



CAMFiC

societat catalana de medicina
familiar i comunitària

VIATGES I DM



ABANS DEL VIATGE

- PREPARAR EL VIATGE. NO IMPROVISAR
- NO HI HA VIATGES “CURTS”
- OBJECTIU : EVITAR GRANS VARIACIONS EN LA GLUCÈMIA (DESCOMPENSACIONS), SOBRETOT HIPOGLUCÈMIA



QUÈ CAL PORTAR

- **Medicació habitual**
- Insulina si és el cas
- **Glucagó** (GlucaGen® Hypokit).
- **Mesurador de glucosa, tires, punxadors amb agulles i piles de recanvi**
- **Tires reactives** per a mesurar acetona en sang o en orina.
- **Sensors en cas** de que estiguin utilitzant monitorització continua de glucosa
- **Aliments que contenguin hidrats de carboni d'absorció ràpida** (sucs, gominols, glucosa en comprimits, líquida o gels, begudes ensucrades) i lenta (galetes, barretes).
- **Aigua i/o begudes isotòniques.**

QUÈ CAL PORTAR

- **Informe mèdic** (traduït a l'anglès si procedeix) i **tarjeta d'identificació** amb les dades mèdiques complertes (tipus de diabetis, altres malalties, al·lèrgies, tractament, dades de contacte per a localitzar familiars, amics, metges, hospitals). Justifica portar alguns materials “prohibits” (agulles, líquids).
- **Targeta Sanitària Europea i/o còpia de la pòlissa de l'assegurança del viatge.**
- **Material per a fer petites cures** (benes, tiretes, antisèptic, esparadrap), per a curar eventuais talls, ferides o roçadures als peus.

CONSERVACIÓ DELS MEDICAMENTS

- Prospectes: tots els medicaments tenen normes de conservació
- Ambient fresc i sec, no temperatures extremes.
- No exposar a fonts de calor ni a risc de congelació. Evitar agitació
- Plomes insulina noves: 2-8 graus: Recipient tèrmic (informe mèdic: a la cabina, NO BODEGA!!)
- Vials/plomes en ús: 15-30 graus
- GLP1 similar (consultar prospectes!)
- Glucagó 2-8 graus

CONDUCTORS AMB DIABETIS

- Portar sucre en lloc accessible (butxaca)
- Mesurar nivells de glucèmia abans d'iniciar el viatge. Si 70-90: Ingesta HC fruita/iogurt + lent
- Para cada dues hores (caminar + mesura de glucèmia)
- En bicicleta: parades més freqüents

EN TREN O AUTOCAR...

- Aixecar-se a caminar quan es pugui (evitar immobilitat prolongada)

VIATJAR EN VAIXELL

- Prevenir els vòmits per eventual mareig cinètic (podrien portar a una hipoglucèmia)
- Millor vaixells grans i cabines a zones centrals
- Vaixells > 100 passatgers: Tenen metge + infermer.

VIATJAR EN AVIÓ

- Portar provisions i hidratació (eventuals retards)
- Material en bossa de mà amb informe mèdic



Medicamentos y utensilios médicos

Se puede llevar:

- Medicamentos líquidos que deban ser usados durante el viaje (vuelo de ida/vuelta y estancia), están exentos de las restricciones del transporte de líquidos en el equipaje de mano.
- Medicamentos sólidos.

¿Cómo los tengo que llevar?

Se recomienda llevar receta o prescripción médica correspondiente. Deberá llevar justificante médico si tiene que llevar objetos tales como jeringuillas u otros incluidos dentro de alguna de las categorías prohibidas en el equipaje de mano.

Debes hablar con tu compañía aérea si vas a viajar a un país fuera de la Unión Europea y, si es así, consultar las condiciones de entrada de medicamentos o si necesitas transportar otros utensilios médicos (jeringuillas para diabéticos, aparatos medidores, etc).

2. Viajar con diabetes

Preparar el viaje

Lo primero:

- Visitar a su equipo sanitario médico-enfermero antes del viaje.

Tener en cuenta:

- Medio de transporte: coche, moto, bicicleta, tren, barco, avión.
- Sitio al que se viaja: campo, ciudad, zonas con riesgos de enfermedades, playa, montaña, etc.
- Atención sanitaria: acceso a medicinas, hospitales, centros de urgencias.
- Previsión de enfermedades: vacunas, quimioprofilaxis, productos antisolares, cuidado de la piel y de los pies, prevención y tratamiento de la diarrea del viajero.



Informe médico

- Alergias e intolerancias alimentarias.
- Todas las enfermedades que padece (no sólo la diabetes).
- Tratamiento (medicamentos, instrumentos de medición de la glucemia y/o infusor continuo de insulina, agujas, lancetas), líquidos azucarados y bebidas isotónicas.
- Datos de contacto de familiares y del médico que le trata.
- **Incluir traducción al inglés o a la lengua del país al que se viaje.**



Botiquín de viaje

- Medicación habitual, incluyendo prospectos.
- Si utiliza infusor continuo de insulina, llevar plumas de insulina basal y de acción rápida por si el infusor llegara a fallar.
- Glucagón (GlucaGen® Hypokit).
- Medidor de glucosa, tiras, lancetas y baterías de repuesto.
- Tiras reactivas para medir acetona en sangre o en orina.
- Sensores, en caso de utilizar monitorización continua de la glucosa.



