

PROTOCOLO DE EVALUACIÓN PREOPERATORIA DEL PACIENTE DIABÉTICO 2



Nombre:		Servicio:	
Edad:	Sexo:	Cédula:	Cama:

ENFERMEDADES CONCOMITANTES o RIESGOS CARDIOVASCULARES

Cardiopatía Isquémica	Trombosis venosa	E.V.C.	Cirrosis
Fibrilación atrial	Insuficiencia renal	Infecciones	Alcohol /Tabaquismo

EXAMEN FÍSICO (resumido)

P. Arterial:	Pulso:	T°:	F.R.:	Peso:
Corazón	Pulmones	Extremidades		

Medicamentos de uso actual

INSULINA:	DOSIS:
Medicamentos	

INDICE DE RIESGO CARDÍACO REVISADO (Cardíacas mayores)

Factores de riesgo	Factor de riesgo	Complicaciones
Cirugía de alto riesgo	0	0.4 a 0.5
Historia de cardiopatía isquémica	1	0.9 a 1.3
Historia de Falla cardíaca	2	4.0 a 7.0
Historia de enfermedad cerebral vascular	> 3	9.0 a 11.0
Manejo con insulina preoperatoria	Bajo	Intermedio Alto
Creatinina mayor de 2 mg/dl		

Alerta medicamentosa 	Aspirina	AINES	Warfarina	B-Bloqueadores
	Insulina	Heparina	Anti-plaquetarios	Cilostazol

LABORATORIOS

Glicemia	HbA1c	Creatinina	Potasio
Hemoglobina	Leucocitos	Plaquetas	

Control de glucemia Pre – Trans - Post-operatorio (Colocar valor si se tomó)

Glucemia preoperatoria:	Glucemia trans-operatoria:	Glucemia post-operatoria:
-------------------------	----------------------------	---------------------------

MANEJO DE LA INSULINA (mantener glucemia entre 140 – 180 mg/dl): Insulina basal+ Esquema Insulina rápida con glucemia > 140 mg/dl

A) Sobre el uso de Insulina Lenta o NPH (sub-cutáneo) (Preferible Glargina) Para pacientes con buen control metabólico	Dosis basal de Insulina: (En pacientes que no recibían Insulina en casa) Iniciar con 0.2 a 0.4 U/Kg (Bajo riesgo de hipoglucemia). En pacientes que usan Insulina en casa: Continúe la dosis basal que usa en dosis reducida un 25% menos junto a la escala de Insulina en forma complementaria. Colocarla hasta el día anterior a la cirugía
B) *Bomba de Infusión (Insulina Regular) SSN 100 cc + IRH 100 U (1 U/cc) Bolo inicial: 0.1 U / Kg Infusión: 0.1U/Kg/hora continua o sea 0.1U/Kg/hora	Dosis preoperatoria
	Día operatorio AM: Coloque 1/2 dosis de Insulina intermedia/prolongada NPH. ó 1/2 a 2/3 de la dosis usual en DM tipo I. Lantus 60-80% de la dosis
	Trans-operatoria Control de glucemia c/2horas. Mantener entre 140-180 mg/dl < 140mg/dl > 200 mg/dl aumenta morbi-mortalidad
	Post-operatoria Reasumir con la vía oral y dieta previa a la cirugía
Uso de hipoglucemiantes orales (Alerta si el paciente está en nada por boca) Mantener glucemia preoperatoria entre 150 – 180 mg/dl Ideal en pacientes nada por boca x más de 10 – 12 horas	Si está bien controlado solo medir glucosa capilar c/2 horas y omitir antidiabéticos orales. Suspender el día operatorio Sulfonilureas, metformina, iDPP4 e iSGLT2 y reasumir cuando reinicie alimentación v.o.

Esquema de Insulina rápida s. c.	Glucemia capilar	Buena Sensibilidad a Insulina	Sensibilidad usual a la insulina	Resistencia a Insulina
	mg/dl	>70 años, TFG<45, No DM	-	IMC>35, Dosis I>80U, Esteroides >20mg
Suplementaria 15-20 minutos antes de comidas (No use este esquema solo) (No debe ser de uso prolongado)	141 - 180	0	2	3
	181 - 220	2	3	4
	221 - 260	3	4	5
	261 - 300	4	6	8
	301 - 350	5	8	10
	351 - 400	6	10	12
	> 400	8	12	14

TIPO DE SOLUCIÓN para hidratación y mantenimiento (Antes de ir al SOP y hasta resumir la vía oral)

Debe ir con una solución Hartmann's o Lactato de Ringer y no se recomienda SSN o D/A5% (a menos que la glucemia antes de ir al SOP esté debajo de 70mg/dl (Protocolo de Hipoglucemia) o ayuno por más de 48 a 72 horas. Depende de la realidad local a qué hora va el paciente al SOP.

*Si el paciente requiere la **bomba de infusión**, aporte líquidos con Solución Salina 0.45% con D/A 5% y 0.15/0.3% KCl a 80 – 120 ml/hora (Aportar 2,5-5 gramos/hora de glucosa; se debe adecuar según status de volemia del paciente)

Se recomienda descontinuar los hipoglucemiantes orales antes de cirugía e iniciar terapia con Insulina en los pacientes con hiperglucemia durante el período peri-operatorio. **Evidencia 1**

Cuando se coloca Insulina sc en el escenario post-quirúrgico, se recomienda que la dosis basal de Insulina (pacientes en Nada por Boca) ó Basal-bolo (pacientes que están comiendo) debe ser instituida como el abordaje preferido. **Evidencia 1**

*** **INFUSIÓN DE INSULINA SE DEBE UTILIZAR EN PACIENTES CON DESCONTROL GLUCÉMICO*****

Bibliografía: 1. JDDS-IP Joint British Diabetes Societies for inpatient care.

Management of adults with diabetes undergoing surgery and elective procedures: Improving standards. Revised March 2016.

2. **Anesthesiology 2017;** 126:547–60 Elizabeth W. Duggan, Karen Carlson, Guillermo E. Umpierrez.

