

HIPERGLUCÈMIA INDUÏDA PER CORTICOIDES PACIENT INGRESSAT

10 de novembre de 2016

Hubert Mas Pueyo

Oncologia Mèdica

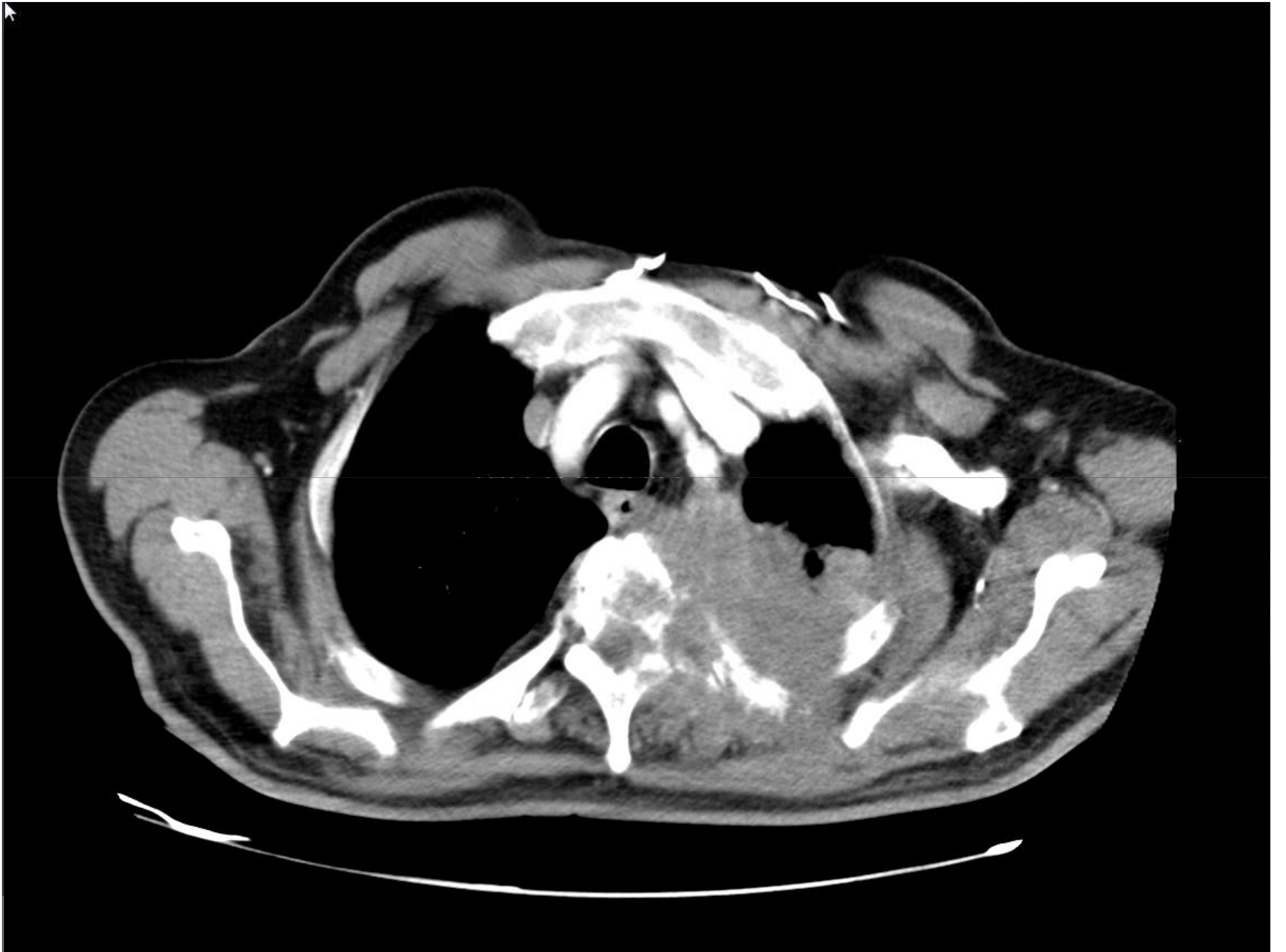
ICO – Girona

Cas clínic

- ⦿ Home, 72 anys.
- ⦿ MPOC Gold II tractat amb broncodilatadors.
- ⦿ HTA , dislipèmia.
- ⦿ DM tipus II llarga evolució (11 anys).
 - HgA1c 6.7
 - IMC 27,4
 - Metformina 875 - 3 x dia.

Cas clínic

- Juny 2016 - **Neoplàsia pulmó:**
 - 1^o símptoma: dorsàlgia.
 - RMN columna: Afectació tumoral òssia a nivell de D1-D4 amb component de parts toves.
 - PET-TC: Massa hipermetabòlica apical E que infiltra paret costal i vèrtebres adjacents. 1Adp FSC E (7 mm) i mediastíniques.
 - Tumor “Pancoast”.
 - Biòpsia + per a Adenocarcinoma moderadament diferenciat.
 - Estadiatge T4N3M0.



