

## Diabetes en urgencias: evaluación del control y tratamientos instaurados

### *Diabetes in emergency services: evaluation of monitoring and installed treatments*

doi.org/10.23938/ASSN.0036

I. Agra Montava, M. Seres Roig, I. Fernández Castaño, J. Martín Marcuello

#### **Sr. Director:**

La diabetes mellitus (DM) es una enfermedad metabólica crónica con alta prevalencia en nuestro medio: se estima que aproximadamente el 13,8% de la población tiene antecedentes de DM y un 6% de estos no han sido todavía diagnosticados<sup>1</sup>. Es sabido que el 25% de los pacientes que ingresan en un centro hospitalario tienen antecedentes de DM y entre un 30-40% de los atendidos en los servicios de Urgencias (SU), independientemente del motivo de consulta, son diabéticos<sup>2-5</sup>.

Hemos analizado una muestra de pacientes con DM que consultaron en nuestro SU e ingresaron en la Unidad de Observación, durante un período de cuatro meses, y estudiamos los procedimientos seguidos. Se excluyeron los pacientes con hiperglicemia reactiva a corticoides, y también aquellos que consultaron por hipoglicemia. Se recogieron un total de 142 pacientes (62 hombres) con una media de edad de 77,9 años. Como se muestra en la tabla 1, la gli-

cemia media al ingreso fue de 225,6 mg/dl. En el análisis por subgrupos, se observa que 100 pacientes (70,7%) presentan un mal control glicémico, con glicemias superiores a 140 mg/dl, a causa de mal control metabólico previo o descompensación por la patología aguda intercurrente que motivó el ingreso.

Se analizaron por separado las actuaciones realizadas por los diferentes profesionales de nuestro SU, dividiéndolas en dos grupos: enfermeras y médicos (adjuntos y residentes) pudiéndose observar los resultados en la tabla 1. Cuando las guías recomiendan controles glicémicos pradiales y basales en todos los pacientes ingresados con antecedentes de DM o hiperglicemia, en el análisis de los procedimientos de enfermería se observa que solo el 70% de los pacientes diabéticos reciben un correcto control glicémico. En el análisis de los procedimientos seguidos por los médicos se estudiaron las pautas terapéuticas instauradas para el correcto control de la glicemia. Destaca la presencia de un eleva-

*An. Sist. Sanit. Navar. 2017; 40 (2): 319-321*

Servicio de Urgencias y Coordinación de trasplante. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona

#### **Correspondencia:**

Iván Agra Montava  
Secretario del G.T. SOCMUE-Diabetes. Vocal del G.T. SEMES Diabetes  
Servicio de Urgencias y Coordinación de Trasplantes  
IIB Sant Pau  
Hospital de Sant Pau  
Sant Quintí, 87  
08025 Barcelona  
E-mail. iagra@santpau.cat

do número de pacientes con DM (45%) a los que no se instauró ningún tipo de tratamiento, con el consiguiente mal control glucémico. A pesar que nos ha sido imposible detectar la causa de este hecho, pensamos que podría deberse a la falta de protocolos específicos frente al tratamiento de la hiperglicemia y/o a la detección de pacientes con antecedentes de DM en nuestro SU.

Tal como se refleja en la literatura<sup>1,3</sup>, en nuestra muestra se observa un mal control glucémico, por haberse obviado en la mayoría de los casos tanto la instauración de tratamiento antidiabético como la realización correcta de controles de glicemia capilar, probablemente en relación a la ausencia de protocolos específicos.

**Tabla 1.** Características de la población del estudio y actuaciones realizadas por el personal del SU

| Variable                  |                       | N (%)       |
|---------------------------|-----------------------|-------------|
| Edad (años)*              |                       | 77,9 (11,8) |
| Mujeres                   |                       | 80 (56,3)   |
| Hombres                   |                       | 62 (43,7)   |
| Glicemia ingreso (mg/dl)* |                       | 225,6 (100) |
| Glicemia                  | 80-140                | 42 (29,6)   |
|                           | 141-200               | 52 (36,6)   |
|                           | 201-250               | 33 (23,2)   |
|                           | >251                  | 15 (10,6)   |
| Controles glicémicos      | Basal + prandial      | 99 (69,7)   |
|                           | Basal                 | 25 (17,6)   |
|                           | Ninguno               | 18 (12,6)   |
| Tratamiento instaurado    | Ninguno               | 64 (45,1)   |
|                           | Pauta insulina rápida | 53 (37,3)   |
|                           | Pauta bolo basal      | 25 (17,6)   |