PROTOCOLO DE MANEJO DE HIPOGLUCEMIA

PROTOCOLO DE MANEJO DE HIPOGLUCEMIA				
Nombre		Edad	CIP	Sexo
Servicio			Cama	
Diagnósticos básicos	1.	2.	3.	
Características (Triada de Whipple)	1. Desarrollo de síntomas autonómicos y neuroglucopénicos 2. Glucosa plasmática < 70 mg/dl 3. Mejora con la administración de carbohidratos			
Factores de Riesgo	Historia de hipoglucemia	HbA1C < 6%	Hipoglucemia asintomática	
	Insulinoterapia prolongada	Déficit cognitivo	Neuropatía autonómica	
	Enfermedad Renal crónica	Alcoholismo	Medicamentos	
Evaluación inicial (buscar por signos y síntomas)				
Autonómicos (adrenérgicos)		Neuroglucopénicos		
Temblores – Palpitaciones – Diaforesis Ansiedad – Náuseas - Parestesias		Confusión – Debilidad – Somnolencia – Cambios en alerta Alteraciones visuales – Dificultad para hablar - Cefaleas		
Ante la sospecha de hipoglucemia tomar glucemia capilar STAT e iniciar tratamiento				
Hipoglucemia nivel 1				
Alteración de respuesta contrarreguladora y/o hipoglucemia asintomática en diabéticos. Glucosa menor de 70 mg/dl se considera importante sin importar severidad de síntomas	Hipoglucemia nivel 2		Hipoglucemia severa	
Alerta , cooperador y tolera la vía oral Glucosa ≥54 mg/dl y <70 mg/dl	Síntomas neuroglucopénicos inician y se requiere una acción inmediata para resolver el evento de hipoglucemia		Alteración del estado de conciencia y /o funciones físicas que requiere asistencia de otra persona para recuperarse	
10-15 gramos de CHO v.o. Reevaluar en 15 minutos y repetir hasta lograr glucemia > 70mg/dl	Poco cooperador en ocasiones pero puede tolerar la vía oral en algunos casos Glucosa <54 mg/dl		No se incluye un valor específico de glucosa No cooperador o Nada por boca o alteraciones de estado de conciencia	
	20-30 gramos de CHO v.o. Reevaluar en 15 minutos y repetir hasta lograr glucemia > 70mg/dl		Con acceso i.v. 10-25 gramos de glucosa (20 -50 ml D/A 50% en 1 a 3 min. Sin acceso i.v. 1 mg de Glucagon s.c o i.m Considerar Sonda Levine SNG	
- Si en 1 h o luego de 60 g de CHO, la Glc < 70 mg/dL → DA10% a 100ml/h - Al Glc > 70 mg/dL → Reevaluar todos los episodios a la HORA - Buscar factores desencadenantes (Fármacos, Iatrogenia, Ayuno, Pobre ingesta, Interrupción de la nutrición enteral), documentar y corregir. - Si la próxima comida es en más de 1 hora → Brindar colación				
Ejemplos de 15 a 30 gramos de carbohidratos				
1. 15 ml o tres (3) cucharadas de azúcar o tres sobres de azúcar de mesa en agua o 3 tabletas de liberación rápida (cada tableta tiene 4-5 g de glucosa) 2. 175 ml de jugo 3. 15 ml (una cucharada) de Miel o de mermelada 4. 50 – 70 ml de Ensure 5. Evitar jugo de naranja o leche				
Bibliografía:				
1) Can J Diabetes 2013; 37 (Suppl 1):S1-S212. Clinical Practice Guidelines. 2) Diabetes care Vol 40, Suppl. (1). Enero 2017. 3) Society of Hospital Medicine 2015. The glycemic control implementation Guide. 4) Defining and reporting hypoglycemia in Diabetes: Report from the American Diabetes Association Workgroup of Hypoglycemia. Diabetes Care 2005 May;28(5): 1245-1249 5) Standard of Medical Care in Diabetes 2019: Diabetes Care 2019 Jan;42 (supplement 1): S61-70				

PROTOCOLO DE MANEJO DE CETOACIDOSIS DIABÉTICA

NOMBRE	CIP:	PESO:	FECHA:
---------------	-------------	--------------	---------------

Factores Precipitantes	Criterios de Laboratorio					
1.		PH	HCO ₃	Anion GAP	Cetonas orina	Glicemia
	Leve	7.25 – 7.30	15- 18	> 10	+	> 250
2.	Moderada	7.00 – 7.24	10 - 15	>12	+	> 250
3.	Severa	<7.00	< 10	>12	+	>250

EVALUAR ELECTROLITOS	FLUIDOTERAPIA	INSULINOTERAPIA	
Sodio: Na+: por cada 100mg/dl > 100 la Glc sumar 1.6 mEq Na ⁺	Solución Salina: SSN 0.9% 1.0 L a 1.5 L la primera hora	No iniciar antes de fluidoterapia e hipokalemia	
Potasio : K+ < 3.0 No colocar insulina, dar KCL 20 a 30 mEq/L ADA: < 5.2 mmol reponer 20 a 30 mEq/L de KCL UK: < 5.5 mmol/L reponer 40 mEq/L de KCL	Luego de la 1ª hora evaluar hemodinamia y electrolitos Mantener entre 250 – 500 mL/h a. Hipovolemia severa o shock SSN 0.9% 1.0 L/hr b. Deshidratación leve: EVALUAR Na⁺ Corregido *Na sérico alto o normal: SS 0.45%: 250 a 500 ml/hr *Na sérico Bajo: SSN 0.9%: 250 a 500 ml/h	Condición	Administración IV
		Bolo inicial	0.1 U/Kg
		Infusión	ADA: 0.1 U/Kg/hr o 0.14 U/Kg/hr sin bolo inicial UK: 0.1 U/Kg/hr, sin bolo inicial
		BOMBA: SSN 100 mL + IRH 100 U	
Fósforo, sólo si hay síntomas: Fósforo < 1.0 mg/dl Enfermedad cardíaca Depresión respiratoria Anemia Debilidad musculoesquelética Reposición: Fosfato de potasio 20 a 30 mmol	*Tener cuidado con la tasa de infusión en siguientes casos: Shock Cardiogénico Compromiso renal Hepatopatía avanzada Sobrecarga hídrica Monitoreo hemodinámico /vasopresores	Si la Glc no disminuye de 50 a 75 mg/dL o el 10% de la glucosa inicial en la primera hora y cada hora	0.14 U/Kg/hr IV en bolo y continuar con la infusión a la velocidad previa y reevaluar UK: aumentar 1U/h según cetonas (β-hidroxibutirato)
Bicarbonato pH < 6.9 100 mmol NaHCO ₃ en 400 ml de agua con 20 mEq KCL a 200 ml/hr por 2 horas y repetir c/2hrs hasta que pH sea > 7.0	Añadir Solución Dextrosa a la Solución Salina ADA: DA 5% si glucosa <200 mg/dl UK: DA 10% si glucosa <250 mg/dl	Reducir infusión de insulina de 0.02 a 0.05 U/Kg/hr	

Evaluar electrolitos, BUN, pH venoso c/4 hrs, hasta que esté estable
*CAD moderada a severa debe ser manejada en UCI o Semi Intensivo.

*CRITERIOS de resolución de CAD

ADA: Glucosa sérica <200 mg/dL y 2 de los siguientes:			UK: pH > 7.3 y concentración de cetonas < 0.6 mmol/L
HCO₃ ≥ 15	pH > 7.3	Anión gap ≤ 12	Es posible tener valores normales de glucosa y aún el paciente presenta cetoacidosis euglicémica

Insulina Subcutánea: colocar dosis usual de insulina (si es adecuada)

1. **Reiniciar o iniciar la Insulina basal – bolo** y mantener por 2 horas la infusión para evitar hiperglicemia recurrente y posible retorno de la cetoacidosis.
2. **Si colocación de insulina basal – bolo es programada con la dieta**, se debe suspender infusión 1 h después.
3. Si nunca ha utilizado insulina calcular dosis a **0.5 a 0.7 U/Kg/d (dar 50% basal y 50% bolo) y ajustar.**
4. Si está **NxB** o es incapaz de tolerar la ingesta oral, continuar infusión de insulina y fluidoterapia con el protocolo de glucemias capilares para pacientes críticamente enfermos.

Adaptado de Kitabchi AE, Umpierrez GE, Miles JM. Hyperglycemic crisis in adult patient with diabetes.

Diabetes Care 2009;32, 1335-43.

Annals Internal Medicine In the Clinic 2010

Med Clin N Am 101 (2017) 587–606

Diabetic ketoacidosis and hyperosmolar hyperglycemic syndrome: review of acute decompensated diabetes in adult patients, BMJ, 29 May 2019.

