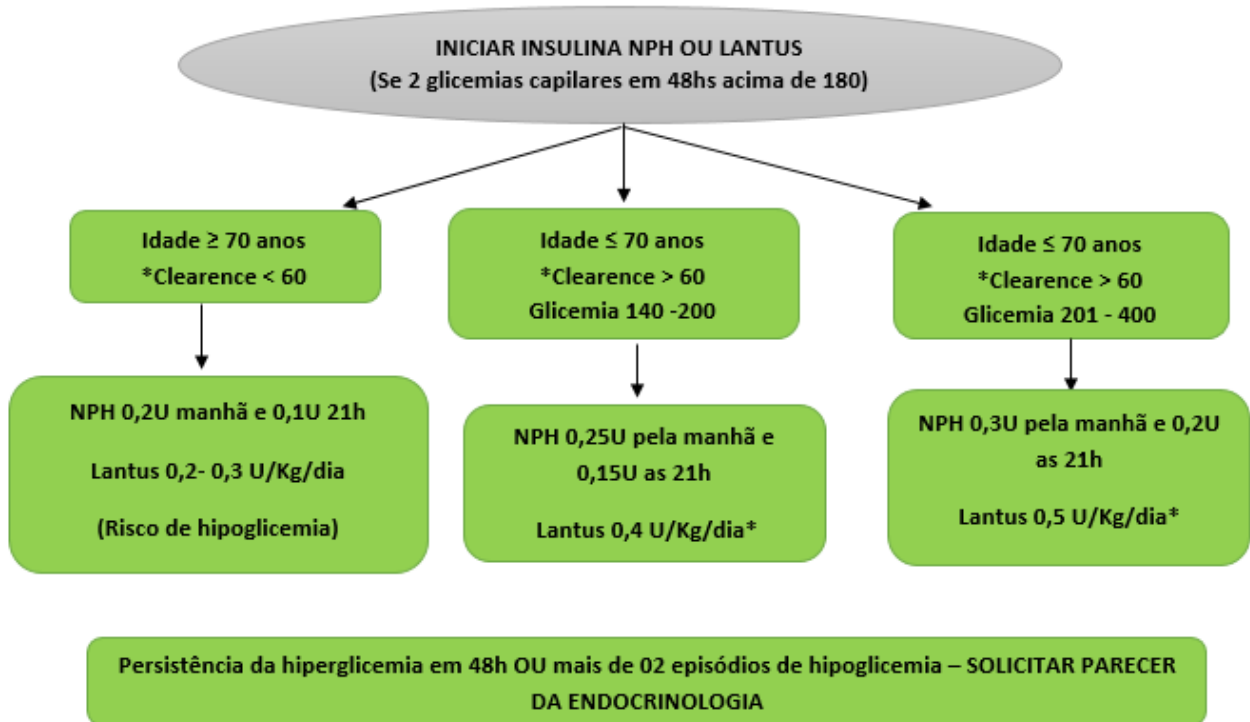


Fonte: Elaboração própria a partir de dados do BRASIL, 2015.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UCM.004 - Página 13/18	
Título do Documento	HIPERGLICEMIA HOSPITALAR	Emissão: 22/12/2022	Próxima revisão: 22/12/2024
		Versão: 1	

12.2 FLUXOGRAMA – INSULINIZAÇÃO (FLUXO 3)

Figura 3 - Esquema de Insulina lenta (NPH ou glargina):



