

 DEPARTAMENTO DE SALUD DE SAGUNTO SERVICIO DE PEDIATRÍA	PT-72 Diabetes, insulinización sin cetoacidosis en niños recién diagnosticados	PT-72	
		30-03-2023	
		V-01	Página 1 de 23

CONTROL DE MODIFICACIONES

VERSIÓN	CAMBIOS RESPECTO DE LA VERSIÓN ANTERIOR

ELABORADO	REVISADO/APROBADO
Lidia Blasco González Fecha: 30-03-2023	Comisión de Calidad Fecha: 30-03-2023

Esta documentación pertenece a la **Consellería de Sanitat Universal y Salud Pública, al Servicio de Pediatría del Hospital de Sagunto**, quedando expresamente prohibida su reproducción o copia sin el permiso expreso por escrito. Toda la documentación impresa no constituye copia controlada según la norma ISO 9001 siendo por tanto las últimas versiones válidas las disponibles en el repositorio documental.

 <p>DEPARTAMENTO DE SALUD DE SAGUNTO SERVICIO DE PEDIATRÍA</p>	PT-72 Diabetes, insulinización sin cetoacidosis en niños recién diagnosticados		PT-72	
			30-03-2023	
			V-01	Página 2 de 23

1. **OBJETO**

Describir el proceso de insulinización por vía subcutánea en niños tras el diagnóstico inicial de diabetes SIN CETOACIDOSIS

2. **ALCANCE**

Desde el diagnóstico, una vez comprobada en Urgencias la ausencia de cetoacidosis, hasta el alta hospitalaria. Aplica a facultativos y personal de enfermería de los servicios de urgencias y pediatría.

3. **REFERENCIAS Y DEFINICIONES**

DEFINICIONES

INSULINA BASAL (IBa): secreción de insulina del páncreas sano en ayunas. En diabéticos se logra con la inyección de análogos de insulina de acción prolongada, una o dos veces al día.

INSULINA BOLO (IBo): secreción de insulina del páncreas sano en respuesta a la ingesta de alimentos. Consta de una primera fase de ascenso rápido, seguida de una de liberación prolongada a la circulación portal. Este perfil se logra con la inyección de análogos de insulina de acción rápida antes de

 <p>DEPARTAMENTO DE SALUD DE SAGUNTO SERVICIO DE PEDIATRÍA</p>	PT-72 Diabetes, insulinización sin cetoacidosis en niños recién diagnosticados		PT-72	
			30-03-2023	
			V-01	Página 3 de 23

cada una de las ingestas de alimentos diaria: **bolo preprandrial**. Los bolos de insulina también pueden ser inyectados sin ingesta de alimentos para corregir eventuales hiperglucemias: **bolo corrector**.

DOSIS DIARIA TOTAL DE INSULINA (DDT) total de insulina ,rápida y prolongada, que se inyecta diariamente.

RELACIÓN INSULINA CARBOHIDRATOS (ICR insulin carbohydrate ratio): gramos de carbohidratos por unidad de insulina de acción rápida. Se utiliza para el cálculo del **bolo preprandrial**.

FACTOR DE SENSIBILIDAD A LA INSULINA (FSI): glucosa (mg/dl) que disminuye por unidad de insulina de acción rápida. Se utiliza para calcular el **bolo corrector**:

Glucemia medida-Glucemia objetivo/FSI.

La glucemia objetivo es 120 mg/dl, cuando el bolo corrector coincide con el bolo preprandrial. Cuando la hiperglucemia se presenta pasadas más de 2 a 3 horas de la última ingesta y 2 o más horas antes de la siguiente (bolo unicamente corrector), la glucemia objetivo es de 180-200* mg/dl *(niños pequeños).

