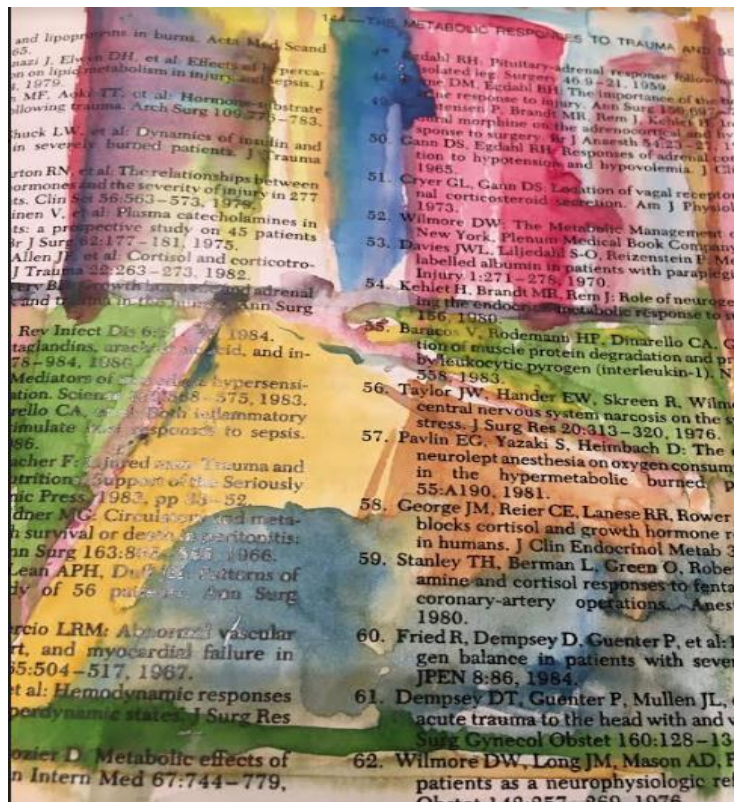


7ª Jornada de Actualización en Diabetes tipo 2 de la SoMaMFyC

#7diabetesSOMAMFYC

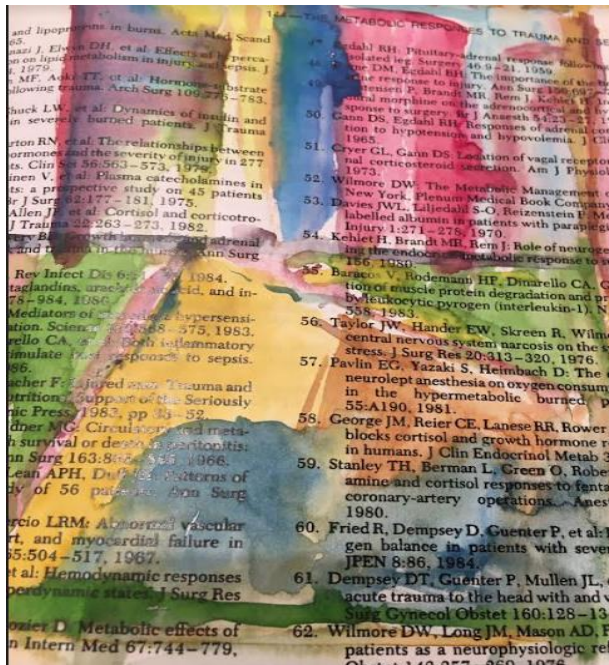
21 de Abril de 2022

Hospital Universitario
Ramón y Cajal



7ª Jornada de Actualización en Diabetes tipo 2 de la SoMaMFyC
Mesa 1: Novedades Terapéuticas
#7diabetesSOMAMFYC

INSULINIZACIÓN



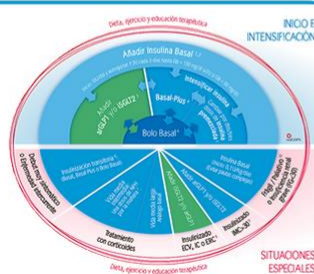
Sara Artola Menéndez
Médico de familia
C.S. José Marvá. Madrid

Nuevo

Algoritmo de insulinización de la DM2, de la redGDPS (2022)

La actualización del algoritmo de insulinización de la DM2 es una pieza clave y resumen del consenso, nace de fructíferas reuniones y discusiones científicas de todo el grupo de trabajo. Esperamos que os sean de utilidad en la práctica clínica asistencial.

Publicado: 29/03/2022



SUPLEMENTO EXTRAORDINARIO Diabetes práctica

Actualización y habilidades en **Atención Primaria**

Suplemento n.º 2 - 2022



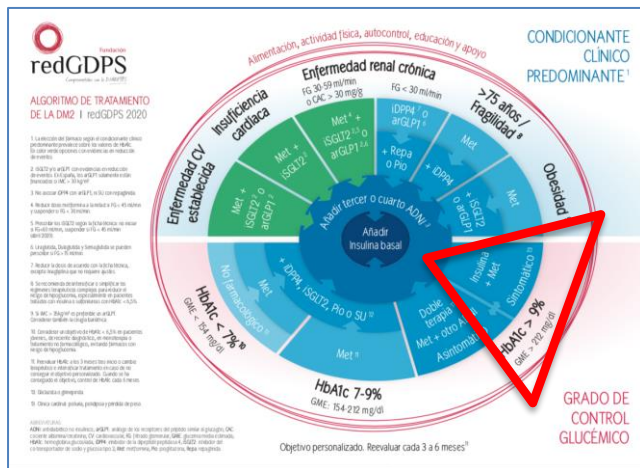
Algoritmo de insulinización de la DM2 redGDPS 2022

Coordinadores:
Sara Artola Menéndez
Manel Mata Cases

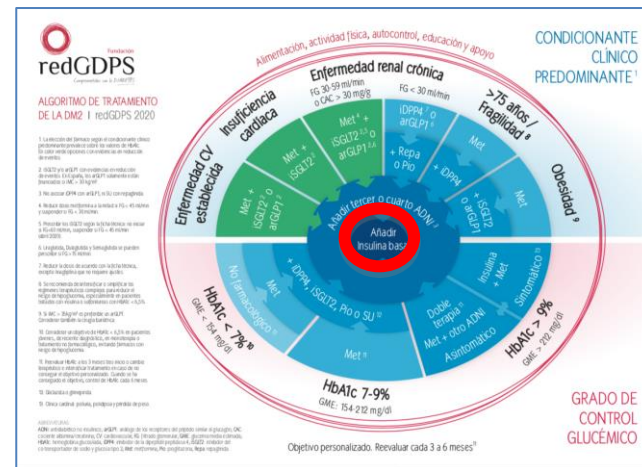
Autores:
Carlos Ortega Millán
Ana M.ª Cebrán Cuenca
Patxi Ezkurra Loliola
Ana Piera Carbonell
Jorge Navarro-Pérez
Gustavo Mora Navarro
Noelia Sanz Vela
Ángeles Beatriz Álvarez Hermida



Insulinización al diagnóstico



Insulinización en seguimiento



Algoritmo de tratamiento de la DM 2 redGDPS 2020

ALGORITMO DE INSULINIZACIÓN DE LA DM2 | redGDPS 2022

1. Antes del inicio de la insulina valorar como primer injectable un arGLP1 en pacientes con IMC > 30.
2. Reducir dosis o suspender SU.
3. Añadir arGLP1/iSGLT2 mejora riesgo cardiorenal, pérdida de peso, con menos hipoglucemia. Suspender DPP4 si se añade arGLP1.
4. Suspender SU. Permite más flexibilidad horaria.
5. Suspender SU. Requiere hábitos y horarios constantes.
6. Dosis inicial: 0.3-0.5 U/kg basal. Si se opta por bolo-basal: 50% basal y 50% prandial repartida antes de las 3 comidas.
7. Ajustar la dosis de NPH con la glucemia precoma.
8. En IC y ERC de elección iSGLT2 con beneficios demostrados.
9. Si IMC > 35 es preferible arGLP1. Considerar la cirugía bariátrica.
10. Evitar hipoglucemias y glucemias > 270 mg/dl.

