

# **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)<sup>1</sup> Y FRACCIONAR MEZCLAS DE INSULINA en sus 2 componentes

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

<sup>1</sup> 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”

<b>BASAL</b>	50% de la dosis total diaria calculada	Degludec 1 dosis Glargina 1 dosis Detemir 1-2 dosis* NPH o NPL 2-3 dosis
<b>BOLO (prandial)</b>	50% de la dosis total diaria calculada Desayuno 30% - Comida 40% - Cena 30%	Faster Aspart Aspart Glulisina Lispro Regular
<b>PAUTA DE CORRECCIÓN</b>	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><b>Si DIETA ORAL</b>                      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><b>Si DIETA ABSOLUTA</b>                      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><b>Si DIETA ORAL</b>                      Insulina habitual valorando un aumento según necesidades + pauta de corrección</p>
	<p><b>Si DIETA ABSOLUTA</b>                      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.