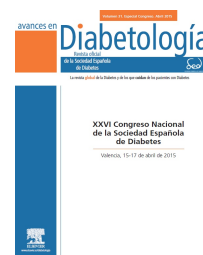




Avances en Diabetología



P-100. - TRANSICIÓN DEL TRATAMIENTO CON INSULINA ENDOVENOSA A INSULINA SUBCUTÁNEA EN PACIENTES CRÍTICOS CON NUTRICIÓN ENTERAL CONTINUA O NUTRICIÓN PARENTERAL

A.E. Ramos, L. Zapata, P. Vera, M.F. Rabasa, L. Mendoza, I. Miñambres y A. Pérez Pérez

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Resumen

Introducción: En la unidad de cuidados intensivos (UCI) la insulina se administrada en infusión continua endovenosa (EV), transfiriéndose a subcutánea (SC) cuando el paciente se encuentra en situación estable. En los pacientes que reciben nutrición enteral (NE) continua o nutrición parenteral (NP), en nuestro centro utilizamos la pauta basal + correctora.

Objetivos: Evaluar la transición del tratamiento con insulina EV a SC con insulina basal (Glargina) + insulina correctora (Lispro) en pacientes ingresados en UCI que recibían NE o NP.

Material y métodos: Evaluamos un total de 120 pacientes ingresados en la UCI durante 6 meses y tratados con insulina EV. La transición del tratamiento con insulina EV a insulina SC se realizó en todos los pacientes (n = 74) que requirieron > 1 UI/hora de insulina EV y clínicamente estables. Se incluyeron en el estudio los pacientes que recibieron NE (n = 27) o NP (n = 14) tratados con insulina basal + correctora. La dosis de insulina SC se calculó en base a los requerimientos de las últimas 12 horas de la insulina IV y se administró el 50% en forma de insulina glargina y la corrección con insulina Lispro se administró cada 6 horas si la glucemia era > 140 mg/dl. Las variables continuas se presentan como media ± desviación estándar (DE). Las comparaciones entre ambas estrategias se llevaron a cabo mediante el test t de Student para muestras independientes o el test de Fisher o χ^2 (variables categóricas).

Resultados: No había diferencias entre los pacientes con NE y NP en cuanto a la distribución por sexo, edad media y la proporción con diabetes previa (22,2% vs 28,6%). La glucemia media antes de la transición fue similar en los pacientes con NE y NP (113 ± 2 frente a 112 ± 22 mg/dl). La dosis media de insulina EV las 12 horas previas a la transición fue de 2 UI/hora en el grupo de NE y 3,8UI/hora en el grupo de NP y la dosis inicial de insulina Glargina fue mayor en el grupo de NP. (24 ± 12 frente a 33 ± 25 UI, p < 0,05) La media de glucemia durante el tratamiento con insulina SC (136 ± 35 frente a 147 ± 37 mg/dl) y el porcentaje de glucemias > 140 mg/dl (30,2% frente a 39,1%) no difirió entre ambos grupos. En el grupo de NP la dosis de Glargina se incrementó un 40% durante los primeros 10 días de la transición, mientras que no se observaron cambios en el grupo NE. Hubo dos episodios de hipoglucemia grave (< 40mg/dl) en el grupo de NE.

Conclusiones: El tratamiento con insulina SC en pauta basal + corrección es efectiva y segura en

los pacientes de UCI estables que reciben NE o NP. La dosis inicial estimada extrapolada de las últimas 12 horas de la insulina EV es insuficiente en los pacientes que reciben NP.