Rev Clin Esp. 2015;215 (Espec Congr):251

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

EP-015 - INFLUENCIA DE LA DIABETES MELLITUS EN LA ESTANCIA HOSPITALARIA EN PACIENTES EPOC

R. Hurtado García[1], S. Martín Guillén[2], B. Peñalver Pastor[2], J. Murcia Zaragoza[1], J. Cepeda Rodrigo[1], J. Quintana Cerezal[3]

[1]Servicio de Medicina Interna. [2]Medicina de Familia y Comunitaria. Hospital de la Agencia Valenciana de Salud Vega Baja. Orihuela (Alicante). [3]Servicio de Medicina de Familia y Comunitaria. Hospital de Vinalopó. Elche (Alicante).

Resumen

Objetivos: Evaluar si los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y diabetes mellitus tienen una mayor estancia media que los EPOC no diabéticos.

Métodos: Se realiza un estudio retrospectivo, descriptivo, en el que ha participado el servicio de Medicina Interna del Hospital Vega Baja de Orihuela (Alicante). Se incluyeron pacientes seguidos en la consulta externa de Medicina Interna con el diagnóstico de EPOC, con o sin diabetes mellitus, durante mayo de 2014 a mayo de 2015. Las variables analizadas fueron sexo, edad, diabetes mellitus tipo 2, fenotipo según guías GesEPOC, hemoglobina glicosilada al ingreso, hipoglucemias conocidas y documentadas, días de ingreso, exitus a los 6 meses, así como número de ingresos por EPOC y número de ingresos por cualquier otro motivo. EL análisis estadístico se realizó mediante el programa estadístico SPSS.

Resultados: El 85,71% de la muestra eran hombres y un 14,29% mujeres. La edad media de la muestra fue de 76,6 años (DE 7,56). El fenotipo más frecuente fue el no agudizador (40,45%), seguido del agudizador bronquítico (38,1%). El agudizador enfisematoso (19,05%) y el mixto (2,38%). Un 45,24% de los pacientes EPOC eran diabéticos. La estancia media de los pacientes EPOC cuando agudizaban era de 4,38 días (DE 4,94). La media de ingresos en los pacientes por agudización de EPOC era de 1,41 veces al año, la de ingresos por otras causas era de 3,24 al año. Los pacientes EPOC con diabetes tenían una media de ingresos al año por EPOC mayor (2,5) que los no diabéticos (1),sin significación estadística (p = 0,815). No hubo diferencias en el número de ingresos por otras causas, días de ingreso o edad. En el análisis de la estancia hospitalaria se observa una tendencia a la significación en los pacientes diabéticos, ya que la estancia media en diabéticos es de 5,41 días por 3,92 en los no diabético (p = 0,209). Por lo que respecta al nº de ingresos, existe una correlación aceptable entre el nivel de HbA1C y el nº de ingresos ya que la media de la HbA1C se incrementa con el nº de ingresos (la p es 0,04). La presión sistólica elevada se correlaciona con disminución de los días de ingreso. p 0,05, con una seguridad del 95%. Al aumentar el n de ingresos por EPOC aumenta la duración de estos. Dicha relación es de fuerza moderada*, p 0,05, con una seguridad del 95% podemos concluir que existe correlación entre ambas variables.

Discusión: Los EPOC hospitalizados, suelen ser pacientes de mayor edad. En pacientes con EPOC que ingresaron por exacerbación aguda, se evidenció la presencia de diabetes en el 29,5%, entre otras, con una media de 3,6 enfermedades crónicas asociadas a la EPOC. En nuestro caso, un 45,24% de pacientes diabéticos, así como un aumento de la media de HbA1C con el número de ingresos (p: 0,04). Los pacientes diabéticos tenían una media de ingresos al año por EPOC mayor que los no diabéticos, lo cual confirma el

mayor requerimiento de ingresos referido en estudios recientes. La estancia media en diabéticos de 5,41 días por 3,92 en los no diabéticos (p = 0,209), lo cual estaría en relación a un peor pronóstico.

Conclusiones: La prevalencia de la diabetes en la EPOC aumenta al mismo tiempo que se deteriora la función pulmonar. Los pacientes con EPOC y DM tienen peor pronóstico que los que no tienen DM, incrementándose el tiempo de hospitalización. La asociación entre EPOC y DM2 aún no ha sido bien establecida y parece que la terapia con corticosteroides, empleados con frecuencia en los pacientes con EPOC, no es la única explicación. La presencia de comorbilidad, la pluripatología y la polifarmacia juegan un papel importante, así como el control de la glucemia.

0014-2565 / © 2015, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.