

NORMATIVA I OBJECTIUS DEL GRUP DE TREBALL SOCMUE-DIABETIS

NOM:

GRUP DE TREBALL PEL MANEIG DE LA DIABETIS MELLITUS I LA HIPERGLUCÈMIA A URGÈNCIES, DE LA SOCIETAT CATALANA DE MEDICINA D'URGÈNCIES I EMERGÈNCIES (**Grup de Treball SoCMUE-Diabetis**)



ÀMBIT DE TREBALL: CATALUNYA

OBJECTIUS DEL GRUP SocMUE-DIABETIS

1. Impulsar l'estudi de les característiques específiques de la **Diabetis Mellitus i la hiperglucèmia** a l'àmbit dels serveis d'urgències i emergències hospitalaris i extrahospitalaris, per tal d'establir les estratègies de maneig més adequades en els mateixos.
2. Promoure el consens entre els diferents professionals implicats en el maneig dels pacients amb **Diabetis Mellitus i hiperglucèmia** per tal de:
 - 2.1. Homogeneïtzar les pautes de maneig i tractament per contribuir així a una reducció de les complicacions i a un millor compliment.
 - 2.2. Establir protocols de diagnòstic i tractament comuns d'acord amb les recomanacions existents a la literatura científica, i així millorar el pronòstic i la qualitat de vida dels pacients.
 - 2.3. Proposar els recursos necessaris per a la correcta assistència als serveis d'urgències i emergències hospitalaris i extrahospitalaris.
 - 2.4. Definir els criteris de derivació a altres nivells assistencials.
3. Realització de documents científics (de consens entre professionals de la medicina d'urgències i emergències i amb altres especialistes relacionats amb el món de la **Diabetis Mellitus**, fonamentalment amb Atenció Primària, Endocrinologia i Medicina Interna) per tal d'elaborar guies de pràctica clínica i normes d'actuació que permetin:
 - 3.1. Un maneig adequat dels pacients en els diferents àmbits de la especialitat de medicina d'urgències i emergències.
 - 3.2. Facilitin la docència al personal en formació.

3.3.Facin possible la formació continuada.

3.4.Contribueixin al desenvolupament del cos doctrinal de l'especialitat.

4. Facilitar i impulsar la realització d'estudis de recerca en el camp de la **Diabetis Mellitus** i la hiperglucèmia al àmbit de les urgències i emergències, de qualitat científica i rellevància clínica elevades, contribuint així al coneixement de la malaltia i al desenvolupament i reconeixement de la especialitat.
5. Creació d'un fòrum de debat entre els professionals dedicats al maneig i / o estudi de la **Diabetis Mellitus i la hiperglucèmia** a Urgències, on es puguin posar en comú les diferents experiències, idees, projectes, estratègies de diagnòstic i tractament, etc. Aquest podrà contribuir a un millor coneixement actual i futur d'aquesta patologia i de la problemàtica que l'acompanya.
6. Constituir un grup de referència (tant a nivell de recursos humans -experts-, com de documents científics) amb la suficient solvència i nivell científic com per escometre adequadament les diferents activitats formatives que la SocMUE i els seus membres considerin d'interès (congressos, cursos, tallers, publicacions, etc.)

NORMES DEL GRUP SocMUE-DIABETIS

1. Obert a professionals amb experiència prèvia o interès en el maneig i / o estudi de la **Diabetis Mellitus i la hiperglucèmia** als Serveis d'Urgències i amb coneixement en la metodologia de la recerca científica i en la elaboració de protocols clínics i de recerca.
2. Quant a la finançament del grup, s'adaptarà a la normativa de la SocMUE (Societat Catalana de Medicina d'Urgències i Emergències) a la que pertany el grup. Les fons de finançament, tant siguin de naturalesa pública (fundacions, beques, etc.), institucional (societats científiques) o privada, no poden comprometre en cap aspecte la completa independència del Grup de SocMUE-Diabetis en el desenvolupament dels seu objectius i de les seves activitats, tant formatives com de recerca.
3. La continuïtat en el temps del Grup de SocMUE-Diabetis ha de venir recolzat per l'activitat que realitzi.
4. El Grup de SocMUE-Diabetis ha de ser present en les reunions nacionals i internacionals, mitjançant:
 - 4.1.Reunions del grup
 - 4.2.Presentació i promoció de projectes, estudis, registres, protocols d'actuació, programes de formació, comunicacions científiques, etc.
5. El Grup de SocMUE-Diabetis haurà d'aprofitar les noves tecnologies en la seva metodologia de treball mantenint amb un "Web" (ja sigui pròpia o integrada al de la SocMUE) i comptes en les diferents xarxes socials, creant aplicacions per a altres dispositius i integrant qualsevol eina que pugui aparèixer en el futur, per a facilitar la difusió de la seva feina i objectiu.
6. Anualment realitzarà un programa i les reunions pròpies del grup (si més no, una anyal) i les seves parts, i una memòria d'activitats.

