

1.- Cual de las siguientes no es un criterio de insulización transitoria?

- a) Enfermedades intercurrentes
- b) Insuficiencia renal o hepática que contraindiquen tratamiento con ADOs
- c) Embarazo y lactancia
- d) DM 2 nuevo diagnostico con síntomas importantes

Respuesta: **b** Los criterios de insulización transitoria son: descompensaciones hiperglucémicas agudas, enfermedades intercurrentes, embarazo y lactancia, tratamiento con glucocorticoides, paciente nuevo en situación de glucotoxicidad, pérdida de peso no explicable por dieta hipocalórica o cetonuria intensa. La insuficiencia renal o hepática que contraindiquen tratamiento con ADOs sería un criterio de insulización permanente.

2.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta con respecto al inicio de la insulización?

- a) Mantener Antidiabéticos Orales a la misma dosis habitual
- b) Añadir una insulina basal a dosis de 0,1- 0,2 UI/Kg
- c) Ajustar dosis de Insulina según la glucemia basal
- d) Todas son correctas

Respuesta: **d**. El algoritmo de inicio y ajuste que mejor explica la insulización desde el inicio hasta la terapia Bolo-Basal es el de Nathan et al. En éste se recomienda iniciar con insulina basal y reajustar la dosis cada 3 días en función de los valores de Glucemia Basal Capilar. Debemos mantener inicialmente los antidiabéticos orales, aunque se irán retirando progresivamente, sobretodo los secretagogos, manteniendo siempre que sea posible la metformina. La dosis recomendada de inicio con insulina basal son 10 UI o 0,1-0,3 UI/Kg/día.

3.- ¿Cuál sería la forma correcta de ajustar la insulina basal?

- a) Aumentar 4 U cada 5 días hasta conseguir glucemias en ayunas < 150mg/dl
- b) Aumentar 2 U cada 3 días hasta conseguir glucemias en ayunas entre 70 – 130 mg/dl
- c) Aumentar 1 U cada 4 días hasta conseguir glucemias en ayunas entre 70 – 130 mg/dl
- d) Aumentar 2 U cada 3 días hasta conseguir glucemias en ayunas <140

Respuesta: **b** Un modo fácil de ajustar la insulina basal sería aumentar 2 UI cada 3 días (4 UI si valores de glucemia basal capilar >180 mg/dl), hasta conseguir que la glucemia alcance el objetivo de 70-130 mg/dl.

4.- Un paciente tratado con NPL 20-0-16, e insulina rápida 8 UI antes de comer, lleva una pauta denominada:

- a) Pauta basal en una dosis
- b) Pauta basal en dos dosis al día
- c) Pauta Basal-Plus
- d) Pauta Bolo-Basal

Respuesta: **c** La Pauta Basal-Plus consiste en la utilización de insulina basal y añadir insulina rápida (humana o análogos) antes de la comida en función de la glucemia postprandial mas elevada manteniendo las basal y los ADOs anteriores.

(Avances en diabetologia publish ahead of print june 30, 2010

<http://www.sediabetes.org/gestor/upload/revistaAvances/26-5-7.pdf>)

5.- Gloria es una paciente de 67 años, en tratamiento con insulina NPH 26 UI por la noche, Metformina 1-0-1. Presenta una Hb a1c de 7.6% con el siguiente perfil.

AD	DD	AA	DA	AC	DC	3h
92	231	231	252	248	322	259
76	226	228	293	184	380	262
81	258	211	261	229	347	228

¿Qué actitud podemos adoptar?

- a) Aumentar la insulina NPH 2UI
- b) Disminuir 2-4 UI NPH
- c) Añadir insulina mezcla 30/70 antes del desayuno y cena.
- d) Disminuir los HC antes de acostarse

Respuesta: **C** El caso de esta paciente consiste en episodios de hiperglucemias con glucemias basales controladas. Si subimos la dosis de NPH lo normal es que provoquemos hipoglucemias basales, por lo que debemos partir la dosis. Como además tiene preprandiales y postprandiales altas, la adición de insulina rápida puede controlar las postprandiales del desayuno y cena y por fenómeno de arrastre controlar el resto de las glucemias. También podríamos añadir una pauta basal bolo, pero serían mas pinchazos, mas riesgo de hipoglucemias y mayor ganancia de peso.