



D-042 - IMPORTANCIA DE LA DIABETES MELLITUS EN LOS INFORMES DE ALTA DE UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Chacón Moreno, N. Toledo Samaniego, C. Llamazares Mendo, J. Ramírez Navarro, S. Piqueras Ruiz, M. Ferreiro-Mazón Jenaro, S. Castañeda Pérez y B. Pinilla Llorente

Medicina Interna. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Resumen

Objetivos: Analizar la evaluación de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) durante el ingreso en medicina interna por otra causa y las recomendaciones en los informes de alta.

Material y métodos: Estudio retrospectivo mediante la revisión de las historias clínicas/informes de alta de los pacientes con DM2 ingresados en medicina interna durante los meses de octubre/noviembre de 2016. Como criterios de exclusión: Exitus durante el ingreso, cambio de cargo a otra especialidad o diagnóstico durante el ingreso.

Resultados: Se analizaron 525 informes de alta, de los cuales 77 correspondían a pacientes con diagnóstico previo al ingreso de diabetes mellitus, en su totalidad tipo 2. Factores de riesgo cardiovascular: HTA 85,7%, dislipemia (DL) 70%, tabaquismo 10,3%. El IMC constaba en el 45,4%, siendo $> 30 \text{ Kg/m}^2$ en el 35%. El 67% padecían HTA y DL además de DM2. Constaba el tiempo de evolución desde el diagnóstico en el 10,4% de los informes y la cifra de HbA1c en el 89,6%. En todos los constaba la afectación micro o macrovascular. Se recomendaron controles al alta en el 2,6% de los pacientes. En el 26% constaba la dieta y en el 7% el ejercicio físico. El seguimiento quedaba en manos del médico de Atención Primaria en el 85,7%, endocrinología en 11,6% y medicina interna solo en 1 caso. Se modificó el tratamiento en 20 casos. La justificación del cambio fue mal control previo al ingreso en 8 casos, hipoglucemias (1 caso), hiperglucemias (4 casos), enfermedad renal crónica (1 caso) y no constaba en 6 casos. No se pautó glucagón al alta en ninguno de los pacientes que iban a recibir tratamiento con insulina. Se derivó al equipo de enfermería de educación diabetológica en 3 casos. Únicamente un paciente acudió a urgencias en los tres meses próximo por hipoglucemia, habiendo realizado mal el tratamiento recomendado al alta.

Discusión: Las recomendaciones actuales de la Sociedad Española de Medicina Interna/Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición son individualizar los objetivos de control glucémico de manera dinámica para conseguir control adecuado del paciente, prescribir al alta dieta y ejercicio físico adaptado a comorbilidades, proponer educación diabetológica personalizada, intensificar precozmente el tratamiento farmacológico hasta conseguir objetivo, elegir como primera opción terapias que reduzcan el peso del paciente y con bajo riesgo de hipoglucemias, y remitir a especialistas en endocrinología y nutrición si $\text{IMC} > 35 \text{ Kg/m}^2$, pacientes candidatos a cirugía bariátrica, complicaciones relevantes macro o microvasculares, o mal control metabólico pese a

optimización por otros especialistas. En nuestro estudio, concordante con otros estudios realizados en distintos centros de España, se objetiva que la evaluación del paciente diabético ingresado por otra causa en nuestro servicio de medicina interna es insuficiente, pudiendo mejorar los datos aportados respecto al IMC, la medición de HbA1c y las recomendaciones de actividad física y de dieta, así como el ajuste farmacológico de cara al alta con nuevas terapias que no tienen riesgo de hipoglucemia, siendo beneficiosas para el control de peso y disminuyen la mortalidad por causa cardiovascular. En nuestro centro carecemos de una estructura específica para abordar el seguimiento de pacientes diabéticos con mal control.

Conclusiones: En los informes médicos de alta de medicina interna de nuestro centro, es insuficiente la información respecto a la evaluación de la diabetes mellitus de los pacientes ingresados por otras causas, siendo necesario mejorar la evaluación integral del paciente y las recomendaciones al alta, tanto desde el punto de vista dietético y de ejercicio físico como desde el punto de vista de los ajustes terapéuticos. Es preciso crear una estructura integrada dentro de nuestro servicio de medicina interna formada por personal médico y de enfermería que nos ayude a mejorar el seguimiento y tratamiento de los pacientes diabéticos con difícil control.