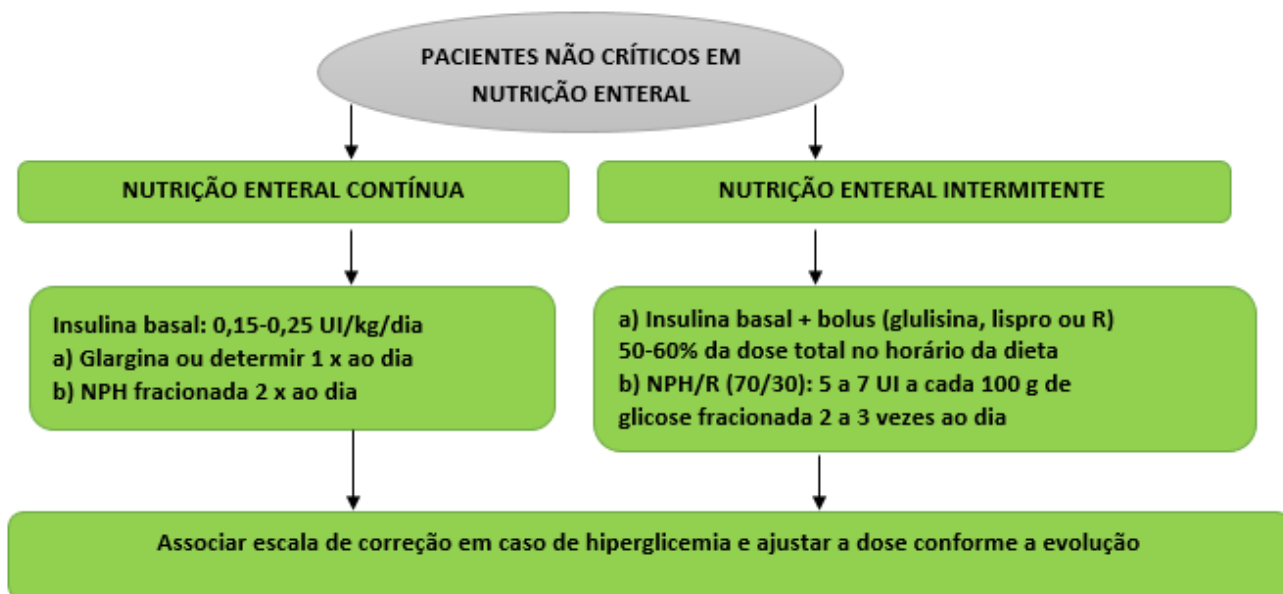
Fonte: Elaboração própria a partir de dados do BRASIL, 2015.

CÓPIA

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UCM.004 - Página 14/18	
Título do Documento	HIPERGLICEMIA HOSPITALAR	Emissão: 22/12/2022	Próxima revisão: 22/12/2024
		Versão: 1	

12.3 FLUXOGRAMA – NUTRIÇÃO ENTERAL

