

8) Insuficiência suprarrenal

A reposição de glico e/ou mineralocorticóide na insuficiência suprarrenal e sua dose é baseada em:

- gravidade do quadro clínico
- diagnóstico prévio de insuficiência suprarrenal
- etiologia da insuficiência suprarrenal (primária ou secundária)

Insuficiência suprarrenal aguda com hipotensão, náuseas, vômitos, torpor, desidratação, diarreia, dor abdominal:

- Colher cortisol sérico e iniciar tratamento antes dos resultados dos exames.
- Expansão com soro fisiológico:
- Soro fisiológico 2-3 L por via endovenosa rapidamente.
- Reposição de glicocorticóide por via endovenosa:

Adultos

Dose de ataque: Hidrocortisona 100 mg EV

Dose de manutenção: Hidrocortisona 50 EV 8/8 hs

Crianças

Dose de ataque: Hidrocortisona 50 mg/m² EV

Manutenção: Hidrocortisona 25 mg/m² EV 8/8h

Reduzir gradualmente a dose de glicocorticóide durante 3 dias e mudar para glicocorticóide oral.

Se suspeita de insuficiência suprarrenal primária, pode-se associar fludrocortisona por via oral, com dose inicial de 50 µg ao dia.

Pacientes em uso crônico de glicocorticóide:

- Em **situações de estresse** como febre, quadro infeccioso, trauma:

Dobrar a dose do corticóide por via oral.

Se houver vômitos, administrar glicocorticóides por via endovenosa.

Não há necessidade de dobrar a dose de mineralocorticóide.

Insuficiência suprarrenal aguda:

Expansão com soro fisiológico (como já descrito)

Reposição de glicocorticóide por via endovenosa (como já descrito)

Após melhora, mudar para glicocorticóide por via oral com dose dobrada por 3 dias ou até resolução do quadro e, a seguir, retornar para dose habitual.