\*media (DE)

Sin embargo, las consultas en los SU suponen una oportunidad para optimizar el tratamiento y el control glucémico en la población diabética, así como para la detección de nuevos casos<sup>2</sup>. En los momentos actuales de saturación de los SU es necesario implementar medidas para el correcto control glucémico, evitando la revisita por problemas relacionados con la glicemia<sup>6</sup>. Se han sugerido cambios organizativos que podrían mejorar nuestra práctica clínica. Creemos que la DM sería una patología diana en la que aplicar nuevas estrategias<sup>7</sup>, por lo que es importante la creación e implantación de protocolos multidisciplinares en los SU, que garanticen el correcto control glucémico mediante tratamientos adecuados, y la realización de controles de glicemia capilar para optimizar el manejo y diagnosticar nuevos pacientes<sup>8,9</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

1. PÉREZ-PÉREZ A, CONTHE-GUTIÉRREZ P, AGUILAR-DIOSDADO M, BERTOMEU-MARTÍNEZ V, GALDOS-ANUNCIBAY P, GARCÍA DE CASASOLA G et al. Hospital management of hyperglycemia. *Med Clin (Barc)* 2009; 132: 465-475.
2. AGUDO VILLA T, ÁLVAREZ-RODRÍGUEZ E, CAUREL SASTRE Z, MARTÍN MARTÍNEZ A, MERINERO PALOMARES R, ÁLVAREZ RODRÍGUEZ V et al. Prevención de las complicaciones cardiovasculares asociadas a la diabetes mellitus en los servicios de urgencias. *Emergencias* 2015; 27: 150-154
3. SORIGUER F, GODAY A, BOSCH-COMAS A, BORDIÚ E, CALLE-PASCUAL A, CARMENA R et al. Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose regulation in Spain: the Diabet.es Study. *Diabetologia* 2012; 55: 88-93.
4. RUIZ-RAMOS M, ESCOLAR-PUJOLAR A, MAYORAL-SÁNCHEZ E, CORRAL-SAN LAUREANO F, FERNÁNDEZ-FERNÁNDEZ I. La diabetes mellitus en España: mortalidad, prevalencia, incidencia, costes

- económicos y desigualdades. *Gac Sanit* 2006; 20: 15-24.
5. SÁENZ-ABADA D, GIMENO-ORNAB JA, PÉREZ-CALVO JI. Importancia pronóstica de la variabilidad glucémica sobre la mortalidad intrahospitalaria en pacientes ingresados en Medicina Interna. *Revista Clínica Española* 2015; 9: 479-485.
  6. AGRA MONTAVA I, DE SAZ SORIANO A, HERNÁNDEZ ONTIVEROS H, ROURAS JUBANY L. Hipoglicemia: ¿se infradiagnostica en urgencias?. *An Sist Sanit Navar* 2017; 40: 153-154.
  7. LOBÓN LF, ANDERSON P. Innovación en Medicina de Urgencias y Emergencias: cinco aspectos organizativos que podrían cambiar nuestra práctica. *Emergencias* 2017; 29: 61-64.
  8. AGRA MONTAVA I, HIGA SANSONE L, LOZANO POLO L. Extrapolation of the use of the bolo-basal regimen to the emergency department, do we do the right thing? *Med Clin (Barc)* 2017. doi: 10.1016/j.medcli.2017.02.018.
  9. ÁLVAREZ-RODRÍGUEZ E, AGUD FERNÁNDEZ M, CAUREL SASTRE Z, GALLEGO MINGUEZ I, CARBALLO CARDONA C, JUAN ARRIBAS A et al. Recomendaciones de manejo de la diabetes, de sus complicaciones metabólicas agudas y de la hiperglucemia relacionada con corticoides en los servicios de urgencias. *Emergencias* 2016; 28: 400-417.

