

MANEJO INTRAHOSPITALARIO DE LA DIABETES TIPO 2

Dr. Emily Gutowski
Presentadora del Caso

Dr. Nadine Palermo
Endocrinóloga

Joyce Zhou
Anfitriona

Traducido por Daniel Motta-Calderon

HIPERGLUCEMIA >180mg/dL

Diabetes ya diagnosticada

Diabetes de novo

Hiperglucemia por estrés

- Riesgo aumentado de complicaciones intrahospitalarias y mortalidad

MANEJO

ENFERMEDAD ACTUAL Y ANTECEDENTES

- Antecedente de diagnóstico previo de Diabetes
- Medicamentos previos y actuales para Diabetes
- Control glucémico general
- Complicaciones previas
- Comorbilidades
- Otras hospitalizaciones
- Tipo de nutrición y hábitos alimenticios

EXÁMENES DE LABORATORIO

- Hemoglobina A1C
- Repetir si última toma >3 hace más de 3 meses
- Monitoreo habitual de glucemia

ESTABLEZCA METAS DE GLUCEMIA

- Dependiente de factores individuales

SUSPENDA MEDICAMENTOS QUE NO SEAN INSULINAS

Metformina

- Riesgo de nefropatía en especial con medios de contraste
- Acidosis láctica

Sulfonilureas

- Riesgo de hipocalcemia

Tiazolidinedionas (TZDs)

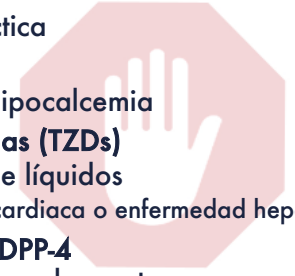
- Retención de líquidos
- NO en falla cardíaca o enfermedad hepática

Inhibidores de DPP-4

- Potencial uso adyuvante

Inhibidores de canales SGLT2

- Cetoacidosis euglicémica



ESTUDIOS PUBLICADOS EN LA LITERATURA

Manejo de hiperglucemia en pacientes hospitalizados

Aquellos pacientes con glucemias >220mg/dL en el primer día postoperatorio tienen riesgo aumentado de sepsis, neumonía e infección del sitio operatorio

(Haz click para leer los artículos originales)

Control glucémico y uso del esquema móvil de insulina en pacientes hospitalizados con Diabetes

El uso de esquema móvil de insulina se asoció a 3 veces mayor riesgo de episodios de hiperglucemia versus aquellos que no recibieron esquema móvil. (Meta-análisis)

RÉGIMEN DE INSULINA

BASAL-BOLO

Dosis total diaria

0.3 - 0.6 unidades/kilogramo/día

50%
Basal

50%
Bolo

Individualice el regimen basal-bolo:

Según las características del paciente (función renal, edad), medicamentos (esteroides), estado nutricional (VO)

Enfermedad Renal Crónica / Edad >70años/ ↑ riesgo de hiperglicemia

- Empiece a menor dosis (ejemplo: 0.3-0.4 unidades/kilogramo/día)

↑ resistencia a la insulina / Terapias que ↑ resistencia a la insulina

- Empiece a mayor dosis (ejemplo 0.6 unidades/kg/día)

Pacientes que están recibiendo corticoesteroides

- Aumente la dosis prandial (40:60 basal:bolo) o utilice NPH

Paciente sin vía oral / Ayuno

- Considere ↓ 10-20% en la insulina basal con base en metas de glucemia

Diabetes Mellitus tipo 1

- SIEMPRE debe recibir insulina basal inclusive si no tiene vía oral

ESCALA CORRECTIVA

Se pueden usar varias escalas. Por ejemplo:

Escala de dosis baja →

Se ajusta la dosis del bolo para corregir la concentración de glucosa en sangre
E.g: 1 unidad de insulina cada 50mg/dL de glucemia >150mg/dL

100 mg/dL

1 unidad
150 mg/dL

2 unidades
200 mg/dL

3 unidades
250 mg/dL

300 mg/dL