- Alimentos que contengan hidratos de carbono de absorción rápida (zumos, gominolas, glucosa en comprimidos, líquida o geles, bebidas azucaradas) y lenta (galletas, barritas).
- Agua y/o bebidas isotónicas.
- Tarjeta Sanitaria Europea y/o copia de la póliza del seguro de viaje.
- Material para realizar pequeñas curas (vendas, tiritas, antiséptico, esparadrapo), sobre todo ante la eventualidad de cortes, heridas o rozaduras en los pies.
- Llevar siempre las medicinas y dispositivos de control consigo. Nunca dejar que las medicinas viajen en la bodega de un avión. Respetar los límites de temperatura para conservar los medicamentos.
- Hoja con el siguiente texto:



Tengo diabetes.
Por favor llame
a un médico

Por favor,
necesito un
zumo de frutas



I have diabetes.
Please call a
doctor

Please, I need
sugar or fruit
juice



J'ai le diabète.
S'il vous plaît
appelez un
médecin

S'il vous plaît,
j'ai besoin de
sucre ou de jus
de fruits



Ich habe
Diabetes.
Bitte rufen Sie
einen Arzt

Bitte, ich
brauche Zucker
oder Fruchtsaft

Diabetis i Embaràs: Recomanacions



Classificació de la Diabetis en l'Embaràs



Diabetis Mellitus Pre gestacional (DMPG)

Es tota diabetis **diagnosticada abans de l'embaràs** (diabetis mellitus tipus 1, tipus 2 i altres tipus específics de diabetis).

Diabetis Gestacional (DMG)

És aquella que es diagnostica **per primer cop durant l'embaràs**. Si en la primera consulta prenatal la gestant presenta criteris diagnòstics de diabetis, es considerarà diabetis franca o manifesta.

Diabetis Franca o Manifesta

Segons la IADPSG, ADA, OMS y GEDE, si en la primera consulta prenatal la gestant presenta criteris diagnòstics de diabetis, no és necessari realitzar cribratge de DMG.

Aconsellament Preconcepcional



Intervenció precoç

El consell preconcepcional s'hauria d'incorporar en el seguiment de la DM en totes les dones en edat fèrtil,



Objectius glucèmics

Una HbA1c < 6.5% (sense hipoglucèmies), redueix els riscos d'anomalies congènites, preeclàmpsia, i altres complicacions.



Mètodes contraceptius

S'hauria d'assegurar una contracepció efectiva mentre s'optimitza la HbA1c prèviament a l'embaràs, considerant opcions reversibles a llarg termini.



Antecedents de Diabetis Gestacional

Les dones amb DM gestacional haurien de buscar aconsellament i control pregestacional per identificar la hiperglucèmia el més precoçment possible.

Diabetis Pregestacional: Preparació i Planificació

L'embaràs de la dona amb Diabetis Mellitus Prgestacional (DMPG) **ha de ser sempre planificat.**