7. El grup ha de participar, comunicant l'estat de la seves tasques, a la reunió de grups del Congrés nacional Català de la SocMUE.
8. Si més no, els vocals i els responsables del Grup de SocMUE-Diabetis, mantindran pertinença al la Societat Catalana d'urgències i emergències (SocMUE)
9. Així mateix, és recomanable que una representació del grup pertany i prengui part en les activitats del "Grup de Treball SEMES-Diabetis".
- 10.El grup seguirà la normativa dels grups de treball de la SocMUE.

ESTRUCTURA DEL GRUP SOCMUE-DIABETIS.

1. El grup comptarà amb un responsable-coordinador i un co-responsable del grup (preferentment, un metge i una infermera), un secretari i un o varis "webmaster", i els vocals.
2. Els responsable-coordinador, el corresponsable, secretari i webmaster s'elegiran entre els membres del grup per un període de 2 anys o fins a les seves dimissions.
3. Es podran nomenar coordinadors de diferents zones de Catalunya (d'acord a la organització territorial que s'acordi en les reunions (provincials, etc).
4. El coordinador del Grup SocMUE-Diabetis:
 - 4.1.Estableix els objectius anuals del grup, en consens amb tots els components. Aquest objectius s'han de presentar a la reunió anual ordinària.
 - 4.2.Coordina els grups de treball interns, els treballs de formació i recerca, elaboració de protocols, etc
 - 4.3.És el responsable d'organitzar les reunions de treball del grup.
 - 4.4.És el responsable de les relacions institucionals del grup.
 - 4.5.És el responsable de les relacions amb la SocMUE
5. El co-responsable del grup:
 - 5.1.Col·labora amb el coordinador del grup en totes les seves funcions, especialment coordinant al grup d'infermeria del grup.
 - 5.2.Assumeix les funcions que en ell delegui el coordinador ja sigui permanent o temporalment
 - 5.3.Actua com a coordinador del grup en cas d'absència o dimissió d'aquest.
6. El secretari del grup:
 - 6.1.Col·labora amb el coordinador del grup en totes les seves tasques.
 - 6.2.Assumeix les funcions que en ell delegui el coordinador ja sigui permanent o temporalment

- 6.3.Elabora una memòria d'activitats que ha d'estar finalitzada un mes abans de la reunió anyal del grup.
- 6.4.Elabora les actes de les reunions del grup.
- 6.5.S'encarrega de l'acollida dels nous membres del grup.
7. El "webmaster" del grup.
- 7.1.És el responsable de comunicació, encarregat de la imatge i noves tecnologies del grup. Col·labora especialment en l'elaboració de materials didàctics i en la comunicació de les activitats del grup.
- 7.2.Crearà i mantindrà la pàgina Web del Grup SocMUE-Diabetis dins o no de la de la (SocMUE)
- 7.3.Serà el responsable de l'administració dels comptes del grups en diferents xarxes socials.
- 7.4.Treballarà en la creació d'Apps, que facilitin o millorin la feina clínica, de recerca, aplicació de protocols, en relació a la diabetis a urgències i col·laborarà estretament amb el Webmaster del grup SEMES-Diabetis de la SEMES.
8. La resta de membres del grup seran reconeguts com a vocals, les funcions dels quals serà treballar i col·laborar activament en la feina de formació i recerca del grup, així com a participar periòdicament en les tasques de responsabilitat, assistir a les reunions del grup i assumir les que els responsables deleguin temporalment en ells.
9. Tant els responsables, el webmaster, el secretari i els vocals han de ser socis de SocMUE/SEMES, exceptuant el membres d'altres societats científiques.
- 10.Si més no un i un màxim del 25% dels components del grup seran components d'altres societats científiques.
- 11.Els vocals del Grup han posseir experiència o interès en el maneig i / o estudi de la **Diabetis Mellitus i la hiperglucèmia** a l'àmbit d'urgències i emergències.

