



Endocrinología, Diabetes y Nutrición



233 - IMPACTO DE LA PANDEMIA DE COVID-19 EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS POR INFECCIÓN DE PIE DIABÉTICO

G.A. Zapata Maldonado¹, B. Busta Vallina², J. Ortiz Segura² y F.A. Pazos Toral¹

¹Endocrinología y Nutrición; ²Traumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Resumen

Introducción: El confinamiento y la interrupción de la continuidad asistencial ambulatoria durante la pandemia de COVID-19 ha suspendido el normal despistaje, prevención, seguimiento y tratamiento precoz de la úlcera en el pie diabético (UPD), aumentando las complicaciones y el riesgo de amputación. Evaluamos el impacto de la pandemia y la consulta no presencial en la asistencia hospitalaria por UPD en el servicio de Endocrinología (SdE).

Métodos: Estudio retrospectivo de la cohorte de pacientes ingresados desde marzo 2020 hasta febrero 2021 (Grupo 1, G1), por UPD en el SdE. Se analizaron variables clínicas y mortalidad. Se comparó con el grupo 2 (G2) de marzo de 2019 a febrero de 2020.

Resultados: Se analizaron 70 pacientes (G1:33 vs. G2:37). No hubo diferencias en edad (63 vs. 64 años), género (84% vs. 82%, varones), tipo (84% vs. 82%, DM2) ni tiempo de evolución de la diabetes (15 años). En el riesgo de UPD, el G1 tenían peor control metabólico (HbA1c > 6,5) (78,1% vs. 67,6%), mayor número de FRCV, enfermedad arterial periférica (54,5% vs. 21,6%, p 0,01) y amputaciones previas (39,4% vs. 37,8%). El G1 presentó más UPD grado 4 (IWGDF) (39,4% vs. 18,9%, p 0,05), de mayor profundidad, con gangrena y en el talón (12,5% vs. 2,7%), las diferencias con G2 no mostraron significación. En consecuencia, en el G1 aumentó la duración del tratamiento antibiótico (29,1 vs. 28 días, p 0,01). No se observaron diferencias en el número de intervenciones quirúrgicas, ni de amputaciones, aunque sí hubo más desbridamientos quirúrgicos (31,8% vs. 11,1%). La mortalidad aumentó en el G1 (6% vs. 0%).

Conclusiones: La pérdida de la continuidad asistencial aumenta la gravedad y mortalidad en UPD. La telemedicina debe ser bidireccional, asistencial, preventiva, individualizada y multiherramienta, acoplada a la historia electrónica en el paciente de alto riesgo.

Agradecimientos: Laura Carrasco. Podología. HUMV.