 <p>DEPARTAMENTO DE SALUD DE SAGUNTO SERVICIO DE PEDIATRÍA</p>	PT-72 Diabetes, insulinización sin cetoacidosis en niños recién diagnosticados	PT-72	
		30-03-2023	
		V-01	Página 4 de 23

REFERENCIAS

- ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2022: Insulin treatment in children and adolescents with diabetes. E.Cengiz, D.Beran, S.M.Ng, T. Danne, T. Ahmad, A. Ayyayoo, S. Ehtisham, J. Fairchild, P. Jarosz-Chobot, M. Paterson, E. Codner. *Pediatr Diabetes*. 2022;23:1277–1296
- ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2022: Diabetic ketoacidosis and hyperglycemic hyperosmolar state. Nicole Glaser, Maria Fritsch, Leena Priyambada, Arleta Rewers, Valentino Cherubini, Sylvia Estrada, Joseph I. Wolfsdorf, Ethel Codner. *Pediatr Diabetes*. 2022;23:835–856.
- ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2022: Diabetes education in children and adolescents Anna Lindholm Olinder, Matthew DeAbreu, Stephen Greene, Anne Haugstvedt, Karin Lange, Edna, S. Majaliwa, Julie Pelicand, Marissa Town, Farid H. Mahmud. *Pediatr Diabetes*. 2022;23:1229–1242.

 <p>DEPARTAMENTO DE SALUD DE SAGUNTO SERVICIO DE PEDIATRÍA</p>	PT-72 Diabetes, insulinización sin cetoacidosis en niños recién diagnosticados		PT-72	
			30-03-2023	
			V-01	Página 5 de 23

4. DESARROLLO

- **CONSIDERACIONES GENERALES RESPECTO A LA INSULINA Y PAUTA DE INSULINIZACIÓN SUBCUTÁNEA:**
 - En niños bien hidratados, con adecuada tolerancia oral y sin acidosis, la insulina se administrará por vía subcutánea. En ellos NO es necesario administrar bolo intravenoso de fluidos previo, simplemente debe permitírseles el acceso libre al agua. La insulina debe administrarse tan pronto como sea posible y SIEMPRE en las primeras seis horas tras el diagnóstico.
 - Ninguna pauta de insulino terapia logra reproducir de forma óptima la secreción fisiológica de insulina. Individualizar y elegir aquella que logre el mejor control metabólico posible para cada niño. Las más utilizadas son las basal+bolo.
 - Las dosis y su reparto a lo largo del día varían entre pacientes e incluso dentro de un mismo niño. Es importante revisar y ajustar con frecuencia.
 - El perfil farmacocinético de la mayoría de las insulinas excepto lispro (Humalog) y aspart (Novorapid) (Tabla 1), es dosis dependiente: dosis bajas alcanzan con mayor rapidez el pico de acción y tienen una duración más corta.
 - Los análogos de acción prolongada (Tabla 1) tienen un efecto mas predecible y menos variable, no tienen pico o es

 <p>DEPARTAMENTO DE SALUD DE SAGUNTO SERVICIO DE PEDIATRÍA</p>	PT-72 Diabetes, insulinización sin cetoacidosis en niños recién diagnosticados	PT-72	
		30-03-2023	
		V-01	Página 6 de 23

mínimo. Con insulina glargina (*Lantus*), se observa una disminución del efecto a partir de las 20 horas de la inyección, esto no se presenta con la nueva formulación U300 (*Toujeo*). El perfil de insulina degludec (*Tresiba*) además de su prolongada duración y la ausencia de pico, permite cierta variabilidad en el horario de la inyección de la basal, lo que la hace interesante para los adolescentes de vida errática. En ficha técnica consta que no hay experiencia con insulina degludec y detemir en menores de 1 año ni en menores de 2 con insulina glargina.

- La insulina NPH se considera de duración intermedia, hay una enorme experiencia con ella pero tiene varios inconvenientes: obliga a horarios de comida fijos, aumenta el riesgo de hipoglucemia nocturna y no controla bien la glucemia antes del desayuno.