ORGANIGRAMA DEL GRUP SOCMUE-DIABETIS

Responsable-Coordinador

Dr. Artur Juan Arribas. ajuan@comb.cat; ajuan@salutms.cat

Hospital Sant Jaume (Calella, Barcelona)

Corresponsable

DIU Carme Escamilla Llamas. cescamilla31479@coib.net; cescamilla@salutms.cat

Hospital Sant Jaume (Calella, Barcelona)

Secretari

Dr Ivan Agra Montava. lagra@santpau.cat

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (Barcelona)

Webmaster

Provisionalment vacant, ens funcions els responsable-coordinador.

Vocals SocMUE (Metges/sses)

Dra.Mercè Almirall Egerique. meralmirall@gmail.com

Hospital Arnau de Vilanova (Lleida)

Dra. Montserrat Custal Teixidor. monserrat.custal@ias.scs.es

Hospital Santa Caterina (Salt, Girona)

Dra. Elena Díaz Geno. elenadiazgeno@gmail.com

Clínica de Vallés (Sabadell, Barcelona)

Dr. Juanjo Cara. juanjointerna@yahoo.com

Hospital Mútua de Terrassa (Terrassa, Barcelona)

Dr. Àlex Smitson. asa30412@hotmail.com

Hospital de l'Esperit Sant (Santa Coloma De Gramanet, Barcelona)

Dra. Eva Domingo Baldrich. evadombal@hotmail.com

Hospital de la Vall D'Hebrón (Barcelona)

Dra. Ana Beguer. ana_baguer@hotmail.com

Hospital Joan XIII (Tarragona)

Dra. Anna Palau. annapv80@yahoo.es

Hospital Sant Pau i Santa Tecla (Tarragona)

Vocals SocMUE (Infermeria)

DIU Daniela Otilia Tatan. danatn2007@yahoo.es

Hospital de l'Esperit Sant (Santa Coloma De Gramanet, Barcelona)

DIU Gràcia Zapata. graciazapata@hotmail.com; gzapata@salutms.cat

Hospital Sant Jaume (Calella, Barcelona)

DIU Isabel Llamazares Vázquez. isabellamazares@gmail.com;
illamazares@salutms.cat

Hospital Sant Jaume (Calella, Barcelona)

Vocals altres societats

Dr Antonio Pérez Pérez. aperez@santpau.cat

Endocrinòleg - Sociedad Española de Diabetes. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (Barcelona)

Dr. Daniel Sáez Abad. danielsaenzabad@hotmail.com

Internista de urgències. Hospital Clínic Universitario Lozano Blesa (Saragossa)
Sociedad Española de Urgencias y Emergencias (SEMES). GT SEMES-Diabetes.

CONFLICTE D'INTERESSOS

No hi ha conflictes d'interessos.

PLA D'ACOLLIDA

El pla d'acollida als nous component del grup inclou carta de benvinguda, enquesta de coneixements i inquietuts sobre el tema de la Diabetis i hiperglucèmia, fitxa d'inscripció per les components. Quan estigui creada, es facilitarà identificació i contrasenya per a les web i representació en les xarxes socials del grup.

