



CURSO URGENCIAS

URGENCIAS ENDOCRINOLÓGICAS



Marta Guijarro Chacón y Jorge González Prieto
R3 y R4 Endocrinología y Nutrición

ÍNDICE

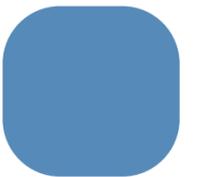
1.Cetoacidosis diabética

2.Tecnología diabetes

3. Hiperglucemia simple

4.DM esteoidea

5.Hipoglucemia



CETO-ACIDOSIS

DIABETICA

"CETO"

Cetonemia capilar $>3\text{mmol/l}$

Cetonuria significativa ($>2+$)

"ACIDOSIS"

pH venoso $<7,3$ y /o
bicarbonato venoso $<15\text{ mmol/l}$

GRAVEDAD

"DIABETICA"

Glucemias >200
Muy variable

¿Gasometria venosa o arterial?

BUSCAR DESENCADENANTES

DM1 O DM2

FARMACOS

ENFERMEDAD
INTERCURRENTE

FALLO ISCI U OMISIÓN
DE DOSIS



ANAMNESIS

RESOLVER CAUSA= RESOLVER EL CUADRO

CLINICA

Clinica cardinal:
Poliuria+ Polidipsia+
Pérdida de peso



Nauseas, vómitos,
dolor abdominal,
deshidratación

Disminución nivel
conciencia, letargia,
obnubilación



Raramente coma
ph<7, bicarbonato<10

TRATAMIENTO

SUERO

Suero salino isotónico (NaCl 0,9%):

- 1000 ml en la primera hora.
- 2-3 L a pasar en las siguientes 24 h

POTASIO

Evitar hipopotasemia!!!

No iniciar potasio en la primera hora de tratamiento salvo que las cifras iniciales de potasio sean $< 3,5$ mEq/l.

INSULINA

Perfusión de insulina

BICARBONATO?

Tabla 8. Niveles de potasio

Niveles de K inicial	Potasio (KCl)
$> 5,5$	No administrar K
3,5-5,5	40 mEq/l de infusión
$< 3,5$	20-30 mEq/h y retrasar el inicio del tratamiento insulínico

PERFUSION DE INSULINA

100UI----100 ml (0,1UI/Kg)

Ej: Paciente de 60 kg
 $60 \times 0,1 = 6 \text{ ml/h (6UI/h)}$

Pauta correctora:

Si glucemia >500 : 6ml/h

Si glucemia 350-300: 4 ml/h

Si glucemia 300-250: 2ml/h

Si glucemia <250 : I. LENTA + Mantener 2h mas



**Insulina rapida:
Actrapid**

TECNOLOGÍA APLICADA A LA DIABETES EN PAC. HOSPITALIZADO

¿SUSPENDER ISCI?

NO

Paciente que acude por otra patología
Paciente capacitados para el manejo
Pacientes con deseo de manejo

SI

PASAR A BOLO BASAL!

Alteraciones nivel conciencia
Incapacidad paciente/cuidador para manejo
Hipoglucemia grave
Cetoacidosis diabética o
descompensación hiperglucémica
hiperosmolar



HIPERGLUCEMIA SIMPLE

- Puede llevar en cifras de glucemia alteradas durante días o incluso semanas.
- Recalcar la importancia de acudir a su centro de salud para ajuste de medicación hipoglucemiante.
- Si sospechamos un debut de DM1 ingresar para un correcto abordaje o derivar de forma preferente a Endocrinología (delgado/joven).
- Si sospechamos un debut de DM2 (gordo/mayo) considerar la clínica acompañante aunque de forma general serán abordados por parte de su MAP.