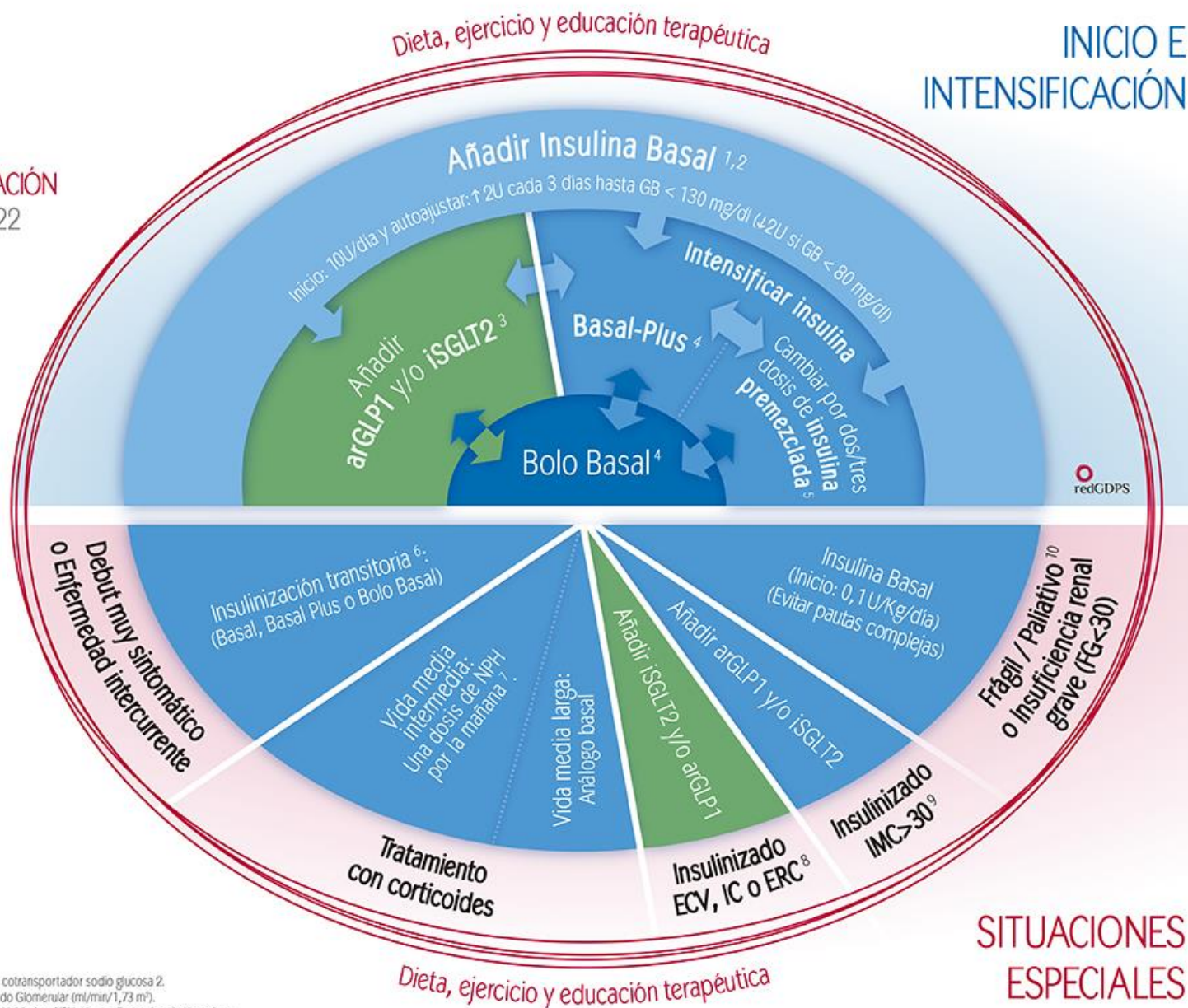
Nota: ¿CUÁNDO DESINTENSIFICAR?

Considerar la retirada progresiva de insulina en:

- a) Insulinización durante un ingreso o proceso intercurrente con control glucémico previo adecuado.
- b) Insulinización desde el debut con buen control mantenido.
- c) Control adecuado con dosis < 0.5 U/Kg/día y duración de la diabetes < 10 años.
- d) Pacientes sometidos a cirugía bariátrica.

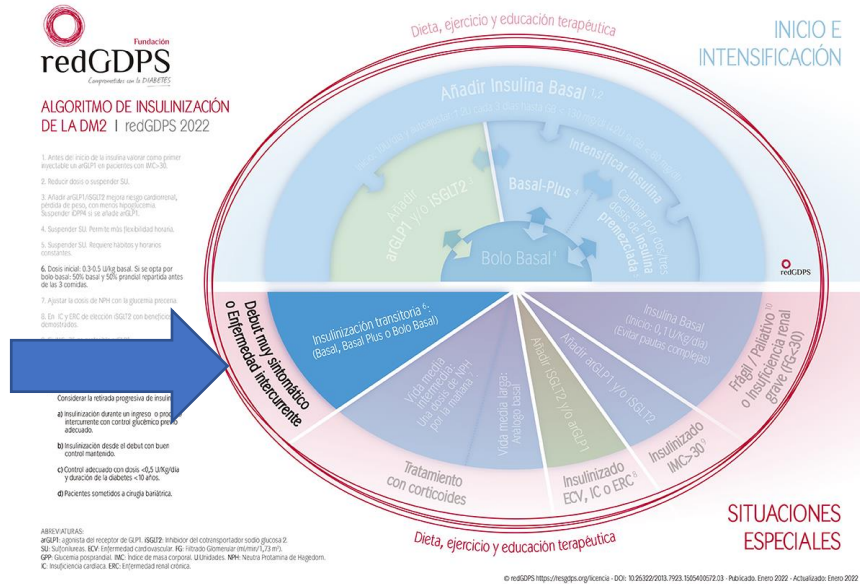
ABREVIATURAS:

arGLP1: agonista del receptor de GLP1. iSGLT2: Inhibidor del cotransportador sodio glucosa 2.
SU: Sulfonylureas. ECV: Enfermedad cardiovascular. FG: Filtrado Glomerular (ml/min/1.73 m²).
GPP: Glucemia posprandial. IMC: Índice de masa corporal. U: Unidades. NPH: Neutra Protamina de Hagedorn.
IC: Insuficiencia cardíaca. ERC: Enfermedad renal crónica.



Algoritmo de Insulinización de la DM 2 redGDPS 2022

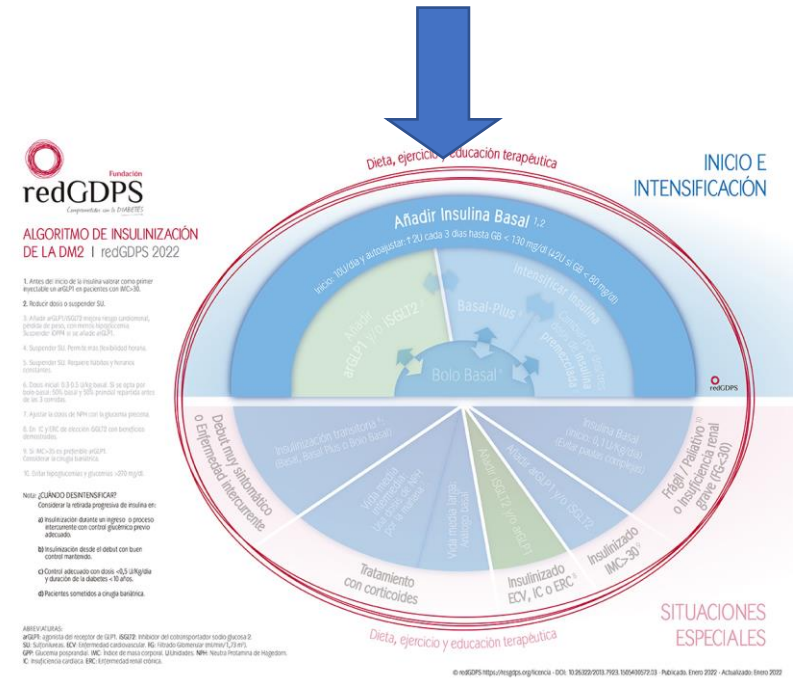
Insulinización al diagnóstico



Dosis inicial = 0,3 – 0,5 UI/Kg:

- Basal: dosis única.
- Bolo-basal: 50% basal + 50% prandial/3

Insulinización en seguimiento



Inicio con 10 U/día Insulina basal y autoajustar +2 U cada 3 días hasta que la GB <130 mg/dl
- (Si GB < 80 mg/dl reducir 2 U)

Debut sintomático – Enf. intercurrente

Importante descompensación metabólica:

- Glucemia > 270 mg/dl
- HbA1c $> 9\%$



Síntomas de Hiperglucemia importante:

- poliuria, polidipsia, polifagia.
- Pérdida de peso.
- Cetonuria.

Insulinas comercializadas en España. Marzo 2022.

