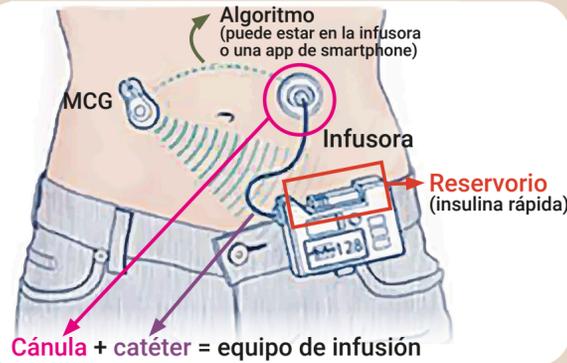


# ! SOS: MI PACIENTE TIENE UN SISTEMA DE ASA CERRADA DE INFUSIÓN DE INSULINA



## ¿QUÉ DEBO SABER?

### COMPONENTES

- **Infusora**
  - » **Equipo de infusión:** Cánula (en tejido subcutáneo) + catéter
  - » **Reservorio de insulina**
- **Sensor continuo de glucosa (MCG)**
- **Algoritmo de control** (en la infusora o en el smartphone, el dispositivo deberá tener batería para que el sistema funcione)

## Insulina

**Administra sólo insulina ultrarrápida.** Con una infusión horaria continua que simula la insulina basal + bolos cuando el usuario anuncia una ingesta o si detecta hiperglucemia.

## Algoritmo

El infusor recibe información del sensor MCG para actuar en consecuencia. Intensifica la infusión de insulina en predicción de hiperglucemia y se detiene en predicción de hipoglucemia. **Es fundamental que el sensor esté y funcione correctamente.**

## Glucemias capilares

Los sensores MCG miden glucemia INTERSTICIAL (15 min de retraso respecto a glucosa en sangre). Los valores extremos y ciertos fármacos o situaciones (hipovolemia, drogas vasoactivas...) interfieren en la medición. **No están aprobados para su uso en entorno hospitalario si no se acompañan de glucemias capilares para la toma de decisiones. Las glucemias que se anoten en la hoja de constantes deben ser las capilares.**

## ¿CUÁNDO RETIRAR EL SISTEMA?

- Paciente inestable y/o con pérdida de autonomía
- Hipoglucemia grave
- Cetosis  $\geq 3$  mmol/L, cetoacidosis diabética o descompensación hiperglucémica hiperosmolar  
*En casos de cetosis leve, ver algoritmo de actuación en hiperglucemia*
- Riesgo autolítico
- Error considerable y reiterado del sensor, sin posibilidad de sustituirlo

! Al retirar el sistema, es imprescindible iniciar pauta de desconexión

## PAUTA DE DESCONEXIÓN

### INSULINA BASAL (con bolígrafo)

(Abasaglar o Lantus). **Nunca Tresiba.**

#### ¿CUÁNTO?

La dosis basal. Consultar en el sistema (el paciente puede) o en último evolutivo de Endocrinología. **Si riesgo de hipoglucemia, disminuir la dosis basal total un 10-20%.**

#### ¿CUÁNDO?

**Idealmente 2 h antes de retirar el sistema.**

- Si ya se ha retirado, administrar lo antes posible.
- Si el paciente requiere perfusión de insulina, administrar **2h antes de retirar la perfusión.**

### INSULINA RÁPIDA (con bolígrafo)

(Humalog, Novorapid o Apidra)

#### PACIENTE AUTÓNOMO

Contará raciones y utilizará el mismo ratio que utilizaba con el sistema (puede seguir usando el calculador de bolos del mismo).

#### PACIENTE NO AUTÓNOMO

Consultar en último evolutivo de Endocrinología la proporción (porcentaje) entre basal y bolo. Mantenerla adaptándola al control metabólico y riesgo de hipoglucemia.

#### AÑADIR SIEMPRE PAUTA CORRECTORA

En pacientes en dieta absoluta utilizar **exclusivamente** la pauta correctora 0 (o una adaptación a su factor de sensibilidad a la insulina).