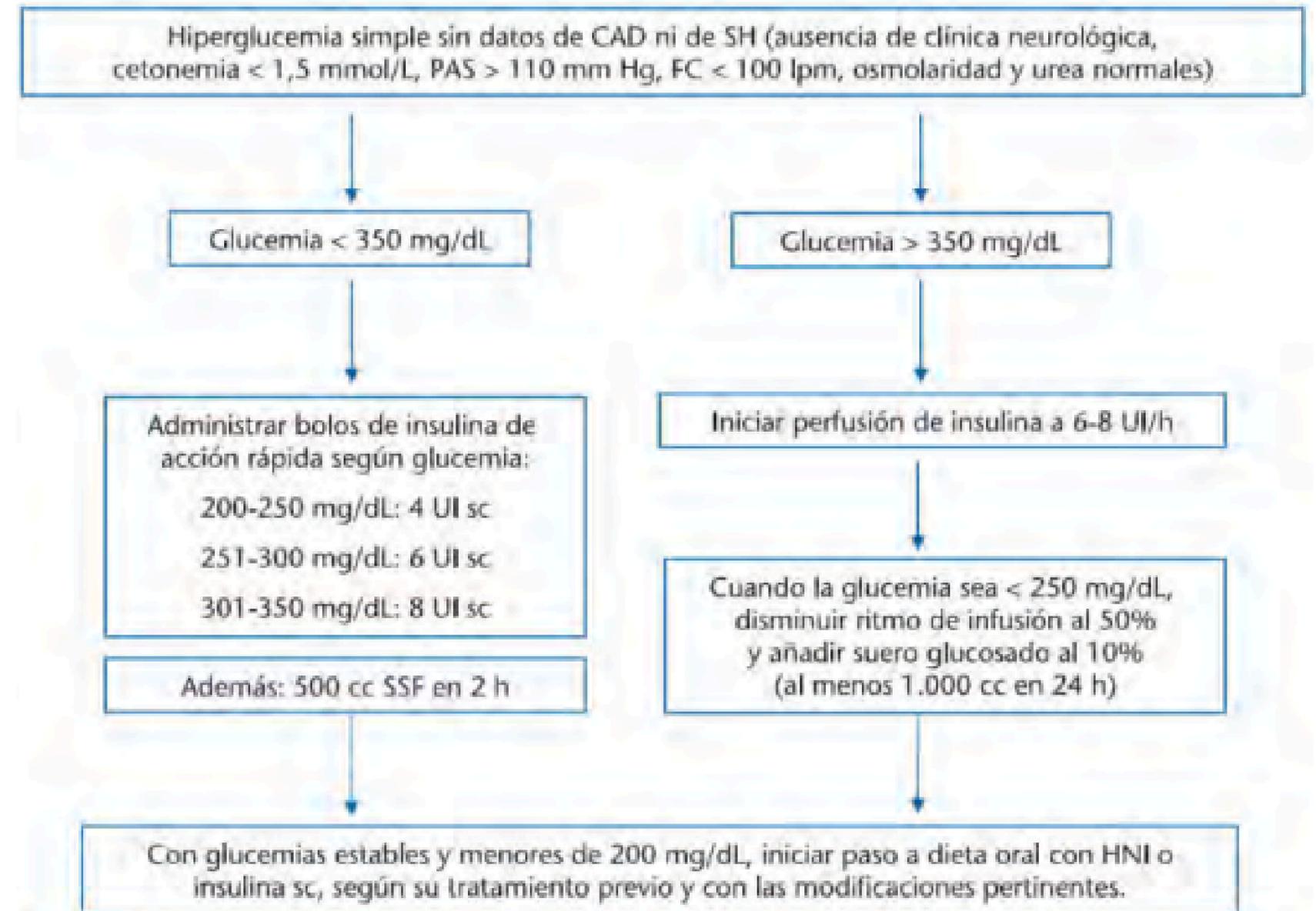
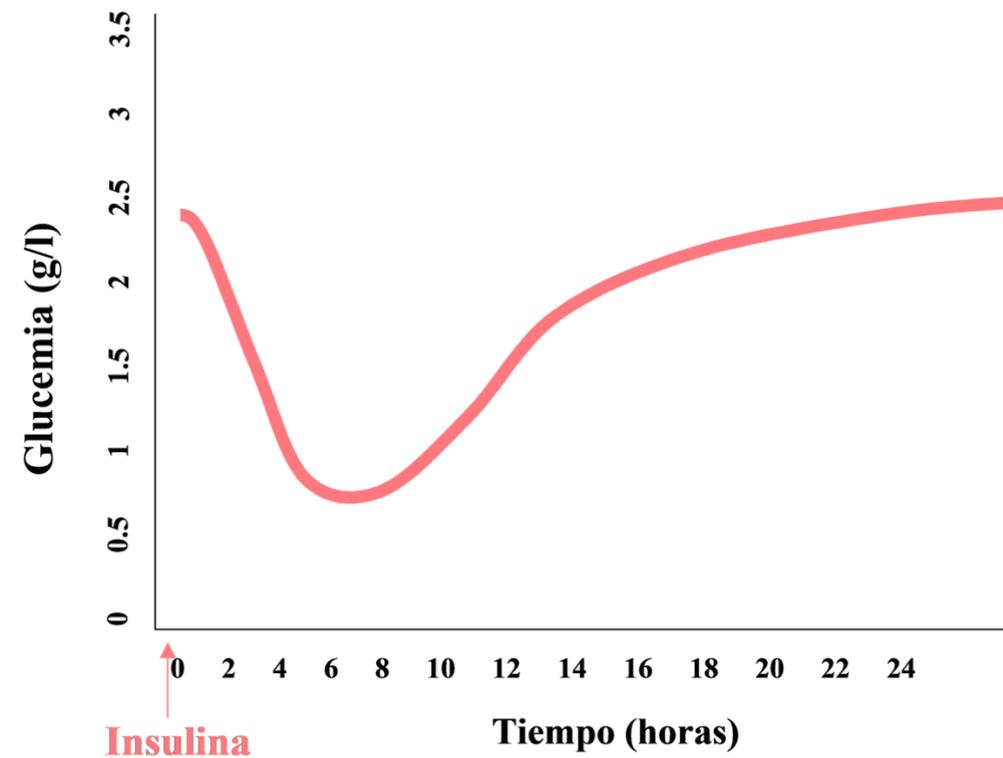


