

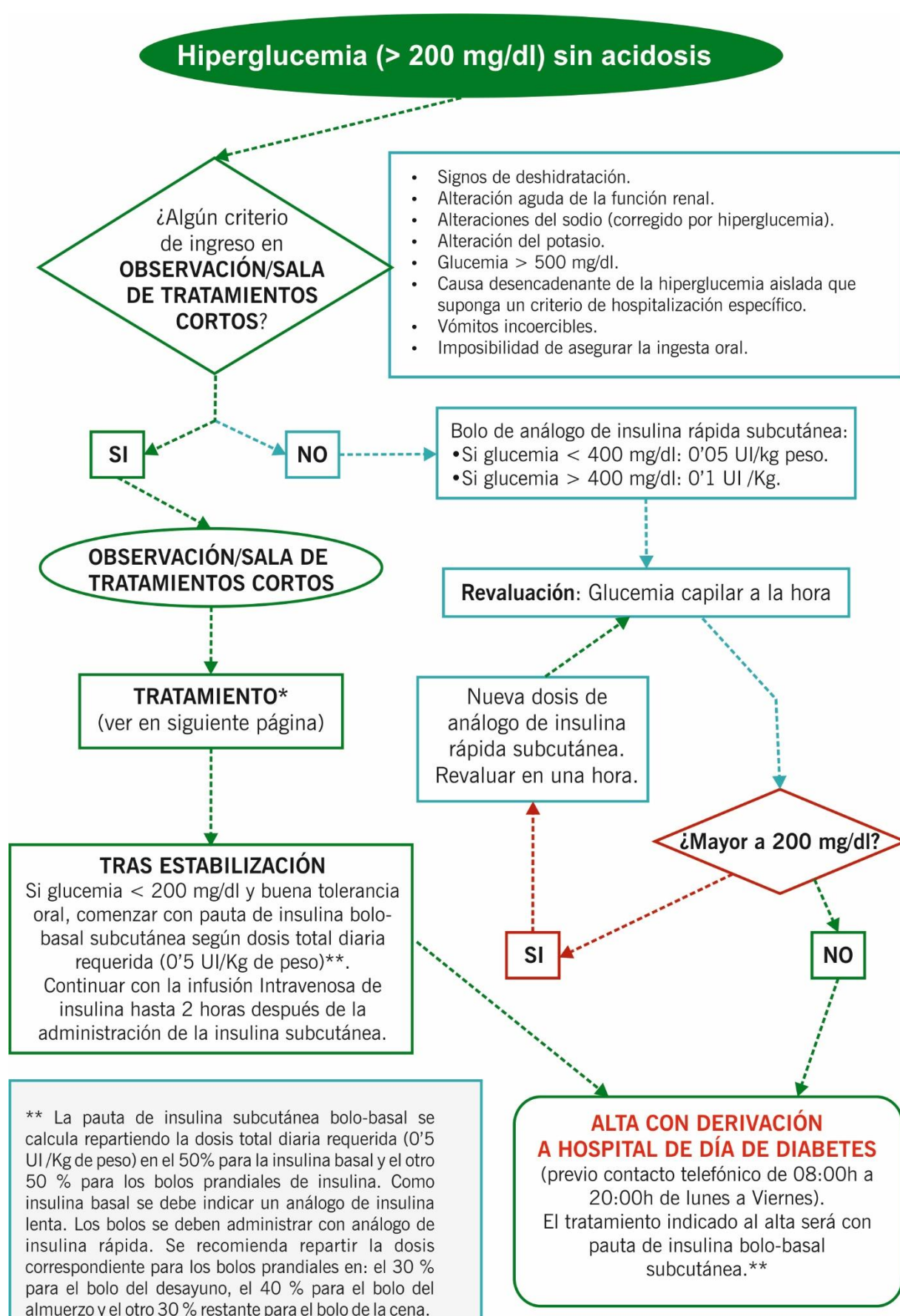
801 - DEBUT DIABÉTICO

*Torres Degayon, Silvia
Gros Herguido, Noelia
Pablos Pizarro, Teresa*

DEFINICIÓN	SIGNOS Y SÍNTOMAS	DIAGNÓSTICO
Glucemia al azar ≥ 200 mg/dl con clínica cardinal (poliuria, polidipsia, polifagia, pérdida de peso). No precisa confirmación con otra analítica. Es la forma de debut diabético más frecuente en el área de urgencias ¹ .	Hay tres formas frecuentes de presentación clínica: <ul style="list-style-type: none"> • La hiperglucemia aislada (que abordaremos en este capítulo). • La cetoacidosis diabética (Ver capítulo de descompensación diabética) • El estado hiperglucémico hiperosmolar. (Ver capítulo de descompensación diabética) 	<ul style="list-style-type: none"> • Analítica sanguínea: Bioquímica (glucosa, creatinina, urea, sodio y potasio) y hemograma. • Elemental de Orina: valorar presencia de cuerpos cetónicos. • Gasometría Venosa: ph, HCO₃, CO₂, ácido láctico, anión GAP.