Contacte secretari del grup: Ivan Agra iagra@santpau.cat

BIBLIOGRAFIA

1. Umpierrez GE, Isaacs SD, Bazargan N, You X, Thaler LM, Kitabchi AE: Hyperglycemia: an independent marker of in-hospital mortality in patients with undiagnosed diabetes. **J Clin Endocrinol Metab** 2002; 87: 978-982. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11889147>
2. Clement S, Braithwaite SS, Magee MF, Ahmann A, Smith EP, Schafer RG, Hirsh IB: Management of diabetes and hyperglycemia in hospitals. **Diabetes Care**. 2004; 27: 553-597. <http://care.diabetesjournals.org/content/27/2/553.long>
3. Levetan CS, Passaro M, Jablonski K, Kass M, Ratner RE: Unrecognized diabetes among hospitalized patients. **Diabetes Care** 1998; 21: 246-249. <http://care.diabetesjournals.org/content/21/2/246.abstract>
4. Moghissi E, Hirsch IB. Hospital Management of Diabetes. Inpatient diabetes and metabolic control task force, American Association of Endocrinologists. **Endocrinol Metab Clin N Am** 2005; 34: 99-116. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15752924>
5. Moghissi E. Hospital management of diabetes: Beyond the sliding scale. **Cleveland Clinic Journal of Medicine** 2004; 71: 801-808. <http://www.ccjm.org/content/71/10/801.abstract>
6. Carreño Hernández MC, Bustamante Ferosel A, Fernández Ballesteros A, García Polo I, Guillén Camargo V, López Rodríguez M, Sabán Ruiz J, Sánchez Ramos JA. Manejo del paciente diabético hospitalizado. **An Med Interna (Madrid)** 2005; 22: 339-348. http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s0212-71992005000700010&script=sci_arttext
7. Liebl A, Spannheimer A, Reitberger U, Gortz A: Costs of long-term complications in type 2 diabetes patients in Germany. Results of the CODE-2(R) study. **Med Klin** 2002; 97: 713-719. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12491064>
8. Levetan CS, Magee MF: Hospital management of diabetes. **Endocrinol Metab Clin North Am** 2000; 29: 745-770. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11149160>
9. Finney SJ, Zekveld C, Elia A, Evans TWV: Glucose control and mortality in critically ill patients. **JAMA** 2003; 290: 2041-2047. <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/abstract/290/15/2041>
10. Krinsley JS: Association between hyperglycemia and increased hospital mortality in a heterogeneous population of critically ill patients. **Mayo Clin Proc** 2003; 78: 1471-1478. <http://www.mayoclinicproceedings.com/content/78/12/1471.abstract>
11. Inzucchi SE: Clinical practice: management of hyperglycemia in the hospital setting. **N Engl J Med** 2006; 355: 1903-1911. <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMcp060094>
12. Van den Berghe G, Wouters P, Weekers F, Verwaest C, Bruyninckx F, Schetz M, Vlasselaers D, Ferdinande P, Lauwers P, Bouillon R. Intensive insulin therapy in the critically ill patients. **N Engl J Med** 2001; 345: 1359-1367. <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa011300>

13. Van den Berghe G, Wilmer A, Hermans G, Meersseman W, Wouters P et al. Intensive insulin therapy in the medical ICU. **N Engl J Med** 2006; 354: 449-461. <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa011300>
14. Furnary AP, Gao G, Grunkemeier GL, Wu Y, Zerr KJ, Bookim SO, Floten HS, Star A: Continuous insulin infusion reduces mortality in patients with diabetes undergoing coronary artery bypass grafting. **J Thorac Cardiovasc Surg** 2003; 125: 1007-1021. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12771873>
15. Malmberg K, Norhammar A, Wedel H, Ryden L. Glycometabolic state at admission: important risk marker of mortality in conventionally treated patients with diabetes Mellitus and acute myocardial infarction: long-term results from the Diabetes and Insulin-Glucose Infusion in Acute Myocardial Infarction (DIGAMI) study. **Circulation** 1999; 99: 2626-2632. <http://circ.ahajournals.org/cgi/content/full/99/20/2626>
16. Capes SE, Hunt D, Malmberg K, Gerste HC. Stress hyperglycaemia and increased risk of death after myocardial infarction in patients with and without diabetes: a systematic overview. **Lancet** 2000; 355: 773-778. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10711923>
17. Capes SE, Hunt D, Malmberg K, Pathak P, Gerstein HC. Stress hyperglycemia and prognosis of stroke in nondiabetic and diabetic patients: a systematic overview. **Stroke** 2001; 32: 2426-2432. <http://stroke.ahajournals.org/cgi/content/abstract/32/10/2426>
18. Kiers I, Davis SM, Larkins R, Hopper J, Tress B, Rossiter SC, Carlin J, Ratnaike S. Stroke topography and outcome in relation to hyperglycaemia and diabetes. **J Neurol Neurosurg Psychiatry**. 1992; 55: 263-270. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC489037/>
19. Sung J, Bochicchio GV, Joshi M, Bochicchio K, Tracy K, Scalea TM. Admission hyperglycemia is predictive of outcome in critically ill trauma patients. **J Trauma**. 2005; 59: 80-83. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16096543>
20. Wiener RS, Wiener DC, Larson RJ. Benefits and risks of tight glucose control in critically ill adults: a meta-analysis. **JAMA**. 2008; 300: 933-944. <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/full/300/8/933>
21. NICE-SUGAR Study Investigators, Finfer S, Chittock DR, Su SY, Blair D, Foster D, Dhingra V, Bellomo R, Cook D, Dodek P, Henderson WR, Hébert PC, Heritier S, Heyland DK, McArthur C, McDonald E, Mitchell I, Myburgh JA, Norton R, Potter J, Robinson BG, Ronco JJ. Intensive versus conventional glucose control in critically ill patients. **N Engl J Med**. 2009; 360: 1283-1297. <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa0810625>
22. Griesdale DE, de Souza RJ, van Dam RM, Heyland DK, Cook DJ, Malhotra A, Dhaliwal R, Henderson WR, Chittock DR, Finfer S, Talmor D. Intensive insulin therapy and mortality among critically ill patients: a meta-analysis including NICE-SUGAR study data. **Can Med Assoc J**. 2009 180: 821-827. <http://www.cmaj.ca/cgi/content/full/180/8/821>
23. Pomposelli JJ, Baxter JK 3rd, Babineau TJ, Pomfret EA, Driscoll DF, Forse RA, Bistran BR: Early postoperative glucose control predicts nosocomial infection rate in diabetic