## ¿CUÁNDO MANTENER EL SISTEMA?

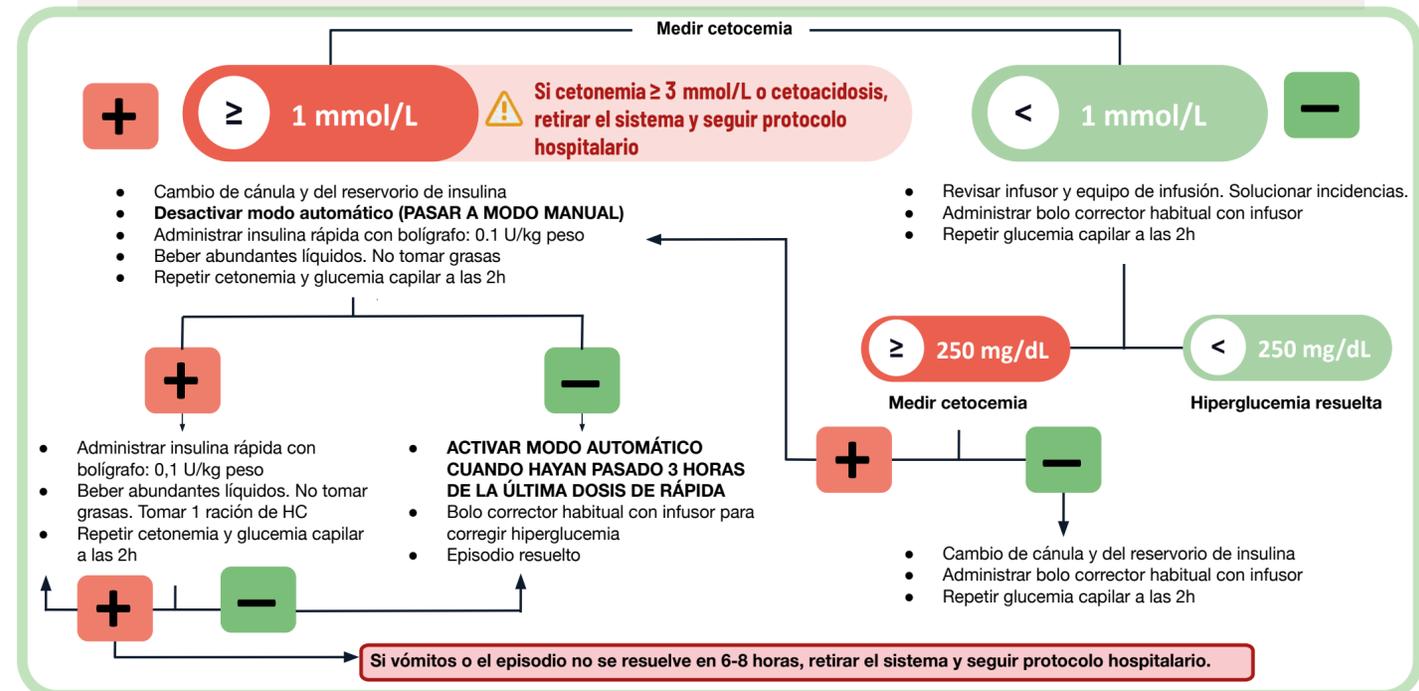
- Paciente consciente, estable y autónomo
- Aporta todos los fungibles necesarios (cambios de cánula, llenado de reservorio, cambios de sensor, cargadores...) **¡No hay en el hospital!**

! Cuando se decida mantener el sistema realizar interconsulta a Endocrinología para soporte

## ACTUACIÓN EN HIPERGLUCEMIA

( $>250$ mg/dL no postprandial mantenida más de 2 h, no actuar a cifras inferiores)

! Confirmar con glucemias capilares tanto al diagnóstico como para comprobar resolución.



## ACTUACIÓN EN HIPOGLUCEMIA (<70mg/dL)

! Confirmar con glucemias capilares tanto al diagnóstico como para comprobar resolución.



### Hipoglucemia no grave:

- El propio paciente resolverá la situación.
- Asegurar que dispone de suficientes aportes orales (la gran mayoría de pacientes en dieta absoluta podrán tomar de forma puntual geles de glucosa o similares).
  - Si el paciente no consigue resolver la hipoglucemia en 30 minutos, retirar el sistema.

### Hipoglucemia grave:

Retirar el sistema. Es imprescindible instaurar de forma precoz la pauta de desconexión.



## ANEXO: PROTOCOLO EN PRUEBAS / PROCEDIMIENTOS

Rayos X / TC	Cubrir el infusor con delantal de plomo.
RMN	Retirar todo el sistema.
Ultrasonidos	No es necesario retirar el infusor, pero el transductor no debe apuntar directamente al infusor.
Procedimientos endoscópicos	Mantener el infusor.
Cateterismo cardiaco	Cubrir el infusor con delantal de plomo.
Marcapasos / DAI	Cubrir el infusor con delantal de plomo.
Cirugía	El anestesiista decide en cada caso si mantener o retirar el infusor.