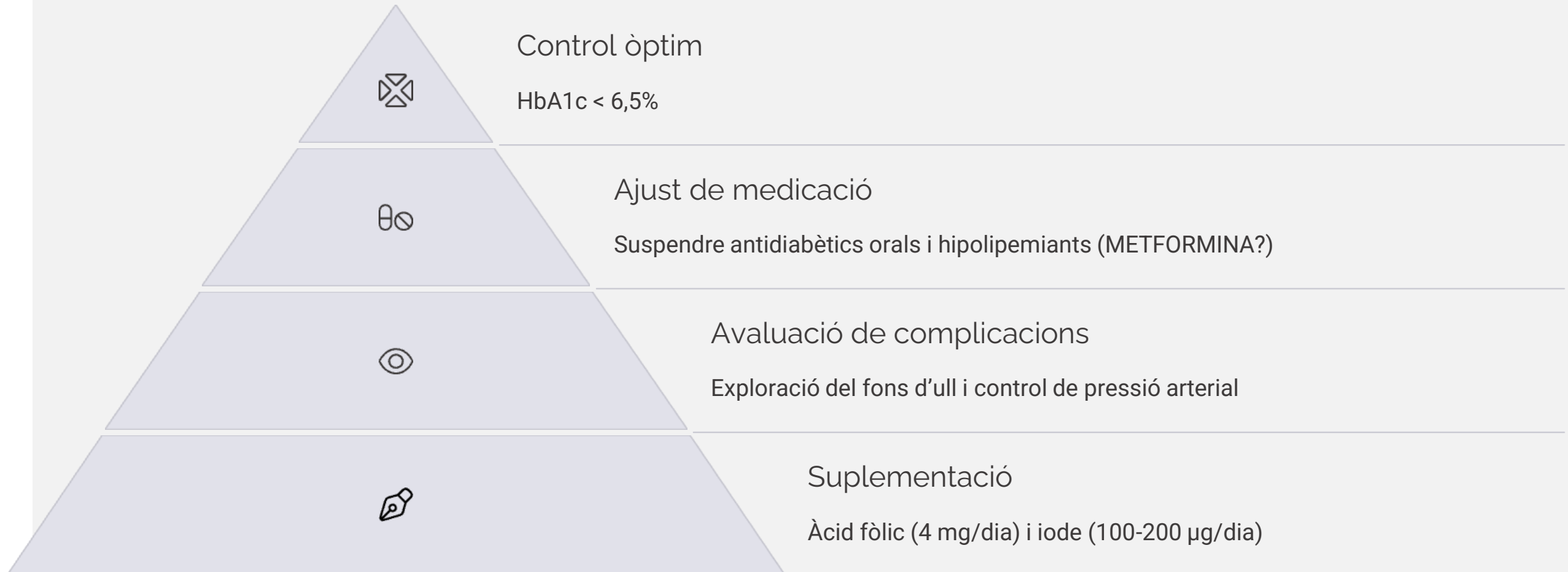


Situacions d'alt risc que desaconsellen la gestació:

- HbA1c > 7%
- Nefropatia greu
- Hipertensió arterial de difícil control
- Cardiopatia isquèmica
- Retinopatia proliferativa greu
- Neuropatia autonòmica greu



Diabetis Pre gestacional: Preparació i Planificació





Seguiment de la Diabetis Pre gestacional

6,5%

HbA1c objectiu

Valor màxim recomanat durant la gestació

70-95

Glucèmia basal

Rang objectiu en mg/dl

90-120

Glucèmia 2h postprandial

Rang objectiu en mg/dl

L'objectiu de control de la DMPG Durant l'embaràs ha de ser òptim, evitant cetonúries i hipoglucèmies. Es recomana l'autocontrol de la glucèmia amb 3 controls pre prandials i 3 postprandials. El tractament d'elecció durant l'embaràs consisteix en canvis en l' estil de vida i insulina (METFORMINA?)

Cribratge i Diagnòstic de la Diabetis Gestacional



Primer trimestre

Només en **gestants d'alt risc** (edat ≥ 35 anys, obesitat, patologia obstètrica prèvia, antecedent personal de DMG, història familiar de DM en primer grau, certs grups ètnics).



Segon trimestre (setmana 24 a 28)

Cribratge universal a totes les gestants no diagnosticades prèviament mitjançant la prova d'O'Sullivan (SOG 50 g).



Tercer trimestre

Només en **gestants no diagnosticades** prèviament que presenten **complicacions** característiques de DMG (macrosomia o polihidramnios).



criteris diagnòstics de Diabetis Gestacional

Criteri	Mètode diagnòstic	Basal	1 hora	2 hores	3 hores	Diagnòstic
GEDE 2015 NDDG 1979	SOG 100 g	≥ 105 mg/dl	≥ 190 mg/dl	≥ 165 mg/dl	≥ 145 mg/dl	≥ 2 punts
CC 1982 ADA 2017	SOG 100 g	≥ 95 mg/dl	≥ 180 mg/dl	≥ 155 mg/dl	≥ 140 mg/dl	≥ 2 punts
IADPSG 2010 OMS 2013 ADA 2017	SOG 75 g	≥ 92 mg/dl	≥ 180 mg/dl	≥ 153 mg/dl	-	≥ 1 punt

El GEDE recomana establir el diagnòstic de DMG en dues etapes: primer realitzar el test de cribratge amb SOG de 50 g (sense dejuni previ) i, si el cribratge és positiu (**glucèmia ≥ 140 mg/dl 1 hora PP**), realitzar el test diagnòstic mitjançant SOG amb 100 g, amb els criteris del NDDG.

Dos o més valors per sobre dels reflectits a la taula es considera diagnòstic de DMG. Si només un valor està alterat, s'ha de repetir la SOG en tres setmanes.

Control i Seguiment de la Diabetis Gestacional

00

Canvis en l'estil de vida

Dieta normo calòrica (o hipocalòrica si obesitat) i exercici com a tractament de primera línia.

14

Tractament farmacològic

La insulina només serà necessària en aquelles dones que no aconseguen un control adequat mitjançant els canvis en l'estil de vida. **S'aconsella començar amb 0,1-0,2 UI/kg/dia amb insulina NPH.**



Automonitorització

3 controls pre prandials i 3 postprandials al dia, amb objectius de glucèmia basal < 95 mg/dl i postprandial a les 2 hores < 120 mg/dl.



Derivació a especialista

A Catalunya el seguiment de la Diabetis Gestacional es fa a l'Atenció Especialitzada.

Seguiment Postpart i Missatges Clau



Es fonamental fer el cribratge de DM en la primera visita prenatal en dones amb factors de risc i a totes les gestants en la setmana 24-28. Durant l'embaràs està contraindicat l'ús de IECA, ARA2 i statines. La insulina és el fàrmac d'elecció si fracassen les mesures higiènic-dietètiques.



DIABETES I RAMADÀ



Judit Llussà i Arboix
MFiC Sant Roc (Badalona)
Grup Gedap S

- Pacient de **44 anys** marroquí.
- Es vídua, viu amb 2 filles.
- Pensionista per ansietat-depressió.
- Es diabètica des dels 38 anys.
- Diagnosticada perquè va acudir a la consulta ja que volia aprimar-se (**IMC 35.9 kg/m²**) i en l'analítica glucèmia de 221 mg/dl HbA1c 8.6%.
- Actualment només en **tractaent amb metformina**
- No altres factors de risc CV.
- No complicacions diabètiques.