CHDrAAM

Hoja de control de la glucemia en el paciente hospitalizado

Nombre:	CIP	Cama
---------	-----	------

Esquema de corrección de IRH vía s.c o análogos de acción rápida para

ESCOGER UN ESQUEMA A B C	A. Sensible a insulina+ (UI) +Sensible a insulina	B. Usual* (UI) *Usual	C. ** Resistente a insulina **Resistente a insulina
Glucosa (mg/dl)	Dosis Total Insulina < 40 UI/día anciano, ayuno, falla renal	Dosis Total Insulina 40-100 UI/día ninguna de las otras categorías	Dosis Total Insulina > 100 UI/día uso de esteroides
141-180	2	4	6
181-220	4	6	8
221-260	6	8	10
261-300	8	10	12
301-350	10	12	14
351-400	12	14	16
>401	14	16	18

PACIENTE N X B o POBRE INGESTA ORAL

ADECUADA INGESTA ORAL

Usar esquema de corrección de IRH S.C o análogos de acción rápida para corrección según **glucemia capilar cada 6h.**

Usar esquema de corrección de IRH para corrección según **glucemia capilar QID. (Bolo nutricional antes de cada comida)**

Fecha	Hora	Glucemia	Dosis Insulina regular	Firma	Observaciones
	6am				
	11am				
	4pm				
	9pm				
	6am				
	11am				
	4pm				
	9pm				
	6am				
	11am				
	4pm				
	9pm				
	6am				
	11am				
	4pm				
	9pm				
	6am				
	11am				
	4pm				
	9pm				

Corrección según glucemia capilar

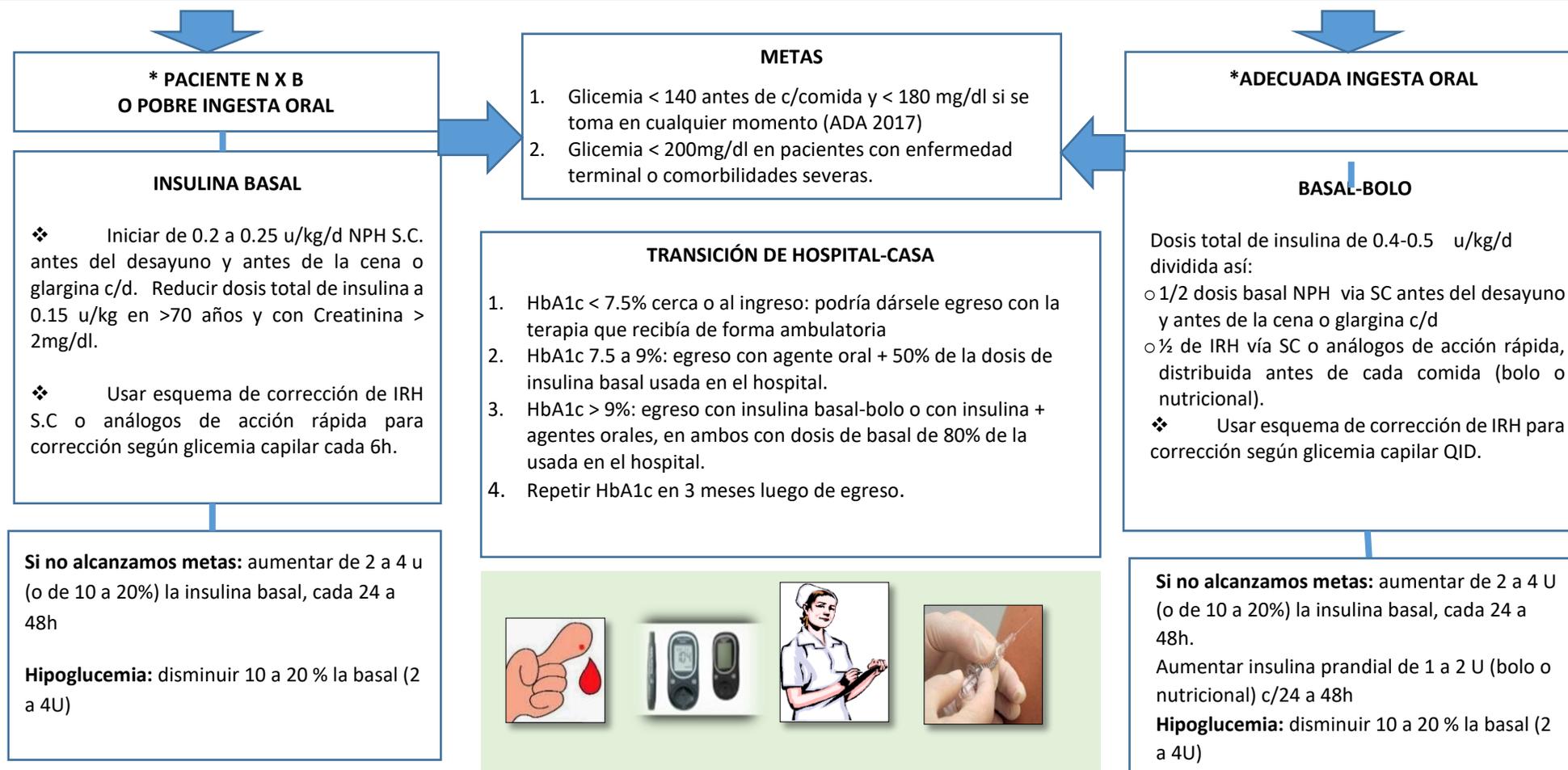
Esquema de corrección de IRH vía s.c. o análogos de acción rápida para

Fecha	Hora	Glucemia	Dosis Insulina regular	Firma	Observaciones
	6am				
	11 am				
	4pm				
	9pm				
	6am				
	11 am				
	4pm				
	9pm				
	6am				
	11 am				
	4pm				
	9pm				
	6am				
	11 am				
	4pm				
	9pm				
	6am				
	11 am				
	4pm				
	9pm				
	6am				
	11 am				
	4pm				
	9pm				
	6am				
	11 am				
	4pm				
	9pm				
	6am				
	11 am				
	4pm				
	9pm				

MANEJO INTRAHOSPITALARIA DE HIPERGLUCEMIA (paciente no crítico)

Considerar al inicio de manejo:

1. Paciente con buen control se puede dejar tratamiento usado previo al ingreso, de no tener contraindicación absoluta para su uso.
2. Considerar tomar hemoglobina glicosilada al ingreso de no tener presentar en los previos 3 meses.
3. Paciente manejado de forma ambulatoria con Insulina, considerar disminuir 25% de la dosis total de insulina.
4. Iniciar insulina si la glicemia persiste ≥ 180 mg/dl tomando en cuenta si el paciente tiene adecuada ingesta oral*



Corrección según glucemia capilar

Esquema de corrección de IRH vía s.c o análogos de acción rápida para

Glucosa (mg/dl)	Sensible a insulina+ (UI)	Usual* (UI)	** Resistente a insulina
➤ 141-180	2	4	6
181-220	4	6	8
221-260	6	8	10
261-300	8	10	12
301-350	10	12	14
351-400	12	14	16
>401	14	16	18
PACIENTE N X B o POBRE INGESTA ORAL		ADECUADA INGESTA ORAL	
Usar esquema de corrección de IRH S.C o análogos de acción rápida para corrección según glucemia capilar cada 6h.		Usar esquema de corrección de IRH para corrección según glucemia capilar QID. (Bolo nutricional antes de cada comida)	

