



D-009 - ¿VALORAMOS LA DIABETES MELLITUS?: REVISIÓN DE 671 CASOS CLÍNICOS

R. Estévez-González, G. Muñiz Nicolás, M. Prieto Giráldez, M. Redondo Galán, V. Gómez Caverzaschi, V. Serrano Romero de Ávila y S. Zafar Iqbal-Mirza

Medicina Interna. Hospital Virgen de la Salud. Toledo.

Resumen

Objetivos: 1. Determinar la prevalencia en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Virgen de la Salud (SMI del HVS) de pacientes diabéticos (DM) y analizar las comorbilidades asociadas. 2. Conocer el control ambulatorio, teniendo en cuenta la hemoglobina glicosilada (HbA1) y valorar cambios en el tratamiento.

Material y métodos: Estudio de corte transversal en el que se incluyeron 671 pacientes diabéticos, ingresados en el SMI HVS entre los meses comprendidos entre octubre 2018 y marzo 2019. Se analizaron comorbilidades asociadas, HbA1 al ingreso y si se realizaron cambios en el tratamiento al alta.

Resultados: Fueron incluidos 671 pacientes (50,2% mujeres), con una edad media de 75 años. Se evidencio un 97,8% de DM tipo 2. Como FRCV: HTA (89%), dislipemia (78%), obesidad (38%) y tabaquismo (12%). Presentaron cardiopatía isquémica (17%) y fibrilación auricular (19%). Se tuvo en cuenta EPOC/ASMA (25%) y ERC (19%). A nivel neurológico, ictus (12%). Mencionar que valoramos la asociación con isquemia de MMII (7%), cirrosis (3%) y neoplasias (5%). El 33% estaban insulinizados mientras que el 73% tenían antidiabéticos orales (28% varios a la vez). Al ingreso, se analizó la HbA1 siendo mayor a 7,5% en un 24%, produciéndose cambios al alta solo en un 12%. Hubo un 18% de pérdidas (10% exitus/8% imposible analizar).

Discusión: La diabetes es un conjunto de trastornos metabólicos, que tienen como nexo común la hiperglucemia crónica, aunque también las alteraciones en el metabolismo lipídico y proteico; así como complicaciones micro-macroangiopáticas. Es una de las principales causas de morbimortalidad, con repercusiones sociales y sanitarias.

Conclusiones: El control glucémico es insuficiente a pesar de los nuevos tratamientos, la evidencia científica y las directrices de las sociedades. Las principales causas para la no optimización son la inercia clínica, la mala adherencia y la historia natural de la enfermedad. Se es poco activo en las modificaciones, por una mayor atención a la patología que motiva el ingreso, posponiendo la optimización fuera del ingreso y no al alta.

Bibliografía

1. Torres IV, Donlo IC. Control of type 2 diabetes mellitus in Spain today: identification of the main obstacles in daily clinical practice. *Med Clin (Barc)*. 2013;141 Suppl 2:3-6.