

PERFIL DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS INTERNADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL CALDERÓN GUARDIA

Benhard Hasbum Fernández*, Irene Fernández Valverde**

Summary

The present study is an analysis of the profile of hospitalized male diabetic patients in Internal Medicine at Dr. Rafael Angel Calderon Guardia Hospital with the purpose of finding out the main reason of the hospitalization, treatment, and diabetes related complications. According to world-wide statistics, Diabetes Mellitus has an important incidence, 25% in this series, and most of these patients had manifest micro and macrovascular complications at the time of the study. Even though this disease has great social, economic and public health implications, there are still things forgotten in its management that need to be improved in order to decrease morbidity and mortality due to Diabetes.

Introducción

Con la creciente occidentalización de los hábitos alimenticios de los países del tercer mundo o en vías de desarrollo el perfil de enfermedades que afecta a estas sociedades ha cambiado dramáticamente; evidenciándose un creciente aumento en la incidencia y prevalencia de enfermedades de curso crónico como la hipertensión arterial, la diabetes mellitus y la enfermedad coronaria aterosclerótica. Comparativamente la incidencia de diabetes en los países desarrollados aumentará en un 40%, mientras que en los países subdesarrollados este aumento posiblemente rondará el 170% (13), constituyéndose en uno de los principales problemas de salud pública; se concluye de esta forma que en nuestros países el problema actual no es la carencia sino el exceso de alimentos hipercalóricos y con alto contenido de grasas saturadas. Como si esto fuera poco se considera que aproximadamente el 50% de los pacientes diabéticos no están debidamente diagnosticados lo cual se evidencia, entre otras cosas, por la alta incidencia de complicaciones microvasculares al momento del diagnóstico (10), además por falta de instrucción tanto del paciente como de los médicos tratantes la mayoría de éstos pacientes no tienen un control glicémico adecuado ni terapias coadyuvantes que han demostrado frenar la evolución de las complicaciones micro y macrovasculares, como se observó recientemente con los inhibidores de la ECA (14). Motivados por toda ésta problemática decidimos revisar el perfil completo de los pacientes masculinos diabéticos internados en el servicio de Medicina Uno del Hospital Calderón Guardia con el objetivo de conocer un poco más de cerca su motivo de ingreso, tratamiento abordaje y complicaciones al momento del estudio.

Materiales y Métodos

Se revisaron todos los expedientes clínicos de los pacientes masculinos internados el día 28 de enero del 2000 en el servicio de Medicina Uno del Hospital en cuestión, el total de expedientes alcanzó la cifra de 61.

En todos se buscaron las siguientes variables:

- tiempo de evolución de la enfermedad
- edad del paciente
- tratamiento ambulatorio previo al ingreso

- proteinuria en orina de 24 horas
- glicemia al ingreso y método de cuantificación
- pruebas de función renal al ingreso
- albúmina sérica
- historia de enfermedad arterial coronaria
- índice de masa corporal asociación con hipertensión arterial
- uso crónico de aspirina días de estancia al momento de la recolección de datos diagnóstico principal de ingreso
- perfil lipídico

Debe resaltarse que en muchos casos la información no existía en el expediente clínico, se omitió la entrevista al paciente con el fin de evaluar el abordaje y la estratificación del paciente diabético en nuestros hospitales. Toda la información se recopiló del internamiento actual incluyendo las notas médicas del servicio de emergencias si la vía de ingreso del paciente al hospital fué esa. No se recabó información de la consulta externa ni de internamientos anteriores.

Resultados

De los 61 expedientes clínicos revisados en la fecha señalada 15 correspondían a pacientes diabéticos, lo cual significa que al momento del estudio 24,6% de las pacientes internados eran diabéticos. De ellos 13 fueron catalogados como diabéticos tipo 2 y 2 pacientes fueron ingresados por debut diabético. No se encontraron registros de pacientes con diabetes tipo 1. En el [cuadro N. 1](#) se detallan los diagnósticos de ingreso. El 33% de los ingresos tuvo relación con algún tipo de descompensación diabética, 20% relacionados con enfermedad arterial coronaria y 27% no guardan relación aparente con la diabetes.