Gustavo Mora Navarro. Rosario Iglesias González. Julio Sagredo Pérez

TIPO DE INSULINA				VIALES	PLUMAS	Inicio	Pico máx	Duración	Aspecto
P R A N D I A L	ULTRARRÁPIDAS	FAST ASPART		Fiasp®	Fiasp FlexTouch®	5-10 min	1-2 h	2-4 h	Claro
		ASPART		NovoRapid®	NovoRapid Flexpen®	10-15 min			
		GLULISINA		Apidra®	Apidra Solostar®				
		LISPRO	100	Humalog®	Humalog KwikPen®				
			200	(No disponible)	Humalog Junior KwikPen®				
	RÁPIDAS			Actrapid® Humulina Regular®	Actrapid Innolet®	30 min	2 – 4 h	5-8 h	Claro
B A S A L	INTERMEDIAS	NPH		Insulatard® Humulina NPH®	Insulatard FlexPen® Humulina NPH KwikPen®	2 h	4 – 8 h	12 h	Turbio
	PROLONGADAS	GLARGINA	100	Lantus®	Lantus Solostar®	1-2 h	Sin pico	20-24 h	Claro
			100 biosimilar	(No disponible)	Abasaglar KwikPen®	1-2 h	Sin pico	20-24 h	Claro
				(No disponible)	Semglee®	1-2 h	Sin pico	20-24 h	Claro
			300	(No disponible)	Toujeo Solostar® Toujeo DoubleStar®	3-4 h	Sin pico	24-36 h	Claro
		DETEMIR		(No disponible)	Levemir Flexpen® Levemir Innolet®	1-2 h	Sin pico	12-18 h	Claro
	DEGLUDEC		(No disponible)	Tresiba FlexTouch® 100		1-2 h	Sin pico	24-42 h	Claro
Tresiba FlexTouch® 200									
M E Z C L A S	Con insulina humana	RÁPIDA + NPH		Mixtard 30® Humulina 30:70®	Mixtard 30 Innolet® Humulina 30:70 KwikPen®	30 min	Doble	12 h	Turbio
	Con análogos de insulina	ASPART + NPA			NovoMix 30 Flexpen® NovoMix 50 Flexpen® NovoMix 70 Flexpen®	10-15 min	Doble	12 h	Turbio
		LISPRO + NPL			Humalog Mix 25 KwikPen® Humalog Mix 50 KwikPen®	10-15 min	Doble	12 h	Turbio

... Que hacemos con los ADNIIs ?

- **Mantener** el tratamiento con MTF, iDPP4, arGLP1 o iSGLT2
- **Suspender** la pioglitazona, por el mayor riesgo de edemas
- **SU**
 - Si se suspenden: Explicar al paciente que puede experimentar un empeoramiento inicial de la glucemia.
 - Si se mantienen: Reducir dosis por riesgo de hipoglucemia

¿ CUANDO INTENSIFICAR EL TRATAMIENTO CON INSULINA?

- ☐ La dosis de **insulina basal** es **mayor de 0,5 U/kg** peso.
- ☐ Los niveles de glucosa **posprandial** son **mayores de 180 mg/dl**.
- ☐ La **GB** es **menor 130 mg/dl** y la **HbA1c** no alcanza el objetivo.
- ☐ Si la **diferencia entre la glucemia** previa a acostarse y la glucemia basal plasmática es **mayor de 50 mg/dl**

Ajustes de la pauta de insulina

Antes de cambiar la dosis, comprobar

- La alteración persiste al menos **3 días**.
- El **cumplimiento de la dieta** es aceptable y no hay omisiones (suplementos).
- El **ejercicio físico** es regular.
- Las **técnicas de autoanálisis** e **inyección** son correctos.



INTENSIFICAR CON **arGLP1** o **iSGLT2** tras INSULINA BASAL

- Obesidad (**IMC > 30** kg/m₂).
- **ECV** y/o enfermedad **renal**, por el beneficio cardiorrenal.
- **Antecedentes de hipoglucemias** o alto riesgo de sufrirlas.
- **Dificultades** para manejar pautas con múltiples dosis de insulina.

ALGORITMO DE INSULINIZACIÓN DE LA DM2 | redGDPS 2022

1. Antes del inicio de la insulina valorar como primer inyectable un arGLP1 en pacientes con IMC > 30.
2. Reducir dosis o suspender SU.
3. Añadir arGLP1/iSGLT2 mejora riesgo cardiorenal, pérdida de peso, con menos hipoglucemia. Suspender DPP4 si se añade arGLP1.
4. Suspender SU. Permite más flexibilidad horaria.
5. Suspender SU. Requiere hábitos y horarios constantes.
6. Dosis inicial: 0.3-0.5 U/kg basal. Si se opta por bolo basal: 50% basal y 50% prandial repartida antes de las 3 comidas.
7. Ajustar la dosis de NPH con la glucemia precoma.
8. En IC y ERC de elección iSGLT2 con beneficios demostrados.
9. Si IMC > 35 es preferible arGLP1. Considerar la cirugía bariátrica.
10. Evitar hipoglucemias y glucemias > 270 mg/dl.

Nota: ¿CUÁNDO DESINTENSIFICAR?

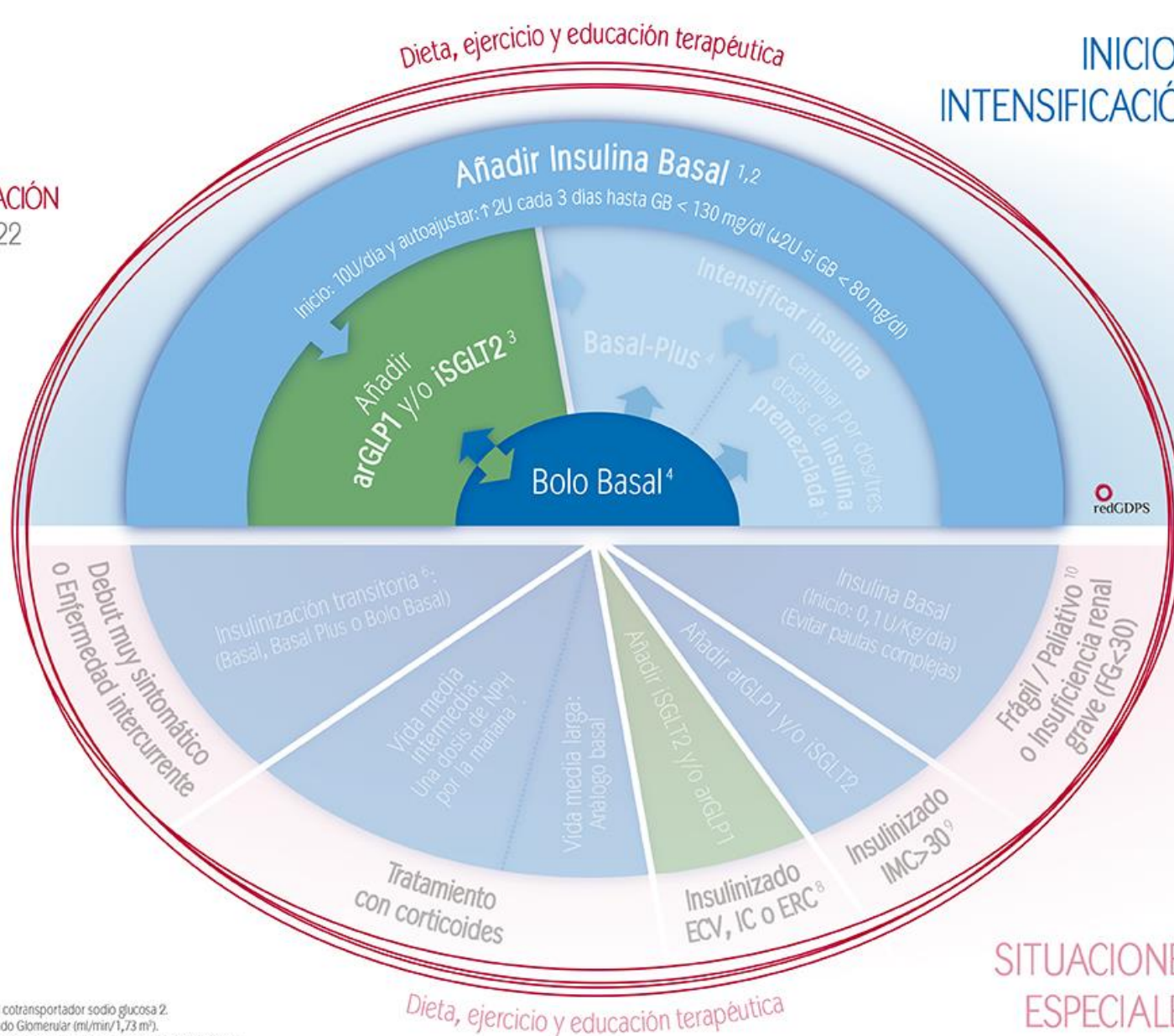
Considerar la retirada progresiva de insulina en:

- a) Insulinización durante un ingreso o proceso intercurrente con control glucémico previo adecuado.
- b) Insulinización desde el debut con buen control mantenido.
- c) Control adecuado con dosis < 0.5 U/kg/día y duración de la diabetes < 10 años.
- d) Pacientes sometidos a cirugía bariátrica.

