

Emergencias diabéticas: hipoglucemia e hiperglucemia en campo

Autor: EA4IPV

Fecha: 23/03/2026

Categoría: Primeros Auxilios

Etiquetas: Sin etiquetas

Emergencias diabéticas: hipoglucemia e hiperglucemia en campo

Las emergencias diabéticas son situaciones frecuentes en cualquier grupo de supervivencia, ya que la diabetes mellitus afecta al 14% de la población adulta en España (estudio di@bet.es) y el 30-50% de los diabéticos tipo 2 están sin diagnosticar. En un escenario de crisis, la interrupción del suministro de insulina, la falta de alimentos o el estrés extremo pueden desencadenar emergencias metabólicas graves. La hipoglucemia (glucosa Reconocimiento de la hipoglucemia

La hipoglucemia es la emergencia diabética más peligrosa a corto plazo. Se define como glucosa en sangre

Nivel de glucosa

Fase

Síntomas

Respuesta autonómica (adrenérgica)

Temblor, sudoración fría, taquicardia, ansiedad, hambre intensa, palidez, hormigueo peribucal

Neuroglucopenia

Confusión, dificultad para hablar, visión borrosa, comportamiento irracional, agresividad, descoordinación motora

Hipoglucemia grave

Convulsiones, pérdida de consciencia, coma. Daño cerebral irreversible si se prolonga > 30 minutos

Hipoglucemia inadvertida: Los pacientes con diabetes de larga evolución o hipoglucemias frecuentes pueden perder los síntomas de alarma autonómicos (sudor, temblor, taquicardia) y pasar directamente a la fase neuroglucopénica. Pueden parecer borrachos, confusos o agresivos sin aviso previo. Si una persona diabética presenta comportamiento extraño, asuma siempre hipoglucemia hasta demostrarse lo contrario.

Tratamiento de la hipoglucemia en campo

El tratamiento de la hipoglucemia sigue la regla 15-15 establecida por la ADA: administrar 15 gramos de hidratos de carbono de absorción rápida y reevaluar la glucemia en 15 minutos. Si no se dispone de glucómetro, reevalúe los síntomas.

Paciente consciente y puede tragar: Administre 15-20 g de azúcar de absorción rápida: 3-4 sobres de azúcar disueltos en agua, 150-200 ml de zumo de frutas, 150 ml de refresco azucarado (no dietético), 3-4 comprimidos de glucosa, o una cucharada sopera de miel. Espere 15 minutos y repita si los síntomas

persisten.

Tras la corrección inicial: Una vez remitan los síntomas, administre hidratos de carbono complejos (pan, galletas, cereales) para evitar una nueva bajada. Si la siguiente comida está a más de 1 hora, dé un tentempié con proteína (pan con queso, frutos secos con galletas).

Paciente inconsciente o que no puede tragar: NUNCA administre nada por boca a una persona inconsciente (riesgo de aspiración). Colóquelo en posición lateral de seguridad. Si dispone de glucagón inyectable: administre 1 mg intramuscular (muslo o deltoides) en adultos, 0,5 mg en niños Sin glucagón disponible: Si la persona está inconsciente y no hay glucagón, aplique miel, mermelada o gel de glucosa en la mucosa oral (entre la mejilla y la encía), no en la garganta. La absorción sublingual y bucal es limitada pero puede ser suficiente. Active los servicios de emergencia inmediatamente.

Fuente de azúcar

Cantidad para 15 g de HC

Tiempo de efecto

Sobres de azúcar (8 g)

2 sobres

5-10 minutos

Zumo de frutas

150-200 ml

10-15 minutos

Refresco azucarado

150 ml

10-15 minutos

Comprimidos de glucosa

3-4 comprimidos

5-10 minutos

Miel

1 cucharada sopera

10-15 minutos

Gel de glucosa

1 tubo (15 g)

5-10 minutos

Reconocimiento de la hiperglucemia y cetoacidosis diabética

La hiperglucemia (glucosa > 250 mg/dl) sin tratamiento puede progresar a cetoacidosis diabética (CAD), más frecuente en diabetes tipo 1, o a estado hiperglucémico hiperosmolar (EHH), más frecuente en tipo 2.

Ambas son emergencias médicas con mortalidad del 1-5% (CAD) y 5-20% (EHH).