+Sensible a insulina

DTI < 40 UI/día

anciano, ayuno, falla renal

***Usual**

DTI 40-100 UI/día

ninguna de las otras categorías

****Resistente a insulina**

DTI > 100 UI/día

uso de esteroides

J. Clin Endocrinology Metab 2012; 97: 16-38



CHDrAAM
HOJA DE CONTROL DE LA GLUCEMIA

SERVICIO _____ **PISO o SALA:** _____ **FECHA:** _____

Esquema de corrección de IRH vía s.c o análogos de acción rápida

ESCOGER UN ESQUEMA A B C	Sensible a insulina+ (UI) A.	Usual* (UI) B.	Resistente a insulina C. **
Glucosa (mg/dl)	+Sensible a insulina	*Usual	**Resistente a insulina
	Dosis Total Insulina < 40 UI/día anciano, ayuno, falla renal	Dosis Total Insulina 40-100 UI/día ninguna de las otras categorías	Dosis Total Insulina > 100 UI/día uso de esteroides
141-180	2	4	6
181-220	4	6	8
221-260	6	8	10
261-300	8	10	12
301-350	10	12	14
351-400	12	14	16
>401	14	16	18

PACIENTE N X B o POBRE INGESTA ORAL	ADECUADA INGESTA ORAL
Usar esquema de corrección de IRH S.C o análogos de acción rápida para corrección según glucemia capilar cada 6h.	Usar esquema de corrección de IRH para corrección según glucemia capilar QID. (Bolo nutricional antes de cada comida)

Pacientes	Hora	Glucemia	Dosis Insulina regular	Firma	Observaciones
1. Esquema A – B - C	6am				
	11am				
	4pm				
	9pm				
2. Esquema A – B - C	6am				
	11am				
	4pm				
	9pm				
3. Esquema A – B - C	6am				
	11am				
	4pm				
	9pm				
4. Esquema A – B - C	6am				
	11am				
	4pm				
	9pm				
5. Esquema A – B - C	6am				
	11am				
	4pm				
	9pm				
6. Esquema A – B - C	6am				
	11am				
	4pm				
	9pm				

Corrección según glucemia capilar

Esquema de corrección de IRH vía s.c o análogos de acción rápida para

Fecha	Hora	Glucemia	Dosis Insulina regular	Firma	Observaciones
	6am				
	11am				
	4pm				
	9pm				
	6am				
	11am				
	4pm				
	9pm				
	6am				
	11am				
	4pm				
	9pm				
	6am				
	11am				
	4pm				
	9pm				
	6am				
	11am				
	4pm				
	9pm				
	6am				
	11am				
	4pm				
	9pm				
	6am				
	11am				
	4pm				
	9pm				
	6am				
	11am				
	4pm				
	9pm				

CSS - DENSYPs											
PROTOCOLO DE USO DE DEXAMETASONA EN PACIENTES CON COVID (en oxígeno)											
DATOS CLINICOS DEL PACIENTE											
Nombre					Edad		CIP		Sexo	F	M
Embarazo	Sí		No		Teléfonos de familiar responsable						
➤ DESCRIPCIÓN DEL ESTEROIDE											
Dosis en adultos	Dexametasona : 6 mg i.v u oral diariamente hasta por 10 días										
Dosis en niños	Dexametasona: 0.15 mg/kg/día hasta un máximo de 6 mg/día. Hidrocortisona 1 mg/kg/dosis, cada 6 horas hasta 10 días (Máxima dosis 50 mg cada 6 horas)										
Farmacovigilancia Alertas	Anafilaxis, psicosis, hiperglucemia, hipokalemia, pancreatitis, aumento presión intracraneal, úlcera péptica Cuidado en Infecciones secundarias, uso en ancianos, inmunosuprimidos, infecciones activas, Infarto, Falla Cardíaca, Hipertensos, desórdenes psiquiátricos, cirróticos, renales. (www.epocrates.com)/ APP										
Embarazo-Lactancia	No contraindicado. Uso con cuidado – Igual dosis de adulto.										
➤ ESQUEMA DE TRATAMIENTO (adulto)											
Dexametasona 6 mg diario i.v. u oral hasta por 10 días (o esquema alternativo aceptable) en adultos con Covid-19 quienes están recibiendo oxígeno (incluyendo en ventilador). Si no hay dexametasona usar régimen alternativo:								Fecha de inicio	Fecha de finalización		
<ul style="list-style-type: none"> • Metilprednisolona : 16 mg iv cada 12 horas o 32mg/día • Hidrocortisona: i.v (50 mg), cada 6 horas) • Prednisolona: oral (50 mg), diarios 											
CONSECUENCIAS DE USO DE ESTEROIDES EN PACIENTES COVID (con y sin diabetes)											
Cetoacidosis			Estado hiperosmolar no cetósico				Hiperglucemia resistente				
PARÁMETROS CLÍNICOS DE VIGILANCIA ESTRECHA											
Hipertensión Arterial	Hiperglucemia		Estado de conciencia			Sangrado digestivo		Electrolitos			
✓	✓		✓			✓		✓			
ESQUEMA PARA EL CONTROL DE LA HIPERGLUCEMIA (Protocolo de control de la glucemia)											
Día 1	Día 2	Día 3	Día 4	Día 5	Día 6	Día 7	Día 8	Día 9	Día 10		
Glucosa (mg/dl)		Sensible a insulina+ (UI)			Usual* (UI)		** Resistente a insulina				
➤ 141-180		2			4		6				
181-220		4			6		8				
221-260		6			8		10				
261-300		8			10		12				
301-350		10			12		14				
351-400		12			14		16				
>401		14			16		18				
PACIENTE N X B o POBRE INGESTA ORAL					ADECUADA INGESTA ORAL						
Usar esquema de corrección de IRH S.C o análogos de acción rápida para corrección según glucemia capilar cada 6h.					Usar esquema de corrección de IRH para corrección según glucemia capilar QID. (Bolo nutricional antes de cada comida)						
COMORBILIDADES											
Diabetes Mellitus	Hipertensión Arterial		E. Renal Crónica			Cáncer		VIH/TBC			
Cardiopatía	Cirrosis		Uso de Esteroides			Autoinmune					
MEDICAMENTOS EN USO ACTUAL (Conciliación)											
✓	EVOLUCIÓN CLÍNICA		Con mejoría			Sin mejoría			Muerte		
www.epocrates.com											

CSS - DENSYP

PROTOCOLO DE USO DE DEXAMETASONA EN PACIENTES CON COVID (en oxígeno)

DATOS CLINICOS DEL PACIENTE

Nombre		Edad		CIP		Sexo	F	M
Embarazo	Sí	No	Teléfonos de familiar responsable					

➤ **DESCRIPCIÓN DEL ESTEROIDE**

Dosis en adultos	Dexametasona : 6 mg i.v u oral diariamente hasta por 10 días
Dosis en niños	Dexametasona : 0.15 mg/kg/día hasta un máximo de 6 mg/día. Hidrocortisona 1 mg/kg/dosis, cada 6 horas hasta 10 días (Máxima dosis 50 mg cada 6 horas)
Farmacovigilancia Alertas	Anafilaxis, psicosis, hiperglucemia, hipokalemia, pancreatitis, aumento presión intracraneal, úlcera péptica Cuidado en Infecciones secundarias, uso en ancianos, inmunosuprimidos, infecciones activas, Infarto, Falla Cardíaca, Hipertensos, desórdenes psiquiátricos, cirróticos, renales. (www.epocrates.com)/ APP
Embarazo-Lactancia	No contraindicado. Uso con cuidado – Igual dosis de adulto.