ABREVIATURAS:

arGLP1: agonista del receptor de GLP1. iSGLT2: Inhibidor del cotransportador sodio glucosa 2.
SU: Sulfonilureas. ECV: Enfermedad cardiovascular. FG: Filtrado Glomerular (ml/min/1.73 m²).
GPP: Glucemia posprandial. IMC: Índice de masa corporal. U: Unidades. NPH: Neutra Protamina de Hagedorn.
IC: Insuficiencia cardíaca. ERC: Enfermedad renal crónica.

INICIO E INTENSIFICACIÓN



ALGORITMO DE INSULINIZACIÓN DE LA DM2 | redGDPS 2022

1. Antes del inicio de la insulina valorar como primer inyectable un arGLP1 en pacientes con IMC > 30.
2. Reducir dosis o suspender SU.
3. Añadir arGLP1/ISGLT2 mejora riesgo cardiorenal, pérdida de peso, con menos hipoglucemia. Suspender IDPP4 si se añade arGLP1.
4. Suspender SU. Permite más flexibilidad horaria.
5. Suspender SU. Requiere hábitos y horarios constantes.
6. Dosis inicial: 0.3-0.5 U/kg basal. Si se opta por bolo-basal: 50% basal y 50% prandial repartida antes de las 3 comidas.
7. Ajustar la dosis de NPH con la glucemia precoma.
8. En IC y ERC de elección iSGLT2 con beneficios demostrados.
9. Si IMC > 35 es preferible arGLP1. Considerar la cirugía bariátrica.
10. Evitar hipoglucemias y glucemias > 270 mg/dl.

Nota: ¿CUÁNDO DESINTENSIFICAR?

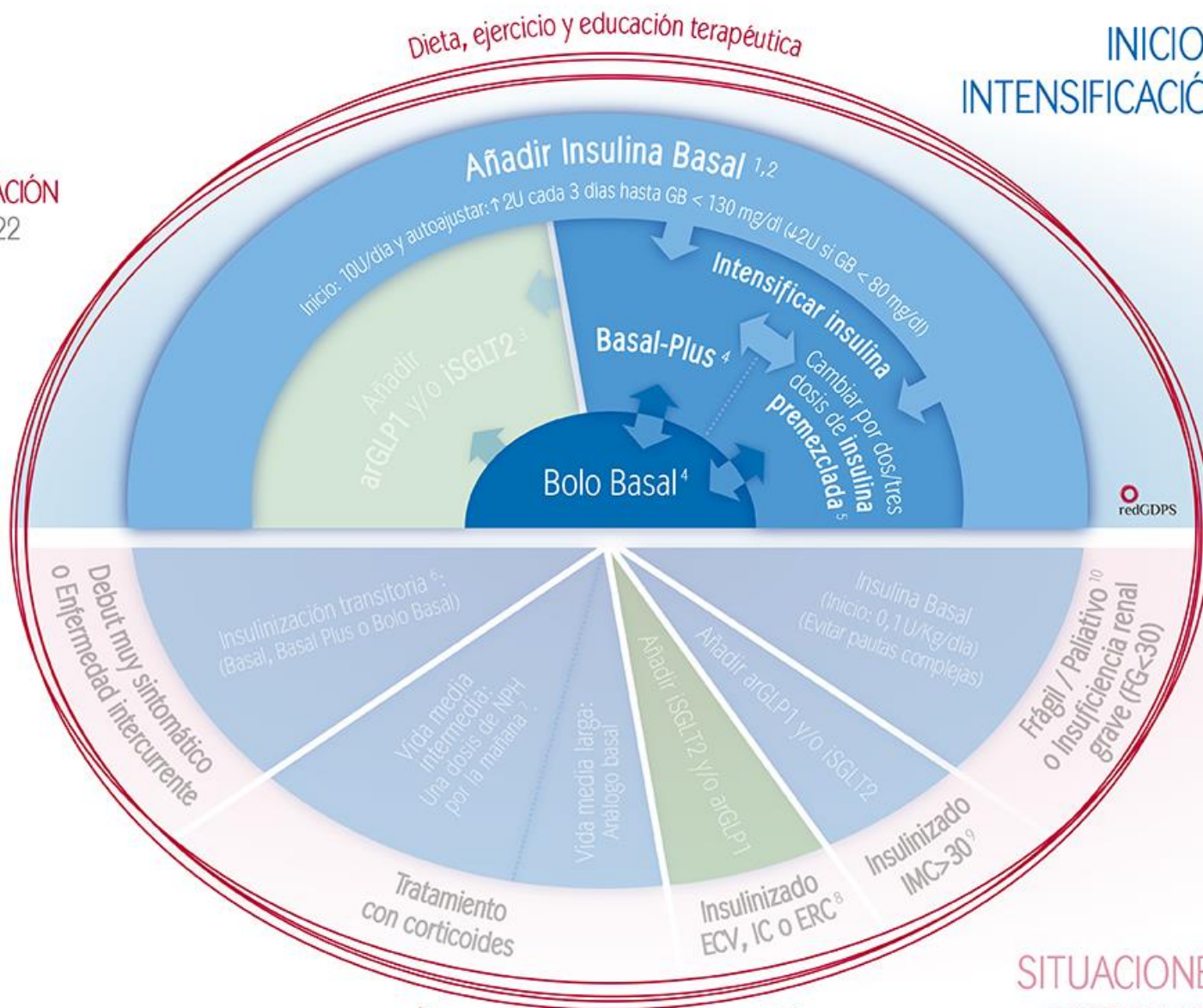
Considerar la retirada progresiva de insulina en:

- a) Insulinización durante un ingreso o proceso intercurrente con control glucémico previo adecuado.
- b) Insulinización desde el debut con buen control mantenido.
- c) Control adecuado con dosis < 0.5 U/kg/día y duración de la diabetes < 10 años.
- d) Pacientes sometidos a cirugía bariátrica.

ABREVIATURAS:

arGLP1: agonista del receptor de GLP1. iSGLT2: Inhibidor del cotransportador sodio glucosa 2.
SU: Sulfonilureas. ECV: Enfermedad cardiovascular. FG: Filtrado Glomerular (ml/min/1.73 m²).
GPP: Glucemia posprandial. IMC: Índice de masa corporal. U: Unidades. NPH: Neutra Protamina de Hagedorn.
IC: Insuficiencia cardíaca. ERC: Enfermedad renal crónica.

INICIO E INTENSIFICACIÓN



SITUACIONES ESPECIALES

ALGORITMO DE INSULINIZACIÓN DE LA DM2 | redGDPS 2022

1. Antes del inicio de la insulina valorar como primer inyectable un arGLP1 en pacientes con IMC > 30.
2. Reducir dosis o suspender SU.
3. Añadir arGLP1/ISGLT2 mejora riesgo cardiorenal, pérdida de peso, con menos hipoglucemia. Suspender IDPP4 si se añade arGLP1.
4. Suspender SU. Permite más flexibilidad horaria.
5. Suspender SU. Requiere hábitos y horarios constantes.
6. Dosis inicial: 0.3-0.5 U/kg basal. Si se opta por bolo basal: 50% basal y 50% prandial repartida antes de las 3 comidas.
7. Ajustar la dosis de NPH con la glucemia precoma.
8. En IC y ERC de elección ISGLT2 con beneficios demostrados.
9. Si IMC > 35 es preferible arGLP1. Considerar la cirugía bariátrica.
10. Evitar hipoglucemias y glucemias > 270 mg/dl.

Nota: ¿CUÁNDO DESINTENSIFICAR?