patients. *JPEN J Parenter Enteral Nutr.* 1998; 22: 77-81. <http://pen.sagepub.com/content/22/2/77.abstract>

24. McAlister FA, Majumdar SR, Blitz S, Rowe BH, Romney J, Marrie TJ: The relation between hyperglycemia and outcomes in 2,471 patients admitted to the hospital with community-acquired pneumonia. *Diabetes Care* 2005; 28: 810-815. <http://care.diabetesjournals.org/content/28/4/810.long>
25. Falguera M, Pifarre R, Martin A, Sheikh A, Moreno A: Etiology and outcome of community-acquired pneumonia in patients with diabetes mellitus. *Chest.* 2005; 128: 3233-3239. <http://chestjournal.chestpubs.org/content/128/5/3233.long>
26. Bruno A, Gregori D, Caropreso A, Lazzarato F, Petrinco M, Pagano E. Normal glucose values are associated with a lower risk of mortality in hospitalized patients. *Diabetes Care.* 2008; 31: 2209-2210. <http://care.diabetesjournals.org/content/31/11/2209.long>
27. Baker EH, Janaway CH, Philips BJ, Brennan AL, Baines DL, Wood DM, Jones PW. Hyperglycaemia is associated with poor outcomes in patients admitted to hospital with acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax.* 2006; 61: 284-289. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2104606/?tool=pubmed>
28. American Diabetes Association. Economic costs of diabetes in the U.S. in 2007 [published correction appears in *Diabetes Care.* 2008;31:1271]. *Diabetes Care.* 2008; 31: 596-615. <http://care.diabetesjournals.org/content/31/3/596.abstract>
29. Umpierrez GE, Hor T, Smiley D, Temponi A, Umpierrez D, Ceron M, Muñoz C, Newton C, Peng L, Baldwin D. Comparison of Inpatient Insulin Regimens with Detemir plus Aspart Versus Neutral Protamine Hagedorn plus Regular in Medical Patients with Type 2 Diabetes. The DEAN Trial. *J Clin Endocrinol Metab.* 2009, 94:564–569. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2646523/>
30. Umpierrez G, Smiley D, Zistan LM, Prieto LM, Palacio A, Ceron M, Puig A, Mejía R. Randomized study of basal bolus insulin therapy in the inpatient management of patients with type 2 diabetes (RABBIT 2 trial). *Diabetes Care* 2007; 30: 2181-2186. <http://care.diabetesjournals.org/content/30/9/2181.long>
31. Umpierrez GE, Smiley D, Jacobs S, Peng L, Temponi A, Mulligan P, Umpierrez D, Newton C, Olson D, Rizzo M. Randomized Study of Basal-Bolus Insulin Therapy in the Inpatient Management of Patients With Type 2 Diabetes Undergoing General Surgery (RABBIT 2 Surgery). *Diabetes Care* 2011; 34:256-261. <http://care.diabetesjournals.org/content/34/2/256.full.pdf+html>
32. Pérez Pérez A, Conthe Gutiérrez P, Aguilar Diosdado M, Bertomeu Martínez V, Galdos Anunciabay P, García de Casasola G, Gomide Bàrbara R, Palma Gamiz JL, Puig Domingo M, Sánchez Rodríguez A. Tratamiento de la hiperglucemia en el hospital. *Med Clin (Barc).* 2009; 132: 465–475. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19298976>
<http://content.imamu.edu.sa/Scholars/it/VisualBasic/2v132n12a13135312pdf001.pdf>
http://www.sediabetes.org/gestor/upload/revista/DOC_CONSEN%20TRAT_hiper_hosp.pdf

