

Evaluación del Protocolo de Diabetes Hospitalaria (PDH) del Hospital Regional de Málaga en 2024.

Belén Del Arco Romualdo, Carmen Bautista Recio, María José Vallejo Herrera, Noemí Guerrero Ruano, María José García Báez, Stella María González Romero, Gabriel Oliveira Fuster.
UGC Endocrinología y Nutrición. Hospital Regional Universitario de Málaga.

Introducción

La diabetes hospitalaria es altamente prevalente y se asocia a mayor morbilidad y mortalidad. La implementación de protocolos estandarizados permite mejorar la calidad asistencial, reducir la variabilidad clínica y optimizar el tratamiento. 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. Introducimos algunas mejoras: cambio de objetivo control glucémico (140-180 mg/dl), introducción de linagliptina, diseño de una nueva pauta correctora para pacientes sin bolos prandiales si hiperglucemia >180 mgr/dl. Desde 2021 hemos realizado reevaluaciones periódicas (2021,2022) de su implementación. A continuación, presentamos la evaluación de 2024 que tuvo como objetivo evaluar el tratamiento y manejo de la diabetes hospitalaria en nuestro centro a los 4 años de la instauración del protocolo actual.



Materials y Métodos

- ✓ Estudio descriptivo transversal de pacientes adultos hospitalizados en plantas no críticas médicas y quirúrgicas del Hospital Regional de Málaga (HRUM)
- ✓ Población de estudio: pacientes hospitalizados en plantas no críticas del HRUM a los que se estaban haciendo glucemias capilares en la semana del 18 a 25 de octubre de 2025.
- ✓ Variables de estudio: sexo, edad, presencia diabetes mellitus (DM) previa, tipo de DM previa, servicio de ingreso, motivo de ingreso, tratamiento domiciliario, tratamiento al ingreso, tratamiento al corte, glucemia al ingreso, tratamiento aplicado según el protocolo, realización de HbA1c en los últimos 3 meses previo al ingreso y durante el ingreso, registros de glucemias capilares e hipoglucemias en el programa hospitalario.

Resultados

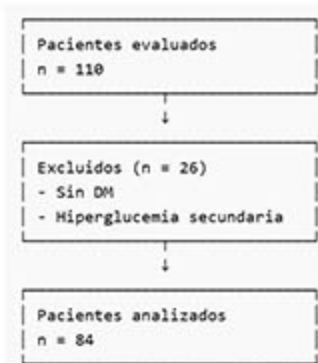


Gráfico 1. selección del tamaño muestral.

Edad	72 +/- 13,8 años.
Sexo	M: 40 (48%); V: 44 (52%).
DM previa	75 (87%).
Tipo de DM previa (n = 75)	DM tipo II:70 (83,3%) DM tipo I: 2 (2,4%) DM sindrómica 1 (1,2%) DM postrasplante 2 (2,4 %).
Tratamiento previo	Sin insulina: 36 (48,0%) Con insulina: 36 (48,0%)
Pauta de insulinización previa (n=36)	SAC: 1 (2,7%) Basal-bolo: 3 (8,3%) Basal o correctora: 2 (5,5%) TNI + insulina: 30 (83,3%)
HbA1c previa	Si: 43 (57,0%) No: 32 (42,6%)

Tabla 1. Características basales de la muestra (n=84). Los resultados se expresan como valor absoluto y % o media $\pm$ desviación estándar. Abreviaciones: SAC = sistema de asa cerrada. TNI = terapias no insulínicas. HbA1c = glicosilada.

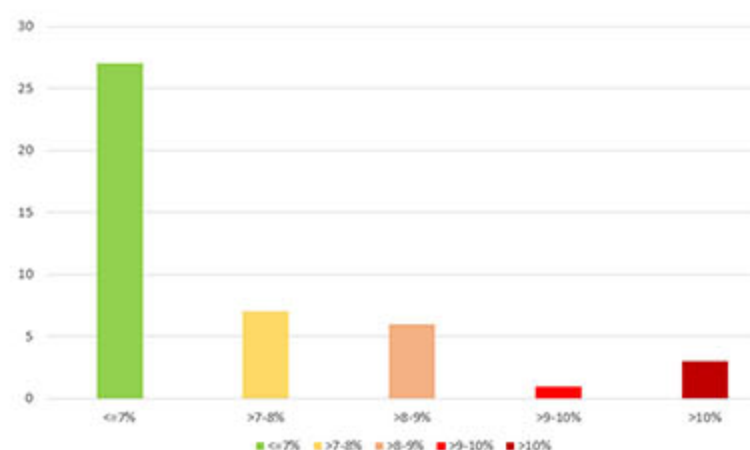


Gráfico 2. Distribución del valor HbA1c previa al ingreso hospitalario. Los valores se representan como porcentajes. A los pacientes que no tenían una HbA1c en los 6 meses previos al ingreso (41), se les solicitó durante el mismo en 17 casos (41%). Abreviación: HbA1c = glicosilada.

