



Endocrinología y Nutrición



P-112. - DESARROLLO DE UN PROTOCOLO INTEGRAL DE ATENCIÓN A LA HIPERGLUCEMIA Y DIABETES MELLITUS EN HOSPITALIZACIÓN

J. Pérez Rodríguez, D.M. Calderón Vicente, M. Alramadan, D. Martín Iglesias, M.V. Cantero Ayllón, M.J. Guillén Izquierdo y S.V. Aranda Regules

Hospital General Virgen de la Luz, Cuenca.

Resumen

Introducción y objetivos: La hiperglucemia está presente en torno al 25% de los pacientes hospitalizados. Su control es deficiente por diversas causas: importancia secundaria e inercia clínica, aumento de la variabilidad glucémica, tolerancia de la hiperglucemia como medida de seguridad de la hipoglucemia, dificultad en el manejo de la insulina, sobreutilización de “sliding scales”, etc. En consecuencia aumenta la estancia media, los costes y las tasas de infección y morbilidad. Con el objetivo de mejorar todo ello, presentamos el desarrollo de un protocolo integral de atención a la hiperglucemia y diabetes mellitus para nuestro hospital.

Material y métodos: Previo estudio de las principales fuentes bibliográficas existentes, desarrollamos algoritmos de insulinización subcutánea para el paciente no crítico, insulinización iv para paciente crítico, manejo de la hipoglucemia, situaciones de ayunas, cetoacidosis diabética/estado hiperosmolar, y actuación al alta.

Resultados: 1. Insulinización subcutánea para paciente no crítico. Paciente previamente insulinizado: Pauta basal-bolus-corrección. Insulina basal/24h (glargina/detemir)+bolus (glulisina/lispro/aspart)desayuno/comida/cena + pautas de corrección sobre bolus A (40U),B (40-80U),C (> 80U). Paciente previamente no insulinizado: pauta de insulina regular desayuno/comida/cena/cada 6-8horas si ayunas. > 16U/24h pasar a pauta basal-bolus-corrección. Ayunas: * 24h: suspender bolus y mantener basal + corrección, o mitad de insulina regular.* > 24h: pauta sueros-insulina iv/6h.2. Pauta iv de insulina para paciente críticos. Línea 1 de fluidos: suero glucosalino 5% 60-100 mL/h ± 1-2 mEq/Kg de ClK. Línea 2 de insulina: suero fisiológico 0,9% con 100 U insulina regular/100 ml. Ajustes perfusión insulina (ml/U/h): pautas 1,2,3,4 en función de glucemias y variación. Transición a insulina subcutánea: insulina en últimas 6 horas×4, 50% insulina basal-50% insulina bolus, mantener perfusión 3 horas tras poner basal. 3. Manejo de la hipoglucemia. Paciente consciente y puede ingerir: 200 ml de zumo azucarado o vaso de agua con dos sobres de azúcar. Paciente inconsciente o no puede ingerir: 10 g de glucosa iv con vía venosa o glucagón 1 mg (im o sc) sin vía venosa. 4. Cetoacidosis diabética y estado hiperosmolar. Fluidos: 1.000 ml de suero fisiológico 0,9% en 1 hora. 250-500 ml/h de suero fisiológico si Na bajo o suero hiposalino 0,3% si Na normal-alto. Glucemia 200 mg/dl suero glucosalino 5% 100-150 ml/h. Insulina: 0,1 U/Kg de insulina regular en bolo directo. Perfusión de insulina iv comenzando con pauta 2. Potasio: K 3,3 mEq/L:20 mEqK/500 ml. K3,3-5,3 mEq/L:10 mEqK/500 mL. K > 5,3 mEq/L: no administrar. Bicarbonato: Si pH 7% administrar mitad de déficit 1/6M en 4-6 horas y reevaluar gasometría. 5. Actuación al alta. Solicitar en ingreso HbA1c, si no disponible en últimos 3 meses: DM conocida y HbA1c 8%: reanudar tratamiento previo. DM no conocida o HbA1c > 8%: iniciar/intensificar tratamiento, se recomienda interconsultar a endocrinología.

Conclusiones: La hospitalización es una gran oportunidad para mejorar el control metabólico de los pacientes diabéticos. Creemos que el presente protocolo contribuirá a un mejor manejo de la glucemia por los distintos profesionales. Queda por evaluar su impacto tras su instauración.