Tabla 1. Perfil farmacocinético de los diferentes tipos de insulina.

Tipo de insulina	Inicio acción (horas)	Pico acción (horas)	Duración acción (horas)
<i>Ultra rápida (Ultra aspart, Fiasp^o)</i>	0.1 - 0.2	1 - 3	3 - 5
<i>Análogos rápida (aspart, lispro, glulisina) (Novorapid, Humalog, Glulisina^o)</i>	0.15 - 0.35	1 - 3	3 - 5
<i>Rápida (Regular)</i>	0.5 - 1	2 - 4	5 - 8
<i>Acción intermedia</i>			
<i>NPH (Humulina kwikpen, Insulatard flexpen)</i>	2 - 4	4 - 12	12 - 24*
<i>Análogos de acción prolongada</i>			
<i>Glargina (Lantus^o)</i>	2 - 4	8 - 12	22 - 24*
<i>Detemir (Levemir^o)</i>	1 - 2	4 - 7	20 - 24*
<i>Glargina U300 (Toujeo^o)</i>	2 - 6	Mínimo	30 - 36
<i>Degludec (Tresiba^o)</i>	0.5 - 1.5	Mínimo	> 42

^o Nombre comercial

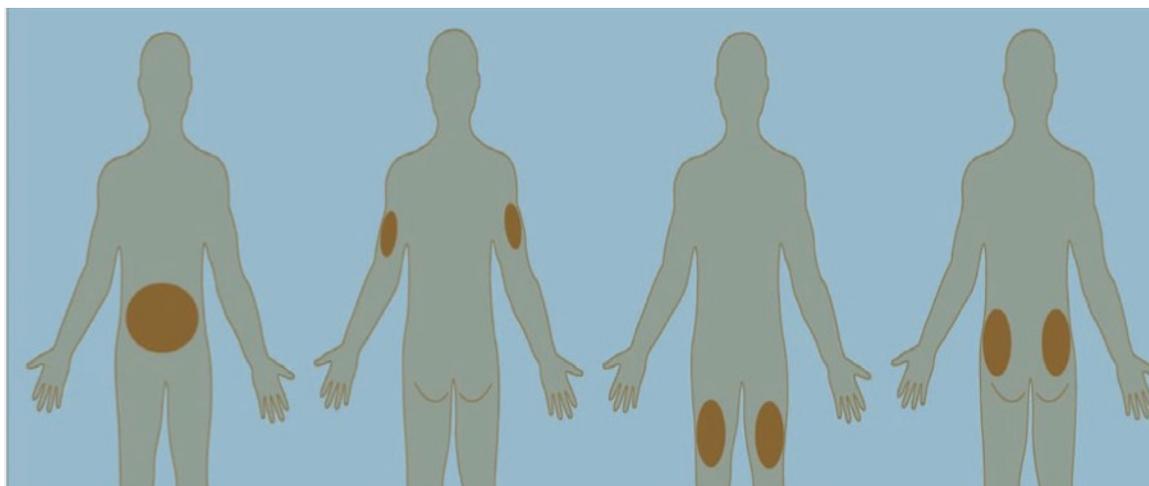
* La duración puede ser más corta. En niños (70%) insulina detemir se administra en dos dosis diarias

- Teniendo en cuenta estas consideraciones, el pediatra calculará el número de raciones de hidratos de carbono y su distribución, DDT, insulina basal, ICR y FSI (Anexo 1) y lo registrará en el programa de prescripción.