➤ **ESQUEMA DE TRATAMIENTO (adulto)**

Dexametasona 6 mg diario i.v. u oral hasta por 10 días (o esquema alternativo aceptable) en adultos con Covid-19 quienes están recibiendo oxígeno (incluyendo en ventilador). Si no hay dexametasona usar régimen alternativo: <ul style="list-style-type: none"> • Metilprednisolona : 16 mg iv cada 12 horas o 32mg/día • Hidrocortisona: i.v (50 mg), cada 6 horas) Prednisolona: oral (50 mg), diarios 	Fecha de inicio	Fecha de finalización

CONSECUENCIAS DE USO DE ESTEROIDES EN PACIENTES COVID (con y sin diabetes): Efecto metabólico 36 horas
 Hiperglucemia > 180 mg/dl (> 10mmol/L) (glucemia x 0.055) aumenta la mortalidad en Covid
 Objetivo de nivel de glucemia: 6 – 10 mmol/L (110 – 180 mg/dl)

Afecta la resistencia y producción de insulina	Cetoacidosis	Estado hiperosmolar no cetósico	Hiperglucemia resistente
--	--------------	---------------------------------	--------------------------

PARÁMETROS CLÍNICOS DE VIGILANCIA ESTRECHA

Hipertensión Arterial	Hiperglucemia	Estado de conciencia	Sangrado digestivo	Electrolitos
✓	✓	✓	✓	✓

USO DE INSULINA BASAL (No es recomendable uso de sulfonilureas)

Si la glucemia < 220mg/dl (10mmol/L) iniciar **NPH dosis total de 0.3 U /Kg/día**. 2/3 am y 1/3 pm
 En pacientes que no usan Insulina: Ejemplo: 80Kg x 0.3 = 24 U/día...16 U am y 8 U pm

Alerta: Mayores de 70 años, fragilidad, TFG < 30 ml/min (Use 0.15 Unidades/Kg) Consultar si es necesario.
 En pacientes que usan Insulina de acción prolongada o NPH aumente un 20% en forma escalada según respuesta.

ESQUEMA PARA EL CONTROL DE LA HIPERGLUCEMIA (Protocolo de control de la glucemia)

Día 1	Día 2	Día 3	Día 4	Día 5	Día 6	Día 7	Día 8	Día 9	Día 10

Glucosa (mg/dl)	Sensible a insulina+ (UI)	Usual* (UI)	** Resistente a insulina
➤ 141-180	2	4	6
181-220	4	6	8
221-260	6	8	10
261-300	8	10	12
301-350	10	12	14
351-400	12	14	16
>401	14	16	18

PACIENTE N X B o POBRE INGESTA ORAL

ADECUADA INGESTA ORAL

Usar esquema de corrección de IRH S.C o análogos de acción rápida para corrección según **glucemia capilar cada 6h.**

Usar esquema de corrección de IRH para corrección según **glucemia capilar QID. (Bolo nutricional antes de cada comida)**

MEDICAMENTOS EN USO ACTUAL (Conciliación)

--	--	--	--	--

✓ EVOLUCIÓN CLÍNICA	Con mejoría		Sin mejoría		Muerte	
----------------------------	-------------	--	-------------	--	--------	--

INDICACIONES PARA EL USO DE CORTICOIDES

Pacientes con Covid-19

NIH	IDSA	SCCM	OMS
<p>Guía sobre el tratamiento de COVID-19 recomendaciones sobre la terapia con corticosteroides o dexametasona 6 mg / día hasta 10 días o hasta el alta hospitalaria, lo que ocurra primero, recomendado para pacientes con COVID-19 que requieren oxígeno a través de un dispositivo de alto flujo, ventilación no invasiva, ventilación mecánica invasiva o ECMO (NIH Grado AI)</p> <p>o dexametasona más remdesivir 200 mg IV durante 1 día seguido de 100 mg IV durante 4 días o hasta el alta hospitalaria, lo que ocurra primero, se puede considerar para los pacientes</p> <ul style="list-style-type: none"> ♣ que requieren oxígeno a través de un dispositivo de alto flujo o ventilación no invasiva (NIH Grado BIII) ♣ que requieren oxígeno suplementario, pero no un dispositivo de alto flujo, ventilación no invasiva, ventilación mecánica invasiva o ECMO (NIH Grado BIII) ♣ que requieren ventilación mecánica invasiva o ECMO y han sido intubados recientemente (NIH Grado CIII) ♣ ver también las recomendaciones de los NIH sobre remdesivir <p>o dexametasona recomendada para mujeres embarazadas hospitalizadas con COVID-19 que requieren ventilación mecánica (NIH Grado AIII) y se puede considerar en mujeres embarazadas que requieren oxígeno suplementario, pero no ventilación mecánica (NIH Grado BIII) o La dexametasona no debe usarse en pacientes que están</p> <ul style="list-style-type: none"> ♣ hospitalizado pero no requiere oxígeno suplementario NIH Grado AIIa) ♣ no hospitalizado (NIH Grado AIII) o si la dexametasona no está disponible, se pueden usar glucocorticoides alternativos como prednisona, metilprednisolona o hidrocortisona (NIH Grado AIII) o para pacientes que toman corticosteroides para condiciones preexistentes ♣ No se deben suspender los corticosteroides orales (NIH Grado AIII) ♣ Se pueden indicar corticosteroides suplementarios o en dosis de estrés según el caso (grado AIII de los NIH) ♣ No se deben suspender los corticosteroides inhalados para el asma y la EPOC (NIH Grado AIII) <p>o Pautas de tratamiento NIH COVID-19 (NIH 3 de diciembre 2020)</p>	<p>Guía sobre el tratamiento y manejo de pacientes con recomendaciones COVID-19 sobre corticosteroides</p> <ul style="list-style-type: none"> • dexametasona recomendada para pacientes hospitalizados con enfermedad crítica por COVID-19 definida como pacientes con ventilación mecánica y ECMO (recomendación fuerte de IDSA, evidencia de certeza moderada) • considerar la dexametasona para pacientes hospitalizados con COVID-19 grave, pero no crítico, definido como saturación de oxígeno (SpO₂) ≤ 94% en el aire ambiente, incluidos los pacientes que reciben oxígeno suplementario (recomendación condicional de la IDSA, evidencia de certeza moderada) • los corticosteroides no se recomiendan para pacientes hospitalizados sin hipoxemia que requieran oxígeno suplementario (recomendación condicional de la IDSA, baja certeza de la evidencia) • Dosificación de corticosteroides o dexametasona 6 mg / día por vía intravenosa o por vía oral durante 10 días (o hasta el alta si se prefiere antes) o si no dispone de dexametasona, use un corticosteroide equivalente (metilprednisolona 32 mg / día o prednisona 40 mg / día) <p>• Referencia: guía de la IDSA sobre el tratamiento y manejo de pacientes con COVID-19 (IDSA, 25 de septiembre de 2020).</p>	<p>SCCM Guía de la campaña Surviving Sepsis Campaign sobre el manejo de pacientes críticamente enfermos con recomendaciones COVID-19 para corticosteroides</p> <ul style="list-style-type: none"> • No se recomienda el uso rutinario de corticosteroides sistémicos para pacientes con COVID-19 e insuficiencia respiratoria con ventilación mecánica, sin SDRA (Recomendación débil de SCCM, evidencia de baja calidad) • Se pueden considerar los corticosteroides para pacientes en ventilación mecánica con SDRA (recomendación débil del SCCM, evidencia de baja calidad) • Referencia - Directriz de la campaña SCCM Surviving Sepsis sobre el manejo de pacientes críticamente enfermos con coronavirus 2019 (COVID-19) • (Crit Care Med 2020 junio; 48 (6): e440full-text Intensive Care Med 2020 mayo; 46 (5): 854full-text <p>Guía de la OMS sobre corticosteroides para COVID-19</p> <ul style="list-style-type: none"> • corticosteroides sistémicos recomendados para pacientes con COVID-19 grave y crítico (recomendación fuerte de la OMS, evidencia de certeza moderada) • corticosteroides no recomendados para pacientes con COVID-19 no grave (recomendación condicional de la OMS, baja certeza de la evidencia) <p>Referencia: guía de la campaña SCCM Surviving Sepsis sobre el manejo de pacientes críticamente enfermos con coronavirus 2019 (COVID-19) (Crit Care Med 2020 junio; 48 (6): e440full-text, también publicado en Intensive Care Med 2020 mayo; 46 (5) : 854 texto completo)</p>	<p>Guía sobre corticosteroides para COVID-19</p> <ul style="list-style-type: none"> • corticosteroides sistémicos recomendados para pacientes con COVID-19 grave y crítico (recomendación fuerte de la OMS, evidencia de certeza moderada) • corticosteroides no recomendados para pacientes con COVID-19 no grave (recomendación condicional de la OMS, baja certeza de la evidencia). <p>• Referencia: guía de la OMS sobre corticosteroides para COVID-19</p> <ul style="list-style-type: none"> • (OMS 2020 2 de septiembre)

