

MEJORANDO LA TÉCNICA DE INYECCIÓN DE INSULINA CON LA EVIDENCIA CLÍNICA.

Báez Martín Inmaculada, Rodríguez Domínguez Salvador, Domínguez González Sonia

INTRODUCCIÓN

En el año 2009, a partir de un estudio multicéntrico realizado en pacientes insulino dependientes de 16 países, se elaboró el Tercer Protocolo en Técnicas de Inyección (TITAN), en el que se presentaron recomendaciones basadas en niveles de evidencia sobre el uso y la técnica de inyección de la insulina.

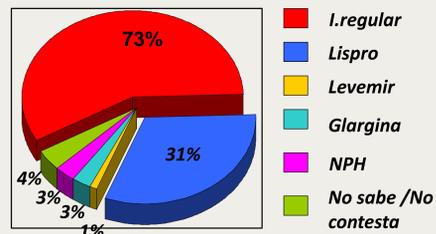
MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal, a través de una encuesta de preguntas cerradas en la que participaron 81 enfermeros de diferentes áreas asistenciales desde febrero a mayo del 2013.

Los resultados obtenidos de esta encuesta se comparan con las recomendaciones basadas en evidencia clínica extraídas del Tercer Protocolo de Inyección celebrado en Atenas 2009.

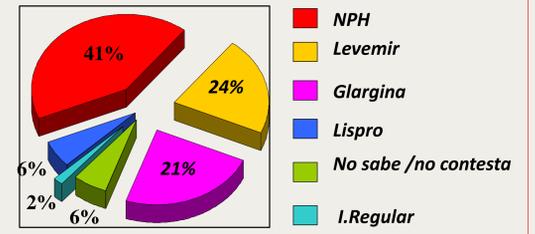
RESULTADOS

¿Conoce que insulinas son de acción rápida?

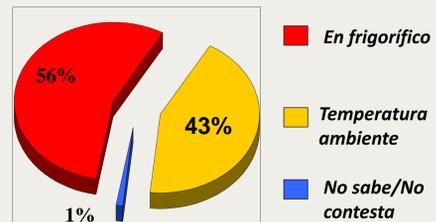


Las administración y manejo tanto de insulinas humanas (Regular y NPH) como de insulinas análogas (glargina ,lispro y detemir), es habitual en el área de atención primaria y atención especializada exceptuando los servicios de críticos y urgencias, donde la más usada es la insulinas regular por la posibilidad de su uso intravenoso. El personal de Enfermería debería conocer los tipos de insulina independientemente del área en el que trabaje.

¿Conoce que insulinas son de acción lenta?



¿Cómo cree que es el modo apropiado de conservación de las insulinas en uso?

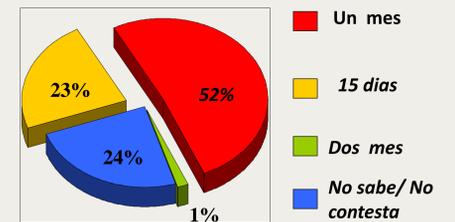


→ Una vez abierto el vial de insulina debe desecharse tras 30 días de estar abierto. (A1)

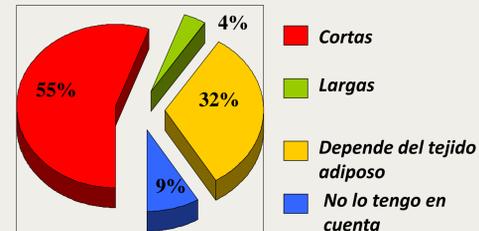
→ Las insulinas en uso deben conservarse en un lugar seco y oscuro a temperatura ambiente (15-25º). (A1)

→ La insulina no abierta debe ser refrigerada a una Tº de 4 a 8º, sin llegar a ser congelada. (A1)

Una vez abierto el vial o pluma,¿ qué tiempo se conservan a temperatura ambiente?



