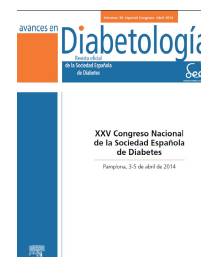




Avances en Diabetología



O-034. - INCIDENCIA DE HIPERGLUCEMIA EN LOS PACIENTES TRATADOS CON NUTRICIÓN ENTERAL

P. San José Terrón, A. Planas Vilaseca, M. Guerrero Gual, M.V. Herrera Rodríguez, I. Elío Pascual, N. Virgili Casas y E. Montanya Mias

Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat.

Resumen

Objetivos: Evaluar la incidencia de hiperglucemia de nueva aparición en pacientes ingresados en unidades de hospitalización convencional (UHC) en los que se inicia nutrición enteral (NE).

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo desde octubre de 2012 a julio de 2013. Se identificaron todos los pacientes ingresados en UHC que iniciaron NE y se monitorizó la glucemia capilar (3 controles/día un mínimo de 3 días al inicio de la NE y posteriormente ≥ 1 control diario). Criterios de exclusión: diabetes mellitus o hiperglicemia previa al inicio de NE, nutrición parenteral concomitante, duración tratamiento con NE < 48 h. Se definió como hiperglucemia mantenida presentar > 3 controles consecutivos > 140 mg/dL, hiperglucemia esporádica presentar ≤ 3 controles > 140 mg/dL y no hiperglucemia como ningún control > 140 mg/dL. Se comparó edad, sexo, índice de masa corporal (IMC), causa de ingreso, índice de comorbilidad de Charlson, aporte de NE (kcal y gramos de hidratos de carbono [HC] diarios), tratamiento con corticoides y HbA_{1c}. Los resultados se describen como media \pm DE (variables cuantitativas) y porcentajes (cualitativas). Significación $p < 0,05$.

Resultados: 66 pacientes cumplieron criterios de inclusión, 4 se excluyeron del análisis por falta de seguimiento. Características: 64,5% varones, $63,8 \pm 13,2$ años, IMC $25,3 \pm 4,9$ kg/m², HbA_{1c} $5,8 \pm 0,5\%$. Aporte de NE: $26,7 \pm 6,94$ kcal/kg/día, $3,26 \pm 0,85$ gramos de HC/kg/día. Duración de tratamiento con NE: 9,03 días (rango 2-28). Causa de ingreso: quirúrgica 74,2%, médica 25,8%. Índice de Charlson $2,22 \pm 1,49$. Cuatro pacientes (6,5%) desarrollaron hiperglucemia mantenida a los 3,5 días (rango 2-6), 45,2% hiperglucemia ocasional y el 48,4% no presentaron hiperglucemia. Todos los pacientes con hiperglucemia mantenida, pero ninguno con hiperglucemia esporádica, presentaron al menos un control de glucemia capilar > 200 mg/dL o una elevación progresiva en tres controles consecutivos. Se hallaron diferencias entre grupos en edad (tabla).

	No hiperglicemia (n = 30)	Hiperglicemia esporádica (n = 28)	Hiperglicemia mantenida (n = 4)	P valor
Edad (años)	$58,0 \pm 12,4$	$67,8 \pm 11,9$	$77,5 \pm 8,3$	0,003
Sexo (% masculino)	60,7%	75%	50%	0,40
IMC (kg/m ²)	$24,1 \pm 3,8$	$26,9 \pm 5,8$	$23,2 \pm 1,8$	0,13

Diagnóstico de ingreso (%)	Quirúrgico	80%	71,4%	50%	0,39
	Médico	20%	28,6%	50%	
Índice Charlson		2,00 ± 1,3	2,52 ± 1,69	2,0 ± 1,41	0,64
Aporte de HC/kg/día		3,37 ± 0,91	3,21 ± 0,78	2,85 ± 0,97	0,341
Corticoterapia (%)		53,3%	75%	25%	0,07
HbA _{1c} (%)		5,6 ± 0,4	6,1 ± 0,5	5,7 ± 0,2	0,06

Conclusiones: La detección de hiperglucemia de nueva aparición en pacientes no críticos tratados con NE es frecuente. Sin embargo, en la mayoría de pacientes la hiperglucemia es esporádica y tan sólo en un pequeño porcentaje es mantenida, y puede requerir tratamiento. La edad es un factor de riesgo para el desarrollo de hiperglucemia. La hiperglucemia mantenida se presenta en los 6 primeros días del inicio de la NE, en los que se recomienda determinar más frecuentemente la glucemia.