 <p>DEPARTAMENTO DE SALUD DE SAGUNTO SERVICIO DE PEDIATRÍA</p>	PT-72 Diabetes, insulinización sin cetoacidosis en niños recién diagnosticados		PT-72	
			30-03-2023	
			V-01	Página 8 de 23

- **CONSIDERACIONES GENERALES RESPECTO A LA CONSERVACIÓN Y TÉCNICA DE INYECCIÓN**
 - La insulina **NUNCA** debe ser congelada. El calor o la exposición al sol puede alterarla (no guardar en el coche). Mantener en nevera los viales o plumas que no se estén utilizando.
 - Tras la apertura de un vial o pluma, éste puede utilizarse durante 4 semanas sí se mantiene a temperatura ambiente.
 - No es necesario desinfectar el área de inyección si la higiene es adecuada.
 - La absorción de la insulina varía según el lugar de la inyección (ver Figura 1)

Figura 1. Zonas de inyección de insulina



Abdomen	Brazo (lateral)	Muslo (lateral o frontal)	Nalgas (cuadrante superior externo)
15 minutos (rápido)	20 minutos (intermedio)	30 minutos (lento)	30 minutos (lento)

- Recomendar que utilicen la misma zona del cuerpo (abdomen, muslos, nalgas y brazos) para cada una de las diferentes inyecciones del día. Deben evitar inyectarse siempre en el mismo punto, rotando dentro de la zona elegida para evitar la lipohipertrofia.
- Es conveniente enseñar a niños y cuidadores a cargar e inyectar la insulina con jeringas para prepararles para posibles fallos de los otros sistemas.

 <p>DEPARTAMENTO DE SALUD DE SAGUNTO SERVICIO DE PEDIATRÍA</p>	PT-72 Diabetes, insulinización sin cetoacidosis en niños recién diagnosticados		PT-72	
			30-03-2023	
			V-01	Página 10 de 23

- Utilizar agujas de pequeño tamaño (4-6 mm) y menos diámetro (menos dolor). Con estas agujas la inyección puede ser perpendicular si hay suficiente tejido subcutáneo (niñas puberales).
 - Purgar la pluma antes del uso con 2 unidades es suficiente.
 - Tras la inyección contar hasta 10 o 20 (aproximadamente 15 segundos).
 - Entregarles al alta un contenedor para la eliminación segura de las agujas empleadas.
- Teniendo en cuenta estas consideraciones, la enfermera procede a inyectar la insulina a la vez que instruye (IT-46 Cuidado del niño diabético en hospitalización) al familiar/cuidador.
- **ES FUNDAMENTAL RESPETAR EL INTERVALO DE TIEMPO ENTRE LA INYECCIÓN DE LA INSULINA Y EL COMIENZO DE LA INGESTA:**
- Si la glucemia preprandrial es mayor de 70 mg/dl, las dosis de insulina rápida deben inyectarse entre 15 y 30 minutos antes de cada una de las ingestas. El intervalo será tanto mayor cuanto más elevada sea la glucemia.
 - Sólo en casos excepcionales, lactantes y preescolares con glucemia preprandrial normal-baja que rechazan la comida, se pueden administrar tras la ingesta.

 <p>DEPARTAMENTO DE SALUD DE SAGUNTO SERVICIO DE PEDIATRÍA</p>	PT-72 Diabetes, insulinización sin cetoacidosis en niños recién diagnosticados		PT-72	
			30-03-2023	
			V-01	Página 11 de 23

- **CONSIDERACIONES GENERALES PARA EL AJUSTE DE DOSIS DE INSULINA**

- En general la dosis de insulina basal (IBa) es correcta sí la glucemia se mantiene entre 70 y 180 mg/dl:
 - Durante el periodo nocturno y/o antes del desayuno
 - Tras 4 o más horas sin comer.
- Las modificaciones de la IBa deben ser moderadas, entre 10-20% de la dosis previas. En la práctica 1 unidad si la dosis diaria es inferior a 10 unidades, entre 1 y 2 entre 10 y 20 y entre 2 y 3 sí mayor de 20 unidades al día.
- Tras los cambios se recomienda dejar pasar entre 3 a 6 días para “aclimatarse”, a no ser que se observen hipoglucemias.
- En general la dosis de insulina preprandrial (IBo) es correcta si la glucemia, antes y 2-4 horas tras la ingesta, NO DIFIERE en más de 30-60 mg/dl:
 - Si el valor de la glucemia posprandrial SUPERA en 60 mg/dl a la preprandrial, DISMINUIR la ICR entre un 10 y un 20% (ej: para ICR=10 g disminuir a 8-9 g, que es lo mismo que pasar de 1 unidad por ración a 0.8-0.9 por ración.
 - Si el valor de la glucemia posprandrial DISMINUYE más de 30 mg/dl respecto a la preprandrial, AUMENTAR la ICR entre un 10 y un 20% (ej: para