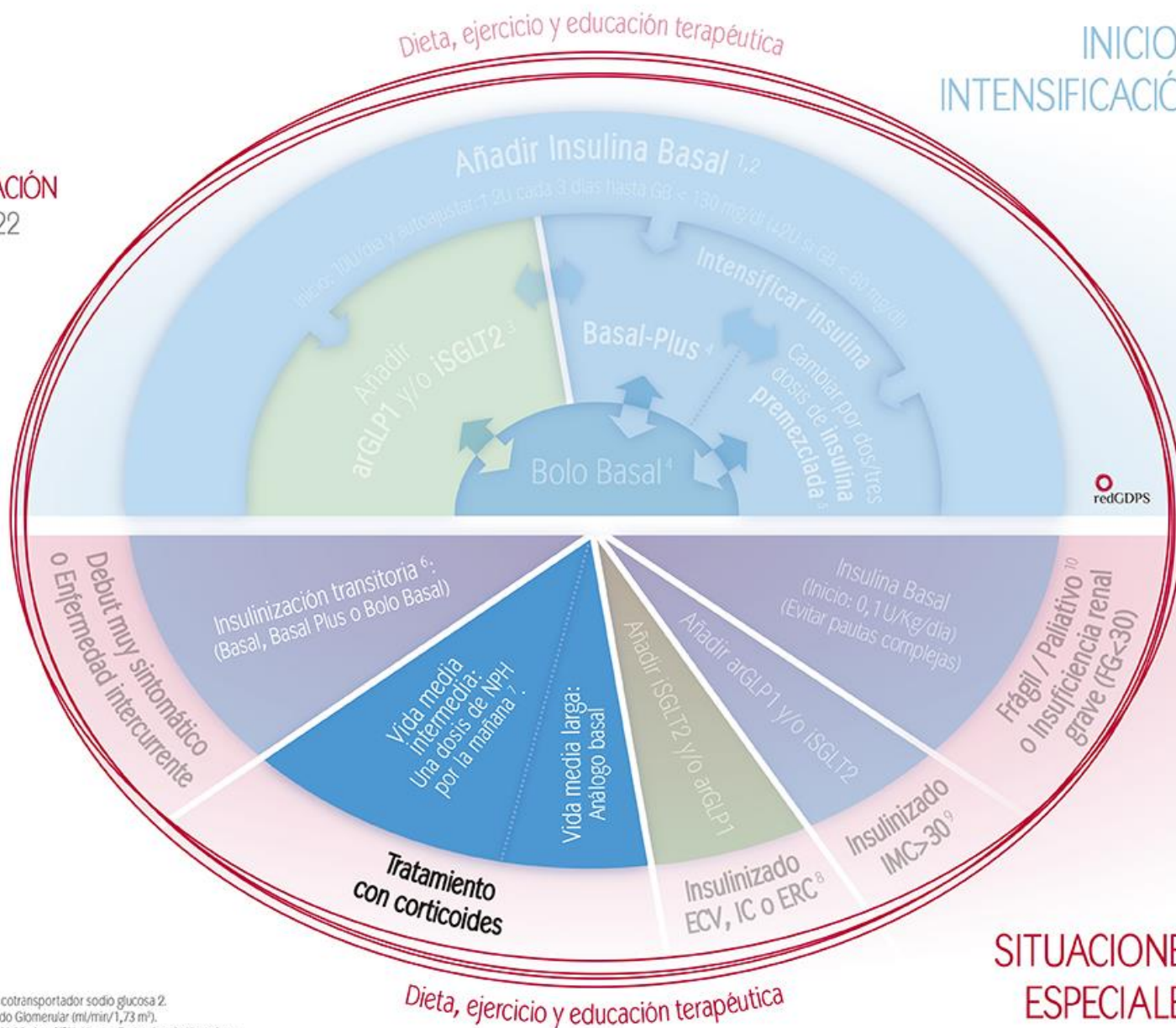
Considerar la retirada progresiva de insulina en:

- a) Insulinización durante un ingreso o proceso intercurrente con control glucémico previo adecuado.
- b) Insulinización desde el debut con buen control mantenido.
- c) Control adecuado con dosis < 0.5 U/Kg/día y duración de la diabetes < 10 años.
- d) Pacientes sometidos a cirugía bariátrica.

ABREVIATURAS:

arGLP1: agonista del receptor de GLP1. ISGLT2: Inhibidor del cotransportador sodio glucosa 2.
SU: Sulfonilureas. ECV: Enfermedad cardiovascular. FG: Filtrado Glomerular (ml/min/1.73 m²).
GPP: Glucemia posprandial. IMC: Índice de masa corporal. U: Unidades. NPH: Neutra Protamina de Hagedorn.
IC: Insuficiencia cardíaca. ERC: Enfermedad renal crónica.

INICIO E INTENSIFICACIÓN

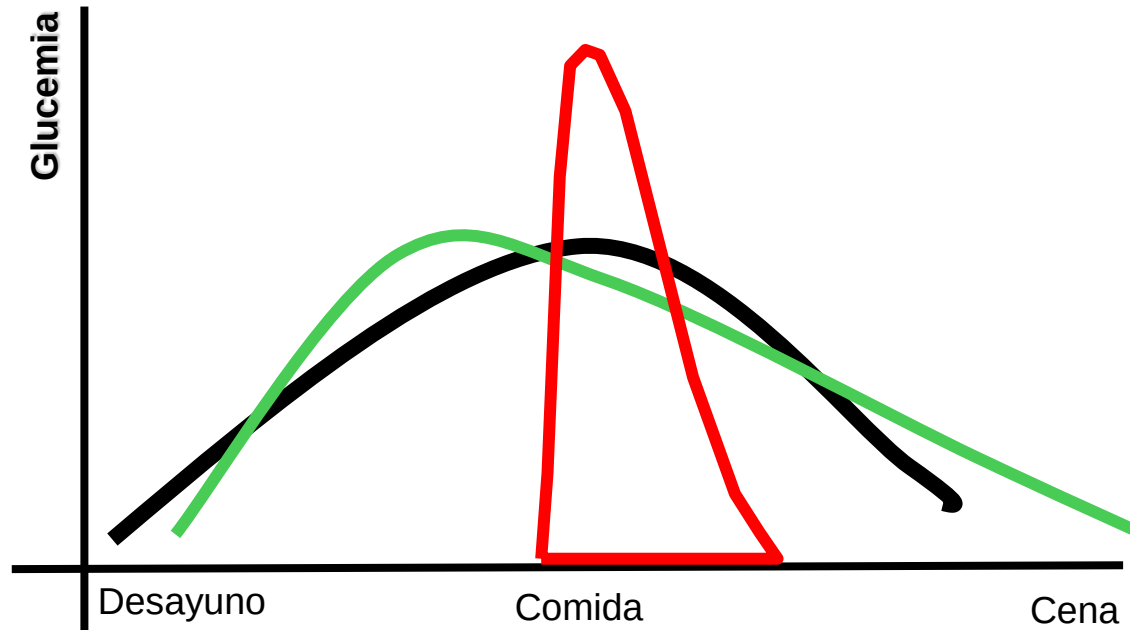


SITUACIONES ESPECIALES

Glucocorticoides: perfil de acción

Tipo de GC	Pico	Duración
Vida media intermedia: Prednisona Metilprednisolona Deflazacort	4 – 8 horas	12 -16 horas
Vida media larga: Dexametasona	Sin pico	20 horas (24-36)
Intraarticulares*	2 – 24 horas	2 – 3 días (hasta 5)

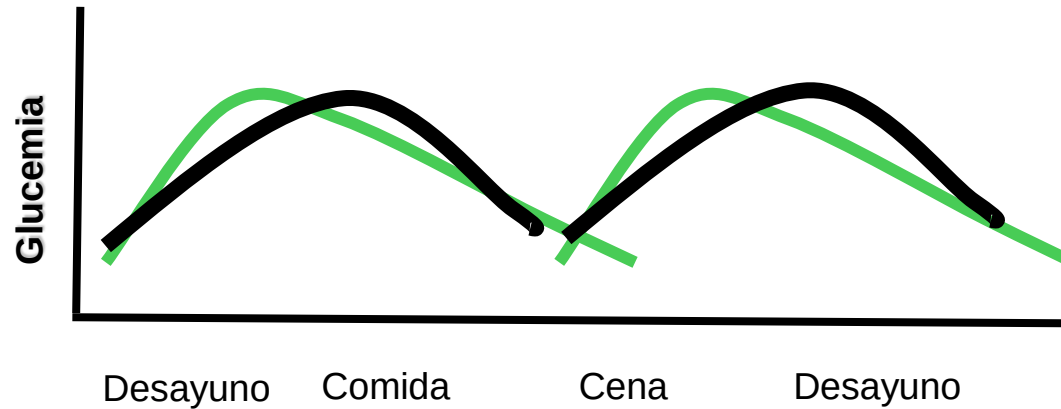
Hiperglucemia x 1 dosis de GC de acción intermedia (



Insulina **NPH** antes del desayuno

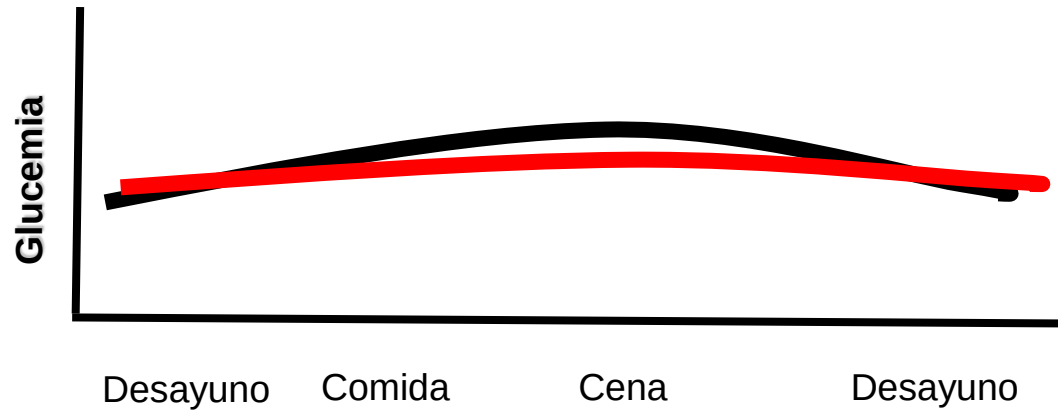
Quizá algún bolo de **insulina prandial** antes de la comida

