

PAUTAS DE CONTROL Y TRATAMIENTO DE LA DIABETES EN EL POST-PARTO INMEDIATO

PROTOCOLO DE INSULINIZACIÓN POST-PARTO

1. INDICACIONES

1. Diabetes Pregestacional (tipo 1 o tipo 2) o diabetes descubierta en el embarazo.
2. Diabetes Gestacional en tratamiento con insulina.

Mientras la mujer permanezca en ayunas, mantener la administración IV de suero glucosado e insulina según los controles de glucemia capilar.

2. INICIO DE LA INSULINA IV

Paciente con alguna indicación establecida y glucemia > 140 mg/dl.

INICIAR POR PAUTA 1:

En la mayoría de las pacientes.

INICIAR POR PAUTA 2:

1. Pacientes no controladas con la Pauta 1.
2. En tratamiento con corticoides.
3. Requerimientos altos de insulina en el tercer trimestre (≥ 1 UI/kg/día).

3. PREPARACIÓN

PROTOCOLO DE INSULINA IV EN DOS LÍNEAS SEPARADAS (en Y):

LÍNEA 1: LÍQUIDOS

Suero Glucosado 5%
a 120 ml/hora
(o S. Glucosado 10% a 60 ml/h)

Permite regular el aporte de volumen y/o nutricional.

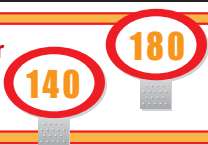
LÍNEA 2: INSULINA

100 ml de Suero Fisiológico 0,9% +
100 UI de insulina regular humana
(Actrapid® o Humulina Regular®)
(Concentración: 1 UI insulina/ml)
o
500 ml de Suero Fisiológico 0,9% +
50 UI de insulina regular humana
(Actrapid® o Humulina Regular®)
(Concentración: 0.1 UI insulina/ml)

Permite ajustar la perfusión de insulina según los niveles de glucemia.

4. OBJETIVOS DE GLUCEMIA

- Los niveles de glucemia se han de mover en un rango entre 140 y 180 mg/dl.
- Evitar la cetosis.



5. MONITORIZACIÓN DE GLUCEMIA CAPILAR / CETOSIS

- Si < 70, monitorizar la glucemia cada 15 minutos
- Si > 200, monitorizar la glucemia cada 30 minutos.
- Medir cuerpos cetónicos en cada micción o cada 4 horas.

8. TRATAMIENTO EN CASO DE HIPOGLUCEMIA (Glucemia < 70 mg/dl)

1. PARAR la infusión de Insulina y ADMINISTRAR Glucosa IV:

PACIENTE CONSCIENTE: 10 g glucosa en forma de:

- 30 ml Glucosa al 33% o
- 20 ml Glucosa al 50%.

PACIENTE INCONSCIENTE: 20 g glucosa en forma de:

- 60 ml Glucosa al 33% o
- 40 ml Glucosa al 50%.

2. MEDIR la Glucemia Capilar cada 15 min y repetir la administración de 30 ml de Glucosa al 33% si la glucemia permanece < 70 mg/dl.

3. REINSTAURAR la perfusión de Insulina si la Glucemia es ≥ 140 mg/dl, en dos determinaciones (separadas por un intervalo de 20 min), empleando la Pauta 1.

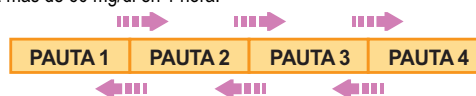
6. PAUTAS DE INSULINA IV

GLUCEMIA (mg/dl)	INSULINA (UI/hora)			
	PAUTA 1	PAUTA 2	PAUTA 3	PAUTA 4
< 70	PROTOCOLO DE HIPOGLUCEMIA (repetir la glucemia a los 15 minutos)			
70 - 139	0 (parar perfusión)			
140 - 179	1	1	2	2
180 - 209	1	2	3	4
210 - 239	2	4	6	8
240 - 269	3	5	7	10
270 - 299	3	6	8	14
300 - 329	4	7	10	18
330 - 359	4	8	12	20
≥ 360	6	10	14	24

7. CAMBIO DE PAUTA INSULÍNICA IV

A LA SUPERIOR:

- Si la glucemia es > a 180 mg/dl por más de 2 horas consecutivas o
- Cuando no baja más de 60 mg/dl en 1 hora.



A LA INFERIOR:

- Si la glucemia es \leq a 140 mg/dl por más de 2 horas consecutivas.

¿CUÁNDO AVISAR AL MÉDICO?

- Ante cualquier cambio (\uparrow o \downarrow) de glucemia plasmática mayor de 100 mg/dl en el plazo de una hora.
- Cuando la glucemia es ≥ 360 mg/dl.
- Cuando los cuerpos cetónicos son > 1 mmol/l en tres lecturas consecutivas.
- Ante situaciones de hipoglucemia que no se resuelvan aplicando el protocolo anterior.

9. APOORTE DE S. GLUCOSADO (según C. Cetónicos)

Con Cuerpos Cetónicos > 1 mmol/l (coincidiendo siempre con glucemias normales y siempre < 126 mg/dl):

- Aumentar perfusión de S. Glucosado al 5% en 50 ml/h, hasta llegar a una perfusión máxima de 190 ml/h, o
- Aumentar perfusión de S. Glucosado al 10% en 25 ml/h, hasta llegar a una perfusión máxima de 95 ml/h.

10. TRANSICIÓN A INSULINA SUBCUTÁNEA POST-PARTO

- En el puerperio inmediato, mientras la paciente siga en ayunas, mantener el tratamiento intraparto. Después, suspender insulina IV, administrar la pauta subcutánea previa al parto y hacer controles glucémicos iniciales para confirmar la situación metabólica en el post-parto inmediato.
- En diabetes Pregestacional avisar a Endocrinología para reajuste del tratamiento.

Los requerimientos de insulina descienden en el post-parto inmediato. Habitualmente, es preciso reducir la dosis de insulina lenta a la mitad y la de insulina rápida a 1/3 de la que venía siendo empleada al final del tercer trimestre, manteniendo también en este periodo una estrecha monitorización del control glucémico.



Pautas de control y tratamiento de la diabetes en la mujer gestante hospitalizada