Vol celebrar el Ramadà

- Pacient de **34 anys** musulmà de Pakistan
 - Treballa de cambrer
 - És diabètic **des dels 21 anys**
 - Diagnosticat per simptomatologia típica i analítica. No tenim molt clar si és una **DM1**
 - Amb **insulina** des del diagnòstic.
- Actualment: Insulina degludec a dosis 40-0-0 + Apidra segons pauta (10-10-10)
- Autoanàlisis** de la glucèmia capil.lar
 - Hipertens:** Enalapril 20 mg 1-0-0 (PA 146/94)
 - No complicacions diabètiques

Vol celebrar el Ramadà



- Pacient de **64 anys** marroquí.
- Es vidu, viu sol.
- Es diabètic des dels 45 anys.
- Portador de pròtesi mitral mecànica.
- Pren anticoagulants orals.

- Tractament amb insulina levemir 42-0-24
- Última analítica HbA1c 8,6



Vol celebrar el Ramadà

Què els aconsellem?

ہم اپنی پوزیشن کیسے

رکھتے ہیں؟



Els 5 pilars de l'Islam

- ✓ Acte de confessió de fe (*Alà és l'únic Déu i Mahoma el seu profeta*).
- ✓ Cinc pregàries diàries.
- ✓ L' ofrena econòmica o caritat (*zakat*).
- ✓ **Dejú durant el mes del Ramadà.**
- ✓ Peregrinació a la Meca.



L'Alcorà; 2; 181-185

*“En el mes de Ramadà es va fer baixar
l'Alcorà : Qui de vosaltres vegi el creixent del
mes, que dejuni; **qui estigui malalt o de
viatge, farà dejuni un nombre igual de dies.**
Deu vol per a vosaltres allò fàcil i no us vol
allò difícil.”*



Ramadà i antropologia

- ✓ Té lloc el **novè mes del calendari de la lluna**, és el moment en que l'**Alcorà li va ser revelat al Profeta**.
- ✓ Implica **abstenir-se de menjar, beure, prendre medicaments, fumar o tenir relacions sexuals desde la sortida del sol fins la posta**
- ✓ **Estan exempts els nens, malalts, ancians, embarassades i viatgers**. Hauran de **posposar el dejú** o compensar-lo **resant i amb almoines**
- ✓ No té cap equiparació amb el dejú del judaisme ni cristianisme
- ✓ No està relacionat amb l'aflicció de l'ànima ni amb la constricció.



✓ En el món hi ha 148 milions de musulmans amb diabetis que dejunen durant el Ramadà (30% dejunen tb resta any!!)

✓ Individualitzar el pla d'alimentació i tractament és clau per a evitar complicacions: CONSELL PRE-RAMADÀ



If fasting is safe, the next step should include strategies for treatment regimen adjustments and nutritional recommendations.

Swipe →



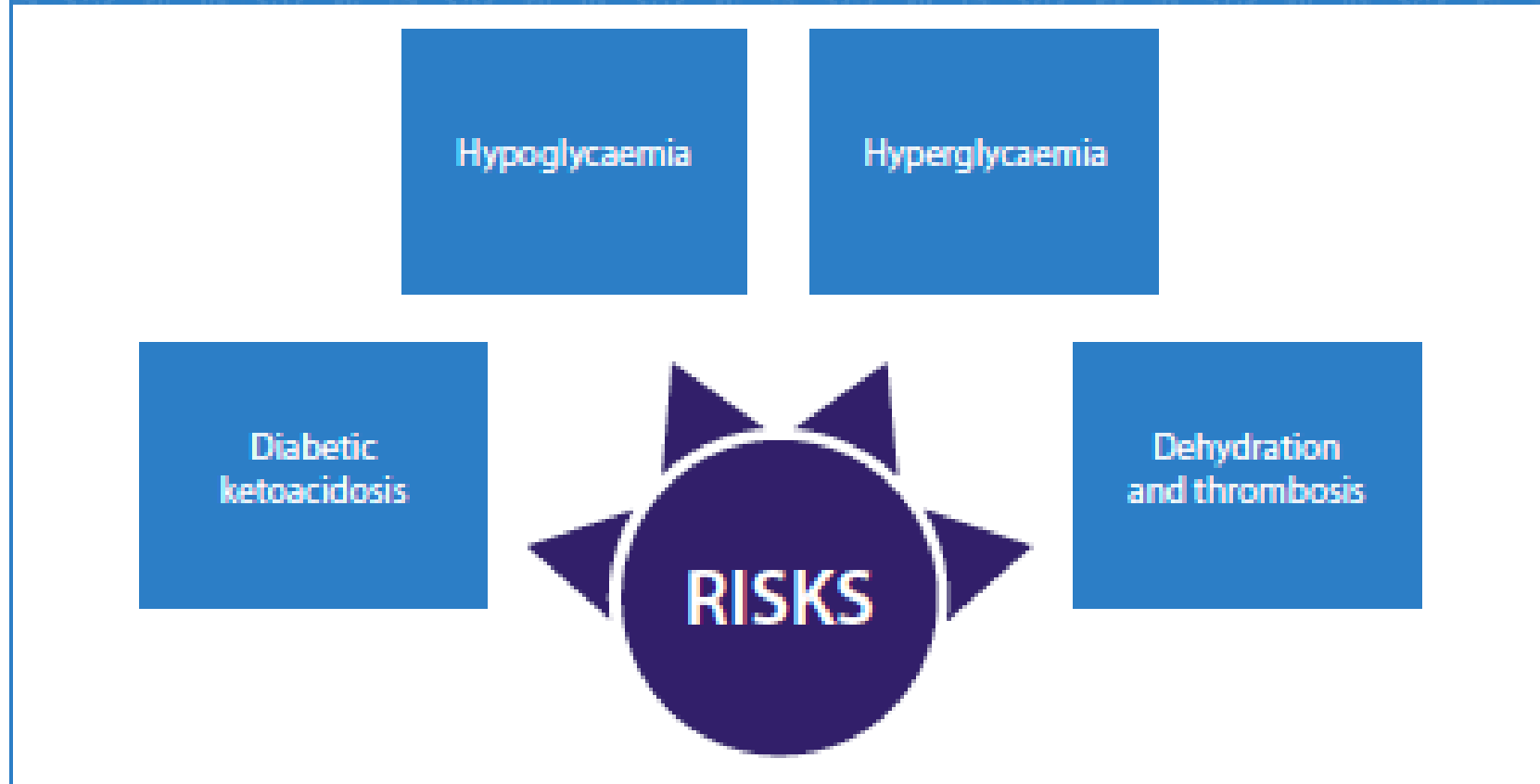
It is essential to ensure that those who do not fast due to their medical condition understand that they are indeed rewarded like those who fast and should not feel guilty