 <p>DEPARTAMENTO DE SALUD DE SAGUNTO SERVICIO DE PEDIATRÍA</p>	PT-72 Diabetes, insulinización sin cetoacidosis en niños recién diagnosticados		PT-72	
			30-03-2023	
			V-01	Página 12 de 23

ICR=10 g aumentar a 11-12 g, que es lo mismo que pasar de 1 unidad por ración a 1.1-1.2 por ración.

- El valor del FSI para calcular el bolo de corrección debe modificarse si 4 horas después de administrado, la glucosa no está objetivo. El ritmo de descenso de glucemia recomendado se sitúa en torno a 50 mg/dl/hora. La magnitud del aumento debe ser en torno al 10-20% del valor del FSI previo.

5. RESPONSABILIDADES

- El pediatra encargado de urgencias confirma la sospecha diagnóstica, descarta situación de cetoacidosis, solicita los exámenes complementarios (ver en PT-16 Cetoacidosis diabética) y cursa el ingreso.
- El pediatra de hospitalización, prescribe la dieta adecuada a la edad (DI-94 Dieta 1200 Kcal, DI-95 Dieta 1500 Kcal, DI-96 Dieta 1800 Kcal, DI-97 Dieta 2000 Kcal, DI-98 Dieta 2500 Kcal), calcula la dosis diaria total de insulina, el FSI y el ICR.
- El pediatra responsable de la consulta de diabetes ajusta las dosis de insulina y modifica la IB, DDT, ICR y FSI, por la mañana de lunes a viernes. Instruye a padres en cómo realizar los ajustes de dosis de insulina, verifica que los padres han adquirido los conocimientos mínimos para el control diabético (Anexo 3) y

Esta documentación pertenece a la **Consellería de Sanitat Universal y Salud Pública, al Servicio de Pediatría del Hospital de Sagunto**, quedando expresamente prohibida su reproducción o copia sin el permiso expreso por escrito. Toda la documentación impresa no constituye copia controlada según la norma ISO 9001 siendo por tanto las últimas versiones válidas las disponibles en el repositorio documental.

 <p>DEPARTAMENTO DE SALUD DE SAGUNTO SERVICIO DE PEDIATRÍA</p>	PT-72		PT-72	
	Diabetes, insulinización sin cetoacidosis en niños recién diagnosticados		30-03-2023	
			V-01	Página 13 de 23

entrega la tabla de dosis de insulina según glucemias recomendada para la primera semana tras el alta hospitalaria (Anexo 4). Además realiza la prescripción de insulinas, glucagón, sensores de glucosa intersticial, tiras reactivas, agujas pluma, lancetas y contenedor de residuos.

- Las enfermeras de hospitalización realizan la medición de glucemia, cargan e inyectan la insulina e instruyen a niño y cuidadores en estas tareas (IT-46 Cuidado del niño diabético en hospitalización, IT-58 Glucemia capilar, técnica de realización, [DI-33 Instrucción para la alimentación del niño diabético en hospitalización](#)).
- La enfermera de la consulta de diabetes instruye a niños y cuidadores en alimentación para la diabetes, prevención de hipoglucemia (IT-46 Cuidado del niño diabético en hospitalización), manejo del monitor continuo de glucosa en los que se decida su implantación en hospitalización y da cita para revisión en CCEE una semana tras el alta.