Cas clínic

● Clínica:

- Pèrdua de pes progressiva (8 Kg).
- Dolor dorsal alt invalidant, tractat amb AINES inicialment + pregabalina + fentanil intranassal.

● Tractament oncoespecífic:

- Es proposa QT/RT (Carbotaxol / 48 Gy) “neoadjuvant” que inicia el 1.07.16.

● Corticoteràpia: **Dexametasona 4-4-0.**

Pacient oncològic

- ⊙ Indicacions corticoteràpia:
 - **Adjuvant del dolor – Co-analgèsic.**
 - Suboclusió intestinal.
 - Edema per M1 cerebrals.
 - Toxicitat – radioteràpia.
 - Prevenció reaccions al·lèrgiques a quimioteràpia.
 - Orexigen i tractament de la astènia.
 - Compressió medul·lar i **arrels nervioses.**
 - Sd. vena cava superior.
 - Febre tumoral.
 - Hepatomegàlia tumoral.
 - Limfedema per infiltració ganglionar.

Cas clínic

○ Malaltia actual

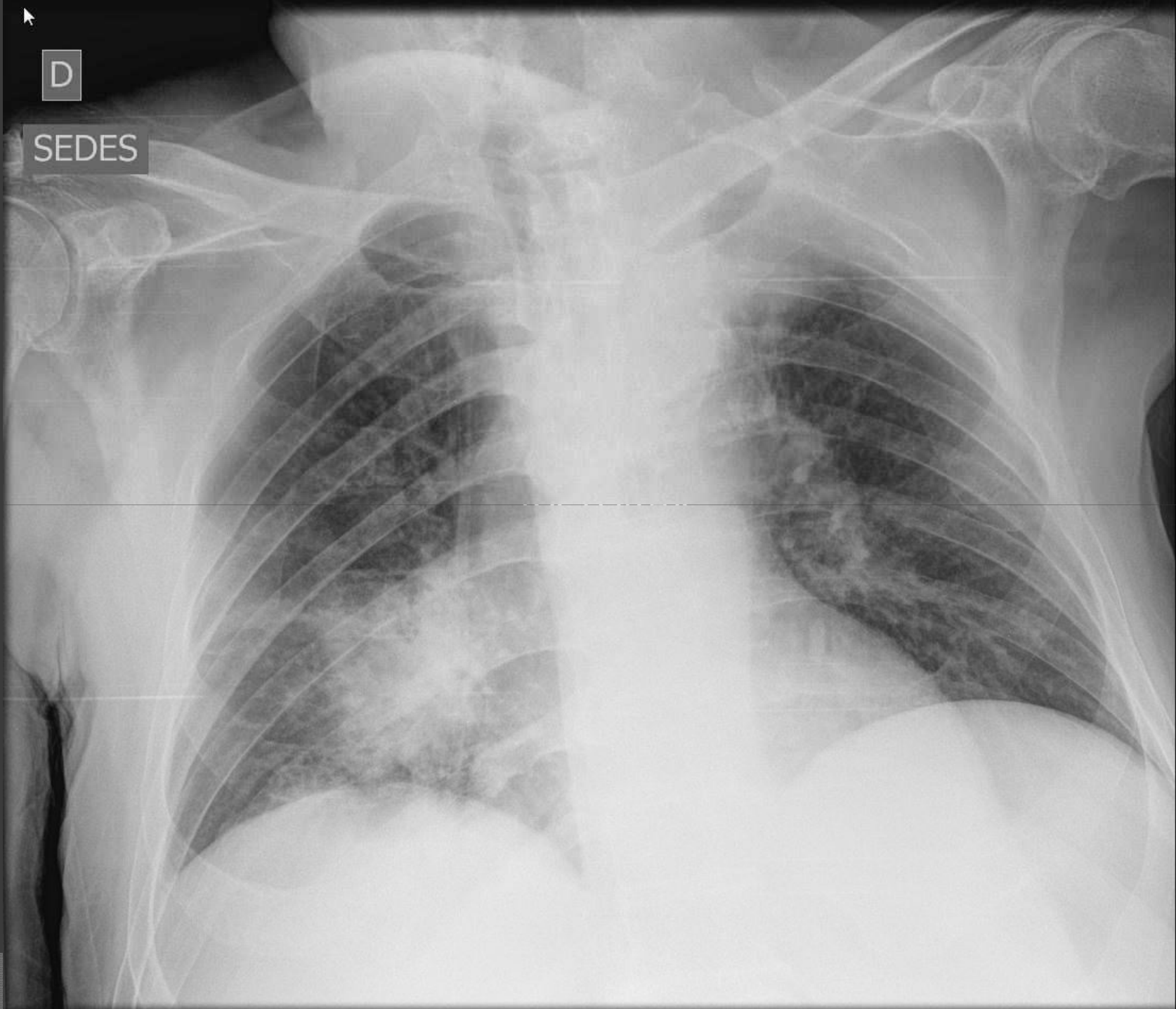
- Febre 38.5 °C, tos amb expectoració mucopurulenta.
- Hemograma conservat, **Glucèmia a l'ingrés 265**, Urea 47, Creatinina 0.55, Na 132, K 4.4, PCR 4, procalcitonina negativa.
- Eq ac-base conservat, pH 7,41, HCO₃ 30, pCO₂ 48.
- Sed. Orina normal, cetones -, Glucosa +++.
- Rx Tòrax: condensació a Lòbul inferior D.
- Hemocultius negatius.
- Ag legionella i pneumococ negatius.
- Cultiu esput + a Pseudomonas MR.

