



## D-011 - MEDICINA CONSULTIVA EN DIABETES: ESTRATEGIA DE IMPLEMENTACIÓN DE LAS NUEVAS GUÍAS DE MANEJO DEL PACIENTE DIABÉTICO HOSPITALIZADO

A. Fajardo Modol<sup>1</sup>, M. González Navarro<sup>2</sup>, R. Donea<sup>1</sup>, C. Oliveiro Bergese<sup>1</sup>, A. Broto Sumalla<sup>2</sup>, V. Pardo Ortega<sup>1</sup>

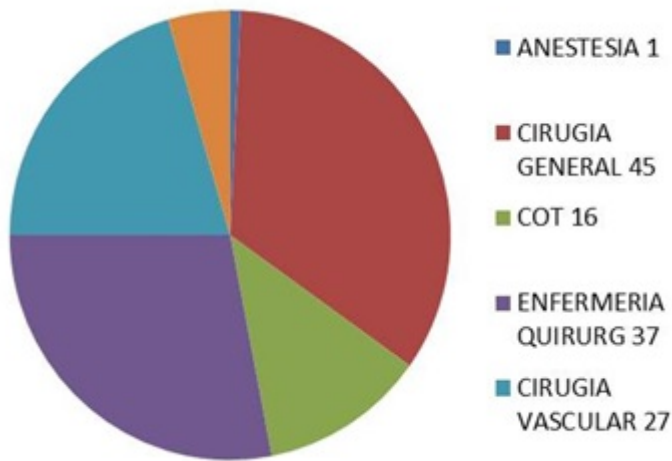
<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. <sup>2</sup>Servicio de Farmacia Integral. Hospital de Terrassa. Terrassa (Barcelona).

### Resumen

**Objetivos:** Presentamos la experiencia del Equipo de Diabetología del Servicio de Medicina interna dentro del programa de soporte al paciente quirúrgico, instaurando una pauta de insulina basal-corrección de forma proactiva y en colaboración con el Servicio de Farmacia Integral. **Objetivo:** aplicar régimen de insulina basal corrección a los pacientes diabéticos quirúrgicos a su ingreso. Reducir las interconsultas a pacientes con mal control metabólico durante el ingreso. Valorar la eficacia de la intervención, en términos de objetivos de control glicémico.

**Métodos:** Unos días antes del ingreso del paciente, el farmacéutico y un internista experto en diabetes generan la pauta de tratamiento que el paciente llevará a su ingreso (el mismo día de la intervención quirúrgica), basándose en su medicación habitual y la valoración previa realizada por el Anestesiólogo, a la que tenemos acceso mediante la historia clínica informatizada. Esa pauta la valida el médico responsable antes del ingreso del paciente. En los pacientes diabéticos se aplicó un régimen de insulina basal-corrección con insulina levemir (80% de la dosis calculada a 0,3 ui/kg/día en los pacientes con ADO, y 80% de la dosis de insulina basal habitual de los pacientes insulinizados) y corrección con insulina rápida regular según el peso del paciente. Se indica una administración mínimo de 150 g de glucosa ev/día. Los pacientes que ingresan de forma urgente o presentan mal control glicémico durante el ingreso pueden ser valorados por el internista a través de interconsulta. Recogimos los datos de control glicémico en los pacientes en los que se aplicó el circuito durante el año siguiente a su implementación.

**Resultados:** Se indicó el protocolo en 248 pacientes que se sometieron a cirugía electiva durante un año y llegó a implementarse en 222 (89,5%). Se solicitaron 132 interconsultas a Medicina Interna para control de pacientes diabéticos que habían ingresado de forma urgente (fig.). Se han valorado un total de 4.508 determinaciones de glicemia capilar en los 222 pacientes, con un promedio de 21 determinaciones por paciente (tabla).



Glucemia capilar (4.508 determinaciones)

Media:  $156,1 \pm 58$  mg/dl

Mediana: 142 (máx 492; min. 33)

Hipoglicemias < 50 mg/dl: 6 episodios (0,1%)

Hipoglicemias < 70 mg/dl: 54 episodios (1,2%)

Dentro de los objetivos terapéuticos ADA 2011: 3.227 (71,6%)

*Discusión:* La historia clínica informatizada garantiza la información compartida y la aplicación sistemática de guías/protocolos por personal experto y de forma proactiva. Se considera una forma de limitar la inercia clínica (uso de escalas de insulina rápida como único tratamiento) y como forma de prevenir descompensaciones por las que habitualmente nos consultan. A pesar de indicar el protocolo en el 100% de pacientes, no se garantiza su aplicación posterior por otros factores (26 pérdidas). En los que se llegó a aplicar (89,5%), se ha valorado que el 71% de las determinaciones están dentro de los objetivos de control, con escasos casos de hipoglicemia sintomática (0,1%).

*Conclusiones:* La implementación sistemática de la terapia insulínica basal-corrección en pacientes que ingresan para cirugía electiva, resulta eficaz para mantener el control glicémico de estos pacientes, con baja tasa de hipoglicemias. El papel del internista como consultor habitual de estos pacientes es clave para promover la implementación de las nuevas guías y prevenir la descompensación glicémica durante el ingreso.