Figura 2. Esquema de tratamiento de la hiperglucemia simple. CAD: cetoacidosis diabética; SH: situación hiperosmolar; PAS: tensión arterial sistólica; FC: frecuencia cardíaca; sc: subcutánea; SSF: suero salino fisiológico; HNI: hipoglucemiantes no insulínicos. Tomado con permiso de www.semesdiabetes.es

**¿COMO AJUSTO DE CARA
AL ALTA?**

DM ESTEROIDEA

- Los corticoides producen un aumento de la resistencia a la insulina además de aumentar la liberación de glucosa endógena.
- Se manifiesta por el empeoramiento de una diabetes conocida o por la precipitación de una diabetes oculta.
- Mínima elevación de la glucemia en ayunas y un aumento progresivo y desproporcionado de la misma después de las comidas, sobre todo durante la tarde y la noche.



DM ESTEROIDEA

Tabla 5. Esquema de tratamiento recomendado en la hiperglucemia por corticoides, en función del tipo de corticoide y del tratamiento hipoglucemiante previo del paciente

	Corticoides de acción corta en monodosis matutina	Resto de corticoides y posologías
Sin DM previa conocida	Si controles glucémicos alterados en las primeras 24 h, iniciar insulino ter apia ¹ a dosis de 0,2-0,3 UI/Kg + PC	
DM tratada únicamente con HNI en domicilio	Si controles glucémicos alterados en las primeras 24h, iniciar insulino ter apia ¹ a dosis de 0,4-0,5 UI/Kg + PC	
DM tratada con insulina basal en domicilio	Aumentar un 15% su insulina basal + calcular e iniciar una pauta de bolos prandiales ² (solo si mantiene dieta oral) + PC	Aumentar un 20% su insulina basal + calcular e iniciar una pauta de bolos prandiales ² (solo si mantiene dieta oral) + PC
DM tratada con insulina basal + bolo en domicilio	Aumentar un 15% su insulina basal y sus bolos habituales (solo si mantiene dieta oral) + PC	Aumentar un 20% su insulina basal y sus bolos habituales (solo si mantiene dieta oral) + PC

