

HIPERGLICEMIA EN PACIENTE CRÍTICO Y SU ASOCIACIÓN CON RESULTADOS ADVERSOS INTRAHOSPITALARIOS.

Paulina Vignolo Adan², Cecilia Vargas Reyes², Iris delgado Becerra¹, Andrea Contreras Millan², Vicente Gutiérrez Guerrero², Kristel Strodthoff Simunovic², Francesca Gattini Simunovic², Camila Quiñones Barrios², Isidora González Bernstein², Alejandra Bobilier Lihn², Paulo Melo Alarcon², Pablo Salazar Cárdenas²

Lugar de Trabajo: ¹Universidad del Desarrollo, ²Hospital Padre Hurtado.

Contenido:

Introducción: La hiperglicemia ocurre frecuentemente en unidad de pacientes críticos (UPC). La hiperglicemia de ingreso (Hgl) y la presentada durante la hospitalización son indicador de enfermedad grave asociándose a mayor mortalidad y complicaciones. La prevalencia de Hgl es controversial ya que los estudios han sido realizados con diversos valores de corte. En nuestro país, no existen grandes estudios sobre hiperglicemia en UPC, su relación con complicaciones y mortalidad.

Objetivos: Obtener prevalencia Hgl. Caracterizar pacientes con Hgl durante hospitalización en UPC. Evaluar si Hgl e hiperglicemia sostenida se asocian a peores resultados intrahospitalarios en pacientes DM y no DM.

Metodología: Estudio prospectivo, observacional. Se evaluaron pacientes que ingresaron UPC mixta de hospital público entre Diciembre 2018 y Marzo 2019. Se excluyeron: <18 y >80 años, DM tipo 1, estadía < 48 hrs, embarazadas. Se registraron características demográficas, antecedentes de DM, HTA, ERC, daño hepático crónico (DHC), terapia corticoidal, glicemia de ingreso, APACHE/SOFA ingreso, uso drogas vasoactivas (DVA), uso ventilación mecánica invasiva (VM), glicemias capilares diaria, días de estadía UPC, días hospitalización, mortalidad en UPC, mortalidad en hospitalización. Se agruparon según glicemia de ingreso: <140mg/dl (NG), >140mg/dl (Hgl), >180mg/dl (HglS), y según glicemias en hospitalización: <140mg/dl (NG), 140-180mg/dl (M), >180mg/dl (Hgsos).

Resultados: Se analizaron 140 pacientes. Hgl: prevalencia 42% (en DM el 71% p<0.001) e HglS 22% (en DM 46% p<0.001). Edad 63±19, 53% hombres, IMC 27, antecedentes de DM 48%, HTA 63%, DHC 4%, ERC 36%. Motivo de ingreso quirúrgico 52%, APACHE 18±9, SOFA 7±2. Glicemia ingreso 169±17, uso/días: DVA 71%/2.6±3, VM 46%/2.5±3, días de UPC 9.6±10, días de hospitalización 20.6±20.

Hgl vs NG: mortalidad en hospitalización 13.4 vs 1.3% p=0.02, DVA 71 vs 59%, días UPC 9.6±10 vs 8.1±6, mortalidad en UPC 7.6 vs 2.7% (p=NS).

Hgl DM vs no DM: edad 71±12 vs 60±21, IMC 31±6 vs 23±7, APACHE 12±5 vs 20±10, SOFA 5±3 vs 9±4, días DVA 1±1 vs 3±3, días UPC 5±4 vs 12±11, días hospitalización 16±12 vs 23±18 (p=NS).

En DM Hgl vs NG: APACHE 15±5 vs 21±13, SOFA 6±3 vs 10±5, DVA 48 vs 53%, VM 40 vs 60%, TRR 39 vs 62% (p=NS). Prevalencia Hgsos 12.7%.

Mortalidad en UPC en Hgsos vs M 8.3 vs 6.3% (p=0.92) y en grupo con antecedentes de DM vs no DM 62.5 vs 37.5% p=0.065.

Conclusiones: Se describe prevalencia de Hgl con valor de corte sugerido por las guías clínicas. Hgl se asocia a mayor mortalidad en hospitalización y una tendencia a mayor uso DVA y días de hospitalización. La mortalidad en UPC se asoció a Hgl, Hgsos y antecedente de DM (NS). Hgl en no DM tiende a presentarse en pacientes más graves y podría ser factor de riesgo complicaciones. En DM la Hgl tiende a asociarse a mejores resultados. El estudio aporta información sobre prevalencia de Hgl, Hgsos, su relación con mortalidad y complicaciones en UPC en nuestro país.

Financiamiento: Sin financiamiento.