



Endocrinología, Diabetes y Nutrición



183 - ANÁLISIS Y OPORTUNIDADES DE MEJORA EN EL MANEJO DE la CETOACIDOSIS DIABÉTICA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO

M. Olmos^a, F.J. Lucas^b, M. Ruipérez^b, M. Minuesa^b, C.M. Jiménez^a, M.A. Galán^c, F.J. Lucas^c, R.P. Quílez^d, P.J. Pinés^e y J.J. Alfaro^a

^aServicio de Endocrinología y Nutrición; ^bCentro de Salud Zona 8; ^cServicio de Urgencias. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. España. ^dServicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital de Villarrobledo. España. ^eServicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital de Almansa. España.

Resumen

Introducción: Nuestro objetivo principal es analizar el manejo de la cetoacidosis diabética (CAD) en el Servicio de Urgencias (SU) del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete de acuerdo con las guías de práctica clínica publicadas e identificar oportunidades de mejora en la atención de los pacientes.

Métodos: Realizamos un estudio observacional retrospectivo de pacientes adultos diagnosticados de CAD desde 2013 hasta 2016 en nuestro centro. Identificamos aquellos que reunían 3 criterios: 3- β -OH-butirato capilar ≥ 3 mmol/L o cetonuria ≥ 100 mg/dL, diabetes conocida o glucemia > 250 mg/dL y pH venoso $\leq 7,3$ o bicarbonato venoso ≤ 15 mEq/L. Revisamos las historias clínicas para obtener datos demográficos, clínicos, analíticos y de tratamiento. Se evaluó la adherencia al protocolo de CAD de nuestro hospital basado en las recomendaciones recogidas en la guía de práctica clínica británica de 2013.

Resultados: Identificamos un total de 66 episodios. La edad media fue de 41,7 años. Un total de 71,2% de los episodios de CAD correspondían a diabéticos tipo 1. El 13,6% eran debuts diabéticos. El 63,6% de los episodios de CAD fueron estratificados como graves, con un 24,2% de ingresos en UCI. El motivo de consulta más frecuente fueron los vómitos (53%), siendo el principal factor desencadenante el incumplimiento terapéutico (39,4%). La adherencia al protocolo de manejo de la CAD fue del 24,2%, con medición del 3- β -OH-butirato hasta en un 42,4% y una correcta administración de potasio en el 27,3% de los casos. La complicación más frecuente fue la hipopotasemia (45,5%). El tiempo medio hasta el diagnóstico fue de 96,7 min. En cuanto a los tiempos medios de inicio de sueroterapia, insulinización y corrección fueron 91 min, 102 min y 14 horas, respectivamente.

Conclusiones: Hemos observado un retraso en los tiempos de diagnóstico y corrección de la CAD, existiendo la posibilidad de mejora mediante una mayor adhesión a las recomendaciones de las guías de práctica clínica.