



<https://www.revclinesp.es>

D-50. - CONTROL METABÓLICO Y MANEJO DE LA DIABETES DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

L. Gallo Padilla, L. García Pereña, M. Moreno Higueras, M. Ruiz Ruigómez, G. Morales Jiménez, M. Trigo Rodríguez

Servicio de Medicina Interna. Hospital San Cecilio. Granada.

Resumen

Objetivos: Valorar entre los pacientes con diabetes mellitus (DM) ingresados en nuestro servicio, el grado de control metabólico al ingreso, el manejo de las cifras de glucemia durante la hospitalización y la adecuación del tratamiento al alta en función de la situación clínica y analítica del paciente.

Métodos: Estudio descriptivo, transversal y retrospectivo realizado con pacientes diabéticos hospitalizados entre diciembre y febrero. Variables analizadas: hemoglobina glicosilada (HbA1c) al ingreso (o en los 3 meses previos), tratamiento antidiabético (domiciliario, hospitalario y al alta), valores de filtrado glomerular (FG) estimado por Cockroft-Gault, episodios de hiperglucemia (glucemia capilar > 200 mg/dl) y/o hipoglucemia (60 mg/dl), corticoterapia, dieta adecuada durante el ingreso, interconsulta con el servicio de Endocrinología y recomendaciones al alta. Se analizaron los datos mediante el paquete estadístico SPSS 21.

Resultados: Se incluyó a 95 pacientes (43,9%) que ya tenían el diagnóstico de DM. La edad media fue de 75,6 años (52,6% hombres). Durante el ingreso se produjeron 9 fallecimientos. El 95,78% de los pacientes disponían de HbA1c durante el ingreso o en los 3 meses previos: 52 pacientes 7%, 28 pacientes entre 7 y 8%, 8 pacientes entre 8 y 9% y 3 pacientes > 9%. En cuanto a tratamientos antidiabéticos se valoraron, el domiciliario (metformina (MTF) 44,2%, insulina + antidiabético oral (ADO) 22,1%, insulina mixta 7,4%, pauta bolo-basal (BB) 5,3%, sólo insulina lenta 5,3%, sólo dieta 7,4% y otros ADO), el del ingreso hospitalario (pauta BB 85,3%, insulina rápida 11,6%, sólo dieta 2,1%) y el tratamiento al alta (MTF 30,3%, otro ADO 10,1%, insulina + ADO 18%, insulina mixta 6,7%, insulina basal 10,1%, pauta BB 18%, sólo dieta 5,6%). Se objetivaron hiperglucemias en el 73,4% de los pacientes e hipoglucemias en el 14,9%, ajustándose las dosis de insulina en base a estos controles en el 95,7% de los casos. El 45,7% de los pacientes estuvo en tratamiento con corticoides durante el ingreso y/o al alta. El 81,9% de los pacientes tenían correctamente prescrita una dieta diabética. Únicamente fue preciso realizar interconsulta al servicio de Endocrinología en 1 paciente. Entre los pacientes con valor de HbA1c disponible, se analizó si el tratamiento al alta se ajustó o no de acuerdo con éstas cifras, resultando en una actuación positiva por nuestra parte en el 78,4% de los pacientes.

Discusión: Según el documento de consenso sobre el tratamiento al alta hospitalaria del paciente con hiperglucemia (Med Clín, 2012), el momento del alta constituye una de las situaciones de mayor riesgo para la descompensación glucémica. Variables como el tratamiento previo de la hiperglucemia, la situación clínica del paciente y el grado de control glucémico, resultan fundamentales para establecer un plan de tratamiento adecuado al alta para cada paciente. Nuestros resultados muestran unas cifras favorables en este sentido, pues en gran parte de los pacientes con un control metabólico deficiente o que han tenido requerimientos

especiales durante el ingreso (por estrés, corticoterapia, etc.), el tratamiento al alta se ha modificado (ya sea de manera permanente o temporal), evitando de esta forma la temida inercia terapéutica. Esta última, únicamente debería admitirse en aquellos pacientes en los que su situación clínica y comorbilidades no aconsejen una intensificación del tratamiento, aspecto que probablemente, fue considerado en la mayoría de pacientes que no vieron ajustado su tratamiento al alta, sobre todo teniendo en cuenta el perfil de pacientes que atendemos a diario en nuestro servicio.

Conclusiones: Dado el mayor riesgo de descompensación en pacientes con DM durante los primeros días tras el alta, creemos conveniente recopilar en el ingreso hospitalario la información necesaria para el ajuste adecuado de tratamiento al alta. Aunque esto implique una sobrecarga de trabajo inicialmente, a largo plazo contribuirá a mejorar la situación clínica de nuestros pacientes y a reducir la tasa de reingresos.