DM: diabetes mellitus; PC: pauta correctora; HNI: hipoglucemiante no insulínico. ¹Pauta basal-bolo si mantiene dieta oral y únicamente el 70% de lo calculado en forma de basal si está en dieta absoluta. En ese caso, asegurar el aporte de al menos 100 g de glucosa al día (1.000 cc de suero glucosado al 10%). Se elegirá el rango de dosis de insulina (0,2-0,3 o 0,4-0,5 UI/kg) según el peso del paciente (menor o mayor de 90 Kg, respectivamente). ²Cálculo de una pauta de bolos prandiales: el total de los bolos administrados será el 30% de la insulina basal pautada en domicilio, distribuidos en las tres comidas principales. Tomado con permiso de www.semesdiabetes.es

HIPOGLUCEMIA

- Síndrome que aparece cuando coexisten bajas concentraciones séricas de glucosa y manifestaciones clínicas características y estas se reestablece cuando se normalizan las cifras de glucosa. Más del 90% exógenas.
- En pacientes con DM se define como glucemia capilar igual o menor a 70 mg/dl (sintomático o no).
- Pseudohipoglucemia (síntomas típicos de hipoglucemia, pero con glucemias plasmáticas normales >70 mg/dl)
- SÍNTOMAS:

"AUTONÓMICOS"

Palpitaciones, ansiedad, palidez, temblor o sudoración

NEUROGLUCOPÉNICOS

Alteraciones del comportamiento, ataxia y disminución del nivel de conciencia (<54 mg/dl)

HIPOGLUCEMIA

PASO A OBSERVACION:

- Hipoglucemia con semiología de afectación del SNC, independientemente de la sospecha etiológica y siempre que su tratamiento habitual no origine una recuperación rápida de estas manifestaciones clínicas. **Diferentes duraciones según la insulina.**
- Hipoglucemia inducida por ADO secretagogos (Estancia en el hospital al menos dos veces la VM del hipoglucemiante).
- Hipoglucemia de etiología desconocida (una vez superado el episodio agudo, deben ingresar en hospitalización para estudio etiológico).

Cuadro N° 1
Relación de las sulfonilureas disponibles en Bolivia

Sulfonilureas	Vida Media	Presentación	Duración acción	Eliminación renal	Dosis diaria
Glibenclamida	3 a 5 horas	Tableta 3,5-5 mg	16 a 36 horas	50 %	2,5 a 15 mg
Glicacida	6 a 12 horas	Tableta 80 mg.	12 a 24 horas	70 %	40 a 240 mg.
Glipizida	1 a 5 horas	Tableta 5 mg.	12 a 24 horas	70 %	2.5 a 15 mg.
Glimepinda	10 horas	Tableta 2-4 mg	16 a 24 horas	50%	1 a 8 mg.

HIPOGLUCEMIA

CONSCIENTE Y CON TOLERANCIA A LA VIA ORAL

REGLA DEL 15: Administrar 15 gr de glucosa pura vía oral (gel o ampollas bebibles) o en su equivalente a hidratos de carbono (175 mL refresco azucarado o un vaso de agua con dos sobres de azúcar). Reevaluar a los 15 minutos.

- Si glucemia capilar >70 mg/dL ingerir hidratos de carbono de absorción lenta.
- Si glucemia capilar <70 mg/dL repetir la ingesta de 15 gr de glucosa

INCONSCIENTE O CON INTOLERANCIA A LA VIA ORAL

- Canalizar vía venosa periférica y administrar suero glucosado al 5% a razón de 500 ml/6h (si no se puede canalizar via administrar glucagón 1 mg IM)
- Administrar glucosa hipertónica al 33% o al 50% en bolo intravenoso. Repetir determinación a los 15 minutos y volver administrar si no existe respuesta
- Si no respuesta administrar glucagón 1 mg IM (puede repetirse a los 20 minutos). También puede administrarse hidrocortisona 100 mg por via IV.



¡MUCHAS
GRACIAS!