6. INDICADORES

- Número de niños recién diagnosticados sin cetoacidosis tratados con insulina intravenosa.
- Número de niños recién diagnosticados sin cetoacidosis a los que se administra bolo intravenoso de fluídos.
- Número de niños/veces en los que **NO SE RESPETA INTERVALO** entre inyección de insulina e ingesta.

<p>Esta documentación pertenece a la Consellería de Sanitat Universal y Salud Pública, al Servicio de Pediatría del Hospital de Sagunto, quedando expresamente prohibida su reproducción o copia sin el permiso expreso por escrito. Toda la documentación impresa no constituye copia controlada según la norma ISO 9001 siendo por tanto las últimas versiones válidas las disponibles en el repositorio documental.</p>

 <p>DEPARTAMENTO DE SALUD DE SAGUNTO SERVICIO DE PEDIATRÍA</p>	PT-72 Diabetes, insulinización sin cetoacidosis en niños recién diagnosticados		PT-72	
			30-03-2023	
			V-01	Página 14 de 23

- Número de niños con monitor continuo de glucosa en los que no se comprueba en sangre los valores extremos de glucosa (<70- >250 mg/dl).
- Número de niños con diabetes en los que se aplica la lista de verificación de conocimientos mínimos.
- Número de niños recién diagnosticados de diabetes con cita para revisión programada en CCEE.

7. REGISTROS

Sistema informático del hospital (Integrador)
[R02 PT-16 Registro de glucemia, alimentación \(raciones\) y dosis de insulina](#)

8. ANEXOS

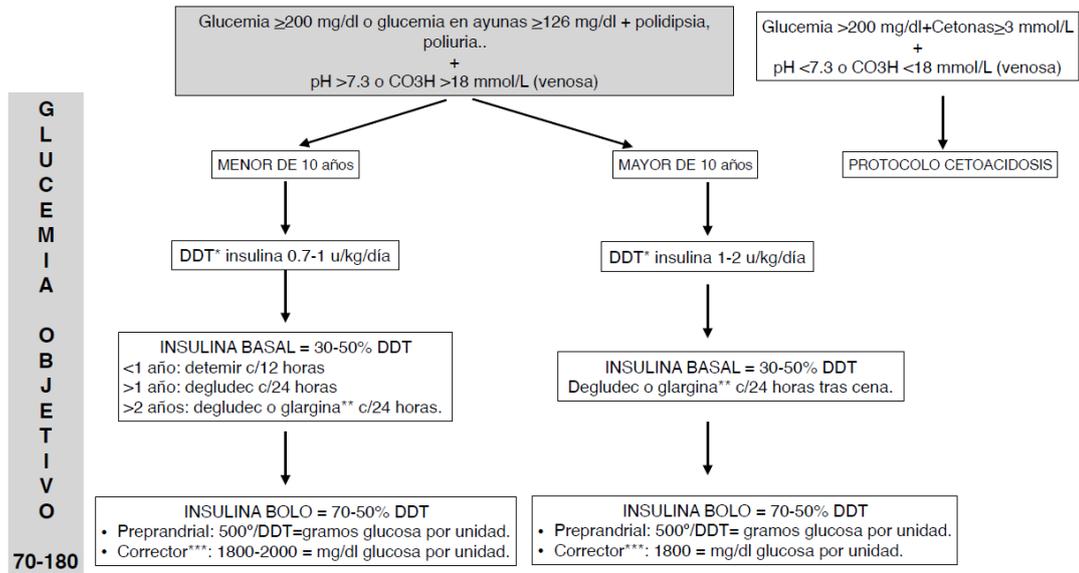
Anexo 1. Esquema de insulinización de niños recién diagnosticados de diabetes sin cetoacidosis.

Anexo 2. Conversión de ratio unidades/ración a ICR (g CH por unidad)

Anexo 3. Listado de conocimientos mínimos (“de supervivencia” al alta de hospitalización tras el diagnóstico de diabetes).