¹ Se considera también debut diabético a la presencia de alguno de los siguientes criterios diagnósticos ("a", "b" o "c"), confirmados:

- Glucosa plasmática en ayunas (de más de 8h) ≥ 126 mg/dl.
- Glucosa plasmática a las 2 horas de una sobrecarga oral de glucosa con 75g ≥ 200 mg/dl.
- HbA1c $\geq 6.5\%$





TRATAMIENTO* EN OBSERVACIÓN/SALA DE TRATAMIENTOS CORTOS

SUEROTERAPIA

Suero Fisiológico 0,9%: 500-1000 ml en la 1ª hora (cuidado si ICC). Después valorar según el estado de hidratación y electrolitos. En función del Sodio Sérico corregido:

- Sodio Elevado o Normal: Suero Hiposalino 0,45%, 250 - 500 ml/hora.
- Sodio bajo: Suero Fisiológico 0,9%, 250 - 500 ml/hora.

Cuando la glucemia alcance 200 mg/dl, usar Suero Glucosado al 5% (administrar en Y con el SSF o S.Hiposalino).

INSULINOTERAPIA: Insulina Regular.

- 0,1 UI/kg de peso en bolo intravenoso.
- Seguir con una perfusión intravenosa: 0,1 UI/kg/hora (aprox. 6-8 UI/h).

Si en la primera hora la caída de la glucemia es menor al 10% (caída menor de 50 - 70 mg), aumentar la velocidad de infusión de 2 en 2.

Reducir la dosis de insulina a la mitad de lo previo (0,05UI/kg/hora) cuando la glucosa alcance los 200 mg/dl.

AJUSTES DEL POTASIO:

- **K+ < 3,3 mEq/l:** Contener en lo posible la administración de insulina y administrar 20 - 30 mEq de ClK/hora hasta que K+ > 3,3 mEq/l.
- **K+ entre 3,3 y 5,3 mEq/l:** Administrar 20 - 30 mEq de ClK por cada litro de líquido administrado, manteniendo K+ entre 4 - 5 mEq/l.
- **K+ > 5,3 mEq/l:** No administrar y controlar cada 2 horas.
- Comprobar que la función renal es adecuada (diuresis: 50 ml/h).

* Valorar Na y K, BUN, pH venoso, creatinina y glucosa al menos **cada 4 horas** hasta su estabilización.



BIBLIOGRAFÍA

1. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes. Diabetes Care. 2023; 46(Suppl1):S19-40,S267-78.
2. Pinés Corrales PJ, Bellido Castañeda V, Ampudia-Blasco FJ. Update on postprandial hyperglycaemia: the pathophysiology, prevalence, consequences and implications of treating diabetes. Rev Clin Esp (Barc). 2020 Jan-Feb;220(1):57-68.
3. Cuervo Pinto R, et al. Documento de consenso sobre el manejo al alta desde urgencias del paciente diabético. Emergencias. 2017;29:343-351.
4. Muneer M, Akbar I. Acute Metabolic Emergencies in Diabetes: DKA, HHS and EDKA. Adv Exp Med Biol. 2021;1307:85-114..
5. Álvarez-Rodríguez E, et al. Frecuencia y manejo de diabetes mellitus y de hiperglucemia en urgencias: Estudio GLUCE-URG. Endocrinol Diabetes Nutr. 2017; 64 (2): 67-74.
6. Sanz-Almazán M, Montero-Carretero T, Sánchez-Ramón S, Jorge-Bravo MT, Crespo-Soto C. Acute diabetic complications attended in a hospital emergency department: a descriptive analysis]. Emergencias. 2017 Jul; 29(4):245-248.
7. Pérez-Pérez A, Gómez-Huelgas R, Alvarez-Guisasola F, et al. Documento de consenso sobre el tratamiento al alta hospitalaria del paciente con hiperglucemia. Med Clin (Barc). 2012; 138:666.e1-e10.