Hiperglucemia x 2 dosis de GC acción intermedia (De y Ce)



Dos dosis de Insulina intermedia NPH

Hiperglucemia x GC acción prolongada o intraarticulares



Una dosis de análogo basal: **Glargina**

ALGORITMO DE INSULINIZACIÓN DE LA DM2 | redGDPS 2022

1. Antes del inicio de la insulina valorar como primer inyectable un aGLP1 en pacientes con IMC > 30.
2. Reducir dosis o suspender SU.
3. Añadir aGLP1/iSGLT2 mejora riesgo cardiorenal, pérdida de peso, con menos hipoglucemia. Suspender iDPP4 si se añade aGLP1.
4. Suspender SU. Permite más flexibilidad horaria.
5. Suspender SU. Requiere hábitos y horarios constantes.
6. Dosis inicial: 0.3-0.5 U/kg basal. Si se opta por bolo basal: 50% basal y 50% prandial repartida antes de las 3 comidas.
7. Ajustar la dosis de NPH con la glucemia precoma.
8. En IC y ERC de elección iSGLT2 con beneficios demostrados.
9. Si IMC > 35 es preferible aGLP1. Considerar la cirugía bariátrica.
10. Evitar hipoglucemias y glucemias > 270 mg/dl.

Nota: ¿CUÁNDO DESINTENSIFICAR?

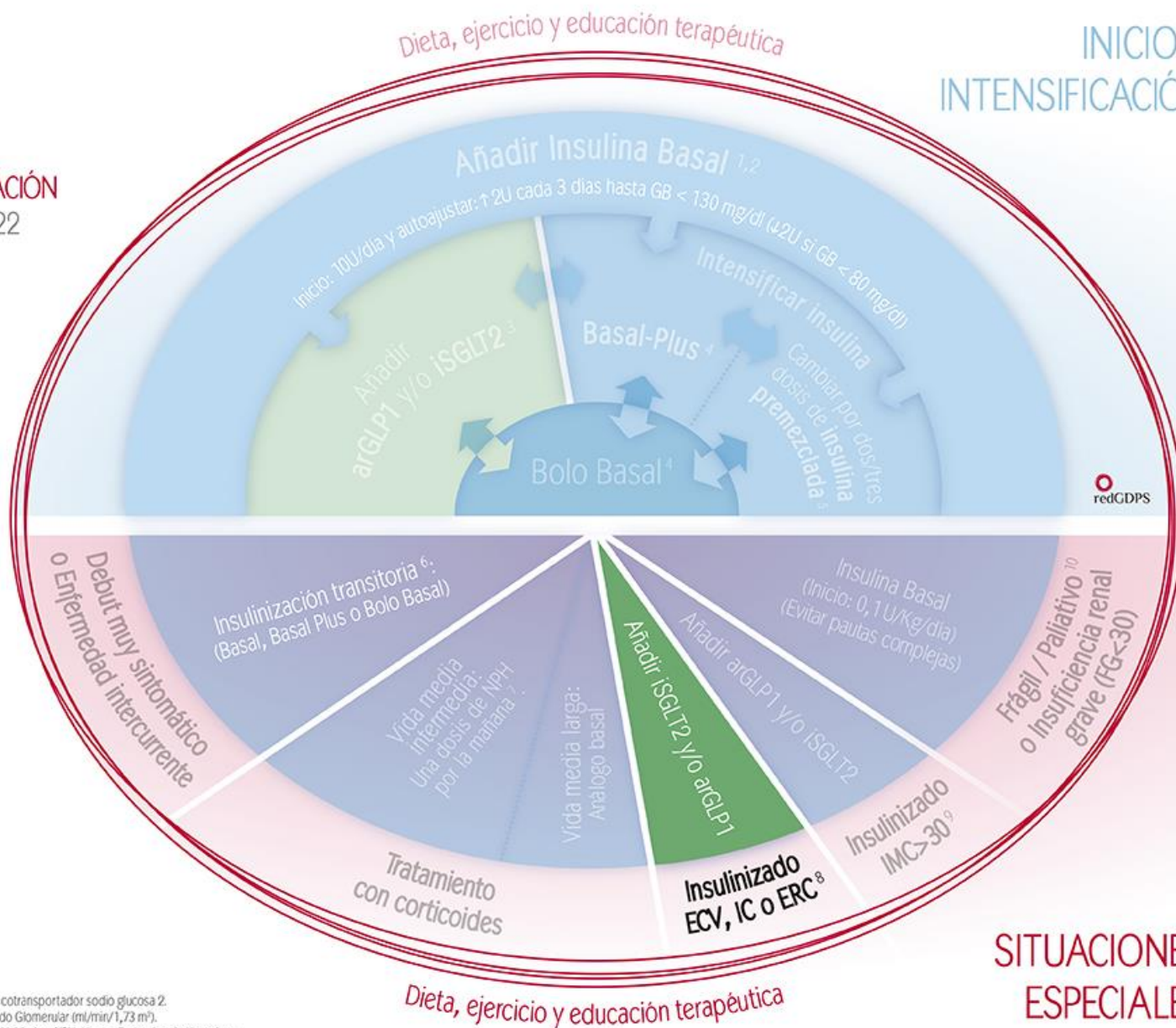
Considerar la retirada progresiva de insulina en:

- a) Insulinización durante un ingreso o proceso intercurrente con control glucémico previo adecuado.
- b) Insulinización desde el debut con buen control mantenido.
- c) Control adecuado con dosis < 0.5 U/kg/día y duración de la diabetes < 10 años.
- d) Pacientes sometidos a cirugía bariátrica.

ABREVIATURAS:

aGLP1: agonista del receptor de GLP1. iSGLT2: Inhibidor del cotransportador sodio glucosa 2.
SU: Sulfonilureas. ECV: Enfermedad cardiovascular. FG: Filtrado Glomerular (ml/min/1.73 m²).
GPP: Glucemia posprandial. IMC: Índice de masa corporal. U: Unidades. NPH: Neutra Protamina de Hagedorn.
IC: Insuficiencia cardíaca. ERC: Enfermedad renal crónica.

INICIO E INTENSIFICACIÓN



SITUACIONES ESPECIALES

ALGORITMO DE INSULINIZACIÓN DE LA DM2 | redGDPS 2022

1. Antes del inicio de la insulina valorar como primer inyectable un arGLP1 en pacientes con IMC > 30.
2. Reducir dosis o suspender SU.
3. Añadir arGLP1/iSGLT2 mejora riesgo cardiorenal, pérdida de peso, con menos hipoglucemia. Suspender IDPP4 si se añade arGLP1.
4. Suspender SU. Permite más flexibilidad horaria.
5. Suspender SU. Requiere hábitos y horarios constantes.
6. Dosis inicial: 0.3-0.5 U/kg basal. Si se opta por bolo basal: 50% basal y 50% prandial repartida antes de las 3 comidas.
7. Ajustar la dosis de NPH con la glucemia precoma.
8. En IC y ERC de elección iSGLT2 con beneficios demostrados.
9. Si IMC > 35 es preferible arGLP1. Considerar la cirugía bariátrica.
10. Evitar hipoglucemias y glucemias > 270 mg/dl.

Nota: ¿CUÁNDO DESINTENSIFICAR?