En el uso de plumas, ¿qué longitud de agujas suele utilizar?

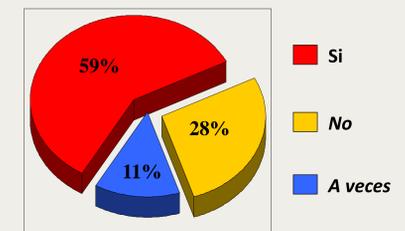


→ El grosor medio de la piel es de 2mm . Se pueden utilizar agujas de 4mm, 5mm y 6 mm en cualquier adulto incluidos los obesos, sin necesitar por lo general de la técnica de pellizco. A1

→ En la inyección en miembros o abdomen donde hay poco tejido adiposo se debe usar la técnica del pellizco. A1

→ Agujas de 12,7 u 8 mm aumentan el riesgo de inyección IM. A2

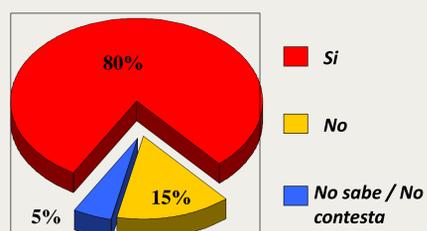
¿Comprueba la existencia de lipodistrofias antes de la administración de insulina ?



→ Inyectarse sobre el tejido lipo-hipertrófico puede incluso empeorar la lipodistrofia. La absorción de insulina en una Lipodistrofia puede ralentizarse o ser irregular, lo que empeoraría el control de la diabetes. A2

→ Actualmente la mejor recomendación para prevenir la aparición de lipodistrofias es ir cambiando de zonas de inyección, rotar dentro de las zonas dejando al menos 2 cm de separación entre pinchazos, utilizar zonas amplias de inyección y por ultimo e importantísimo: no reutilizar agujas. A2

¿Cree que hay relación entre la absorción de insulina y la zona anatómica de inyección?



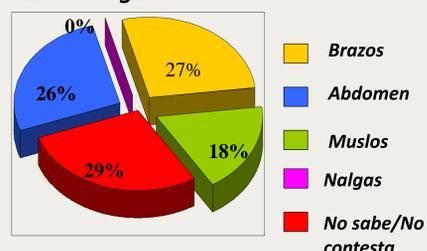
→ Si utiliza insulina humana NPH como insulina basal, las zonas de inyección mas indicadas serán muslos y nalgas, ya que en estas zonas la absorción es mas lenta. A1

→ En el caso de la insulina humana regular o rápida, el abdomen es la zona más apropiada de inyección ya que la absorción en esta zona es mas rápida. A1

→ Las insulinas rápidas análogas pueden aplicarse en cualquiera de las zonas de inyección, ya que su velocidad de absorción no varía en función de la zona. A1

→ Debemos evitar la inyección IM con las insulinas rápidas análogas, aunque los estudios muestren una velocidad de absorción similar en tejido subcutáneo vs. músculo en reposo.

¿Conoce en que zona anatómica se absorbe de modo mas rápido la insulina regular?



CONCLUSIONES

→ Existe desconocimiento en cuanto a que insulinas son de acción rápida o lenta. La insulina rápida mas conocida es la regular por un 73% de los encuestados. Solo un 31% identifican la lispro como rápida. La NPH es la insulina lenta mas conocida (41%) , seguida por la glargina (24%) y la detemir (21%).

→ Un 56% conservan el vial de insulina abierto de forma errónea y un 48% desconocen el tiempo de conservación de la insulina en uso.

→ Un 45% desconoce la recomendación de utilizar agujas cortas, y un 59% admite comprobar la existencia de lipodistrofias antes de la inyección de insulina.

→ Un 80% creen que hay relación entre la absorción de insulina y la zona anatómica de inyección, pero solo un 26% conoce que la insulina rápida se absorbe mas rápido en el abdomen.