Anexo 4. Recomendaciones para el cálculo de dosis de insulina de acción rápida en niños diabéticos tratados con dosis múltiples (pautas basal-bolo)

Anexo 1. Insulinización de niños recién diagnosticados de diabetes sin cetoacidosis.



Anexo 2. Conversión de ratio unidades/ración a ICR (g CH por unidad)

RATIO (U/R)	ICR (g/U)	RATIO (U/R)	ICR (g/U)	RATIO (U/R)	ICR (g/U)
0.1	100	1.1	9	2.1	4.7
0.2	50	1.2	8.3	2.2	4.5
0.3	33	1.3	7.6	2.3	4.3
0.4	25	1.4	7.1	2.4	4.1
0.5	20	1.5	6.6	2.5	4.7
0.6	17	1.6	6.2	2.6	3.8
0.7	14	1.7	5.8	2.7	3.7
0.8	13	1.8	5.5	2.8	3.5
0.9	11	1.9	5.2	2.9	3.4
1.0	10	2	5		

Ejemplo: ratio 1.4 para pasar a ICR (g por unidad) $10/1.4 = 7.1$ gramos

 <p>DEPARTAMENTO DE SALUD DE SAGUNTO SERVICIO DE PEDIATRÍA</p>	PT-72 Diabetes, insulinización sin cetoacidosis en niños recién diagnosticados	PT-72	
		30-03-2023	
		V-01	Página 17 de 23

Anexo 3. Listado de conocimientos mínimos (“de supervivencia” al alta de hospitalización tras el diagnóstico de diabetes.

o VALORES DE GLUCEMIA:

- Objetivo.
- Hipoglucemia.
- Hiperglucemia.

o HIPOGLUCEMIA:

- Síntomas.
- Valor de glucemia que la define.
- Tipo de alimentos con carbohidratos que debe ingerir.
- Cantidad de alimentos con carbohidratos que debe ingerir.
- ¿Cuándo debe utilizar glucagón?
- Cómo proceder tras el episodio.
- Situaciones de la vida diaria que pueden aumentar el riesgo.

o TÉCNICA DE MEDICIÓN DE GLUCOSA:

- Técnica de medición en sangre capilar.
- ¿Cuándo debe medir la glucosa?
- Medición en sangre capilar.
- Para niños con monitor continuo ¿cuándo es necesario comprobar en sangre capilar?.

 <p>DEPARTAMENTO DE SALUD DE SAGUNTO SERVICIO DE PEDIATRÍA</p>	PT-72 Diabetes, insulinización sin cetoacidosis en niños recién diagnosticados		PT-72
			30-03-2023
	V-01	Página 18 de 23	

o **TÉCNICA DE CARGA E INYECCIÓN DE INSULINA:**

- Cargar desde vial e inyectar con jeringa.
- Cargar e inyectar con pluma.
- Lugares de inyección y método de rotación.
- Tiempo de espera para retirar aguja.
- Intervalo entre inyección y comienzo de la ingesta.

o **ALIMENTACIÓN:**

- Proporción de los tipos de alimentos en el plato (modelo plato Harvard).
- Concepto ración de alimentos con carbohidratos.
- Conocer número de raciones de alimentos con hidratos de carbono y calcular el número de raciones en diferentes cantidades de alimentos (poner ejemplos).

o **PAUTA DE INSULINA:**

- Diferencias entre insulina de acción lenta (basal) y rápida (bolos).
- ¿Cuándo y cuánto deben modificar la dosis de insulina lenta?
- ¿Cuándo y cuánto modificar las dosis de insulina rápida antes de las comidas.
- ¿Cómo calcular la dosis de bolo corrector ?. ¿Cuándo aplicarlo?.
- Comprensión de la tabla con las dosis de insulina recomendadas (Anexo 3) para la primera semana hasta la visita en consultas.

