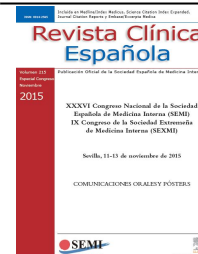




Revista Clínica Española



<https://www.revclinesp.es>

D-025 - TERAPIA INSULÍNICA EN BOLO BASAL. ¿UTOPIA O REALIDAD?

C. Oliveira Bergese, R. Donea, A. Fajardo Modol, G. Ortiz Llauredó, E. Llinars Coronado, E. García Restoy, V. Pardo Ortega

Servicio de Medicina Interna. Hospital de Terrassa. Terrassa (Barcelona).

Resumen

Objetivos: Valorar los cambios en el manejo del paciente diabético hospitalizado y con hiperglicemia de estrés tras implantar en nuestro hospital y las nuevas guías de manejo del paciente diabético hospitalizado, liderado por el Servicio de Medicina Interna.

Métodos: Estudio observacional prospectivo, dividido en dos fases pre y post implantación de las nuevas guías de manejo de paciente diabético hospitalizado basadas en aplicación de insulina en pauta en bolo-basal o basal-corrección ajustado al peso del paciente. Primera fase en enero-febrero 2011, implantación de las guías marzo-julio 2011, segunda fase en febrero-marzo 2012. Valoramos todos los ingresos consecutivos durante un mes en cada fase y seleccionamos todos los que presentaban mínimo dos episodios de hiperglicemia (ADA 2011), diabéticos o no, que ingresaron en planta de hospitalización no críticos, mayores de 18 años. Se excluyeron pacientes con ingresos inferiores a 3 días y paliativos. En todos los pacientes se valoró edad, sexo, ingreso urgente o programado, especialidad médica o quirúrgica, comorbilidad, días de ingreso, tratamiento previo, HbA1c, Glucemia al ingreso, glucemia basal y media al tercer día de ingreso, glucemia basal y media al quinto día de ingreso y glucemia media en las 24 horas previas al alta, episodios de hipoglicemia, tratamiento instaurado al ingreso, cambio de tratamiento durante el ingreso, infección nosocomial y necesidad de traslado a UCI. Uso de drogas vasoactivas, nutrición parenteral o corticoides. Necesidad de fisioterapia, solicitud de educación diabetológica, cambio de tratamiento al alta, mortalidad intrahospitalaria y reingreso a los 3 meses.

Resultados: Fase 1: revisión de 1.564 ingresos, reclutados 321 pacientes, 12 pérdidas: Muestra 309. Fase 2: revisión de 1.547 ingresos, reclutados 330 pacientes, 19 pérdidas: Muestra 311. Las muestras fueron comparables respecto número, edad, comorbilidad, procedencia, tipo de diabetes y tipo de tratamiento previo. En el análisis global comparando las dos fases, no hallamos diferencias estadísticamente significativas en ninguna variable. Observamos que en la segunda fase se solicitaba con más frecuencia la HbA1c (52,7% vs 40%), ingresaban con peor control metabólico y presentaban mayor tasa de hipoglicemias que en la primera fase, pero también ligeramente mayor porcentaje de pacientes que asumían el objetivo de control al tercer y quinto día de ingreso, sin diferencias destacables al alta. Cuando realizamos subanálisis de los pacientes quirúrgicos (en los que supervisamos la aplicación de las guías de forma más directa como consultores médicos) valoramos que el grado de control al tercer y quinto día de ingreso era mayor (60% y 57% respectivamente), se redujo la tasa de reingreso a los 3 meses (de un 27% en la primera fase a un 8% en la segunda) y la necesidad de traslado a UCI (de un 62,5% en la primera fase a un 37,5% en la segunda), siendo estas diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,02$).

Discusión: Valoramos que las nuevas guías sólo se aplicaron en un 11% de la muestra de la segunda fase, lo que justificaría que no halláramos diferencias. Un nuevo estudio de prevalencia realizado en 2015 (4 años después de la implantación en nuestro hospital) muestra que actualmente se aplica en el 64,28% de los pacientes diabéticos hospitalizados. La implantación, formación del personal médico y enfermería y la difusión de las guías no garantiza su aplicación, ni su uso adecuado, valorando que este aprendizaje es progresivo.

Conclusiones: El estudio tal como se planteó no permite valorar la eficacia de las nuevas guías, dado que su aplicación no se consigue a corto plazo. El médico internista como experto y consultor habitual de estos pacientes en un hospital comarcal, tiene la responsabilidad de liderar y ayudar a que su implantación sea posible. Posiblemente una nueva fase de estudio en este momento, permitiría hallar las diferencias esperadas (proyecto).