It is important to have unification between HCPs and religious leaders on which patients with diabetes should fast and who should seek exemption



Figure 1. Key risks associated with fasting for patients with diabetes [1]



Al-Arouj. *Diabetes Care*. 2005; 28: 2305-2311

INDIVIDUALITZACIÓ!!!!!!

Figure 3. Factors for risk quantification [2]

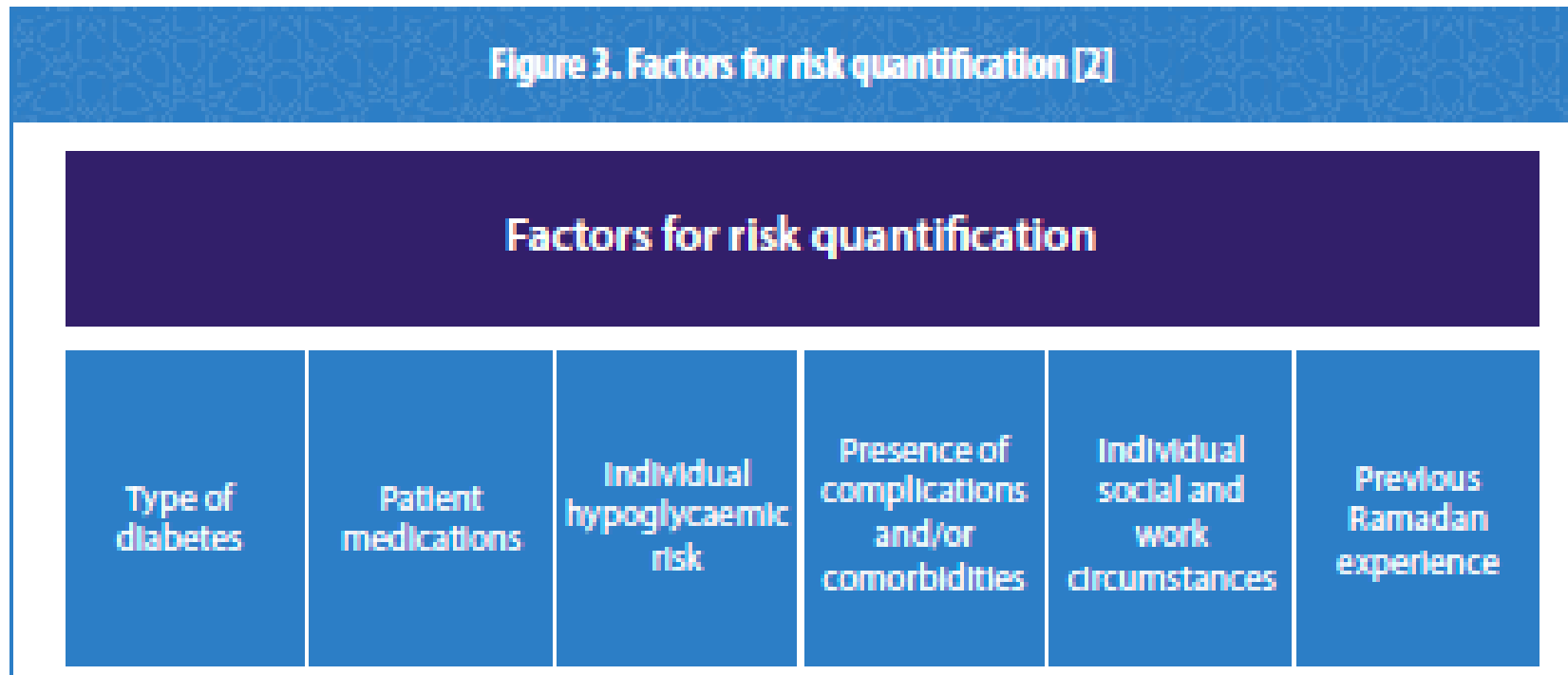


Table 1. IDF-DAR risk categories and recommendations for patients with diabetes who fast during Ramadan

