

INSULINIZACIÓN HOSPITALARIA SUBCUTÁNEA PARA EL PACIENTE "NO CRÍTICO" PAUTA "BASAL-BOLUS-CORRECCIÓN"

PRIMERAS 24 H.

Detección y planificación del tratamiento de la hiperglucemia. Medir HbA_{1c} al ingreso

1. CÁLCULO DE LA DOSIS

Glucemia al ingreso:

- < 150 mg/dl: 0.3 UI/kg/día.
- 150 - 200 mg/dl: 0.4 UI/kg/día.
- > 200 mg/dl: 0.5 UI/kg/día.

TERAPIAS NO INSULÍNICAS

0.3 - 0.5 UI/kg/día

INSULINA

Suma total de UI/día en domicilio

INSULINA + TERAPIAS NO INSULÍNICAS

Igual que INSULINA + 20% de lo calculado

2. DISTRIBUCIÓN DE LA DOSIS

NO COME:

BASAL (50%) ± P. CORRECCIÓN (A, B, C)

COME:

BASAL (50%) + BOLUS* (50%) ± P. CORRECCIÓN (A, B, C)

*BOLUS: Repartir la dosis calculada entre desayuno (30%), comida (40%) y cena (30%).

CORRECCIÓN



CORRECCIÓN

BOLUS



COMPONENTES PAUTA "BASAL-BOLUS-CORRECCIÓN"

| COMPONENTES PAUTA "BASAL-BOLUS-CORRECCIÓN" | | INSULINAS |
|--|--|---|
| BASAL | 50% de la dosis total diaria calculada. | - Glargina (Lantus®, Abasaglar®): 1 dosis. - Detemir (Levemir®): 1-2 dosis. - NPH (Insulatard®): 2-3 dosis. |
| BOLUS (PRANDIAL) | 50% de la dosis total diaria calculada repartidas: Desayuno (30%), comida (40%) y cena (30%). | - Lispro (Humalog®). - Aspart (Novorapid®). - Glulisina (Apidra®). |
| CORRECCIÓN (A, B y C) | COME | - Regular (Actrapid®, Humulina Regular®): Solo en pacientes que "No Comen" (cada 6 horas) |
| | NO COME | - Se sumará al "Bolus" correspondiente (desayuno, comida o cena). - Se administrará cada 4 - 6 horas. |

3. PAUTA DE CORRECCIÓN:

| GLUCEMIA CAPILAR | PAUTA A (< 40 U/día o < 60 kg) | PAUTA B (40 - 80 U/día o 60 - 60 kg) | PAUTA C (> 80 U/día o > 90 kg) |
|------------------|--------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------|
| < 80 mg/dl | - 1 | - 1 | - 2 |
| 80 - 129 | 0 | 0 | 0 |
| 130 - 149 | 0 | + 1 | + 1 |
| 150 - 199 | + 1 | + 1 | + 2 |
| 200 - 249 | + 2 | + 3 | + 4 |
| 250 - 299 | + 3 | + 5 | + 7 |
| 300 - 349 | + 4 | + 7 | + 10 |
| > 349 | + 5 | + 8 | + 12 |

4. AJUSTES DE LA DOSIS DE INSULINA:

(Objetivos de Control: Glucemia Basal entre 100 y 140 mg/dl / A las 2 h: < 180)

HIPERGLUCEMIA:

Basal o en ayunas (mayor de 140 mg/dl) sin hipoglucemia nocturna:
↑ 20% la insulina basal.

Preprandial sin hipoglucemia desde la comida previa:

- Almuerzo: ↑ 10-20% la dosis prandial del desayuno.
- Cena: ↑ 10-20% la dosis prandial de la comida.
- Post-cena o al acostarse: ↑ 10-20% la dosis prandial de la cena.

HIPOGLUCEMIA:

- Nocturna o basal: ↓ 10-20% la insulina basal.
- Durante la mañana: ↓ 10-20% la dosis prandial del desayuno.
- Durante la tarde: ↓ 10-20% la dosis prandial de la comida.
- Post-cena o al acostarse: ↓ 10-20% la dosis prandial de la cena.

5. TRATAMIENTO DE LA HIPOGLUCEMIA

(Glucemia < 70 mg/dl o síntomas)

PACIENTE CONSCIENTE y PUEDE INGERIR (Elegir una opción):

1ª Elección (recomendada)

- Geles con 15 g de glucosa:
 - DiaBalance Expert Gel Absorción Rápida®
 - Gluc Up15®

2ª Elección (equivalencias)

- 2 sobres de azúcar o 3 cucharillas
- 175 ml de zumo o refresco azucarado
- 300 ml de leche

PACIENTE INCONSCIENTE y/o INCAPAZ de INGERIR:

- Con vía venosa: 30 ml de glucosa al 33% o 20 ml al 50% + Suero Glucosado 5% (500 ml / 6h).
- Sin vía venosa: 1 mg de Glucagón (im. o sc.).



REEVALUAR LA GLUCEMIA CAPILAR EN 15 min, y REPETIR LA PAUTA PREVIA SI GLUCEMIA < 70 mg/dl.

DURANTE EL INGRESO

Monitorización. Educación. Ajuste del tratamiento

ALTA

Planificar

- HbA_{1c} al ingreso < 8% (o GB < 200 mg/dl en las últimas 48 h. o DTI < 0.4 UI/kg): Mantener tratamiento previo.
- HbA_{1c} al ingreso 8 - 10% (o GB: 200 - 300 mg/dl en las últimas 48 h. o DTI: 0.4 - 0.8 UI/kg):
 - En tratamiento previo con Terapias no insulínicas: Mantenerlas + Insulina Basal Hospitalaria.
 - En tratamiento previo con Insulina: Mantener pauta Basal-Bolus Hospitalaria. (disminuir la DTI intrahospitalaria ~ 10 - 20%).
- HbA_{1c} al ingreso > 10% (o GB > 300 mg/dl en las últimas 48 h. o DTI > 0.8 UI/kg), sospecha de DM tipo 1/LADA, tratamiento con corticoides, insuficiencia pancreática y pacientes "semi-estabilizados": Mantener pauta Basal-Bolus Hospitalaria (disminuir la DTI intrahospitalaria ~ 10 - 20%).

El paciente o la familia tienen que haber recibido EDUCACIÓN DE "SUPERVIVENCIA" (tratamiento, complicaciones y control de la DM), MATERIAL (informe, medicación, etc.) y PLAN DE SEGUIMIENTO TRAS EL ALTA.



Plan Integral de Diabetes de Andalucía