Figura 4 - Tratamento de pacientes em nutrição enteral



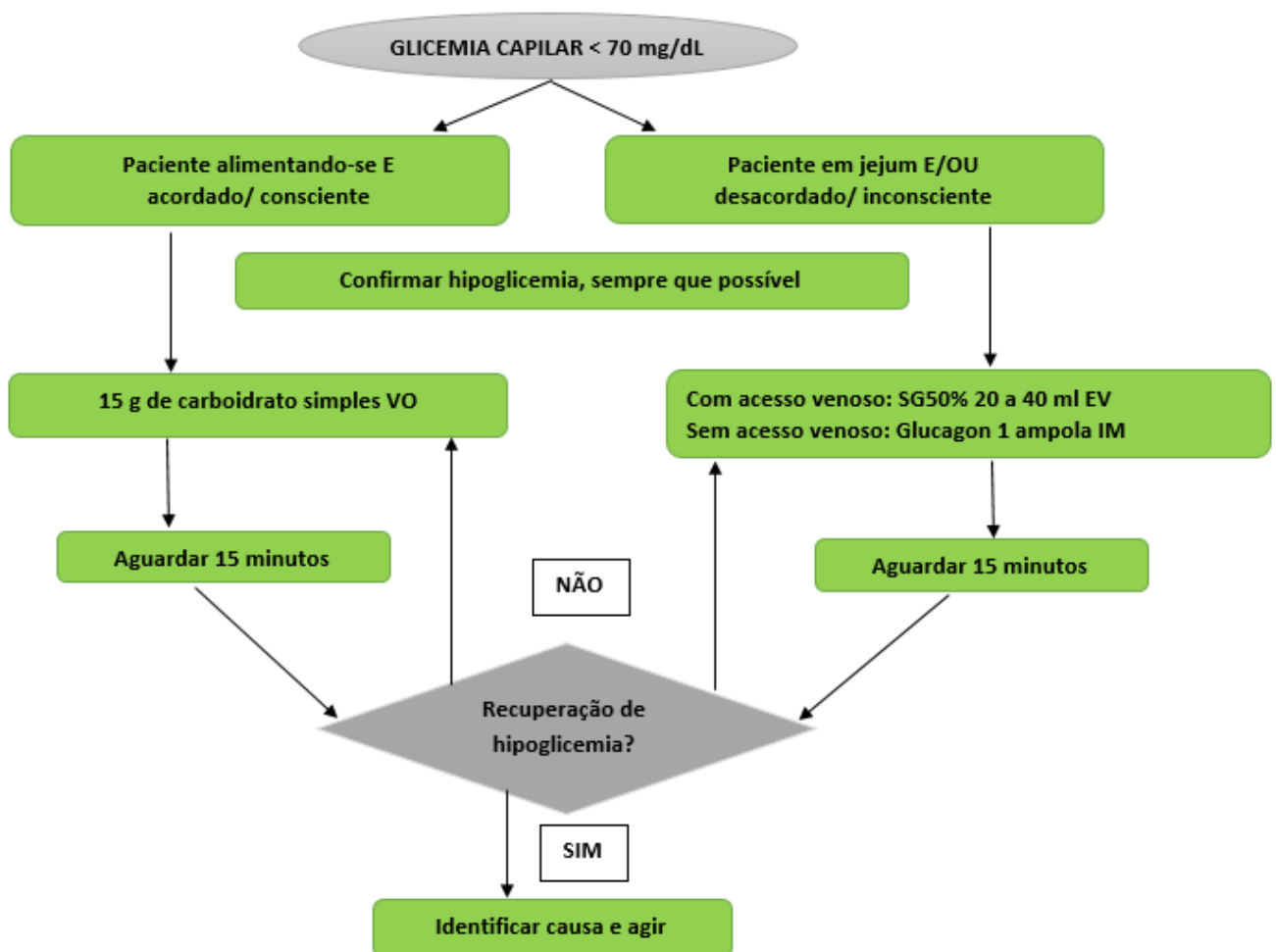
Fonte: Elaboração própria a partir de dados do BRASIL, 2015.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UCM.004 - Página 15/18	
Título do Documento	HIPERGLICEMIA HOSPITALAR	Emissão: 22/12/2022	Próxima revisão: 22/12/2024
		Versão: 1	