CUADRO No. 1 DIAGNÓSTICOS DE INGRESO	
Absceso 1 oratejo derecho	
Insuficiencia renal crónica-descompensación hidrópica	
Descompensación simple persistente	
Angor inestable	
Encefalopatía hepática	
Observación por angor inestable	
Estado hiperosmolar	
Diabetes descompensada	
Absceso y oratejo izquierdo	
Debut diabético	
Epic infectado	
Enfermedad arterial coronaria-prueba de esfuerzo positiva	
Estado hiperosmolar	
Pérdida de peso en estudio	
Observación por cáncer vesical	

La edad promedio de los pacientes fue de 62 años, el menor tenía 37 años y el mayor 90 años. Respecto al tiempo de evolución de la enfermedad desde su diagnóstico 2 pacientes fueron ingresados por debut diabético, 4 tenían evolución menor a un año, 2 entre uno y cinco años, 1 entre

cinco y diez años, 5 entre diez y veinte años y 1 con veintidós años de evolución. En el tópic de tratamiento 6 pacientes (40%) eran tratados únicamente con insulina NPH, 2 (13%) con glibenclamida, 1 con metformina, 1 con insulina NPH y glibenclamida, 1 con insulina NPH y cristalina, 1 con Diamicrón 0 y 1 no seguía tratamiento alguno. Esta categoría no aplica para dos pacientes que fueron ingresados, como se mencionó antes, por debut diabético. De los 15 pacientes sólo 6 (40%) tenían reporte de proteinuria en su internamiento actual. En el [cuadro N. 2](#) se muestran el tiempo de evolución, la proteinuria y la glicemia al ingreso de este subgrupo de pacientes.

CUADRO No. 2
COMPARACION ENTRE TIEMPO DE EVOLUCION,
PROTEINURIA Y GLICEMIA AL INGRESO

Tiempo de evolución	Proteinuria (mg/24horas)	Glicemia al ingreso (mg/dl)
17 años	209	> de 400*
3 años	930	1674
10 años	3949	111
debut	250	895
10 años	711	170
5 meses	150	65

* glicemia por micrométodo

La mayoría de los pacientes tienen al ingreso una glicemia mayor a 200 mg/dl (67%, la mayor glicemia fue de 1674 y la menor de 65 mg/dl, 53% de los pacientes fueron abordados a su ingreso con cuantificación de glicemia por micrométodo. No se puede hablar de valores óptimos porque se desconoce la relación entre la glicemia y la última ingesta de alimentos. Las pruebas de función renal (nitrógeno ureico y creatinina) se encontraban dentro de rasgos normales en 7 pacientes (47%), 4 (27%) presentaron valores de creatinina mayores a 3,5 mg/dl, el resto oscilaba entre el límite superior normal y 3,5 mg/dl. La función renal más deteriorada fue 119 mg/dl de nitrógeno ureico y 10,8 mg/dl de creatinina en un paciente con 22 años de evolución de enfermedad clínica. La albúmina se reportó en 8 pacientes (53%), 62, 5% con niveles inferiores a 3,5 g/dl. El valor mínimo fue de 1,5 g/dl. Se notó que un 33% de los pacientes tenían historia de enfermedad coronaria aterosclerótica en cualquiera de sus manifestaciones. De los 15 pacientes sólo a 2 (13%) se les calculó el índice de masa corporal, a saber: 27,1 y 18 kg/m², así que no es posible determinar la incidencia de obesidad en éste grupo de diabéticos. Nueve (60%) reportaron ser hipertensos, de ellos 6 (67%) usaban como tratamiento enalapril sólo (4) o combinado (2), 1 con metildopa y furosemida, uno con amlodipina y bumetanida y uno no supo su tratamiento antihipertensivo; 40% admitieron consumir aspirina en forma periódica. El promedio de estancia hospitalaria al momento del estudio fue de 9,47 días, siendo la menor de 2 días y la mayor de 22; 40% tenían una estancia superior a los 10 días y 27% superior a los 15 días, 20% tenían menos de 5 días de internamiento. Vale la pena mencionar que no se incluyen los días de estancia en el servicio de emergencias. Se encontró reporte de lípidos en 9 (60%) pacientes, sólo 4 incluían HDL y LDL. únicamente en un paciente se reportan triglicéridos mayores de 200 mg/dl (208), el promedio general fue de 132 mg/dl; el colesterol total promedio fue de 175 mg/dl, el valor más alto fue 216 mg/dl. Los niveles de LDL fueron: 121, 94, 68 y 138 mg/dl y los de HDL : 27, 26, 30 y 44 mg/dl.

