

socomio. Un tercio de los DM fue internado por presentar una complicación aguda de la enfermedad, situación más frecuente a la citada en la bibliografía consultada. Si bien la DM no se asoció a peores resultados en relación a estadía o mortalidad hospitalaria, esta

última fue menor en los DM controlados por un médico especialista en DM.

Palabras clave: pacientes internados, estadía hospitalaria, mortalidad.

Key words: inpatients, hospital stay, mortality.

PIE DIABÉTICO, POSIBLE MARCADOR DE RIESGO DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR EN DM2

DIABETIC FOOT, POSSIBLE RISK MARKER OF CARDIOVASCULAR DISEASE IN DM2

María Altamira, Analía Álvarez, Javier Bringa, Marisabel Echegoyen, Pablo Ferrada, Javier Herrera, Patricia Lemos, Gabriela Negri, Gimena Segura, Mariela Savina, Eduardo Torres

Servicio de Enfermedades Endocrino Metabólicas, Hospital Central de Mendoza, Mendoza, Argentina

Introducción: mientras que el síndrome de pie diabético (SPD) se define como “una úlcera del pie y/o tobillo, asociado con neuropatía, isquemia e infección” (Organización Mundial de la Salud), se considera pie de riesgo a aquel con características que aumentan la probabilidad de desarrollar un SPD, presente en el 15% de diabéticos durante el curso de su enfermedad. Pinto et al. demostraron mayor prevalencia de factores de riesgo cardiovascular (FRCV), de marcadores subclínicos de enfermedad CV, eventos CV y cerebrovasculares previos y nuevos en pacientes con DM y complicaciones de pie (vs DM-pie sano).

Objetivos: evaluar la relación entre el riesgo de pie y la frecuencia de cardiopatía isquémica (CI) en pacientes diabéticos.

Materiales y métodos: estudio observacional y transversal. Criterios de inclusión: pacientes mayores de 15 años, de ambos sexos, con diagnóstico previo de DM que concurren a consultorio especializado de evaluación de pie. Cuestionario estructurado. Muestreo no probabilístico. Software SPSS (v 22).

Resultados: n=260 pacientes, 145 (55,8%) mujeres, DM2 91,9%, edad (media±DE, años) 54,6±10. Tiempo de diagnóstico de DM (media±DE, años) 8,6±8,8 (59 [22,7%] refirió menos un año de diagnóstico). HbA1c (media±DE, %) 8,4±2. IMC (media±DE, Kg/m²) 31,4±5,8 (12,3% normopeso). Condiciones de cuidado de DM: automonitoreo 164 (63,1%), plan alimentario 135 (51,9%), educación diabetológica 154 (59,2%), actividad física 140 (53,8%), cuidado del pie 153 (58,8%). FRCV: dislipemia 106 (40,8%), HTA 158 (60,8%), tabaquismo 99 (38%). Complicaciones crónicas de DM: retinopatía 74 (28,5%), nefropatía 45 (17,3%), arteriopatía periférica 13 (5%), amputación previa 8 (3,1%). Antecedentes de CI referida por 31 pacientes (11,9%). Distribución según categoría de riesgo de pie: sin riesgo 121 (46,5%), leve 89 (34,2%), moderado 37 (14,2%) y severo 13 (5%). En el análisis comparativo de ausencia de riesgo leve vs moderado-severo, tanto el tiempo desde el diagnóstico de DM como la ausencia de cuidados del pie se asociaron a mayor categoría

de riesgo ($p < 0,05$). No se evidenció relación entre el antecedente de CI y la categoría de riesgo del pie ($p = 0,480$).

Conclusiones: tanto la CI como el desarrollo de lesiones del pie en pacientes con DM comparten factores epidemiológicos y fisiopatogénicos. Si bien en la muestra analizada no se observó mayor frecuencia de even-

tos cardiovasculares en pacientes con mayor riesgo de pie diabético, ésta debería reevaluarse para buscar evidencia de CI subclínica.

Palabras clave: síndrome de pie diabético, factores de riesgo, cardiopatía isquémica.

Key words: diabetic foot syndrome, risk factors, ischemic heart disease.

¿ES EXITOSO Y SEGURO EL MANEJO EN CLÍNICA MÉDICA DE LA CETOACIDOSIS DIABÉTICA? EVALUACIÓN DE 90 EPISODIOS MANEJADOS PROTOCOLIZADAMENTE

IS DIABETIC KETOACIDOSIS MANAGEMENT SAFE AND SUCCESSFUL IN INTERNAL MEDICINE? ASSESSMENT OF 90 EPISODES HANDLED UNDER PROTOCOL

Carolina Reynoso, Guillermo Marcucci, Luz Carolina Dromi, Hugo Lavandaio, José Alberto Carena

Clínica Médica

Introducción: la cetoacidosis diabética (CAD) es una complicación aguda y grave que compromete la vida del paciente con diabetes mellitus (DM). Su mortalidad ha descendido gracias al empleo de protocolos de manejo y la educación de los pacientes. El éxito del manejo depende más del uso de protocolos estandarizados que del ámbito en donde se los emplee.

Objetivos: evaluar nuestros resultados en el manejo de 90 episodios de CAD que fueron manejados protocolizadamente en nuestro servicio en los últimos dos años.

Materiales y métodos: se incluyeron 90 episodios que cumplieron la definición clásica de CAD. Se evaluaron datos demográficos. Tipo y tiempo de evolución de DM. Comorbilidades y complicaciones crónicas, grado de control metabólico. Causas precipitantes, errores en la aplicación del protocolo y tiempos de glucemia elevada, cetosis y análisis de

los datos de laboratorio y evolución.

Resultados: la edad media fue de 30,28 ($\pm 13,47$) años, sexo femenino: 53%, DMT1 89%, tiempo de evolución: 7,64 ($\pm 6,2$) años, mal control metabólico 92%, HbA1c media de 11,9 ($\pm 2,57$). Tabaco actual: 53%. El 60% tuvo dos o más episodios (recurrentes). Los episodios fueron en un 90 y 73% moderados o graves por el CO_3H o por pH respectivamente. Motivos principales: abandono de medicación o transgresiones 58 (64,4%), infeccioso 21 (22,2%), debut 8 (9,9%). El goteo de insulina fue parado con CO_3H de más de 18 en 58 (64,4%) y entre 15 y 18 en 30 (33,3%). Se desarrollaron hipoglucemias leves 39 (43,3%) y la cetosis se extendió a más del doble de tiempo del logro de glucemia menor de 200 en 53 (58,9%). No se registraron óbitos y seis pacientes pasaron a UTI por sus comórbidas descompensadas o sepsis.