

Situacions especials



Marta Serra

Dona de 78 anys amb antecedents de DM2 de 14 anys evolució amb HbA1c de 8% en tractament amb empagliflozina i metformina. Altres diagnòstics: Obesitat, HTA, DL i Asma moderat en tractament amb 3 inhaladors (beclometasona, salmeterol i glucopirroni) i 3-4 exacerbacions anuals que habitualment precisen corticoids orals

1^a visita: Acut a consulta per quadre de bronquitis amb exacerbació q precisa tractament amb AB, corticoids orals en pauta llarga de 12 dies i intensificació inhaladors.

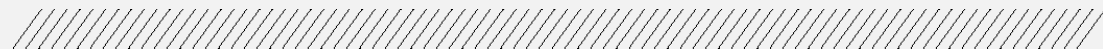
Citem a control i aconsellem augmentar autoanàlisis

2^a visita: millora del quadre respiratori però pitjor perfil glucèmic

Basal 150/post 170 ,predinar 230/post 320, presopar 350/post 365

Amb poliúria i tira d'orina amb glucosúria i sense cetos

Que fem?



- **Escassa evidència** en l'estratègia de tractament!
- En pacients hospitalitzats tractats amb corticoids:
 - Exacerbació hiperglucèmia secundària 97-100%
 - DM induïda 53-82% Diab Obes Metab 2018,20:1306-131
- A més dosi i més temps, més risc d'hiperglucèmia
- Avantatges del control:
 - Menys símptomes: polidipsia, poliúria, pèrdua de pes
 - Menys risc de cetoacidosi, hiperosmolar...
 - Menys risc d'infeccions

Mecanisme hiperglucèmia:

Augment resistència a la insulina:

- Reduint la captació de glucosa en teixit muscular i greix
- Augmentant la neoglucoègesi hepàtica
- Reduint la secreció d'insulina per les cèl·lules beta pàncrees

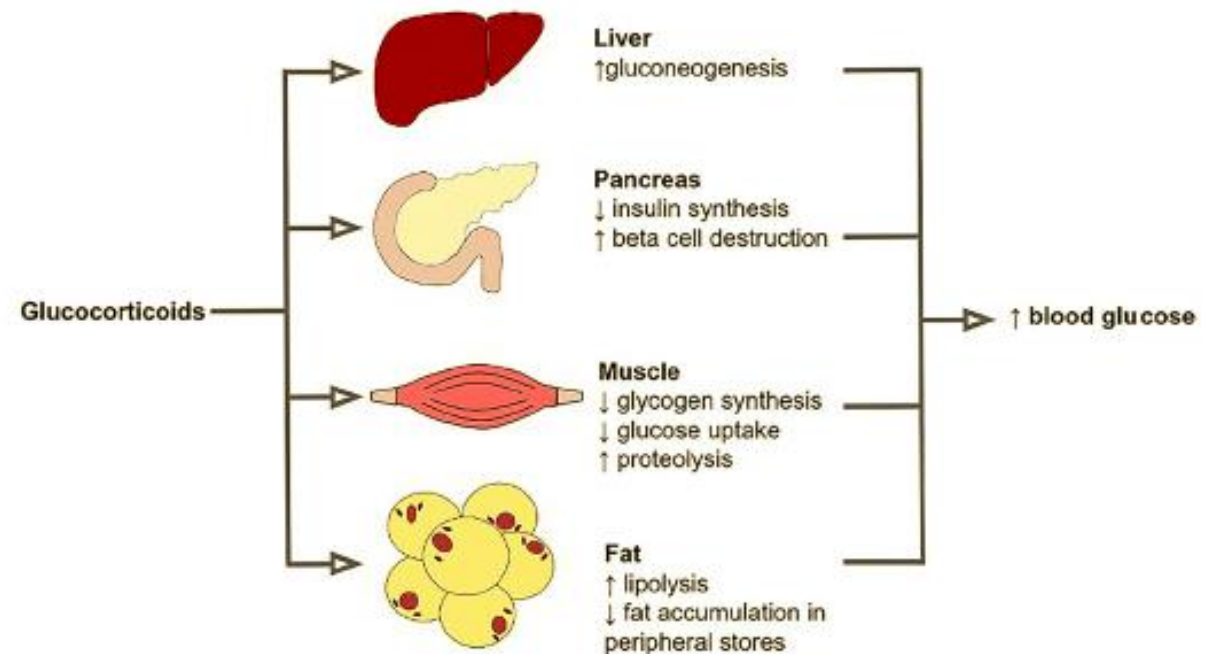


Fig. 2 Mechanism of the effect of glucocorticoids on glycaemic control (original diagram adapted from Refs. 5, 7)

Definició hiperglucèmia induïda x corticoids (OMS/ADA):

- glucèmia postprandial o en qualsevol moment del dia >200 mgr/dl

Factors de risc :