Discusión

Costa Rica no está exenta de las consecuencias económicas, sociales y de salud pública que se derivan de la globalización. Según estadísticas del Ministerio de Salud en 1995 hubo 4421 egresos hospitalarios relacionados con la diabetes mellitus, así mismo esta enfermedad es la octava causa de consulta externa en varones y la cuarta en mujeres (11). Los datos del presente estudio son aún más reveladores:

una cuarta parte de los pacientes internados en el Servicio de Medicina son portadores de Diabetes Mellitus, un tercio de ellos son internados por complicaciones derivadas de un manejo deficitario de su enfermedad y la estancia hospitalaria promedio es de casi 10 días. Estamos en frente de un problema inmenso de salud pública (5), no sólo en centros de referencia, sino también a nivel del EBAIS donde debe iniciarse el manejo y la educación en salud de estos pacientes con miras a disminuir la creciente morbilidad y mortalidad derivadas de esta catástrofe metabólica, también es en ese nivel primario en donde las campañas de tamizaje -en personas de alto riesgo (1) deben llevarse a cabo. En este momento es pertinente plantear una pregunta: ¿Están siendo los pacientes crónicos bien abordados? Probablemente no tengamos una respuesta categórica pero si podemos afirmar que de este estudio se desprenden algunas inquietudes válidas. De los 15 pacientes estudiados sólo a dos se les cuantificó el índice de masa corporal a pesar de que hoy sabemos las aplicaciones pronósticas y terapéuticas que esta variable tiene en los diabéticos (12). De la misma forma menos de la mitad de los pacientes tenían reporte de proteinuria en orina de 24 horas, cuantificación esencial para valorar progresión de daño renal y riesgo de eventos isquémicos coronarios en esta población de pacientes (4). Es llamativo en cuanto a éste último aspecto que todos los pacientes tienen cifras en rangos patológicos, aún aquellos en quienes la enfermedad transpasó el umbral clínico recientemente. Respecto al tratamiento es importante hacer notar que a pesar de la evidencia científica acumulada a la fecha a favor del uso de biguanidas (2) sólo un paciente toma regularmente metformina, la explicación a este fenómeno es probable que se encuentre en las restricciones que tienen algunos medicamentos que se recetan en la Caja Costarricense de Seguro Social (6) así como en su contraindicación en pacientes con enfermedad renal avanzada (9), 5 pacientes en este estudio no eran candidatos a esa terapia por esta razón. La enfermedad coronaria y la hipertensión arterial acompañan a la diabetes con una frecuencia muy elevada (7) empeorando sorprendentemente el pronóstico vital y funcional de estos enfermos, la población estudiada no es la excepción. El tratamiento antihipertensivo en la mayoría de los casos está acorde con las recomendaciones actuales (3). Al menos 40% de los pacientes consume aspirina, droga que a lo largo de muchos ensayos clínicos ha mostrado beneficios importantes en la prevención de eventos cardiovasculares en poblaciones con factores de riesgo (8). El perfil lipídico sorprendentemente no resultó con alteraciones marcadas, a pesar de la clara asociación entre dislipidemia y diabetes mellitus tipo 2.(5). La causa de este fenómeno no es clara sobretodo si se toma en cuenta que al ingreso 67% de los pacientes tiene una glicemia superior a 200 mg/dl, posiblemente reflejando sólo un momento aislado en la dinámica metabólica de estos pacientes. Es preciso realizar más estudios epidemiológicos en nuestro medio con miras a detectar los puntos de intervención pertinentes para disminuir la alta morbilidad que se deriva de la diabetes mellitus abordada en forma incorrecta.

Resumen

Este estudio es una revisión del perfil de los pacientes diabéticos masculinos hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Dr. Rafael Angel Calderón Guardia con el fin de conocer su motivo de ingreso, abordaje y complicaciones. De acuerdo con las estadísticas mundiales la Diabetes Mellitus tiene una incidencia importante, esa tasa fue de 25% en nuestro estudio, y muchos de los pacientes presentaban complicaciones micro y macrovasculares en ese momento. A pesar de las consecuencias económicas, sociales y de salud pública que esta enfermedad implica, aún existen fallas en su manejo y tratamiento, las cuales deben ser mejoradas para disminuir su morbimortalidad.

Bibliografía

1. American Diabetes Association, Report of the Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. Diabetes Care. 1997; 20:1183-97.
2. A Simple Therapeutic Combination for Type 2 Diabetes. <http://www.hostpract.com/issues/2000/07/xki.htm>. Accesado setiembre 3, 2000.
3. Bakris, G et al. Hypertension in patients with diabetes. Postgrad Med. 2000; 107: 53-64.

4. Bell D, Alele J. Dealing with diabetic nephropathy. *Postgrad Med.* 1999; 105: 83-94.
5. Best J, O'Neal D. Diabetic Dyslipidaemia. *Drugs.* 2000; 59: 1101-11.
6. Caja Costarricense de Seguro Social. Lista Oficial de Medicamentos. Departamento de Farmacoterapia, Comité de Farmaco-terapia. 1997.
7. Deedwania, P. Hypertension and Diabetes. *Arch Intern Med.* 2000; 160: 1585-94.
8. Deedwania, P et al. The Cardiovascular Dysmetabolic Syndrome. *Am J Med.* 1998; 105:1s-81s.
9. Gallego V. et all. Nuevos fármacos para el tratamiento de la diabetes tipo 2. *Revista Clínica Española.* 2000; 200:151-56.
10. Harris et al. Prevalence of diabetes and impaired glucose tolerance and plasma glucose levels in US population aged 20-74 years. *Diabetes* 1987; 36:523-34.
11. Jiménez, Manuel F. Diabetes Mellitus: actualización. *Acta Médica Costarricense.* 2000; 42:53-65.
12. Multiple Risk Factors in Diabetes: Focus on Obesity.
<http://www.medscape.com/Medscal&/endocrinology/Treatment Update/2000/tuO4/pnt-tuO4.html>.
Accesado: diciembre 12, 2000.
13. Organización Mundial de la Salud: Informe sobre la salud en el mundo 1997: vencer el sufrimiento, enriquecer la salud, Foro Mundial de la Salud 1997; 18: 276-289.
14. Salim Y. et al. Effects of ramipril on cardiovascular and microvascular outcomes in people with diabetes mellitus. Result of the HOPE study and MICROHOPE substudy. *Lancet* 2000; 355:253-59.
15. Seaquist, E. Microvascular complications of diabetes. *Postgrad Med.* 1998; 103: 61-68.

* Médico Cirujano U.C.R., Residente Medicina Interna. Hospital Calderón Guardia. C.C.S.S.

** Médico - Cirujano U.C.R.