



FLUJOGRAMA de MANEJO DE LA HIPERGLUCEMIA EN SITUACIONES ESPECIALES

Actualizado mayo 2022

Escenario 1: paciente con diagnóstico conocido de DIABETES

ENTREGAR glucómetro y tiras reactivas. **REFERIR** con las siguientes recomendaciones:

SUSPENDER ADO's. **INICIAR** insulina basal (NPH o Glargina) pre cena a 0,1- 0,2 UI/kg/día .

Escenario 2: paciente internado con Dx. DM y/o en tratamiento con corticoides

OBJETIVOS GLUCÉMICOS: durante la internación **MANTENER** glucemias entre 140 y 180 mg/dL.

IMPORTANTE: NO SUSPENDER insulina basal (NPH o Glargina) durante los días de internación.

REALIZAR controles de glucemia 06:00 hs (predesayuno) y 18:00 hs (precena). Correcciones c/ l. Cristalina.

Pacientes con DISGLUCEMIA

181-220 mg/dl = 2 UI
221-260 mg/dl = 4 UI
261-300 mg/dl = 6 UI
301 mg/dl o más = 8 UI

Pacientes con DIABETES

181-220 mg/dl = 4 UI
221-260 mg/dl = 6 UI
261-300 mg/dl = 8 UI
301 mg/dl o más = 10 UI

DESCOMPENSADOS

181-220 mg/dl = 1 UI/h
221-260 mg/dl = 2 UI/h
261-300 mg/dl = 3 UI/h
301 mg/dl o más = 4 UI/h

Dilución: 50 UI de insulina Regular (Cristalina) en 500 ml de SF 0,9% 10 microgotas/min = 10 ml/h = 1 UI/h.

Dilución: 100 UI de Insulina Regular (Cristalina) en 100 ml de SF 0,9% 1 ml/h = 1UI/h.

EVALUAR MEDIO INTERNO siempre que se indique infusión continua de insulina.

Agregar electrolitos para corrección o mantenimiento respectivamente y cuando sea necesario.

HIPOGLUCEMIA: nivel de glucemia MENOR 100 mg/dl (en internados). Requiere tratamiento **INMEDIATO**.

Administrar Solución Glucosada al 5%, 10% o ampollas al 33%.

DOSIS: 0,5 gr/kg EV lenta. Ejemplo: 70 kg. Solución 5% = 700 ml. Solución 10% = 350 ml.

Control de glucemia capilar cada 15 minutos hasta glucemia mayor a 100 mg/dl.
Buscar causa probable.

REEVALUACIÓN y ajustes correspondientes de medicación y plan de alimentación.

La **DISGLUCEMIA** en el paciente hospitalizado es un marcador independiente de mortalidad.

La disglucemia puede representar una descompensación glucémica importante en pacientes con diabetes preexistente o evidenciar el inicio de diabetes en pacientes sin antecedentes.

Tratar oportunamente **EVITA** las descompensaciones agudas, las urgencias relacionadas con la diabetes, como hipoglucemias frecuentes, cetoacidosis, estado hiperosmolar, hiperglucemia persistente sintomática, y **DISMINUYE** la estancia hospitalaria.

Considerar en todo paciente en tratamiento con corticoides, que al suspender el mismo, existe la posibilidad de la presentación de un cuadro clínico de insuficiencia suprarrenal (hipotensión, hipoglucemia, hiponatremia, hiperpotasemia.....)