GESTIÓN CLÍNICA Y MANEJO DE UN PROTOCOLO DE SOPORTE CLÍNICO

GESTIÓN CLÍNICA Y MANEJO DE UN PROTOCOLO DE SOPORTE CLÍNICO										
Nombre del Protocolo										
Especialidad										
Población (Grupo Relacionado por Diagnóstico)										
Diagnóstico (situación actual)										
¿Qué esperamos mejorar?	1.									
	2.									
	3.									
Objetivos generales	1.									
	2.									
	3.									
Objetivos específicos	1.									
	2.									
	3.									
Indicadores clínicos	1.									
	2.									
	3.									
Metas	1.									
	2.									
	3.									
Logros	1.									
	2.									
	3.									
Investigación	1.									
	2.									
	3.									
Seguridad Riesgos Calidad										
Auditoría										
✓ Accesibilidad	Documento en papel	Repositorio de CSS	Correo electrónico	APP Celular	Otros					
✓ Disponibilidad										
GESTIÓN CLÍNICA	Planear	Hacer	Estudiar	Actuar	Estandarizar	Consenso	Aval	Implementación	Audito	

	CAJA DE SEGURO SOCIAL DIRECCIÓN EJECUTIVA NACIONAL DE LOS SERVICIOS Y PRESTACIONES EN SALUD DIRECCIÓN NACIONAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEPARTAMENTO NACIONAL DE ESTANDARIZACIÓN DE PROTOCOLOS CLÍNICOS	Revisión	1.0.0.0.
		Fecha	D/M/A
HOJA PARA LA APROBACIÓN DE LOS PROTOCOLOS CLÍNICOS		Documento Nivel I	
		Página	
G-01-2020			

Nombre del Servicio:

Nombre de los protocolos

1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	

APROBACIÓN EN EL SERVICIO

	NOMBRE	FIRMA	FECHA
JEFE DEL SERVICIO			
JEFE DE DOCENCIA			
COORDINADOR/CALIDAD			
FUNCIONARIOS			
✓			
✓			
✓			
✓			
✓			

Nombre de la Autoridad	Firma	Fecha
------------------------	-------	-------

DEPARTAMENTO NACIONAL DE PROTOCOLOS CLÍNICOS

Dr.		
-----	--	--

DIRECCIÓN NACIONAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Dr.		
-----	--	--

DIRECCIÓN EJECUTIVA NACIONAL DE LOS SERVICIOS EN SALUD

Dr.		
-----	--	--

DIRECCIÓN GENERAL

Dr.		
-----	--	--

OBSERVACIONES

--

Protocolo de Manejo de Hipoglicemia Neonatal



Definición

1. Valor de glicemia menor de 40 mg/dl en las primeras 4 horas de vida.
2. Valor de glicemia menor o igual de 45 mg/dl entre las 4 y 24 horas de vida.
3. Valores de glicemia menor de 45 - 50 mg/dl luego de las 24 horas de vida.
4. Valor de glicemia menor a 70 mg/dl si se sospecha de un trastorno genético.

Manifestaciones Clínicas

Neurológicas	Respiratorias	Gastrointestinales
<ul style="list-style-type: none"> • Irritabilidad • Llanto anormal • Letargia • Estupor • Temblores • Apatía • Hipotonía • Temblores • Convulsiones • Coma 	<ul style="list-style-type: none"> • Respiración periódica • Taquipnea • Apneas • Cianosis 	<ul style="list-style-type: none"> • Pobre succión • Pobre tolerancia alimentaria • Vómitos

Etiología

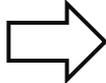
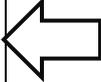
Mecanismo Fisiológico	Desorden
Inadecuado depósito de glucógeno	Prematuridad, PEG, RCIU, estrés perinatal, hipoglicemia
Hiperinsulismo	HMD, hiperinsulinismo congénito, Sd. De Soto, Sd. de Beckwith –Wiedeman
Def. de hormona de crecimiento y Cortisol	Sd. de Costello, hiperpituitarismo
Errores Innatos del Metabolismo	Galactosemia, intolerancia a la fructosa, enfermedad de orina de jarabe de arce

Si hay persistencia de hipoglicemia - proceder a tomar los siguientes laboratorios

Niveles plasmáticos	Niveles en orina
Insulina, cortisol, hormona del crecimiento, ACTH, glucagón, tiroxina, lactato alanina, betahidroxibutirato, aceto acetato, aminoácidos plasmáticos, ácidos grasos libres.	Sustancias reductoras Cuerpos cetónicos Ácidos orgánicos

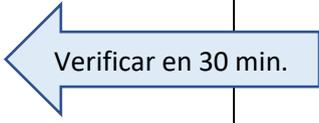
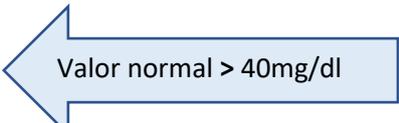
HIPOGLUCEMIA NEONATAL

HIPOGLUCEMIA ASINTOMÁTICA

0 – 4 horas	Iniciar alimentación en la primera hora de vida.	 	Si la glicemia es menor de 25 mg/dl iniciar infusión iv.
	Valor normal de glucemia mayor de 40 mg/dl.		Si la glicemia es > 25 y < de 40 mg/dl alimentar nuevamente y tomar control en 30 minutos.