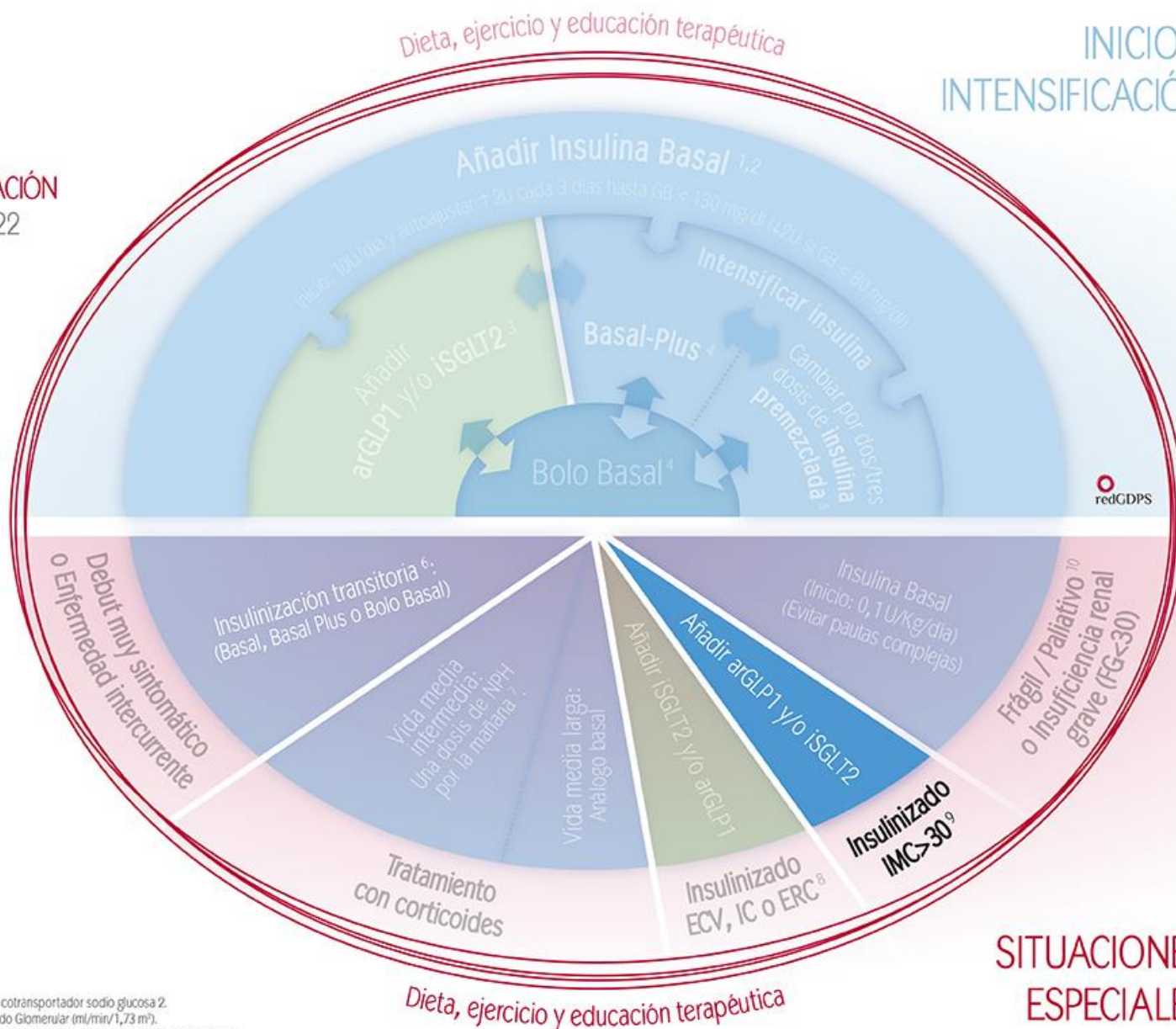
Considerar la retirada progresiva de insulina en:

- a) Insulinización durante un ingreso o proceso intercurrente con control glucémico previo adecuado.
- b) Insulinización desde el debut con buen control mantenido.
- c) Control adecuado con dosis < 0.5 U/Kg/día y duración de la diabetes < 10 años.
- d) Pacientes sometidos a cirugía bariátrica.

ABREVIATURAS:

arGLP1: agonista del receptor de GLP1. iSGLT2: Inhibidor del cotransportador sodio glucosa 2.
SU: Sulfonilureas. ECV: Enfermedad cardiovascular. FG: Filtrado Glomerular (ml/min/1.73 m²).
GPP: Glucemia posprandial. IMC: Índice de masa corporal. U: Unidades. NPH: Neutra Protamina de Hagedorn.
IC: Insuficiencia cardíaca. ERC: Enfermedad renal crónica.

INICIO E INTENSIFICACIÓN



SITUACIONES ESPECIALES

Los Standards of Medical Care in Diabetes-2022

12.- Tratamiento farmacológico del control glucémico.

(Sección 9, s125-143):El tratamiento farmacológico de la DM2

Si se utiliza INSULINA, es recomendable la terapia combinada con un aGLP-1 para una mayor eficacia y la durabilidad del efecto del tratamiento. (A) **(2022)**

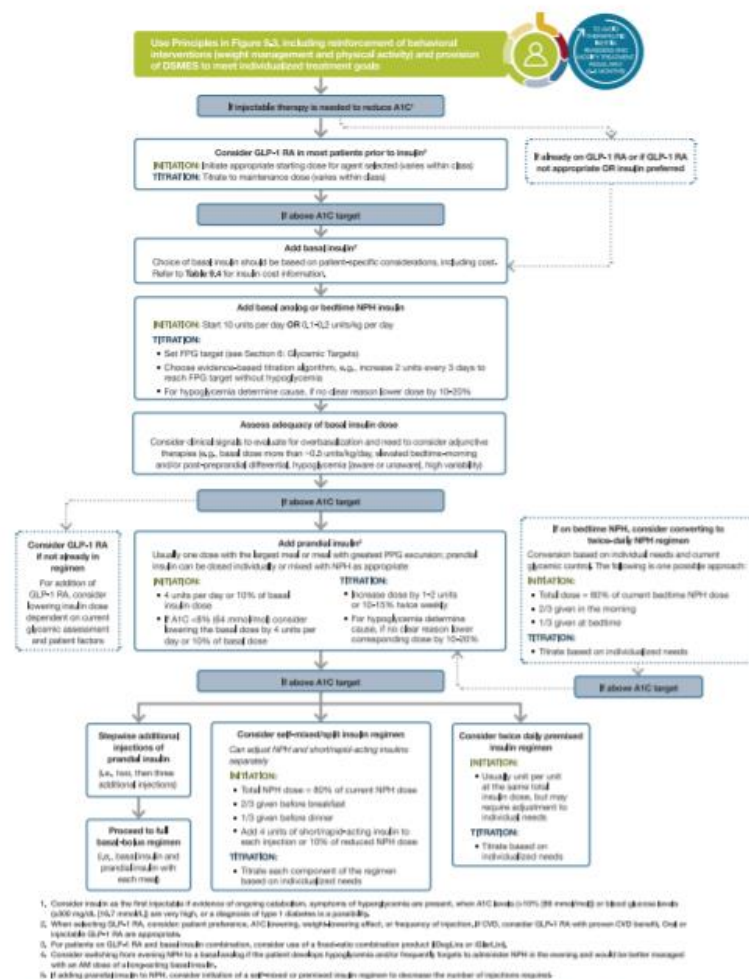


Figure 9.4—Intensifying to injectable therapies in type 2 diabetes. DSMES, diabetes self-management education and support; FPG, fasting plasma glucose; GLP-1 RA, glucagon-like peptide 1 receptor agonist; max, maximum; PPG, postprandial glucose. Adapted from Davies et al. (43).

ALGORITMO DE INSULINIZACIÓN DE LA DM2 | redGDPS 2022

1. Antes del inicio de la insulina valorar como primer inyectable un arGLP1 en pacientes con IMC > 30.
2. Reducir dosis o suspender SU.
3. Añadir arGLP1/ISGLT2 mejora riesgo cardiorenal, pérdida de peso, con menos hipoglucemia. Suspender IDPP4 si se añade arGLP1.
4. Suspender SU. Permite más flexibilidad horaria.
5. Suspender SU. Requiere hábitos y horarios constantes.
6. Dosis inicial: 0.3-0.5 U/kg basal. Si se opta por bolo basal: 50% basal y 50% prandial repartida antes de las 3 comidas.
7. Ajustar la dosis de NPH con la glucemia precoma.
8. En IC y ERC de elección iSGLT2 con beneficios demostrados.
9. Si IMC > 35 es preferible arGLP1. Considerar la cirugía bariátrica.
10. Evitar hipoglucemias y glucemias > 270 mg/dl.

Nota: ¿CUÁNDO DESINTENSIFICAR?

