

PROTOCOLO PARA EL MANEJO DEL PACIENTE DIABÉTICO EN URGENCIAS



RECOMENDACIONES GENERALES

OBJETIVOS DE CONTROL GLUCÉMICO

Glucemia basal < 140 mg/dl

Glucemia post-prandial (< 2 h tras ingesta) < 180 mg/dl

MEDIR HbA1c AL INGRESO

RETIRAR ANTIDIABÉTICOS NO INSULÍNICOS (ADNI)¹ Y FRACCIONAR MEZCLAS DE INSULINA en sus 2 componentes

La insulina SUBCUTÁNEA es el fármaco preferido en la mayoría de los casos.

¹ En enfermos seleccionados pueden mantenerse los ADNI (ADNI previos, dieta oral, buen control glucémico y estabilidad clínica)

¿A QUIÉN SOLICITAR CONTROLES DE GLUCEMIA?

Pacientes con diabetes mellitus

Pacientes no diabéticos con glucemia en urgencias > 180 mg/dl

Pacientes con tratamiento esteroideo

Pacientes con nutrición artificial

¿QUÉ CONTROLES REALIZAR?

Antes de desayuno, comida y cena si el paciente come

Cada 6 horas si el paciente está en dieta absoluta

COMPONENTES DE LA PAUTA “BASAL-BOLO-CORRECCIÓN”

| | | |
|----------------------------|--|---|
| BASAL | 50% de la dosis total diaria calculada | Degludec 1 dosis Glargina 1 dosis Detemir 1-2 dosis* NPH o NPL 2-3 dosis |
| BOLO (prandial) | 50% de la dosis total diaria calculada Desayuno 30% - Comida 40% - Cena 30% | Faster Aspart Aspart Glulisina Lispro Regular |
| PAUTA DE CORRECCIÓN | Pacientes que comen: sumar al “bolo” correspondiente (desayuno, merienda o cena) Pacientes que no comen: cada 6 horas | |

*en 2 dosis si utilizamos menos de 0,4 UI detemir por Kg peso

PAUTA DE CORRECCIÓN (según la insulina total que está recibiendo o según el peso corporal)

| GLUCEMIA CAPILAR | PAUTA A (< 40 UI/día ó < 60 kg de peso) | PAUTA B (40-80 UI/día ó 60-90 kg de peso) | PAUTA C (>80 UI/día ó > 90 kg de peso) |
|------------------|---|---|--|
| 181-250 | 2 | 3 | 5 |
| 251-300 | 3 | 5 | 7 |
| 301-350 | 4 | 7 | 10 |
| 351-400 | 5 | 8 | 12 |

CÁLCULO Y DISTRIBUCIÓN DE DOSIS

| Tipo de paciente | Tratamiento recomendado |
|---|---|
| DM en tratamiento con dieta y/o ADNI, con buen control habitual y con glucemias entre 140-180 mg/dl | Control de glucemias + pauta de corrección |
| DM en tratamiento con dieta y/o ADNI, o con mal control habitual y/o glucemias mayores de 180 mg/dl | <p>Si DIETA ORAL 0,3-0,4 UI/kg/d administrando el 50% en forma de insulina basal y el 50% como insulina prandial en 3 dosis (30-40-30%) + pauta de corrección</p> |
| | <p>Si DIETA ABSOLUTA 0,3-0,4 UI/kg/d administrando en forma de insulina basal el 70% + suero glucosado 10% (al menos 1000 cc en 24h) + pauta de corrección</p> |
| DM en tratamiento con insulina | <p>Si DIETA ORAL Insulina habitual valorando un aumento según necesidades + pauta de corrección</p> |
| | <p>Si DIETA ABSOLUTA Administrar en forma de insulina basal el 70% de su insulina habitual total + suero glucosado 10% (al menos 1000 cc en 24h) + pauta de corrección</p> |

AJUSTES DE LA DOSIS DE INSULINA

HIPERGLUCEMIA

Si sólo está alterada la glucemia basal (> 140 mg/dl): aumentar en un 20% la insulina basal

Si están alterados todos los controles glucémicos: sumar todos los rescates del día previo y añadir un 50% del total necesitado a la basal

Si sólo está aumentada la glucemia de una comida: subir en 1-2 UI la insulina de la comida previa

HIPOGLUCEMIA (glucemia < 70 mg/dl)

Aplicar protocolo de hipoglucemia y, si es aislada, disminuir la insulina prandial de la comida previa

Si existe tendencia a la hipoglucemia, disminuir la insulina basal

AYUNAS PARA PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICOS

Mantener insulina de acción lenta (degludec, glargina y detemir); valorar reducir dosis de insulina de acción intermedia (NPH y NPL) por riesgo de hipoglucemia en el pico de acción

Suspender dieta y dosis prandial (bolo) previa a la prueba

Iniciar sueroterapia que contenga glucosado al 10% a 50 ml/h (1000-1500 cc al día)

Realizar glucemia capilar cada 6 h y administrar insulina rápida siguiendo pauta correctora.