

EFFECTO DE LA OPTIMIZACIÓN INTRAHOSPITALARIA DEL TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA

Mónica Escribano¹, Paula Vallejo¹, Ana Chico^{1,3}, Diana Tundidor^{1,2,4}, Natalia Mangas¹, Antonio Pérez^{1,3,4}, Inka Miñambres^{1,3,4}

¹Servicio Endocrinología y Nutrición, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

²Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Dos de Maig, Barcelona.

³Departamento de Medicina, Universitat Autònoma de Barcelona (UAB).

⁴Ciber de Diabetes y Enfermedades Metabólicas (CIBERDEM)

INTRODUCCIÓN

En pacientes con diabetes mellitus (DM) y enfermedad arterial periférica (EAP) el mal control glucémico se asocia con mayor tasa de eventos cardiovasculares mayores y eventos adversos en extremidades inferiores, incluyendo la amputación^{1,2}.

OBJETIVOS

Evaluar el grado de control glucémico en pacientes con DM ingresados por EAP y analizar si la valoración por Endocrinología durante el ingreso se asociaba con una mejoría del control tras el alta, especialmente en el subgrupo de pacientes con peor control al ingreso.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo que incluyó a todos los pacientes con DM ingresados por EAP en Hospital Santa Creu i Sant Pau durante el año 2023.

Se recopilaron variables clínicas, analíticas y de tratamiento al ingreso y al alta hospitalaria. Al alta se registraron las modificaciones terapéuticas realizadas y se evaluó su impacto en el control glucémico a los 3-6 meses posteriores mediante la determinación de la hemoglobina glicada (HbA1c). Asimismo, se registró el profesional responsable del seguimiento ambulatorio del control glucémico tanto al ingreso como al alta.

RESULTADOS

Tabla 1. Características clínicas de la población incluida.

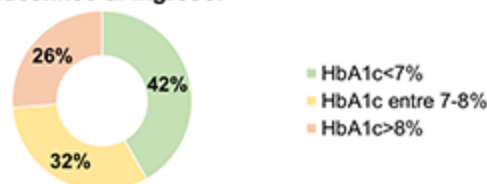
Características clínicas	Paciente (n=118)
Edad (años)	76,04 ± 9,516
Hombres	86 (72,9%)
IMC (kg/m ²)	27,11 ± 5,8
Grado enfermedad arterial periférica (según clasificación de Fontaine)	
I	0 (0%)
Ila	1 (0,8%)
Iib	26 (22%)
III	7 (5,9%)
IV	84 (71,2%)
Tabaquismo, no (%)	
Ex fumador	47 (39,8%)
Fumador activo	27 (22,9%)
Hipertensión arterial	105 (89%)
DM1	4 (3,4%)
DM2	114 (96,6%)
Tiempo evolución (años)	21,1 ± 12,1
Complicaciones crónicas de la DM	
Nefropatía	81 (69,23%)
Retinopatía diabética	38 (32,2%)
Polineuropatía diabética	48 (40,7%)
Accidente cerebrovascular	15 (12,7%)
Cardiopatía isquémica	46 (39%)
Filtrado glomerular < 60 ml/min/1.73m ²	57 (50,9%)

IMC=Índice de Masa Corporal; DM=Diabetes Mellitus

GRADO CONTROL GLUCÉMICO AL INGRESO

La HbA1c media al ingreso fue 7,26 ± 1,43% (n=103).

Figura 1. Grado control glucémico al ingreso.



AJUSTE TRATAMIENTO DM

Tabla 2. Distribución de los tratamientos al ingreso y al alta.

Tratamiento, no (%)	Al ingreso (n=118)	Al alta (n=116)
Nada	1 (0,85%)	0 (0%)
Dieta	4 (3,39%)	4 (3,44%)
Fármacos orales	49 (41,53%)	49 (42,24%)
Fármacos orales + insulina basal	23 (19,49%)	20 (17,24%)
Insulina basal en monoterapia	8 (6,78%)	6 (5,17%)
Pauta insulina basal-bolos	13 (11,02%)	14 (12,07%)
Pauta insulina basal-bolos + fármacos orales	9 (7,63%)	13 (11,21%)
Insulina NPH o mezclas + fármacos orales	6 (5,09%)	5 (4,31%)
Insulina NPH o mezclas en monoterapia	4 (3,39%)	4 (3,44%)

CONCLUSIÓN

El grado de control glucémico de los pacientes con DM que ingresan por EAP es óptimo. Aun así, un programa que incluye valoración por Endocrinología de manera sistemática durante la hospitalización, puede mejorar significativamente el control glucémico en pacientes con DM y EAP con mal control.

BIBLIOGRAFÍA

1. Low Wang et al. Cardiovascular and Limb Outcomes in Patients With Diabetes and Peripheral Artery Disease: The EUCLID Trial. *Journal of the American College of Cardiology* vol. 72,25 (2018): 3274-3284 / 2. American Diabetes Association Professional Practice Committee for Diabetes. 12. Retinopathy, Neuropathy, and Foot Care: Standards of Care in Diabetes—2026. *Diabetes Care*, 49(Supplement_1), S261–S276.

Se realizaron modificaciones terapéuticas en el 41,4% de los sujetos (n=48).

Figura 2. Distribución de los cambios de tratamiento realizados durante el ingreso.



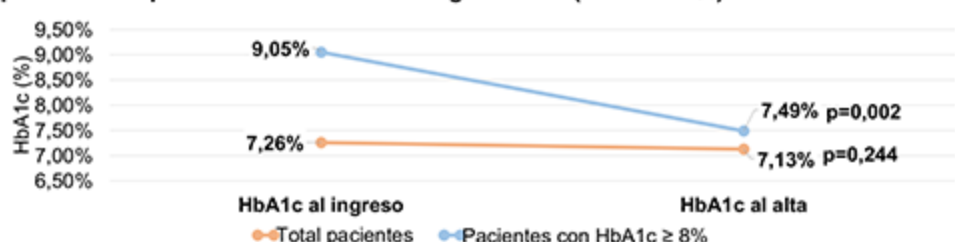
Figura 3. Uso de iSGLT2 y aGLP-1 al ingreso y al alta hospitalaria.



GRADO CONTROL GLUCÉMICO A LOS 3-6 MESES DEL ALTA

La HbA1c media a los 3-6 meses del alta fue 7,13 ± 1,15% (n=96; NS vs basal).

Figura 4. Comparación HbA1c al ingreso y a los 3-6 meses del alta en el total de pacientes vs pacientes con mal control glucémico (HbA1c ≥ 8%).



SEGUIMIENTO DM

Figura 5. Comparación seguimiento control DM al ingreso vs al alta.

