



P-122 - VISIBILIZACIÓN DE LAS LIPODISTROFIAS EN NIÑOS CON DIABETES

M.P. Ferrer Duce y E. Civitani Monzón

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España.

Resumen

Objetivos: Describir la incidencia y factores predisponentes al desarrollo de lipodistrofias en pacientes con diabetes mellitus tipo 1 (DM1) en tratamiento con múltiples dosis de insulina (MDI) en la Unidad de Diabetes Infantil de un hospital de tercer nivel.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal de tipo observacional realizado en pacientes menores de 18 años con DM1 en seguimiento por la consulta de Enfermeras de Práctica Avanzada Educadoras (EPA) en Diabetes. Criterios de inclusión: DM1, edad < 18 años, en tratamiento con MDI y presencia de lipodistrofias. La EPA realiza exploración física de las zonas de inyección de la insulina durante las consultas de seguimiento. Se recogieron los siguientes datos: zona de inyección, longitud de aguja, frecuencia de cambio de aguja para la inyección, realizar pliegue, esperar antes de extraer la aguja al menos 10", autoinyección y presencia de lipodistrofia.

Resultados: De los 194 pacientes en seguimiento en la consulta de las EPA, 102 (52,57%) presentaban lipodistrofias. De ellos en el momento de la detección de la lipodistrofia, 75,49% eran responsables de su autoinyección al tener más de 10 años de edad. El 57,84% de los pacientes con lipodistrofias eran mujeres. El 79,41% realiza rotación de la zona de inyección (al menos usa 2 zonas). La distribución de lipodistrofias por zonas fue: muslos: 22,54%, brazos: 21,56%, abdomen: 69,61%, glúteos: 1,96%. De ellos un 15,68% presenta lipodistrofia en más de una zona de inyección. El 98,25% utiliza agujas entre 4 y 6 mm de longitud. El 94,04% cambia la aguja tras cada uso. En cuanto a la técnica de inyección: el 68,20% realiza un pliegue excesivamente grande por lo que la insulina puede ser administrada en músculo, el 77,21% espera al menos 10" tras la inyección de insulina antes de retirarla del cuerpo. En todos ellos se realizó intervención educativa individual para corregir la lipodistrofia con las siguientes pautas: dejar de inyectar insulina en la lipodistrofia, se corrigió la técnica y se recomendó en algunos casos la aplicación de crema anticelulítica.

Conclusiones: Los 5 factores relacionados con la técnica de inyección son realizados de forma correcta por la mayoría de los pacientes, y a pesar de ello la mitad presentan lipodistrofias. El elevado porcentaje de lipodistrofias aparece a partir de la autoinyección, esto nos hace pensar que posiblemente la inyección de la insulina por parte de los padres o tutores sea un factor de protección.