4 – 24 horas	Infusión IV: D/A 10% 5 – 8 mg/Kg/min	Niveles de glicemia < 35 mg/dl ofrecer vo e infusión de D/A 10% 5 - 8 mg/kg/min
		Niveles de glicemia entre 35 -45 mg/dl dar vo y considerar infusión iv según evolución
		Normal, valor mayor o igual a 45 mg/dl

HIPOGLUCEMIA SINTOMÁTICA

Bolo de D/A 10% 2ml/kg infusión de D/A 10% con VIG 5 - 8 mg/kg/min	 Verificar en 30 min.		
	Aumentar infusión de D/A 12-15% con VIG de 10 - 15 mg/kg/min	 Verificar en 30 min.	
		Evaluar causa de hipoglicemia refractaria. Interconsulta a Endocrinología	 Valor normal > 40mg/dl
			<ul style="list-style-type: none"> • glucagón - corticoides • diazóxide - octreotide • nifedipina - cortisol • hormona del crecimiento • pancreatectomía

PROTOCOLO DE SOPORTE CLÍNICO PARA EL MANEJO DE INFUSIÓN DE INSULINA

Nombre	Edad	Sexo	Peso	CIP
1- DEFINICIÓN DE HIPERGLUCEMIA INTRAHOSPITALARIA				
La hiperglicemia intrahospitalaria se define como un nivel de glucosa en sangre mayor de 140 mg/dl				

2- INDICACIONES DE INFUSIÓN INTRAVENOSA DE INSULINA				
Paciente crítico con hiperglucemia persistente >180 mg/dL				
Paciente no crítico que no alcanza objetivos glucémicos con esquemas insulina subcutánea con glucemias mayor de 350 mg/dL				
Perioperatorio en pacientes con mal control glucémico > 180 mg/dL				
Pacientes con descompensaciones agudas de diabetes				

3- INSTRUCCIONES GENERALES Y PREPARACIÓN DE LA INFUSIÓN DE INSULINA				
Omitir los medicamentos utilizados previamente para la diabetes				
Control de electrolitos al inicio y cada 6 horas				
No utilizar solución dextrosadas para diluir medicamentos				
Si no hay contraindicaciones iniciar hidratación intravenosa con solución salina normal o medio normal con 20 meq de KCl, utilizar solución dextrosada cuando la glucemia es menor de 250 mg/dL				
Diluir 100UI de insulina regular (IRH) en 100mL de solución salina normal y purgar 30mL				

4- MONITORIZACIÓN DE GLUCEMIA				
Glucemia capilar al inicio y cada hora.				
Si se mantiene objetivo glucémico por 2 horas seguidas sin cambios en la velocidad de infusión se tomarán glucemias capilares cada 2 horas.				
Si se mantiene objetivo glucémico por 4 horas seguidas sin cambios en la velocidad de infusión se tomarán glucemias capilares cada 4 horas.				

5- TITULACIÓN DE LA INFUSIÓN DE INSULINA				
Iniciar la infusión de IRH de acuerdo al nivel glucémico y al algoritmo I				
Ajustar velocidad de infusión de acuerdo al nivel glucémico en el algoritmo				
Si glucemia permanece >180mg/dL por 2 horas seguidas y la tasa de cambio por hora es menor de 30 mg/dL ascender al siguiente algoritmo				
Si glicemia permanece <120mg/dL por 2 horas seguidas o si la tasa de cambio por hora es mayor de 60 mg/dL descender al siguiente algoritmo				

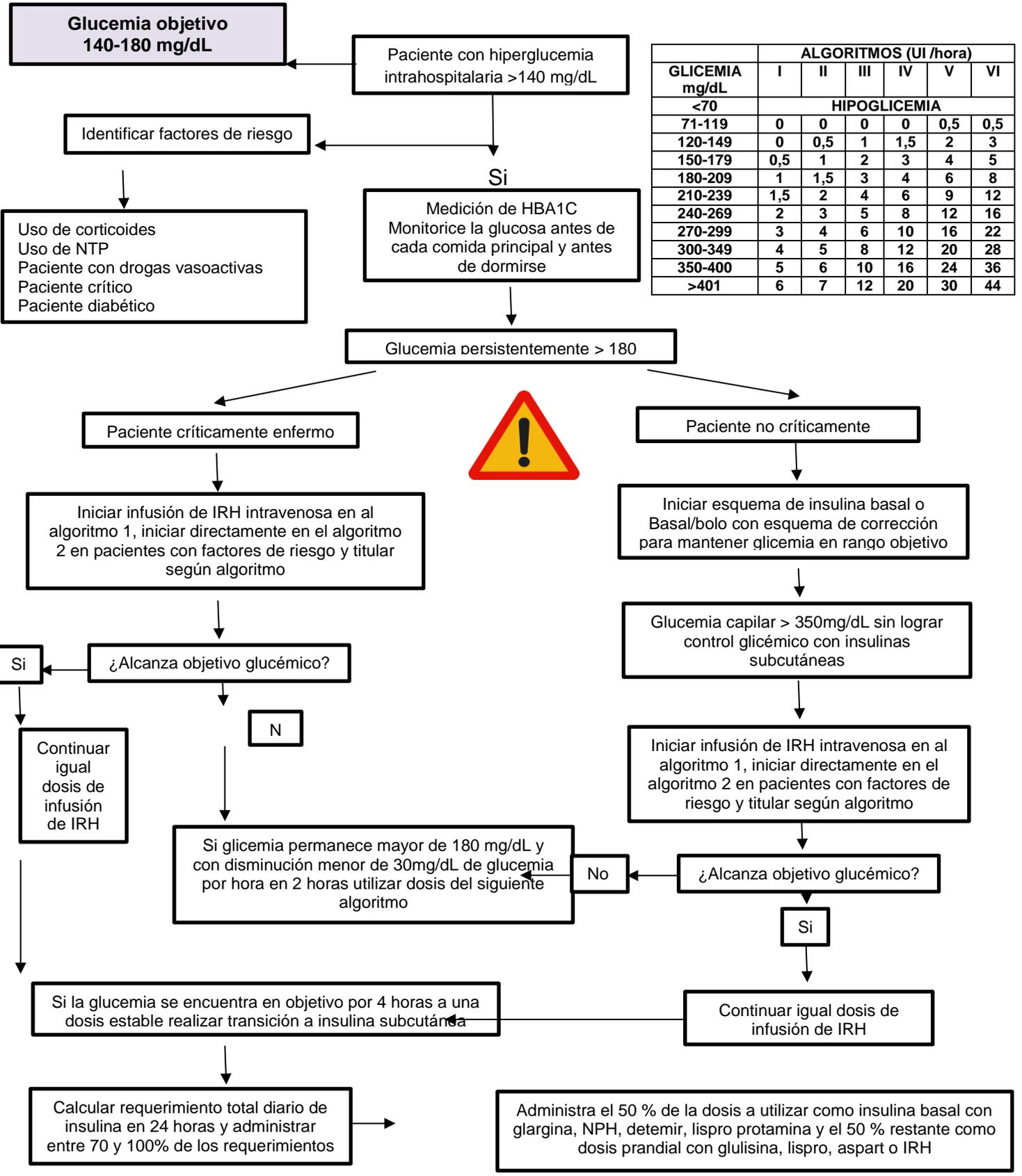
6- TRANSICIÓN DE INSULINA INTRAVENOSA A SUBCUTÁNEA				
Realizar transición a insulina subcutánea cuando se mantiene glucemia estable entre 140-180 mg/dL con una velocidad constante por 4 horas seguidas				
La dosis diaria total calculada corresponderá a la cantidad de insulina en las 2 ultimas horas multiplicado por 12				
La dosis total de insulina se podrá colocar entre el 70-100 % de la calculada				
De la dosis total calculada se dividirá en 50% basal y 50 % prandial				
La dosis total de insulina basal calculada se administrará 2/3 en la mañana y 1/3 en la tarde si se utiliza insulinas de vida media intermedia				
La infusión de insulina se omitirá 2 horas luego de la colocación de insulina basal y cuando se asegure la administración de alimentación enteral o parenteral				



Preparación:
1 cc de Insulina tiene 100 UI
100 UI 1 cc en 100 cc SSN 0.9%
1 UI / cc

<https://emedicine.medscape.com/article/2049152-overview>





7- MANEJO DE HIPOGLICEMIA (Ver Protocolo de Hipoglucemia)

Quando glucemia sea menor de 70mg/dL suspenda la infusión de IRH, administre 25 g de DA al 5% y verifique la glicemia capilar cada 15 minutos, coloque D/A hasta que glucemia sea mayor de 70 mg/dL.