12.4 FLUXOGRAMA – HIPOGLICEMIA

✓ A hipoglicemia é a principal complicação do uso de insulina. Os pacientes e os cuidadores devem ser orientados sobre prevenção, sinais e sintomas de hipoglicemia. Se houver suspeita, a glicemia deve ser dosada o mais rápido possível.

Figura 5 - Tratamento de hipoglicemia:

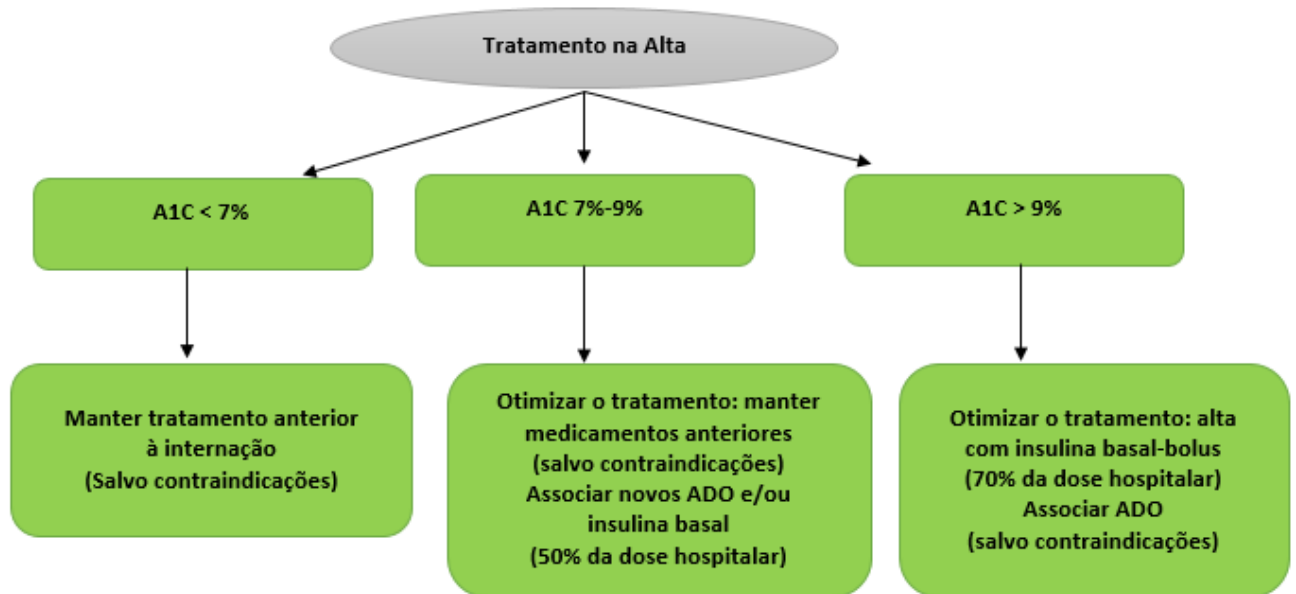


Fonte: Elaboração própria a partir de dados do BRASIL, 2015.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UCM.004 - Página 16/18	
Título do Documento	HIPERGLICEMIA HOSPITALAR	Emissão: 22/12/2022	Próxima revisão: 22/12/2024
		Versão: 1	

12.5 FLUXOGRAMA – ALTA HOSPITALAR

Figura 6 - Alta hospitalar:



Fonte: Elaboração própria a partir de dados do BRASIL, 2015.



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UCM.004 - Página 17/18	
Título do Documento	HIPERGLICEMIA HOSPITALAR	Emissão: 22/12/2022 Versão: 1	Próxima revisão: 22/12/2024

13 MONITORAMENTO

Aplicar os seguintes Indicadores de Qualidade, através de levantamento trimestral no AGHUX (censo de pacientes):

Taxa de hiperglicemia hospitalar: número de pacientes com hiperglicemia hospitalar inseridos no respectivo protocolo nos últimos 90 dias/ número de pacientes admitidos nos últimos 90 dias x 100

Taxa de hipoglicemia hospitalar: Número de vezes que os pacientes internados apresentaram um evento de hipoglicemia não grave ou grave nos últimos 90 dias, incluindo diurno (ocorrendo durante as horas de vigília) e noturno (ocorrendo enquanto o paciente estava dormindo ou tentando dormir) / número de pacientes com hiperglicemia hospitalar inseridos no respectivo protocolo nos últimos 90 dias x 100

Taxa de mortalidade hospitalar em pacientes com hiperglicemia hospitalar: número de óbitos de pacientes com hiperglicemia hospitalar inseridos no respectivo protocolo nos últimos 90 dias/ número de pacientes com hiperglicemia hospitalar inseridos no respectivo protocolo nos últimos 90 dias x 100

14 REFERÊNCIAS

BRASIL. Posicionamento Oficial SBD nº 03/2015. Controle da Glicemia no Paciente Hospitalizado, Brasília: Sociedade Brasileira de Diabetes, 2015.

KORYTKOWSKI, Mary T. et al. Management of Hyperglycemia in Hospitalized Adult Patients in Non-Critical Care Settings: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. **The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism**, v. 107, n. 8, p. 2101–2128, 2022. DOI: 10.1210/CLINEM/DGAC278. Disponível em: <https://academic.oup.com/jcem/article/107/8/2101/6605637>.

UMPIERREZ, Guillermo E.; HELLMAN, Richard; KORYTKOWSKI, Mary T.; KOSIBOROD, Mikhail; MAYNARD, Gregory A.; MONTORI, Victor M.; SELEY, Jane J.; VAN DEN BERGHE, Greet. Management of Hyperglycemia in Hospitalized Patients in Non-Critical Care Setting: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. **The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism**, v. 97, n. 1, p. 16–38, 2012. DOI: 10.1210/JC.2011-2098. Disponível em: academic.oup.com/jcem/article/97/1/16/2833111.



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UCM.004 - Página 18/18	
Título do Documento	HIPERGLICEMIA HOSPITALAR	Emissão: 22/12/2022 Versão: 1	Próxima revisão: 22/12/2024

15 HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	22/12/2022	Elaboração do documento Protocolo Hiperglicemia Capilar

Elaboração Fabyan Esberard de Lima Beltrão	Data: 22/12/2022
Revisão Fabyan Esberard de Lima Beltrão Narriane Chaves Pereira De Holanda	Data: 22/12/2022
Validação Viviane Cristina Vieira da Silva Unidade Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente	Data: 03/02/2023
Aprovação (Nome, Função, Assinatura)	Data: ____/____/____

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte