



<https://www.revclinesp.es>

1317 - CARACTERÍSTICAS Y EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 TRATADOS CON LINAGLIFTINA DURANTE SU INGRESO POR COVID-19 EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

M. Ricci¹, J. Sanz Cánovas¹, L. Cobos Palacios¹, M. Vázquez Márquez¹, V. Buonaiuto¹ y R. Gómez Huelgas^{1,2}

¹UGC Medicina Interna. Hospital Regional Universitario de Málaga. Instituto de Investigación Biomédica de Málaga (IBIMA). Málaga. ²CIBER- Fisiopatología de la obesidad y la nutrición. Instituto de Salud Carlos III. Madrid.

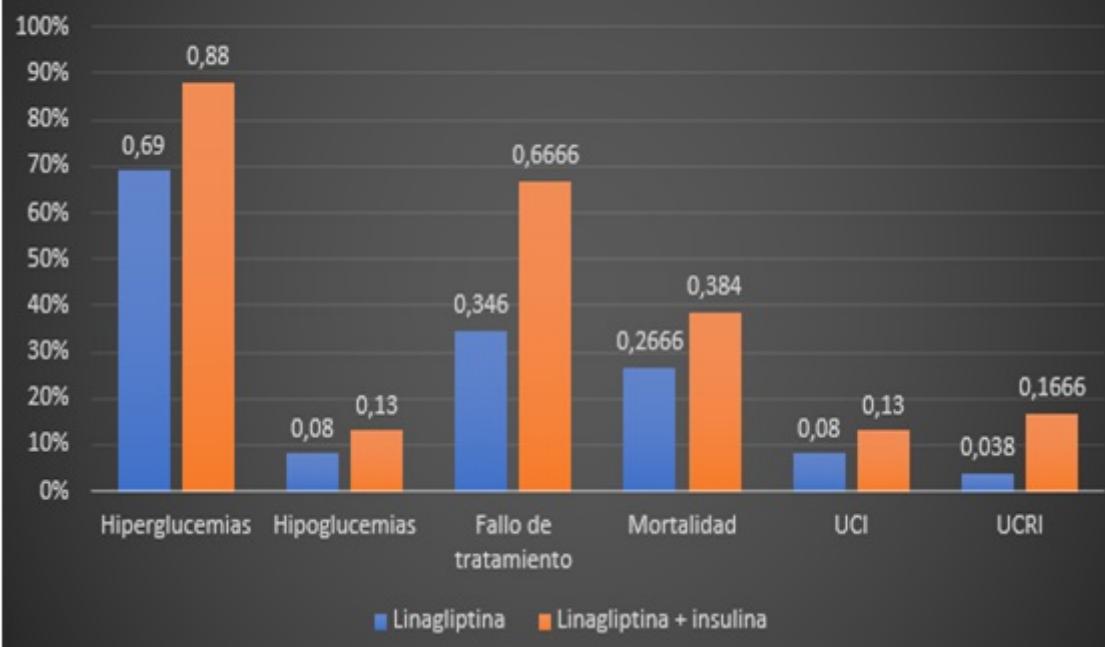
Resumen

Objetivos: Describir las características y la evolución de los pacientes diabéticos ingresados por COVID-19 con uso de linagliptina intrahospitalaria. Analizar las diferencias de nuestros pacientes en función del empleo de linagliptina *vs.* linagliptina e insulina.

Métodos: Analizamos una muestra de pacientes ingresados por COVID-19 desde octubre 2020 hasta marzo 2021 de forma retrospectiva. Seleccionamos aquellos pacientes con uso intrahospitalario de linagliptina en monoterapia o combinada con insulina, según las recomendaciones del protocolo de manejo hospitalario de la diabetes mellitus de nuestro hospital. El protocolo prevé, en ausencia de contraindicaciones y estabilidad hemodinámica, la posibilidad de utilizar linagliptina en monoterapia o combinación con insulina, según los controles glucémicos.

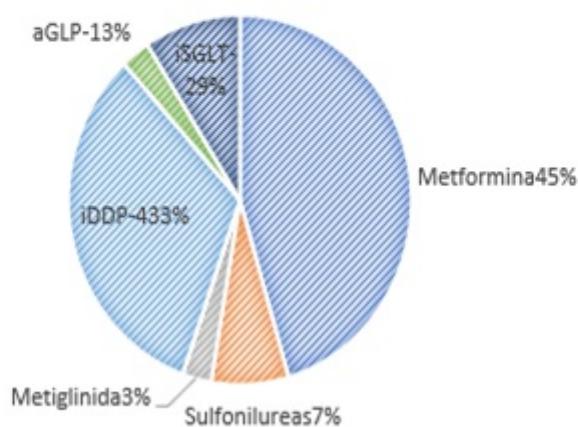
Resultados: Se estudiaron un total de 86 pacientes. La edad media fue de 73,8 años (DE 10,3). Distribución por sexos (52 hombres, 60,5%; 34 mujeres 39,5%). Tenían una evolución media de la DM de 12,8 años y presentaban una media de HbA1c de 7,06% (DE 78,27) y una media de glucemia al ingreso de 181 mg/dL (DE 78,27). Entre los antecedentes personales destacaban: HTA en el 75,6% (65), DL en el 65,1% (56), ACV en el 18,6% (16), EPOC en el 9,3% (8) e insuficiencia cardíaca en el 24,4% (21). Además, el 25,6% padecía de enfermedad renal crónica. Previo al ingreso recibían los siguientes esquemas terapéuticos: solo dieta 14% (12), antidiabéticos orales (ADO) en monoterapia 39,5% (34), ADO en combinación 19,8% (17), ADO e insulina 23,3% (20) e insulina en monoterapia 3,5% (3). El tratamiento no insulínico en domicilio estaba así distribuido: metformina 58,1% (50), sulfonilureas 9,3% (8), meglitinida 3,5% (3), tiazolidindionas 0%, iDDP4 41,9% (36), aGLP1 3,5% (3), iSGLT2 11,6% (10). Los pacientes con empleo de linagliptina (26) en monoterapia presentaban un mejor control glucémico previo al ingreso respecto a los pacientes que precisaron linagliptina e insulinoterapia (60), siendo la media de glicosilada de 6,65% en el primer grupo y de 7,24% en el segundo. Con respecto a las complicaciones se observaron una menor tasa de hiperglucemias (69% frente a 88%), de hipoglucemias (7,7% frente a 13,3%) y de fallos de tratamiento (34,6% frente a 66,6%) en los pacientes que recibieron monoterapia. Al mismo tiempo, los datos de mortalidad fueron mejores en este primer grupo (26,6% frente a 38,4%) así como el porcentaje de paciente que precisaron de ingreso en UCI (7,7% frente al 13,33%) o en unidad de cuidados respiratorios subintensivos (3,8% frente a 16,66%).

COMPLICACIONES

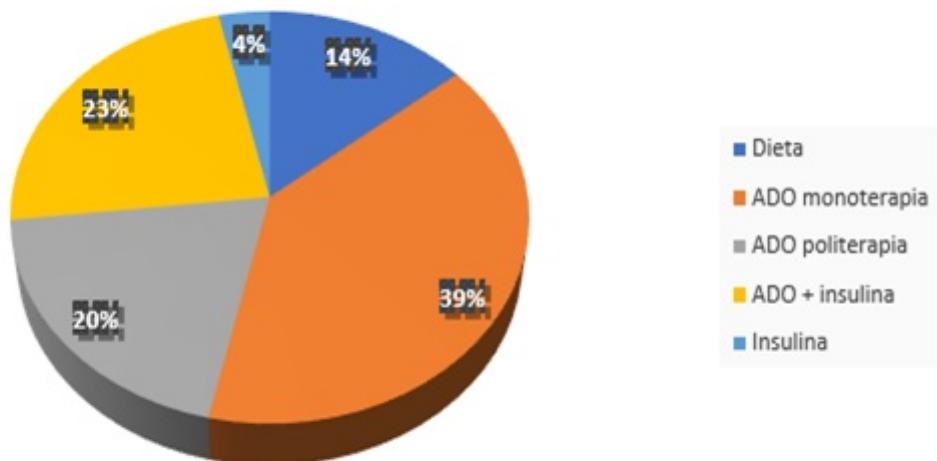


TRATAMIENTO NO INSULINICO DOMICILIARIO

■ Metformina ■ Sulfonilureas ■ Metiglinida ■ Tiazolidindionas ■ iDDP-4 ■ aGLP-1 ■ iSGLT-2



Tratamiento Domiciliario



Conclusiones: La opción linagliptina es simple, eficaz y segura en pacientes hospitalizados por COVID-19 con DM2 con hiperglucemia leve moderada. En nuestra población encontramos menor tasa de complicaciones en los pacientes con uso de linagliptina versus linagliptina e insulina. El elevado porcentaje de fallecidos es similar a lo descrito en la bibliografía. Se precisa de más estudios para corroborar nuestros datos.