



O-39 - CONTROL DE GLUCEMIA INTRAHOSPITALARIA EN SALAS DE ALTO RIESGO CARDIOVASCULAR: PAPEL DE LA ENFERMERA EN DIABETES Y USO DE HERRAMIENTAS SEMIAUTOMÁTICAS DE PRESCRIPCIÓN DE INSULINA

G. Yago Esteban^a, M. Granados Pérez^a, P. Ajenjo Reyero^b, N. Puig Serra^c, M. Matas Avella^b, J. Saura Araguas^b y E. Ortega Martínez de Victoria^a

^aServicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona. ^bServicio de Cardiología, Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona. ^cServicio de Cirugía Cardiovascular, Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona.

Resumen

Introducción: El control de la glucemia en el hospital, y en su transición al alta, sigue siendo complejo en salas de hospitalización no especializadas. Las áreas médicas o quirúrgicas donde son ingresados pacientes de alto riesgo cardiovascular son especialmente sensibles por la elevada prevalencia de diabetes y las oportunidades de mejorar un mal control crónico de la enfermedad con beneficios en salud cardiovascular.

Objetivos: Diseñar, implementar, y evaluar un programa estandarizado dirigido a mejorar el control glucémico en pacientes hospitalizados con o sin diabetes, y liderado por una Enfermera de Práctica Avanzada en Diabetes (EPA-DM).

Material y métodos: Programa coordinado, multi e interdisciplinar, implementado en salas de cardiología (CAR), cirugía cardiovascular (CCV), nefrología, y neurología. Destacamos dos elementos: 1) la figura EPA-DM que lidera la formación, implementación, y coordinación del programa, e identifica y resuelve casos complejos hospitalizados o en su transición tras alta, y, 2) el uso de un aplicativo semiautomático de prescripción de insulina en pauta bolo-basal (CALCULADORA) y registro de glucemia (con interfaces médica y de enfermería), e incorporado en las herramientas electrónicas habituales de prescripción y registro. Describimos fases de actuación y observación previa (FASE-I, ENE2017-ENE2018, formación médica/enfermería y recogida de datos previos) y de implantación (FASE-II, FEB2018-ACTUAL), y presentamos y comparamos resultados preliminares generales de control de glucemia, e individuales de pacientes con atención directa por EPA-DM (ingresados y/o al alta), así como su grado de control 6-12 meses tras el alta.

Resultados: En FASE-I ($n = 101$) la pauta habitual de insulina fue múltiples dosis (87%) en CAR y *sliding-scale* (50%) en CCV. Durante la FASE-II Se registraron y analizaron glucemias capilares pre-post implementación del programa. Uso calculadora en CCV 27% y en CAR 84%. De 885 pacientes, 73 (8%) pacientes (edad media 63 ± 12 años, HbA1c promedio $9,2\% \pm 1,9$ con $60\% > 9\%$, 44% ≥ 2 dosis de insulina) reciben atención directa (ENE2018-MAR2019) por la EPA-DM en el ingreso y 1-3 veces tras el alta. Su HbA1c a los 3, 6 y 12 meses post-alta fue de $7,4 \pm 1,1$, $7,3 \pm 1,4$, y $7,4 \pm 1,2\%$ ($p < 0,01$) frente a no mejoría en pacientes similares en FASE-I (9,5% pre vs 9,2% post. $p = 0,364$). Hubo un 5% vs 18% de insulinizaciones *de novo* en FASE-I vs II, respectivamente.

Conclusiones: El programa implementado ha permitido estandarizar la prescripción segura de la terapia bolo-basal por distintas especialidades, y mejorar el control intrahospitalario y al alta de pacientes previamente mal controlados. La mejora continuada del programa y la enfermería especializada, permitirán avanzar en la resolución del problema no resuelto del control glucémico en pacientes hospitalizados.