 <p>DEPARTAMENTO DE SALUD DE SAGUNTO SERVICIO DE PEDIATRÍA</p>	PT-72 Diabetes, insulinización sin cetoacidosis en niños recién diagnosticados	PT-72	
		30-03-2023	
		V-01	Página 19 de 23

o EJERCICIO FÍSICO:

- Prevención de hipoglucemia ¿más carbohidratos o menos insulina?.

o DÍAS DE ENFERMEDAD:

- Tipo de alimentos a ingerir.
- Ajustes de insulina (nunca suspenderla).

 <p>DEPARTAMENTO DE SALUD DE SAGUNTO SERVICIO DE PEDIATRÍA</p>	PT-72 Diabetes, insulinización sin cetoacidosis en niños recién diagnosticados		PT-72	
			30-03-2023	
			V-01	Página 20 de 23

Anexo 4. Recomendaciones para el cálculo de dosis de insulina de acción rápida en niños diabéticos tratados con dosis múltiples (pautas basal-bolo)

Para mantener la glucemia en valores adecuados (valores en objetivo) el niño diabético necesita CONOCER:

- El contenido de carbohidratos (CH) expresado como raciones (1 ración ES IGUAL al peso de cualquier alimento que contiene 10 gramos de HC), en los alimentos que ingiere a lo largo del día.
- El valor de glucosa y
- La cantidad de insulina a inyectar.

El niño con diabetes habitualmente se inyecta insulina varias veces al día:

- De acción rápida y corta duración (bolos), antes de cada una de las comidas y en cualquier momento en caso de niveles elevados de glucosa en sangre (superiores a 180-200 mg/dl)
- De acción lenta y larga duración (basal) una vez al día, por la mañana o por la noche.

Para calcular la dosis de insulina rápida (bolo) a inyectar antes de la comida debe conocer:

- Cual es la relación carbohidratos por 1 unidad de insulina (ICR = gramos de glucosa por unidad de insulina) y
- El factor de sensibilidad a la insulina (FSI = glucosa (mg/dl) que disminuye tras la administración de 1 unidad de insulina de acción rápida).

 DEPARTAMENTO DE SALUD DE SAGUNTO SERVICIO DE PEDIATRÍA	PT-72 Diabetes, insulinización sin cetoacidosis en niños recién diagnosticados		PT-72	
			30-03-2023	
			V-01	Página 21 de 23

Para calcular la dosis de insulina rápida (bolo corrector) a inyectar para corregir niveles elevados de glucosa, en periodos en los que habitualmente no se realiza ninguna ingesta, por ejemplo durante la noche, sólo tiene en cuenta el FSI.

Para facilitar el tratamiento en la consulta de diabetes le han proporcionado la siguiente tabla en la que se le indica :

- El valor actual de la I/R y del FSI,
- La dosis de insulina lenta o basal
- y la dosis de rápida a inyectar antes de cada una de las comidas según el nivel de glucosa.

Debe tener en cuenta que la dosis de insulina cambia con el tiempo, por lo que sí a pesar de administrar las dosis recomendadas, no conseguimos mantener la glucosa en objetivos deberá consultar con el personal de la unidad de diabetes.

 **DOSIS DE INSULINA PARA NIÑOS PEQUEÑOS Y/O CON FSI MAYOR O IGUAL A 100 MG/DL**

	DESAYUNO	ALMUERZO	COMIDA	MERIENDA	CENA	TOTAL
RACIONES						
BOLO (rápida)						
< 100						
150-200						
200-250						
>250						
BASAL (lenta)						




 **DOSIS DE INSULINA PARA NIÑOS MAYORES Y/O CON FSI MENOR O IGUAL A 50 MG/DL**

	DESAYUNO	ALMUERZO	COMIDA	MERIENDA	CENA	TOTAL
RACIONES						
BOLO (rápida)						
< 100						
150-200						
200-250						
>250						
BASAL (lenta)						