



P-108 - EVALUACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN NUEVO PROTOCOLO DE DIABETES HOSPITALARIA (PDH)

M.J. Vallejo Herrera, C. Rodríguez Beltrán, M.J. García Baez, V. Soria Utrilla, C. Maldonado Araque, C. Bautista Recio y S. González Romero

Hospital Regional de Málaga, Málaga, España.

Resumen

Introducción: En 2020, a raíz de la pandemia, se modificó el protocolo de diabetes hospitalaria en nuestro centro, a partir del protocolo previo de la SAEDYN. Introduciendo mejoras como: cambio objetivo de control glucémico (140-180), uso de linagliptina que disminuía contactos COVID, y una nueva pauta correctora para pacientes sin bolos prandiales si hiperglucemia > 180. En 2021 se presentó una primera evaluación de su implementación, y en 2022 se ha realizado una reevaluación del mismo.

Objetivos: Evaluar tratamiento y manejo de la diabetes hospitalaria en nuestro centro tras cambiar el protocolo.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal de pacientes adultos hospitalizados en plantas médicas y quirúrgicas. Se recogieron datos de historias clínicas: demográficos, servicio de ingreso, motivo de ingreso, tratamiento domiciliario, tratamiento al corte, glucemia al ingreso, tratamiento aplicado según el protocolo, realización de HbA1c, registros de glucemias capilares e hipoglucemias.

Resultados: Se incluyeron 129 pacientes (servicios médicos y quirúrgicos). Edad media: 83 años (49 mujeres/89 varones). La gran mayoría tenían diabetes *mellitus* tipo 2. Un 59% tenían tratamiento previo al ingreso con terapias no insulínicas, y un 39% estaban insulinizados. Un 60% tenían glucemia venosa al ingreso < 180. A un 22% se les realizó HbA1c durante el ingreso; un 47% no se pidió en el ingreso pero la tenía en los 6 meses previos. El 73% tenían HbA1c < 8%. Terapia al ingreso: según nuestro protocolo, aproximadamente 62 pacientes habrían sido candidatos a iniciar el tratamiento con linagliptina, con o sin insulina basal (por glucemia al ingreso < 180, baja dosis de insulina en domicilio (< 30 UI/día) y ausencia de contraindicación). De estos, se inició de entrada linagliptina en un 34% (21/62 de los pacientes), todos en plantas médicas. Al ingreso, en la mayoría de los casos (26%) se inició tratamiento insulínico con pauta basal bolo + correctora (PC), 18% con basal o basal bolos sin PC, 14% con basal + PC, 11% solo con PC. Se presentan también las modificaciones de esta pauta inicial. Se hizo alguna individualización de la pauta de insulina al ingreso en un 64% de los casos. El tipo de insulina glargina fue un biosimilar en el 25%. En 60 pacientes se usaron las pautas correctoras propuestas en el protocolo, A, B, C o pauta 0. La pauta insulínica estaba mal prescrita en un 10% de casos, especialmente las pautas correctoras pudiendo llevar a confusión. Al corte, un 14% de pacientes insulinizados con basal o basal bolo, no tenían prescrita pauta correctora.

Conclusiones: Un porcentaje elevado de pacientes pueden beneficiarse de una terapia antidiabética no intensificada. La linagliptina podría simplificar el tratamiento en muchos casos. Se precisa mayor divulgación del protocolo entre facultativos y enfermeros, sobre todo el uso correcto de pautas correctoras.