- **Diagnòstic: Pneumònia per Pseudomonas MR.**



D

SEDES



Cas clínic

- Evolució durant ingrés:
 - Rep tractament ATB amb Amikacina amb bona evolució.
 - Precisa O2 inicial i broncodilatadors.
 - Precisa morfina sc per dolor dorsal.
 - Precisa corticoides adjuvants pel dolor dorsal.
 - Stop QT però continua amb la RT durant l'ingrés.
 - Control glucèmies ?

Diabetis esteroïdal

- ⊙ Pitjor pronòstic:
 - Hiperglucèmia:
 - Deshidratació.
 - Insuficiència renal.
 - Cetosi.
 - Efecte deleteri:
 - ↑ risc infecció.
 - ↑ estada hospitalària.
 - ↑ morbi-mortalitat.

Tractament hiperglucèmia esteroïdal

⦿ Antidiabètics orals ?

- ús limitat x efecte lent i poca potència. Titulació lenta.
- Només si glucèmies < 200 en pacients amb DMII controlada amb dieta o Antidiabètics orals previs.
- Metformina ?
- Pacient perdent pes ràpidament.

Tractament hiperglucèmia esteroïdal

⦿ Insulina:

- Glucèmies > 200 .
- Tractament d'elecció:
 - efecte ràpid.
 - potencia de reducció de glucèmia.
 - titulació ràpida.
- Càlcul dosi inicial:
 - Factors pacient: pes, control glucèmic previ, insulina prèvia, funció renal, infecció, etc.
 - Dosi i tipus de corticoide.
 - Horari d'administració del corticoide.

Tractament hiperglucèmia esteroïdal

⦿ Insulina:

- Càlcul dosi diària:

$0.05 \text{ UI} \times \text{Kg pes} \times (\text{cada mg de dexametasona o } 5 \text{ mg de prednisona})$

(sobre un límit de 8 mg dexa. o 40 de prednisona)

Tractament hiperglucèmia esteroïdal

◎ Tipus insulina:

- Ràpida x titular (sc c/6h).
- NPH – NPL x matí si 1 dosi corticoides x matí (combinada amb ràpida, p. ex. Mixtard 30).
- 2 dosis NPH – NPL si 2 dosis o més de corticoides (2/3 – 1/3).
- Ajustar (20%) segons glucèmies i reducció corticoides.

Tractament hiperglucèmia esteroïdal

● Objectius terapèutics:

- Pacients ambulatoris – corticoides crònics.
 - Glucèmies preprandrials < 130 mg/ dL
 - Glucèmies postprandrials < 180 mg / dL
 - Hg A1c < 7%.
- Pacients ingressats – corticoides en fase aguda.
 - Glucèmies preprandrials < 140 mg/dL
 - Glucèmies postprandrials < 200 mg / dL

Cas clínic

● Evolució glucèmies:

- Primers 4 dies, glucèmies c/6h i Ins. ràpida segons glucèmies (necessitant de 6-10 UI a cada presa), es retira metformina i rep dexta 4-4-0.
- 5^o al 12^o dia, Insulina ràpida abans àpats. (Es redueix progressivament dexametasona fins a 4 mg / dia i també les necessitats d'Insulina)
- 12^o dia – alta , Insulina Mixtard 30 matí (14 U) i Insulina ràpida dinar i sopar segons glucèmies.

Pacient oncològic

- ⊙ Control glucèmic - factors a considerar:
 - Pèrdua de pes.
 - Funció renal.
 - Ingesta irregular.
 - Activitat física.
 - Infeccions.
 - Objectius terapèutics: radical vs pal·liatiu.

Pacient oncològic

- ◎ Tractament pal·liatiu:
 - Evitar hipoglucèmies
 - Insulina > Antidiabètics orals.
 - Adequar dietes.
 - Adequar horaris d'administració d'insulina.
 - Reduir dosi corticoides quan sigui possible.
 - Mantenir mobilitat dels pacients.
 - Vigilar una correcta hidratació.

Pacient oncològic

“PRIORITZAR
SEGURETAT
SOBRE
CONTROL”



