

Versión: 31 / 10 / 05 Página: 1 de 6 	PROCEDIMIENTO EXTRAHOSPITALARIO DE LA PROCED. SITUACION HIPEROSMOLAR 04	
---	--	---

RESPONSABLES

Contenido:

Miembros de la Comisión de Calidad.

Aplicación:

Personal Sanitario.

DOCUMENTOS

Foster DW, Rubenstein AH. Hiperglucemia. En: Harrison, Principios de Medicina Interna. 14ª edición Interamericana Mc Graw-Hill Cap. 335 pag. 2365-2371.

Kessler Saiz, P. Complicaciones agudas de la Diabetes-Mellitus. En Manual De Urgencias Médicas. Pag 587-594

Botella Romero F. Coma Hiperosmolar Hiperglucémico . Pag 404-407

Plan andaluz de urgencias y emergencias. Manejo de las complicaciones urgentes de un paciente diabético: cetoacidosis, coma hiperosmolar e hipoglucemia. 1999.

DEFINICIÓN CLÍNICA.

La SH se define como aquella situación caracterizada por glucemias superiores a 600 mg/dl sin cetonuria, e hiperosmolaridad sérica.

PLAN DE ACTUACIÓN:

Diagnostico:

Ante un paciente que nos han referido como diabético la primera prueba a realizar será una glucemia capilar. Ante cualquier paciente con elevadas cifras de glucemia capilar y alteración del nivel de conciencia debemos sospechar que se encuentra en una complicación de su diabetes.

Además del control de signos vitales como tensión arterial, frecuencia cardiaca y frecuencia respiratoria, realizaremos una medición de la saturación de oxígeno y un electrocardiograma.

Si sospechamos de una SH realizaremos una tira reactiva de glucosuria y cetosuria. En la SH no suele encontrarse cetosuria.

La diferencia clave con la cetoacidosis es la ausencia o presencia mínima de cetosis y la mayor gravedad de la deshidratación.

La glucemia suele ser superior a 600mg/Dl., una osmolaridad muy elevada y los datos clínicos.

Tratamiento:

Versión: 31 / 10 / 05 Página: 2 de 6	PROCEDIMIENTO EXTRAHOSPITALARIO DE LA PROCED. SITUACION HIPEROSMOLAR 04	 
--	--	---

En las UME y Servicios de Urgencia se procederá:

- o Hidratación: líquidos abundantes por boca (si el paciente lo permite) o mejor intentar canalizar una vía venosa periférica. Iniciar sueroterapia con Suero Salino 0'9 % a 20 ml/min. De 0.5 a 1 L en la 1ª hora
- o Sondaje vesical y valorar sonda nasogastrica.
- o La insulina no es fundamental en el primer momento pero en cuanto se corrija la hipoperfusión tisular se pondrá un bolus de 10 unidades de insulina de acción rápida iv.
- o Al no poseer bioquímica completa esperaremos a esta para la reposición de iones.
- o Considerar heparina de bajo peso molecular profiláctica (clexane 40).
- o Si hay signos de edema cerebral administrar dexametasona y/o manitol.

ANEXOS
ANEXO I:

Valorar:
 Poliuria, polidipsia, polifagia
 Dolor abdominal, nauseas, vómitos
 Ttº con ADO, deshidratación
 Enfermedades interrecurrentes
 actuales