Quando la glucemia sea mayor de 100 mg/dL espere 1 hora y reinicie la infusión de IRH de acuerdo al algoritmo, a la mitad de la dosis correspondiente y luego de 1 hora utilice la dosis indicada.

Bibliografía: Aguilar Salinas, C., & Aschner, P. (2019). Manejo intrahospitalario de la diabetes tipo 2. *ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE DIABETES*, 65-76.// Diabetes Care in the Hospital. (2019). *Standards of Medical Care in Diabetes*, 42(1), s173-s181. doi:10.2337/dc19-S015// Perez, A., Ramos, A., & Carreras, G. (2019). Insulin Therapy in Hospitalized Patients. *American Journal of Therapeutics*, 1-8. doi:10.1097/mjt.0000000000001078// Gómez-Garrido, M., & et al. (2017). Comparacion de 2 protocolos de insulina intravenosa: variabilidad de la glicemia en pacientes criticos. *Endocrinología, Diabetes y Nutrición*, 64(5), 250-257. doi:1016/j.endinu.2017.03.004// Soo Hoo, G., & Griffing, G. (January de 2020). *Intravenous Insulin Therapy*. Obtenido de Medscape: <https://emedicine.medscape.com/article/2049152-overview>.

PROTOCOLO DE USO DE DEXAMETASONA/METILPREDNISOLONA EN PACIENTES CON COVID (en oxígeno)

DATOS CLINICOS DEL PACIENTE

Nombre		Edad		CIP		Sexo	F	M
Embarazo	Sí	No	Teléfonos de familiar responsable					

➤ **DESCRIPCIÓN DEL ESTEROIDE**

Dosis en adultos	Dexametasona : 6 mg i.v u oral diariamente hasta por 10 días
Dosis en niños	Dexametasona : 0.15 mg/kg/día hasta un máximo de 6 mg/día. Hidrocortisona 1 mg/kg/dosis, cada 6 horas hasta 10 días (Máxima dosis 50 mg cada 6 horas)
Farmacovigilancia Alertas	Anafilaxis, psicosis, hiperglucemia, hipokalemia, pancreatitis, aumento presión intracraneal, úlcera péptica Cuidado en Infecciones secundarias, uso en ancianos, inmunosuprimidos, infecciones activas, Infarto, Falla Cardíaca, Hipertensos, desórdenes psiquiátricos, cirróticos, renales. (www.epocrates.com)/ APP
Embarazo-Lactancia	No contraindicado. Uso con cuidado – Igual dosis de adulto.

➤ **ESQUEMA DE TRATAMIENTO (adulto)**

Dexametasona 6 mg diario i.v. u oral hasta por 10 días (o esquema alternativo aceptable) en adultos con Covid-19 quienes están recibiendo oxígeno (incluyendo en ventilador). Si no hay dexametasona usar régimen alternativo: Hidrocortisona: i.v (50 mg), cada 6 horas) Prednisolona: oral (50 mg), diarios Metilprednisolona Dosis: 16mg/Kg iv c/12 horas o 32 mg iv cada día.	Fecha de inicio	Fecha de finalización

CONSECUENCIAS DE USO DE ESTEROIDES EN PACIENTES COVID (con y sin diabetes): Efecto metabólico 36 horas
 Hiperglucemia > 180 mg/dl (> 10mmol/L) (glucemia x 0.055) aumenta la mortalidad en Covid
 Objetivo de nivel de glucemia: 6 – 10 mmol/L (110 – 180 mg/dl)

Afecta la resistencia y producción de insulina	Cetoacidosis	Estado hiperosmolar no cetósico	Hiperglucemia resistente
--	--------------	---------------------------------	--------------------------

PARÁMETROS CLÍNICOS DE VIGILANCIA ESTRECHA

Hipertensión Arterial	Hiperglucemia	Estado de conciencia	Sangrado digestivo	Electrolitos
	✓	✓	✓	✓

USO DE INSULINA BASAL (No es recomendable uso de sulfonilureas)

Si la glucemia < 220mg/dl (10mmol/L) iniciar **NPH dosis total de 0.3 U /Kg/día**. 2/3 am y 1/3 pm

En pacientes que no usan Insulina: Ejemplo: 80Kg x 0.3 = 24 U/día... 16 U am y 8 U pm

Alerta: Mayores de 70 años, fragilidad, TFG < 30 ml/min (Use 0.15 Unidades/Kg) Consultar si es necesario.

En pacientes que usan Insulina de acción prolongada o NPH aumente un 20% en forma escalada según respuesta.

Si usa basal con NPH se usa 45 minutos antes del desayuno y en la tarde depende del esquema seleccionado puede aplicarse 45 minutos antes de cena es un esquema convencional o NPH nocturno 9pm si es basal-bolus.

ESQUEMA PARA EL CONTROL DE LA HIPERGLUCEMIA (Protocolo de control de la glucemia)

Día 1	Día 2	Día 3	Día 4	Día 5	Día 6	Día 7	Día 8	Día 9	Día 10

Glucosa (mg/dl)	Sensible a insulina+ (UI)	Usual* (UI)	** Resistente a insulina
➤ 141-180	2	4	6
181-220	4	6	8
221-260	6	8	10
261-300	8	10	12
301-350	10	12	14
351-400	12	14	16
>401	14	16	18

PACIENTE N X B o POBRE INGESTA ORAL	ADECUADA INGESTA ORAL
Usar esquema de corrección de IRH S.C o análogos de acción rápida para corrección según glucemia capilar cada 6h.	Usar usar dosis fija de análogo de acción corta o insulina rápida Glucemia capilar 6am,11am,4pm,9pm. (Bolo nutricional antes de cada comida)

La insulina de acción prandial debe aplicarse 45 minutos antes de las comidas en caso de usar insulina Rápida o 15 a 20 minutos antes en el caso de insulina Lispro , Aspart o glulisina.

MEDICAMENTOS EN USO ACTUAL (Conciliación)

--	--	--	--	--

✓ EVOLUCIÓN CLÍNICA	Con mejoría	Sin mejoría	Muerte
✓			

CSS - DENSYP
PROTOCOLO DE USO DE DEXAMETASONA EN PACIENTES CON COVID (en oxígeno)

BASE DE DATOS CLINICOS DEL PACIENTE

Nombre					Edad		CIP		Sexo	F	M	
Embarazo	Sí		No		Teléfonos de familiar responsable							
Diabetes	Sí		No		HbA _{1c}			Glicemia antes de Dexametasona				
Otras comorbilidades:	1.			2.			3.			4.		
Medicamentos que toma	1.			2.			3.			4.		

✓ **Uso de dexametasona / metilprednisolona**

Día 1	Día 2	Día 3	Día 4	Día 5	Día 6	Día 7	Día 8	Día 9	Día 10	Día 11	Día 12	Día 13	Día 14	Día 15
✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓					

Glucemias

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

HbA_{1c} (Hemoglobina glicosilada)

--

Complicaciones de hiperglucemia (describa corto)

Descompensación	Cetoacidosis	Estado Hiperosmolar	Hipoglucemia

Consecuencias clínicas de la hiperglucemia (describa corto)

Estancia hospitalaria	Infección Sitio quirúrgico	Otras atribuibles

Observaciones adicionales

1	
2	
3	
4	
5	