



RV-48. - ANÁLISIS DE CONTROL GLUCÉMICO, INSULINIZACIÓN HOSPITALARIA Y CONCILIACIÓN DE TRATAMIENTO AL ALTA EN PACIENTES DIABÉTICOS DE UN HOSPITAL COMARCAL

M. Gómez Hernández, C. González Becerra, S. Vidal Serrano, A. Vergara Díaz, M. Poyato Borrego, C. Pereira Delgado

Servicio de Medicina Interna. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla).

Resumen

Objetivos: Analizar el perfil de nuestros pacientes diabéticos, la cumplimentación del protocolo de insulinización hospitalaria en nuestro centro y evaluar la conciliación del tratamiento antidiabético al alta.

Métodos: Se seleccionaron de manera aleatoria una muestra de 84 pacientes hospitalizados con prescripción de insulino terapia, a través de la prescripción farmacéutica (con la colaboración del Servicio de farmacia), durante los 6 primeros meses del año 2013. Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo mediante revisión de las historias clínicas analizando variables demográficas (edad, sexo), analíticas de control glucémico (cifras de glucemia basal, controles de glucemia capilar AD, AA, AC y al acostarse, hipoglucemias, niveles de Hb A1C), valoración de riesgo vascular global (peso, cifras de TA, control lipídico) y de tratamiento (tratamiento domiciliario previo, prescripción de tratamiento hospitalario y si se adecuaba al protocolo, tratamiento al alta).

Resultados: De la muestra de 84 pacientes con un ligero predominio del sexo masculino (52,4%) sobre el femenino (47,6%), y una edad media de 74,5 años. La hemoglobina glicosilada se recogió en el 61% de los casos con un valor medio de 7,4. Los controles glucémicos mostraron los siguientes valores medios: glucemia basal 143,9, AD 153,5 AA 191,6 AC 209. El control antes de acostarse solo se recogió en 7 ocasiones con una media de 145,5. Se registraron 8 episodios de hipoglucemias (9,5%) ninguna de ellas grave. Dentro de la valoración global del riesgo vascular se controlaron las cifras de TA en todos los pacientes, siendo la media de TAS 130,5 mmHg y TAD 71,6 mmHg. En el perfil lipídico recogido en el 73,8% de los pacientes se obtuvieron los siguientes valores medios: Colesterol total 156,3, HDL 37,9, LDL 91,5 triglicéridos 174,08. El cociente microalbuminuria/creatinuria se midió en un 40,4% de los casos (con una media de 95,652). En un 76,1% de los casos se recogió el peso o índice de masa corporal (IMC). Con respecto al tratamiento previo 6 pacientes (7,1%) se encontraban con medidas higiénico dietéticas, 47 pacientes (55,9%) en tratamiento con antidiabéticos orales, 23 pacientes (27,4%) con insulino terapia, y el resto 8 pacientes (9,5%) con insulina más un antidiabético oral. Durante el ingreso en la mayoría de casos (76,2%) se utilizó la pauta de insulina intensiva (bolo-basal-correctora). En un 3,5% de los casos se utilizó bolo-basal sin pauta correctora, considerándose por tanto incompleta. En un 13,1% de casos se prescribió insulina basal más correctora en ocasiones por encontrarse el paciente en ayunas. En

un 3,5% se usó solo bolos de insulina rápida más pauta correctora y en el resto 3,5% otras pautas (pauta de urgencias, solo pauta correctora). La cumplimentación al protocolo de insulinización hospitalaria fue de un 82,1%. En un 80,9% de los casos no hubo modificaciones de tratamiento al alta con respecto al domiciliario previo. Del 19,1% restante: en 7 casos se añade un IDPP4, en 2 se inicia pauta bolo-basal, en 1 se indican medidas higiénico dietéticas, y en los 6 restantes otras opciones.

Conclusiones: Observamos un buen control glucémico en nuestra muestra de pacientes, reflejados en los controles y la hemoglobina glicosilada, aunque sin llegar a objetivos de cifras de glucemia < 140 mg/dl, sin un incremento de la tasa de hipoglucemias. En la mayoría de casos no se realizó el control antes de acostarse. Con respecto a otros factores de riesgo vascular, obtuvimos un perfil lipídico óptimo, así como buen control de cifras tensionales. La pauta de insulina intensiva fue la más utilizada durante el ingreso, adecuándose a la cumplimentación del protocolo hospitalario. La mayoría se encontraba en tratamiento previo con ADO, siendo la insulino terapia la segunda opción terapéutica, y en menos casos asociación de ambos o medidas higiénico dietéticas. Es importante la conciliación de tratamiento al alta que en nuestro caso fue necesaria solo en un bajo porcentaje de los casos, principalmente añadiendo un IDPP4 o iniciándose pauta bolo-basal.