Característica

Cetoacidosis diabética (CAD)

Estado hiperosmolar (EHH)

Tipo de diabetes

Principalmente tipo 1 (puede ocurrir en tipo 2)

Principalmente tipo 2 (ancianos)

Glucemia

> 250 mg/dl (frecuentemente 300-800)

> 600 mg/dl (frecuentemente > 1000)

Inicio

Horas a 1-2 días

Días a semanas (insidioso)

Aliento

Olor a acetona/fruta (aliento cetósico)

Sin olor cetósico

Respiración

Kussmaul: profunda y rápida (compensación del ácido)

Superficial, puede haber taquipnea

Deshidratación

Moderada a severa

Severa (pérdida de hasta 9-10 litros)

Nivel de consciencia

Variable, puede llegar a estupor

Confusión progresiva hasta coma

Síntomas de alerta: Sed extrema (polidipsia), micción muy frecuente (poliuria), náuseas y vómitos, dolor abdominal (en CAD), debilidad muscular, visión borrosa, aliento afrutado o acetónico.

Signos de deshidratación: Mucosas secas, signo del pliegue cutáneo positivo (la piel pellizcada tarda en volver a su posición), ojos hundidos, taquicardia, hipotensión ortostática (mareo al ponerse de pie).

Manejo de la hiperglucemia en campo

El tratamiento definitivo de la CAD y el EHH requiere insulina intravenosa y reposición de líquidos en entorno hospitalario. Sin embargo, el manejo prehospitalario puede ser crítico para la supervivencia.

Hidratación oral: Si el paciente está consciente y puede tragar, administre agua o suero oral a sorbos frecuentes (200-300 ml cada 15-20 minutos). La deshidratación es el principal factor de mortalidad en el EHH. Evite bebidas azucaradas.

Insulina (si el paciente la tiene): Si el paciente diabético tipo 1 tiene su insulina rápida (lispro, aspart, glulisina), puede administrar una dosis correctora según su pauta habitual. Nunca administre insulina a una persona inconsciente o si desconoce su dosis. Una sobredosis de insulina causa hipoglucemia mortal.

Monitorización: Si dispone de glucómetro, controle la glucemia cada hora. Vigile nivel de consciencia, frecuencia respiratoria (Kussmaul indica acidosis persistente) y diuresis. Si el paciente deja de orinar, la deshidratación es grave.

Evacuación urgente: Active el 112 o evacue al paciente si presenta: alteración del nivel de consciencia, respiración de Kussmaul, vómitos persistentes que impiden la hidratación oral, glucemia > 500 mg/dl o signos de shock (taquicardia + hipotensión).

Regla de oro en emergencias diabéticas: Si no sabe si una persona diabética inconsciente tiene hipoglucemia o hiperglucemia, trate como hipoglucemia (administre glucosa). La hipoglucemia mata en minutos; la hiperglucemia, en horas o días. Administrar glucosa a un hiperglucémico no empeorará significativamente su situación, pero no tratar una hipoglucemia puede ser mortal.

Preparación del botiquín diabético para emergencias

En un grupo de supervivencia con miembros diabéticos, el botiquín debe incluir suministros específicos que permitan el manejo autónomo durante días o semanas.

Material

Cantidad mínima (1 persona/1 mes)

Notas

Glucómetro + tiras reactivas

1 glucómetro + 100 tiras

Almacenar en lugar seco, entre 4-30°C. Verificar fecha de caducidad

Lancetas

100 unidades

No reutilizar por riesgo de infección

Insulina (si aplica)

Según pauta + 20% extra

Refrigerar entre 2-8°C. Sin refrigeración, la insulina abierta dura 28 días a

Jeringuillas/plumas de insulina

Según pauta mensual

Almacenar agujas estériles en envase cerrado

Glucagón de emergencia

2 kits (inyectable o nasal)

Verificar caducidad cada 6 meses. Enseñar su uso a todos los miembros del grupo

Sobres de azúcar/gel de glucosa

30 sobres o 10 tubos de gel

Para tratamiento de hipoglucemias leves

Tiras de cetonas en orina

50 tiras

Para detectar cetoacidosis cuando la glucemia > 250 mg/dl

Conservación de insulina sin electricidad: En ausencia de refrigeración, envuelva los viales de insulina en un paño húmedo dentro de un recipiente de barro poroso (efecto de evaporación). Otra opción es un termo con agua fresca, cambiando el agua cada 12 horas. La insulina no abierta se mantiene estable hasta 28 días a temperatura ambiente (30°C pierde eficacia y no debe utilizarse).

⚠ Advertencia: Esta información es orientativa y educativa. En situaciones de emergencia real, consulte a profesionales cualificados siempre que sea posible. No ponga en riesgo su vida ni la de otros sin la formación adecuada.