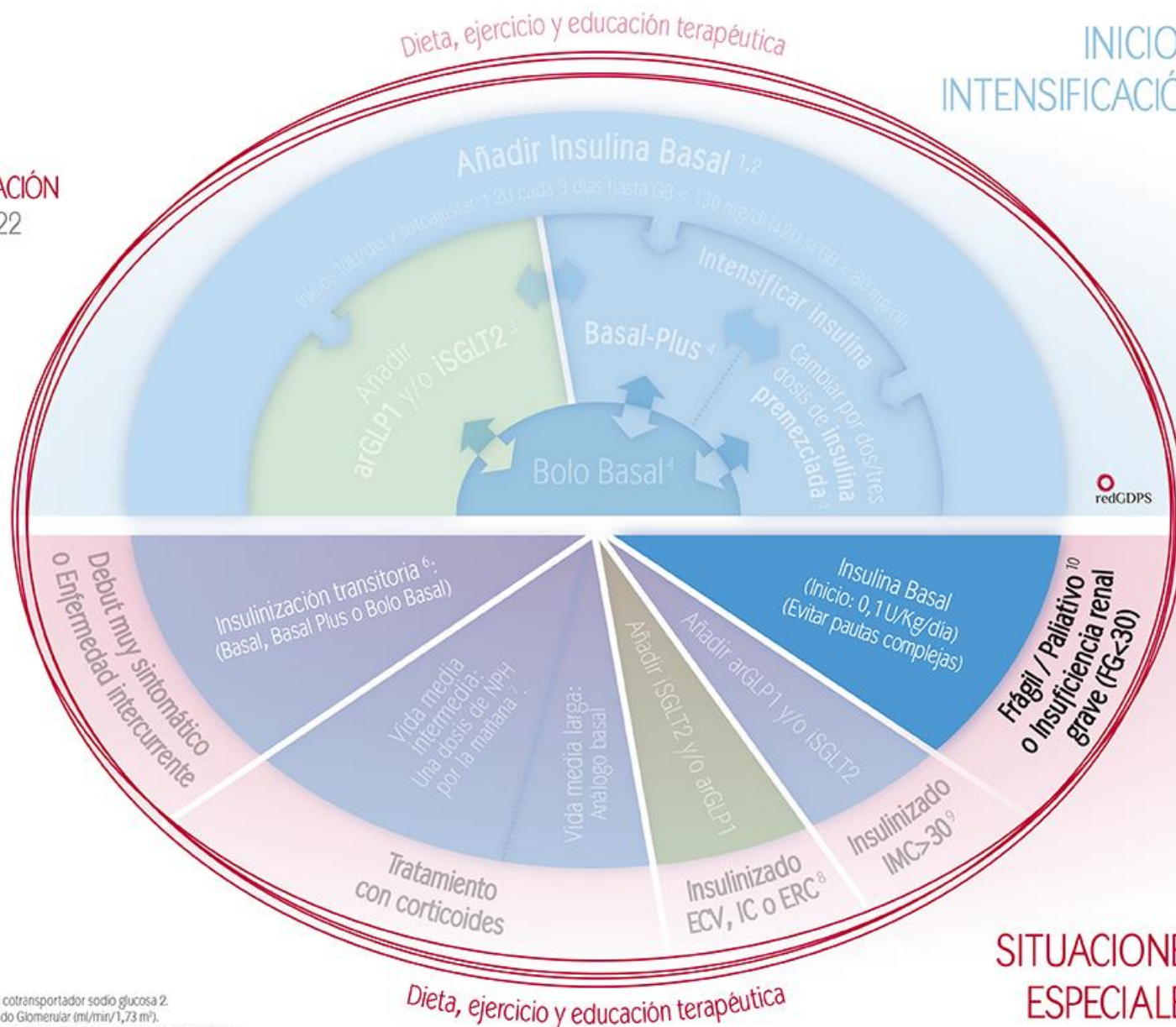
Considerar la retirada progresiva de insulina en:

- a) Insulinización durante un ingreso o proceso intercurrente con control glucémico previo adecuado.
- b) Insulinización desde el debut con buen control mantenido.
- c) Control adecuado con dosis < 0.5 U/Kg/día y duración de la diabetes < 10 años.
- d) Pacientes sometidos a cirugía bariátrica.

ABREVIATURAS:

arGLP1: agonista del receptor de GLP1. iSGLT2: Inhibidor del cotransportador sodio glucosa 2.
SU: Sulfonilureas. ECV: Enfermedad cardiovascular. FG: Filtrado Glomerular (ml/min/1.73 m²).
GPP: Glucemia posprandial. IMC: Índice de masa corporal. U: Unidades. NPH: Neutra Protamina de Hagedorn.
IC: Insuficiencia cardíaca. ERC: Enfermedad renal crónica.

INICIO E INTENSIFICACIÓN



Paciente Frágil-Cuidados paliativos-ERC grave

Objetivo: Evitar síntomas = glucemias extremas.

<70 mg/dl



<270 mg/dl

Limitar el esfuerzo terapéutico:

- Reducir determinaciones de glucemia.
- Reducir número de fármacos y dosis.

Pautas sencillas = dosis baja y única de análogo basal

ALGORITMO DE INSULINIZACIÓN DE LA DM2 | redGDPS 2022

1. Antes del inicio de la insulina valorar como primer inyectable un arGLP1 en pacientes con IMC>30.
2. Reducir dosis o suspender SU.
3. Añadir arGLP1/iSGLT2 mejora riesgo cardiovascular, pérdida de peso, con menos hipoglucemia. Suspender DPP4 si se añade arGLP1.
4. Suspender SU. Permite más flexibilidad horaria.
5. Suspender SU. Requiere hábitos y horarios constantes.
6. Dosis inicial: 0.3-0.5 U/kg basal. Si se opta por bolo-basal: 50% basal y 50% prandial repartida antes de las 3 comidas.
7. Ajustar la dosis de NPH con la glucemia precoma.
8. En IC y ERC de elección iSGLT2 con beneficios demostrados.
9. Si IMC>35 es preferible arGLP1. Considerar la cirugía bariátrica.

Nota: ¿CUÁNDO DESINTENSIFICAR?

Considerar la retirada progresiva de insulina en:

- a) Insulinización durante un ingreso o proceso intercurrente con control glucémico previo adecuado.
- b) Insulinización desde el debut con buen control mantenido.
- c) Control adecuado con dosis <0,5 U/Kg/día y duración de la diabetes <10 años.
- d) Pacientes sometidos a cirugía bariátrica.

ABREVIATURAS:

arGLP1: agonista del receptor de GLP1. iSGLT2: Inhibidor del cotransportador sodio glucosa 2.
SU: Sulfonylureas. ECV: Enfermedad cardiovascular. FG: Filtrado Glomerular (ml/min/1,73 m²).
GPP: Glucemia posprandial. IMC: Índice de masa corporal. U: Unidades. NPH: Neutra Protamina de Hagedorn.
IC: Insuficiencia cardíaca. ERC: Enfermedad renal crónica.

Dieta, ejercicio y educación terapéutica

INICIO E
INSULINIZACIÓN

Nota: ¿CUÁNDO DESINTENSIFICAR?

Considerar la retirada progresiva de insulina en:

- a) Insulinización durante un ingreso o proceso intercurrente con control glucémico previo adecuado.
- b) Insulinización desde el debut con buen control mantenido.
- c) Control adecuado con dosis <0,5 U/Kg/día y duración de la diabetes <10 años.
- d) Pacientes sometidos a cirugía bariátrica.

Dieta, ejercicio y educación terapéutica

SITUACIONES
ESPECIALES

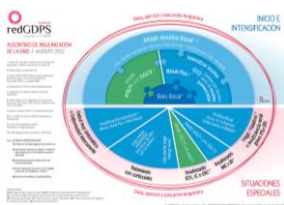
RECOMENDACIÓN DE SEGURIDAD GENERALIZABLE: “Seguridad en el uso de agujas para plumas de insulina”

Justificación (II)

- ✓ Durante mucho tiempo se ha mantenido la creencia de que los pacientes obesos, al tener más tejido subcutáneo, deben utilizar agujas más largas para "introducir la insulina en profundidad" con el pensamiento de que "funciona mejor" si se inyecta profundamente.
- ✓ Las agujas de 8 y 12,7 mm se han utilizado con frecuencia en pacientes obesos por este motivo, pero estudios recientes han demostrado que esta creencia no se sustenta en la evidencia.
- ✓ **El Foro de Recomendaciones de Expertos sobre Técnicas y Terapias de Inyección (FITTER)**, celebrado en Roma, realizó una gran encuesta internacional en 2015 sobre inyecciones de insulina en la que participaron 183 expertos en diabetes de 54 países y reunió la evidencia disponible hasta la fecha. Este foro concluyó que:
 - Las agujas más cortas son mucho más seguras, se toleran mejor y son menos dolorosas, con la misma eficacia en el mantenimiento del control glucémico.
 - La aguja de pluma de 4 mm es la más segura para adultos y niños, independientemente de su edad, sexo, origen étnico o IMC. Es lo suficientemente larga para atravesar la piel y entrar en el tejido subcutáneo y tiene bajo riesgo de inyección IM o intradérmica. (Recomendación A1)
- ✓ Ante estas evidencias la Gerencia Asistencial de Atención Primaria va a realizar próximamente una compra centralizada que incluye agujas de 4 mm.

Recomendaciones (I)

1. Hasta que estén disponibles las agujas para pluma de 4 mm en Atención Primaria, se recomienda dispensar a las personas con diabetes las agujas más cortas disponibles en este momento (las de 5 mm y 6 mm).
2. Se desaconseja encarecidamente la dispensación y el uso de agujas de 8 mm y 12 mm por el elevado riesgo de inyección intramuscular asociado a su uso.



EDUCACIÓN TERAPÉUTICA



Fundación

redGDPS

Comprometidos con la DIABETES



Fundación ▾ Campus red ▾ Investigación ▾ Publicaciones ▾ Ayuda en Consulta ▾

Inicio

Presentación de la actualización del:
Algoritmo de INSULINIZACIÓN de la
DM2 de la redGDPS (2022)





 **Martes - 29 de marzo 18:00 - 19:30**

 **#redgdpsinsulinizacion**

 **Blog redGDPS**

 **Últimas Novedades**

 **Inscríbete a la red**



Accesos Directos

enda

Formación de Pacientes

Novedades

Contacto