33. Joslin EP: A Diabetic Manual for the Mutual Use of Doctor and Patient. Philadelphia, Lea and Febiger, 1934, p. 108. <http://www.archive.org/details/diabeticmanualfo00josluoft>
34. Browning LA, Dumo P: Sliding-scale insulin: an antiquated approach to glycemic control in hospitalized patients. *Am J Health Syst Pharm* 2004; 61: 1611-1614. <http://www.ajhp.org/cgi/reprint/61/15/1611>
35. Schmeltz LR, DeSantis AJ, Schmidt K, O'Shea-Mahler E, Rhee C, Brandt S, Peterson S, Molitch ME. Conversion of intravenous insulin infusions to subcutaneously administered insulin glargine in patients with hyperglycemia. *Endocr Pract.* 2006; 12: 641-650. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17229660>
36. Braithwaite SS. The transition from insulin infusions to long-term diabetes therapy: the argument for insulin analogs. *Semin Thorac Cardiovasc Surg.* 2006;18:366–378. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17395034>
37. Malmberg K, Ryden L, Wedel H, Birkeland K, Bootsma A, Dickstein K, Efendic S, Fisher M, Hamsten A, Herlitz J, Hildebrandt P, MacLeod K, Laakso M, Torp-Pedersen C, Waldenström A; DIGAMI 2 Investigators. Intense metabolic control by means of insulin in patients with diabetes Mellitus and acute myocardial infarction (DIGAMI 2): effects on mortality and morbidity. *Eur Heart J* 2005; 26: 650-661. <http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/26/7/650.long>
38. Braithwaite SS, Clement S. Algorithms for intravenous insulin delivery. *Curr Diabetes Rev.* 2008; 4: 258–268 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18690908>. Braithwaite SS. Inpatient insulin therapy. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes.* 2008;15:159–66. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18316952>
39. Gill G, MacFarlane I: Are sliding-scale insulin regimens a recipe for diabetic instability (Letter)? *Lancet* 1997; 349:1555. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9167489>
40. Umpierrez GE., Palacio A, Smiley, D. Sliding Scale Insulin Use: Myth or Insanity? *Am j Med* 2007; 120: 563-567. [http://www.amjmed.com/article/S0002-9343\(06\)01072-2/abstract](http://www.amjmed.com/article/S0002-9343(06)01072-2/abstract)
41. Baldwín D, Villanueva G, McNutt R, Bhatnagar S. Eliminating inpatient sliding-scale insulin: a reeducation project with medical house staff. *Diabetes Care* 2005; 28: 1008-1011. <http://care.diabetesjournals.org/content/28/5/1008.long>
42. Robbins L: Let's get the sliding scale out of medicine (Letter). *Med Rec Ann* 1963; 56: 201. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14059698>
43. Lisbona Gil A, Conthe Gutiérrez P. Papel de las nuevas Insulinas en el tratamiento de la diabetes. *Med Clin (Barc).* 2009; 132: 463–464. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19251286>
44. Cefalu WT. Is Incretin-Based Therapy Ready for the Care of Hospitalized Patients With Type2 Diabetes? The time has come for GLP-1 receptor agonists!. *Diabetes Care* 2013; 36:2107-2111. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3687277/pdf/2107.pdf>

