



O-35 - ESTANDARIZACIÓN DEL TRATAMIENTO CON INSULINA SUBCUTÁNEA DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN: HERRAMIENTA SEMIAUTOMÁTICA DE PRESCRIPCIÓN DE INSULINA Y PAPEL DE LA ENFERMERA ESPECIALIZADA

E. Ortega Martínez de Victoria^a, G. Yago Esteban^b, A.J. Blanco Carrasco^c, C. Falces Salvador^d, X. Yugueros Castellnou^e, J. Alcocer Diéguez^f y D. Caellas Vendrell^g

^aServicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Clínic Barcelona, CIBEROBN, Barcelona. ^bHospital Clínic de Barcelona, Barcelona. ^cServicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona. ^dServicio de Cardiología, Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona. ^eCirugía Vascul, Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona. ^fCirugía Cardíaca, Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona. ^gSistemas de Información, Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona.

Resumen

Introducción: El control de la glucemia en el hospital es complejo en salas de hospitalización de servicios no especializados en diabetes. Las áreas médicas y quirúrgicas tienen necesidades, y perfiles de profesionales y pacientes, diferentes.

Objetivos: Diseñar, implementar, y evaluar un programa estandarizado para mejorar el control glucémico en pacientes hospitalizados con ayuda de herramientas semiautomáticas de prescripción de insulina, e implementado por una Enfermera de Práctica Avanzada en Diabetes (EPA-DM).

Material y métodos: Programa multi/interdisciplinar, implementado en salas de cardiología (CAR) y cirugía cardiovascular (CCV). Destacamos tres elementos importantes del programa: 1) revisión y mejora de pautas tipo *sliding-scale* (VARIABLE) de uso frecuente hospitalario; 2) promoción de pautas de insulina bolo-basal mediante aplicativo semiautomático estandarizado de prescripción (calculadora, con interfaz médica y enfermera) incorporado en las herramientas electrónicas habituales; y, 3) EPA-DM que lidera formación inicial y continuada a profesionales y ejerce la coordinación. Incluimos dos periodos de observación: antes (PRE) y después (POST), enero a octubre de 2017 y 2019, respectivamente, del inicio del programa (noviembre de 2017). Hemos limitado el análisis a aquellos pacientes y días con ≥ 3 registros de glucemia capilar (RGC) y prescripción electrónica de insulina prandial.

Resultados: Presentamos datos preliminares para los dos periodos en CCV (PRE: 5.726 RGC de 327 pacientes, y, POST: 6.999 RGC de 401 pacientes, con uso calculadora 27%) y CAR (PRE: 5.221 registros de 212 pacientes, y, POST 5.321 RGC de 219 pacientes, con uso calculadora 84%). En CCV predominan las pautas tipo VARIABLE, aunque su uso disminuye en periodo POST (PRE 91 vs POST 67%). En general, en periodo POST, se incrementó el porcentaje de RGC entre 100-180 mg/dl (PRE 57 vs POST 61%) y se redujo el de < 70 mg/dl (PRE 0,9 vs POST 0,3%). En el grupo de pauta VARIABLE POST se redujeron glucemia media, y porcentajes 100-180, > 250 , y > 300 mg/dl. En el de pauta no-VARIABLE (83% usaron calculadora) incrementó el porcentaje de registros > 300 y se

redujo < 70 mg/dl (PRE vs POST 4,8 vs 8,9%, y, 2,2% vs 0,4%, respectivamente). En CAR se redujo el uso de pauta VARIABLE (PRE 13% vs POST 4%), y, en general, en periodo POST se redujeron RCG < 70 mg/dl (PRE 1,2% vs POST 0,7%) con discretas diferencias en glucemia media y porcentajes 100-180, > 250, y > 300 mg/dl.

Conclusiones: El programa ha permitido estandarizar la prescripción segura (reducción de hipoglucemias) de terapia bolo-basal por distintas especialidades, y mejorar, o no empeorar significativamente, el control glucémico. Creemos que el uso de herramientas semiautomáticas, su mejora continuada, y la enfermería especializada, permitirán avanzar en la resolución del problema no resuelto del control glucémico en pacientes hospitalizados.