

ASOCIACION GREMIAL CRITICALL UCI GROUP
ACTA GUIA #6
Bogotá Julio 15 de 2023

Documento de consenso Guía #6 metodología Agree II
Recomendaciones para Control de Glucosa en Paciente Critico

Equipo Revisor:

Doctor: Mario Gómez Duque - Jefe del programa de postgrado en Medicina Crítica y Cuidados Intensivos. Director General UCI Hospital de San Jose, Hospital Infantil de San Jose, Coordinador UCI clínica PALERMO, Coordinador UCI clínica CAFAM

Doctor: César O. Enciso Olivera – Coordinador UCI Hospital Infantil de San Jose

Doctor: Mario A. Villabón Gonzalez – Coordinador UCI Clínica Azul

Doctor: Edgar Beltrán Linares- Coordinador UCI Hospital San Jose Centro

Doctor: Ronald Medina Lombo – Coordinador UCI Clínica CAFAM

Doctor: Daniel L. Molano Franco - Coordinador UCI Clínica CAFAM

Doctor: Edward Blanco – Medico UCI Hospital de San Jose

Doctor: Carlos E. Rojas Murcia - Medico UCI Hospital Infantil de San Jose

Doctor: Silvio A. Vidal Bonilla – Medico UCI Hospital Infantil de San Jose

Doctora: Angela M Sosa - Medico UCI Hospital Infantil de San Jose

Doctor: Luis Escovar Barreto - Medico UCI Hospital de San Jose

Doctora: Maria Margarita Tovar Franco - Medico UCI Hospital Infantil de San Jose

Doctora: Nancy Carolina Páez Ramirez – Medico General clínica Palermo -
Residente

Acta adaptación de guía de práctica clínica para el control de glucosa en paciente crítico

Adaptadas de la Guía de recomendaciones para el manejo de la hiperglucemia en pacientes hospitalizados- Federación Argentina de Sociedades de Endocrinología 2016

Se recomienda evaluar la condición clínica y factores de riesgo de todos los pacientes que ingresen a la unidad de cuidados intensivos y clasificar el estado en 1 de los siguientes grupos

- a) Pacientes con diabetes conocida
- b) Pacientes con diabetes no conocida
- c) Hiperglucemia de estrés

Se recomienda el uso de hemoglobina glicosilada como paraclínico para determinar el estado de control glucémico en el paciente diabético conocido. En pacientes no diabéticos con factores de riesgo se recomienda la solicitud de la prueba.

En los pacientes que presentan glucemias > 140 mg/ dl y HbA_{1c} < 6.5 % se clasificará el estado como hiperglicemia relacionada con estrés.

2. ¿A partir de qué valor de glucemia se considera iniciar insulina en paciente crítico?

Como grupo estamos en desacuerdo en el control intensivo de la glucemia.

En el paciente crítico no diabético, la glucemia como valor aislado no es criterio de diagnóstico de una enfermedad y se puede considerar como una condición de respuesta metabólica normal al estrés.

El manejo de los pacientes con diabetes mellitus se orientará por las guías correspondientes a la morbilidad y no se encuentran orientados por las presentes guías.

3. En pacientes que han sido llevados a cirugía cardiovascular, quienes corresponden a la frecuencia más alta dentro de los estudios del Hospital de Leuven, se define un control de glucemias entre 110 y 140 mg/ dl con la recomendación de un control estricto para evitar la hipoglicemia .

4. ¿Cómo realizar el monitoreo glucémico en pacientes críticos?

Se propone realizar control de la glucemia por medio de un catéter arterial, si no se encuentra disponible, se recomienda la toma de muestras por un catéter venoso central o la punción periférica. No recomendamos en pacientes de cuidados intensivos el uso de la glucometría por la alta probabilidad de sesgo relacionado con hipoperfusión.

Se recomienda que las glucometrías se restrinjan a los siguientes casos:

- Ante la necesidad de corrección aguda
- Descarte de una hipoglucemia sintomática
- Retraso en el reporte por parte del laboratorio que dificulta el ajuste.

- El control de la glucosa en niños se encuentra fuera de las recomendaciones de la guía y deben estar orientadas por las guías propias de la población infantil.

5. ¿Cuáles son las recomendaciones para prevenir las hipoglucemias en pacientes hospitalizados?

Se recomienda identificar a los pacientes con riesgo de hipoglucemia, especialmente: Pacientes con dificultad para alimentarse, Pacientes con deterioro de la conciencia, insuficiencia renal o hepática, súbita suspensión de glucocorticoides, suspensión de nutrición y pacientes con tratamiento con fármacos hipoglucemiantes sin previo ajuste de sus dosis.

Cómo grupo consideramos que mantener un control estricto de glucemia en pacientes no diabéticos no es una prioridad, en ese sentido se le hará solo hemoglobina glicada a la llegada aquellos pacientes con factores de riesgo o que durante la hospitalización permanezcan con hiperglucemias sostenidas luego de haber controlado los factores desencadenantes de estrés.

¿Cada cuánto se debe monitorizar la glucemia en paciente crítico?

Inicialmente en la primera hora de los pacientes críticos que tengan una infusión de insulina y hasta que se estabilice cada hora se deberá monitorizar la glucemia central. La variabilidad de la glucemia es un punto importante para la mortalidad de estos pacientes por lo cual se deberá evitar cambios bruscos en las glicemias de pacientes críticos.

Como grupo consideramos que el control de las glucemias en paciente críticos con infusión de insulina debe ser cada 2 a 4 horas.

Recuerde que siempre que se suspenda la nutrición se debe suspender la insulina hasta que no se verifique que no haya descensos de valores de glucemia

No hubo consenso en una cifra específica definida para iniciar terapias de insulina por encima de 180 mg/dl. Existe la posibilidad que las infusiones de insulina deban iniciarse > 250 mg/ dl. Se aclara que el manejo de insulina en paciente crítico siempre debe ser intravenoso

De acuerdo a la evidencia un valor entre 180-250 mg / dl de glucemia central y según criterio del clínico de acuerdo a factores de riesgo y evolución del paciente durante la hospitalización se iniciara infusión de insulina .