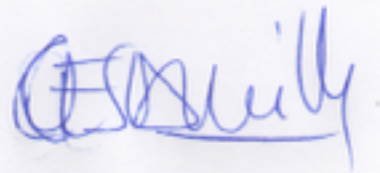
45. Cefalu WT. Is Incretin-Based Therapy Ready for the Care of Hospitalized Patients With Type 2 Diabetes? Insulin therapy has proven itself and is considered the mainstay of treatment. *Diabetes Care* 2013; 36:2112-2117. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3687276/pdf/2112.pdf>
46. Deane AM, Horowitz M. Is Incretin-Based Therapy Ready for the Care of Hospitalized Patients With Type 2 Diabetes?. *Diabetes Care* 2014; 37: e40–e41. <http://care.diabetesjournals.org/content/37/2/e40.full.pdf>
47. Swartz S, DeFronzo RA. Is Incretin-Based Therapy Ready for the Care of Hospitalized Patients With Type 2 Diabetes? *Diabetes Care* 2014;37:e42. <http://care.diabetesjournals.org/content/37/2/e42.full.pdf>
48. Umpierrez GE, Schwartz S. Use of Incretin-Based Therapy in Hospitalized Patients with Hyperglycemia. *Endocr Pract.* 2014; 20:933-44.
49. Hyperglycemic Crises in Adult Patients With Diabetes. *Diabetes Care* 2009; 32: 1335-1343. <http://care.diabetesjournals.org/content/32/7/1335.full.pdf+html>
50. Perez A, Reales P, Barahona MJ, Romero MG on behalf of the HOSMIDIA Study Group. Efficacy and feasibility of basal–bolus insulin regimens and a discharge-strategy in hospitalised patients with type 2 diabetes – the HOSMIDIA study. *Int J Clin Pract* 2014; 68:1264-1217. <http://onlinelibrary.wiley.com/store/10.1111/ijcp.12498/asset/ijcp12498.pdf;jsessionid=506061EA1CFE167BAE08BC6B1727CFEF.f02t04?v=1&t=i1grq8zv&s=2124f956eda80b269c333d01d32ec591e40377e0>
51. Standards of Medical Care in Diabetes 2014. Position Statement. American Diabetes Association. *Diabetes Care* 2104; 37 (Suppl 1): s1-s80. http://media.mycme.com/documents/90/ada_2014_standards_of_medical_22444.pdf
52. Pérez Pérez A, Gómez Huelgas R, Álvarez Guisasola A, García Alegría J, Mediavilla Bravo JJ, Menéndez Torre E. Documento de consenso sobre el tratamiento al alta hospitalaria del paciente con hiperglucemia. *Med Clin (Barc)* 2012; 138:666,e1-666,e10. <http://zl.elsevier.es/es/revista/medicina-clinica-2/documento-consenso-tratamiento-al-alta-hospitalaria-paciente-90133799-conferencia-consenso-2012?bd=1>
53. Umpierrez GE, Reyes D, Smiley D, Hermayer k, Khan A, Olson DE, Pasquel F, Jacobs S, Newton C, Peng L, Fonseca V. Hospital Discharge Algorithm Based on Admission HbA_{1c} for the Management of Patients With Type 2 Diabetes. *Diabetes Care* published ahead of print August 28, 2014 1935-5548. <http://care.diabetesjournals.org/content/early/2014/08/25/dc14-0479.full.pdf>

CONFORMITAT AMB LA NORMATIVA DELS GRUPS DE TREBALL DE LA SOCIETAT CATALANA D'URGÈNCIES I EMERGÈNCIES

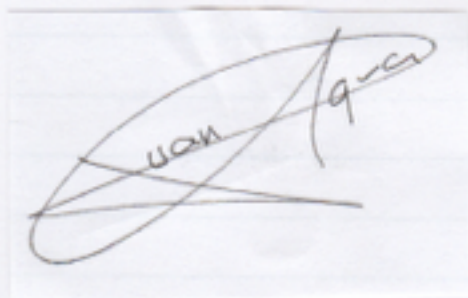
Els coordinadors-responsables i secretaris declaren conèixer i estar d'acord amb la normativa dels grups de treball de la Societat Catalana d'Urgències si Emergències i es comprometen amb la mateixa.



Responsable-Coordinador
Dr. Artur Juan Arribas



Corresponsable
DIU Carme Escamilla Llamas



Secretari
Iván Agra Montava