Risk category and religious opinion on fasting*	Patient characteristics	Comments
Category 1: very high risk <u>Listen to medical advice</u> MUST NOT fast 	One or more of the following: - Severe hypoglycaemia within the 3 months prior to Ramadan - DKA within the 3 months prior to Ramadan - Hyperosmolar hyperglycaemic coma within the 3 months prior to Ramadan - History of recurrent hypoglycaemia - History of hypoglycaemia unawareness - Poorly controlled T1DM - Acute illness - Pregnancy in pre-existing diabetes, or GDM treated with insulin or SUs - Chronic dialysis or CKD stage 4 & 5 - Advanced macrovascular complications - Old age with ill health	If patients insist on fasting then they should: - Receive structured education - Be followed by a qualified diabetes team - Check their blood glucose regularly (SMBG) - Adjust medication dose as per recommendations
Category 2: high risk <u>Listen to medical advice</u> Should NOT fast 	One or more of the following: - T2DM with sustained poor glycaemic control** - Well-controlled T1DM - Well-controlled T2DM on MDI or mixed insulin - Pregnant T2DM or GDM controlled by diet only or metformin - CKD stage 3 - Stable macrovascular complications - Patients with comorbid conditions that present additional risk factors - People with diabetes performing intense physical labour - Treatment with drugs that may affect cognitive function	- Be prepared to break the fast in case of hypo- or hyperglycaemia - Be prepared to stop the fast in case of frequent hypo- or hyperglycaemia or worsening of other related medical conditions
Category 3: moderate/low risk <u>Listen to medical advice</u> <u>Decision to use licence not to fast based on discretion of medical opinion and ability of the individual to tolerate fast</u> 	• Well-controlled T2DM treated with one or more of the following: - Lifestyle therapy - Metformin - Acarbose - Thiazolidinediones - Second-generation SUs - Incretin-based therapy - SGLT2 inhibitors - Basal insulin	Patients who fast should: - Receive structured education - Check their blood glucose regularly (SMBG) - Adjust medication dose as per recommendations

*In all categories people with diabetes should follow medical opinion if the advice is not to fast due to high probability of harm

**The level of glycaemic control is to be agreed upon between doctor and patient according to a multitude of factors

CKD, chronic kidney disease; DAR, Diabetes and Ramadan International Alliance; DKA, diabetic ketoacidosis; GDM, gestational diabetes mellitus; IDF, International Diabetes Federation; MDI, multiple dose insulin; SGLT2, sodium-glucose co-transporter-2; SMBG, self-monitoring of blood glucose; SU, sulphonylurea; T1DM, type 1 diabetes mellitus; T2DM, type 2 diabetes mellitus



The new diabetes and Ramadan fasting risk categorisations described in these *IDF-DAR Practical Guidelines* have been approved by the Mofty of Egypt

diabetes. Indeed, such patients should be reminded of the Quranic injunction: "Let not your own hands throw you into destruction" [9]. Moreover, there is a Hadith (Prophetic teaching) wherein he stated: "God has a right over you. Your body has a right over you ...".

psychological satisfaction is important, it is the duty of their specialist doctor to make every effort to help people with diabetes fast unless they find a real medical risk. It is also essential to educate such patients to help them avoid dramatic changes in their blood glucose while fasting and to give them strict instructions to break their fast if they need to

Proposta de visita PreRamadà (6-8 setmanes abans inici R):

- ✓ Pla de Nutrició modificat per a millorar el control glucèmic durant el Ramadà
- ✓ Pla de Nutrició dirigit a que les persones diabètiques obeses o amb sobrepès perdin pes de forma segura durant el Ramadà
- ✓ Ajustar la medicació hipoglucemiant
- ✓ Recomanar exercici físic adequat
- ✓ Simptomatologia alarma: Hiper/hipoglucèmia, deshidratació
- ✓ Monitoratge de pes i glucèmia.

Figure 2. Key components of a Ramadan-focused educational programme



Dejuni durant el Ramadà

Dos grans àpats al dia:

- Suhur**, abans de la sortida del sol
- Iftar** (la més important) trenca el dejuni després de la posta de sol.

Trencament del dejú

Es reuneixen per trencar junts el dejuni. Es combina el menjar amb la pregària . Es posa tot sobre la taula i tothom agafa el que vol, en l'ordre que vol. Cadascú escull el que considera que li va millor al seu cos.



