



D-011 - ADECUACIÓN DEL MANEJO DEL PACIENTE DIABÉTICO EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL TERCIARIO

R. Marín Baselga, M. Arcos Rueda, M. Leal Salido, G. Kollias, J. Vázquez Manau, T. Sancho Bueso, A. Lorenzo Hernández y J. Camacho Siles

Medicina Interna. Hospital Universitario la Paz. Madrid.

Resumen

Objetivos: Analizar la prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 (DM) y del resto de factores de riesgo cardiovascular (FRCV) asociados entre los pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna (MI) de un hospital terciario y la adecuación de su manejo antes, durante el ingreso y al alta hospitalaria.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo sobre los pacientes ingresados en el Servicio de MI del Hospital Universitario La Paz durante el mes de mayo de 2017, en los que hemos analizado, mediante la lectura de la historia clínica y del informe de alta, la prevalencia de DM y de otros FRCV (hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia), así como el tratamiento hipoglucemiante y de otros FRCV antes del ingreso y al alta. Se han recogido también datos epidemiológicos, patología concomitante relacionada como macroangiopatía (enfermedad isquémica coronaria (EIC), enfermedad cerebrovascular (ECV) tanto clínica como radiológica y arteriopatía periférica (AP)) o microangiopatía (retinopatía, nefropatía o neuropatía periférica (NP)), y tratamientos (ttos.) concomitantes. Los datos se han analizado con el programa de análisis estadístico SPSS.

Resultados: Se analizaron 259 pacientes (pacs.), de los cuáles 66 (25,5%) eran diabéticos. La edad media fue de 74,8 años. El 62% eran hombres. De las complicaciones macroangiopáticas registradas, 20/65 (30,8%) habían tenido EIC, 31/65 (47,7%) ECV y 7/10 (70%) AP; este último dato no estaba registrado en el 85% de los pacs. De las complicaciones microangiopáticas registradas, 3 pacs. (4,5%) tenían retinopatía, 12 (18,2%) nefropatía y 3 (4,5%) NP. 47 pacs. (71,2%) tenían un control de HbA1c en los 6 meses previos, con un valor medio 6,9% (5,2%-10,4%). En el ingreso se solicitó a 33 pacs. (50%), y al 58% de los que no tenían control previo, con un valor medio de 7,4% (5,4%-10,9%). El perfil lipídico se solicitó a 63 pacs. (95,5%). El valor medio de colesterol (col) total fue 139 mg/dL y de LDL col 81. Antes del ingreso 17 pacs. (25,8%) tomaban antidiabéticos orales (ADO), 18 (27,3%) recibían insulina, 10 (15,2%) no recibía ningún tratamiento para la DM. Al alta, 19 (29,7%) continuaron con ADO, y 20 (31,3%) con insulina. 41 pacs. (62,2%) tenían indicación de antiagregación, de los cuáles 16/41 (39%) no la recibían. Al alta 28/41 pacientes (68,3%) se fueron con AAS. Del tratamiento hipolipemiante, 43 pacs. (65,2%) tomaban estatinas antes del ingreso, y 38 (59,4%) al alta. 17 pacs. (27%) estaban infratratados (LDL > 100 mg/dL), de los cuáles en tan sólo 5 (29,4%) se intensificó el tratamiento al alta. En el 47% de los casos se daban recomendaciones dietéticas al alta y todavía en menor porcentaje (32,8%) recomendaciones de ejercicio físico.

Discusión: La prevalencia de DM tipo 2 entre los pacientes ingresados en MI es mayor que en la población general española (25,5% vs 13,8%). La complicación macroangiopática más frecuente de las registradas es la ECV y la microangiopática la nefropatía. La mayoría de los pacs. tiene un control de HbA1c en los 6 meses previos. A la mitad de los que no lo tienen se les realiza durante el ingreso. La mayoría de los pacs. recibe tratamiento hipolipemiante óptimo antes del ingreso pero tan solo se ajusta el tto. en un 30% de los casos. Sabemos que no está indicado el AAS en la prevención primaria de eventos cardio y cerebrovasculares, pero sí en la secundaria, y en nuestro caso poco más de la mitad de los pacs. en los que está indicado el AAS lo recibe. Menos de la mitad de los pacientes reciben recomendaciones dietéticas y de ejercicio físico al alta

Conclusiones: La prevalencia de DM tipo 2 entre los pacs. ingresados en MI es alta y mayor que en la población general española. Actualmente la información registrada en la H^a CLÍNICA es insuficiente para un manejo adecuado del paciente diabético. Debemos mejorar la recogida de datos tanto de los FRCV como de las complicaciones micro y macroangiopáticas, para mejorar la atención integral de estos pacientes.