- Dosi: prednisona ≥ 20 mg
 hidrocortisona ≥ 50 mg
 dexametasona ≥ 4 mg
- Temps de tractament
- DM previa
- F risc DM2: obesitat, AF DM2, DM gestacional, SOP, prediabetes

6 Tipus de corticoids:

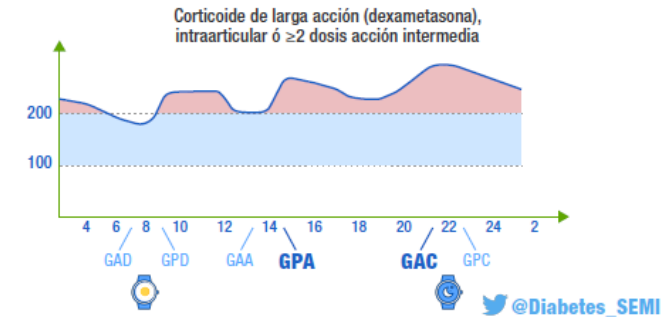
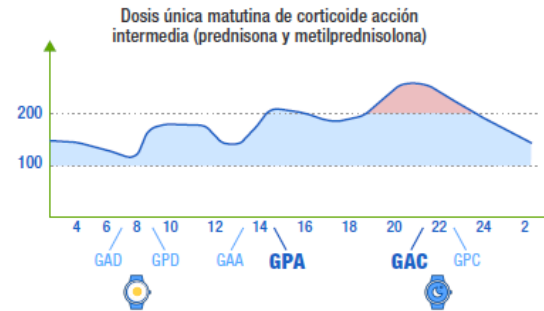
1- de vida mitja: prednisona, prednisolona i deflazacort:

pic acció 4-8h

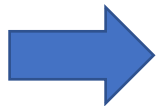
vida mitja 12-16h

2- de vida llarga: dexametasona

vida mitja 20h

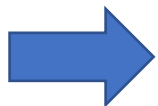


Dm2 previa ben controlada o no Dm2



Patró hiperglucèmia postprandial i basal sense canvis

Dm2 previa mal controlada



Hiperglucèmia pre i postprandial sense patró

- No insulina previa:

1 dosi vida mitja corticoid matí	dosi única matinal NPH/NPL abans esmorçar mantenint FsOs
2 dosis vida mitja corticoid o 1 dosi vida llarga	2 dosi NPH 2/3-0-1/3 o glargina

- Insulina previa:

Augmentar un 20% la dosi d'insulina cada 2-3 dies o
fer el càlcul de la dosi que necessita segons dosi de corticoid i afegir a la total

Iniciem cortis, mantenim FsOs, controls de glucèmia basals i/o preprandials

- < 200 intentem controlar-ho afegint un tercer fàrmac oral (idpp4?)/no fe res si la pauta es molt curta
- >200 insulinitzem:

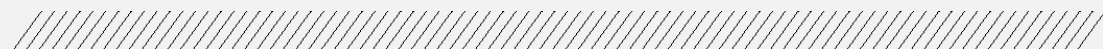
CALCULO DOSIS INSULINA

Dosis prednisona / metilprednisolona (mg/d)	Dosis insulina NPH/NPL (UI/Kg)	Dosis dexametasona (mg/d)	Dosis glargina/detemir (UI/Kg)
>40	0,4	>8	0,4
30	0,3	6	0,3
20	0,2	4	0,2
10	0,1	2	0,1

Insulina prandial:
0.05-0.1 UI/Kg

 @Diabetes_SEMI

- Pes 78 kg, dosi 30 mg prednisona
- $0,3 \times 78 = 23,4$ u insulina NPH (pic 4-6h, duració 12-15h)
- Mantenim fs os

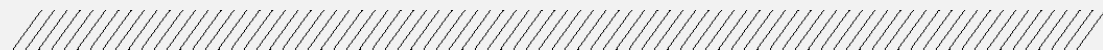


Canvi de dosi

segons glu basal i presopar/2h postprandial i esperant 2-3 dies abans de cada canvi

Glucèmia basal	Glucèmia presopar	Dosi insulina (u)	Dosi corticoid (mg)	Días de corticoid
189	346	24	30	3
176	301	26	20	4-6
170	290	28	20	
157	271	30	15	7-9
148	250	32	15	
136	199	34	10	10-12
140	192	34	10	

familiar i comunitària



Objectius de control:

Basals <130 i postprandials <180

En pacients fràgils, ingressats a residències i final de vida els objectius son més laxes (basals <150 mg/dl i postprandials < 270 mg/dl)

Com reduïm:

Proporcional a la dosi de corticoid:

per cada reducció de 5 mg prednisona, reduïm 20-25% dosi insulina i quan arribem a 10u podem retirar (si el pacient està en objectiu glucèmic)