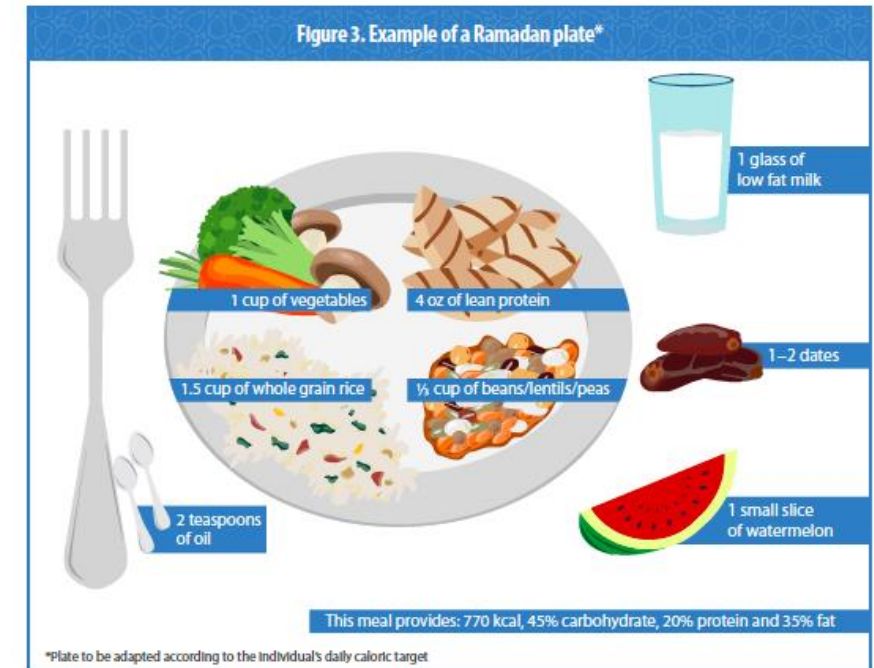
Un àpat tradicional de trencament de dejuni



- Ous durs amb comí i sal
- Dàtils
- Pastes dolces de festa (d'avellanes, coco, ametlles, de kaab con sèsam, de ametlles amb cereals, de cacahuets, etc.)
- Cafè. Sucs variats. Llet fresca
- Sopa *harira*
- *Bagrir* (pasta similar als creps)
- *Rgaif* (pasta de farina, és como una empanada, es pot acompanyar amb melmelada, mel, formatge, mantega, etc)
- Pa i Mantega

Dieta durant el Ramadà: Recomanacions

- Dividir el total de calories entre el Suhoor i l'Iftar
- Menjars equilibrats (40-50% HC, 20-30%prot, <35% greixos)
- Aliments de baix Índex Glusèmic i rics en fibra
- Fruita, verdura i amanides
- Evitar aliments rics en greixos saturats
- Evitar els postres ensucrats
- Utilitzar oli d'oliva en petites quantitats
- Hidratació entre Iftar i Suhoor amb aigua /begudes s/ sucre
- Evitar begudes ensucrades /amb cafeïna
- EXERCICI SUAU-MODERAT RECOMANAT



Fàrmacs que no produeixen hipoglucèmies:

Metformina, Acarbosa, Glitazones, Inhib DPP4, glp1

- En general pot donar-se tota la dosi en una sola toma (millor per la nit) o fraccionar-se en dues preses (amb Suhur i amb lftar)
- Per augmentar la tolerància gastrointestinal de la Metformina pot fraccionar-se en dues preses

iSGLT2 (dapaglifozina, empaglifozina)

- Precaució en persones amb risc de deshidratació
- Passar a lftar
- No ajustament de dosi

Fàrmacs que poden produir hipoglucèmies:

Sulfonilurees, glinides

- Sulfonilurees en vàries preses al dia -> pasar a SU monodosi vespertina (*preferentment Glicacida MR per major experiència amb el Ramadà*)
- Sulfonilurees en monodosi matutina -> passar mateixa dosi a presa vespertina per a reduir perill hipoglucèmies
- Glinides: prendre només abans dels àpats. Per tant, en Ramadà reduir a 1-0-1 o passar a SU monodosi

Exemples:

Abans Ramadà → Durante Ramadà

<i>Glibenclamida</i>	<i>1-1-1</i>	→	<i>Glicazida MR 0-0-2</i>
<i>Glibenclamida</i>	<i>1-0-1</i>	→	<i>Glicazida MR 0-0-2</i>
<i>Glicazida MR</i>	<i>2-0-0</i>	→	<i>0-0-2</i>
<i>Repaglinida</i>	<i>1-1-1</i>	→	<i>1,5-0-1,5</i>

I LA INSULINA BASAL-RÀPIDA?

MIXTA?

Figure 4. Ramadan fasting dose adjustments for long- or short-acting Insulins in people with T2DM^a

Changes to long- and short-acting insulin dosing during Ramadan

Long/intermediate-acting (basal) insulin

NPH/detemir/glargine/degludec once-daily

Reduce dose by 15–30%
Take at iftar

NPH/detemir/glargine twice-daily

Take usual morning dose at iftar
Reduce evening dose by 50% and take at suhoor

Short-acting insulin

Normal dose at iftar
Omit lunch-time dose
Reduce suhoor dose by 25–50%

Fasting/pre-iftar/ pre-suhoor blood glucose	Pre-iftar [*]	Post-iftar [*] / post-suhoor ^{**}
	Basal insulin	Short-acting insulin
<70 mg/dL (3.9 mmol/L) or symptoms	Reduce by 4 units	Reduce by 4 units
70–90 mg/dL (3.9–5.0 mmol/L)	Reduce by 2 units	Reduce by 2 units
90–130 mg/dL (5.0–7.2 mmol/L)	No change required	No change required
130–200 mg/dL (7.2–11.1 mmol/L)	Increase by 2 units	Increase by 2 units
>200 mg/dL (11.1 mmol/L)	Increase by 4 units	Increase by 4 units