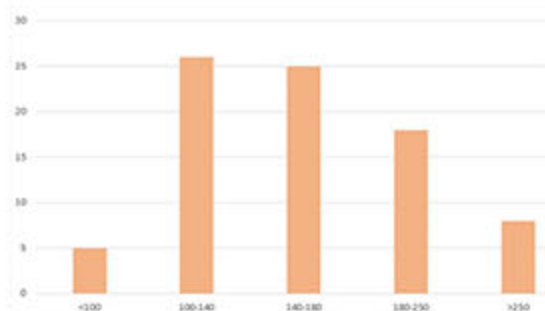


Gráfico 3. Distribución de las glucemias capilares al ingreso en %. Un 61% de los pacientes al ingreso eran candidatos a linagliptina (glucemia < 250mg/dL y ausencia de contraindicaciones).

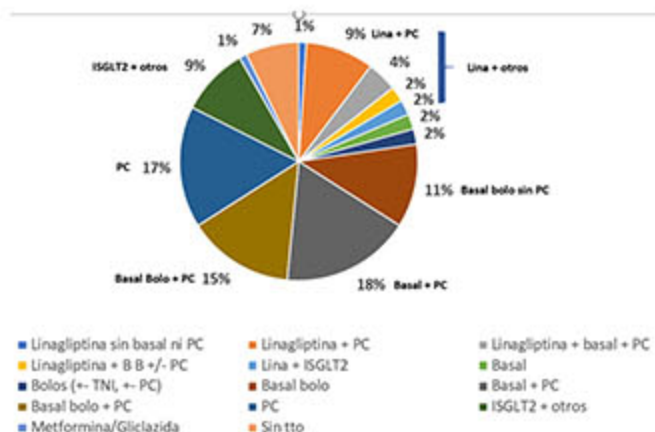
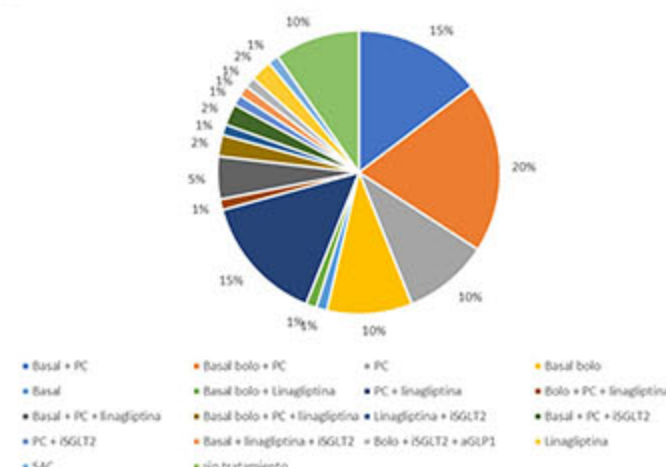


Gráfico 4. Distribución del tratamiento antidiabético al ingreso (n=84). Las principales pautas fueron: basal + PC (18%), basal, PC (17%), basal-bolo + PC (15%) y basal-bolo (11%). Abreviaciones: PC = pauta correctora.



Gráfica 5. Distribución del tratamiento antidiabético al corte (n=84). Las principales pautas fueron: basal-bolo + PC (20%), basal + PC (15%), PC + linagliptina (15%), basal-bolo (10%) y PC (10%). Abreviaciones: PC = pauta correctora.

Conclusión

Es necesaria una mayor divulgación del protocolo de diabetes hospitalaria para potenciar un mayor uso de terapias no insulínicas (linagliptina) cuando esté indicado, así como para asegurar la prescripción de una pauta de insulina correcta (cálculo de dosis y elección de pauta). Por otro lado, cabe destacar que, aunque los iSGLT2 (dapagliflozina y empagliflozina) estén disponibles para su prescripción intrahospitalaria, su administración en pacientes con DM2 sin insuficiencia cardíaca o enfermedad renal hospitalizados está todavía por ser establecido y no debe generalizarse.