^aThese recommendations also apply to patients with T1DM

^{*}Adjust the insulin dose taken before suhoor; ^{**}Adjust the insulin dose taken before iftar

NPH, neutral protamine Hagedorn

Figure 5. Ramadan fasting dose adjustments for premixed Insulin in people with T2DM^a

Changes to premixed insulin dosing during Ramadan

Once-daily dosing

Take normal dose at iftar

Twice-daily dosing

Take normal dose at iftar

Reduce suhoor dose by 25–50%

Three times daily dosing

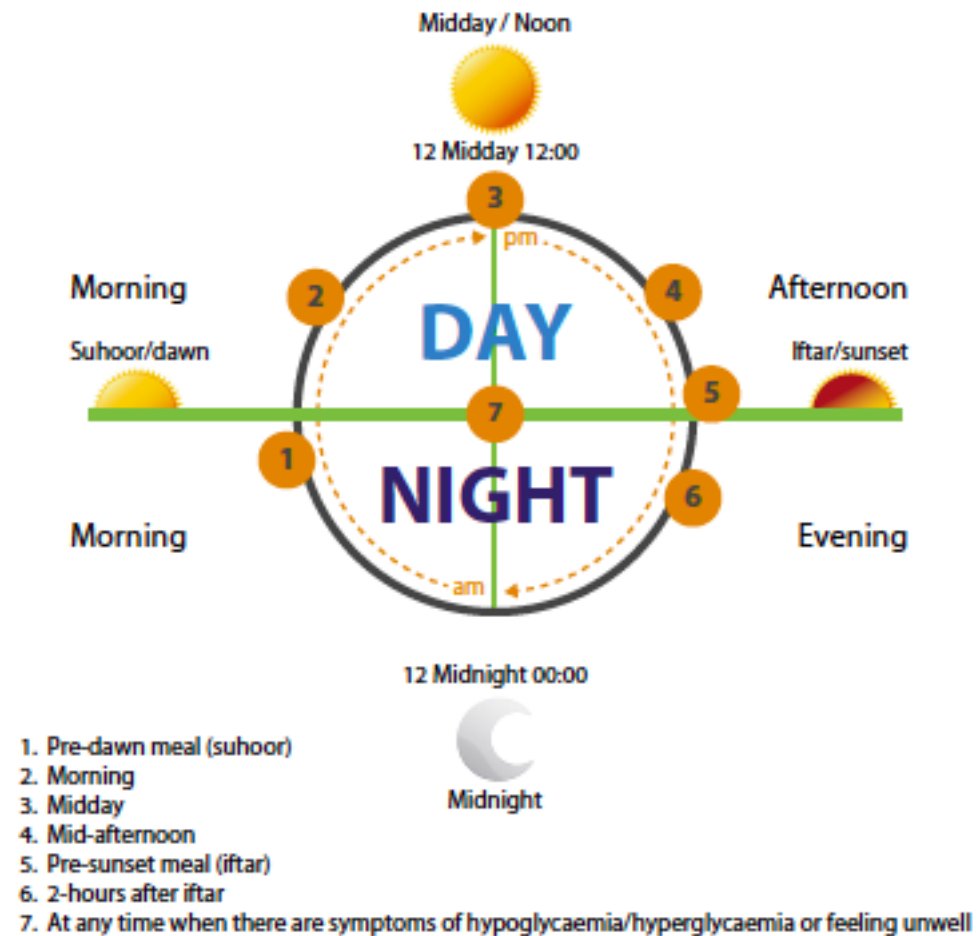
Omit afternoon dose
Adjust iftar and suhoor doses

Carry out dose-titration every 3 days (see below)

Fasting/pre-iftar/pre-suhoor blood glucose	Premixed Insulin modification
<70 mg/dL (3.9 mmol/L) or symptoms	Reduce by 4 units
70–90 mg/dL (3.9–5.0 mmol/L)	Reduce by 2 units
90–126 mg/dL (5.0–7.0 mmol/L)	No change required
126–200 mg/dL (7.0–11.1 mmol/L)	Increase by 2 units
>200 mg/dL (11.1 mmol/L)	Increase by 4 units

Table modified from [47]. ^aThese recommendations also apply to patients with T1DM

Figure 6. Recommended timings to check blood glucose levels during Ramadan fasting





Quan cal trencar el dejuni:

Glucèmia <70 mg/dl ó > 300 mg/dl

Síntomes d'hipoglucèmia, hiperglucèmia,
deshidratació o malaltia intercurrent

Hypoglycaemia	Hyperglycaemia
• Trembling • Sweating/chills • Palpitations • Hunger • Altered mental status • Confusion • Headache	• Extreme thirst • Hunger • Frequent urination • Fatigue • Confusion • Nausea/vomiting • Abdominal pain

*Consider individualisation of care.

شكرًا لك



شكريه



شكرًا لك



GRÀCIES!!!!

