

# **LA URGENCIA DIABÉTICA EN EL CUERPO DE GUARDIA**

## ***Autores:***

***Dr. Vladimir Escobar Alfonso***

***Dra. Lidia Duque Estrada***

***Dr. Miguel Francisco González Muñoz***

***Dr. Ramón Emilio Guevara de Armas***

**Hospital Militar de Ejercito “Dr. Octavio de la Concepción y de la  
Pedraja”  
Camagüey. Cuba**

## **INTRODUCCIÓN:**

Tras los indiscutibles éxitos alcanzados por nuestro país en la lucha contra los procesos infecciosos, comienzan a imponerse las enfermedades crónicas no transmisibles, como causantes de una elevada mortalidad. En la actualidad, 9 de las 10 primeras causas de muerte en Cuba son de este tipo. Resulta cada día más notable la importancia que en la política de salud de muchos países del mundo se les presta a las enfermedades crónicas no transmisibles y dentro de ellas, tanto por su frecuencia, como por sus complicaciones, aparece la Diabetes Mellitus, constituyendo esta enfermedad por sí sola, un problema de salud que afecta a millones de personas en el mundo.

En Cuba su prevalencia es de 15.01 x 1000 Habitantes y su incidencia es de 1.5 x 1000. En el niño diabético se señala una incidencia de 2.8 x 100 000 (Collado F, Aldana D, Díaz O. Departamento de Epidemiología INEN, Habana 1995), Los Diabéticos son dos veces más propensos a Enfermedades Coronarias y a Enfermedad Cerebro Vascular, tienen una tasa de amputación de miembros inferiores casi cuatro veces mayor que la población no diabética, representan el 20% de los pacientes con Enfermedad Renal en fase terminal que se incluyen en los Programas de Hemodiálisis, y constituyen uno de los grupos de ciegos más grandes entre la población adulta, Sin embargo, aun a pesar del avance de la ciencia y la tecnología, la Diabetes Mellitus constituye un problema de salud en estos momentos, pues más del 25% de los ingresos hospitalarios son ocasionados por esta enfermedad, y como nuestras áreas de salud no están ajenas a esta situación y con el objetivo de conocer la calidad de la atención médica al paciente diabético en las áreas de la atención primaria que le corresponden a de nuestro hospital, nos dimos a la tarea de conocer las causas fundamentales por la que estos pacientes acuden al Servicio de Urgencia Hospitalario

## **MÉTODOS:**

Para realizar esta investigación preliminar, diseñamos un modelo de encuesta que recoge de manera explícita la siguiente información: Frecuencia de grupo étnico y sexo, Tiempo de evolución de la enfermedad, Tipo de Diabetes Mellitas, Tipo de tratamiento ambulatorio, Principales causas por la que asisten al servicio de urgencia, Conducta médica recibida en el cuerpo de guardia

Para ello seleccionamos al azar a 42 pacientes que acudieron al servicio de urgencias de Hospital Militar de Camagüey, en el período comprendido entre el 1 Octubre y el 30 de Marzo del 2005, es un estudio transversal y descriptivo en el que se incluyeron a aquellos pacientes que cumplían con el criterio clínico de trastornos de la hemoglucoregulación por encima de 7 mmol / l y que por diversas causas acudieron al cuerpo de guardia de nuestro hospital en el periodo de estudio, excluyendo a aquellos que aunque presentaban glucemias elevadas habían ingerido algún alimento antes del examen hemoquímico.

## RESULTADOS

En la tabla #1 observamos la frecuencia por grupos etáreos y sexo, encontrando un predominio del grupo de los mayores de 70 años con 28 pacientes para un 33%, seguidos del grupo de 60 a 69 años con 20 pacientes y un 23.80 de predominio, además se pudo precisar que el sexo femenino fue el más frecuente con 72 pacientes para un 85% de prevalencia

En la tabla #2 sé definió el tiempo de evolución de los pacientes que acudieron al cuerpo de guardia constatando que los pacientes con más de 10 años de evolución fue el grupo de más incidencia con 44 casos para un 52.3%, seguidos por 16 pacientes que presentaban de 1 a 2 años del diagnóstico de la enfermedad con un 19% de predominio en el estudio así en la tabla #3 se pudo constatar que la Diabetes Mellitus tipo 2 fue la mas frecuente, estando presente en 76 pacientes para el 90% de predominio en ese periodo.

La tabla #4 nos muestra que 40 de estos pacientes tenían indicado tratamiento habitual con hipoglicemiantes orales para un 47.6% de los mismos, seguidos por 18 pacientes que cumplían el tratamiento combinado con un 19%, mientras que el tratamiento dietético único era seguido solo por el 14.2% de los pacientes representados por 12 casos, sin embargo en la tabla # 5 encontramos que solo 60 de los pacientes cumplía (por referencia) el tratamiento médico para el 71% de los casos del estudio, 16 lo cumplían ocasionalmente para un 19% y solo el 9.6% representado por 8 casos, cumplían tratamiento insulínico.

La causa fundamental de atención de estos pacientes, como observamos en la tabla #6 fueron los síntomas de debilidad y malestar general referidos por 32 casos para un 32%, seguidos por signos y síntomas de algún tipo de infección intercurrente presente en 24 de los casos para un 28% de los mismos, mientras que los trastornos gastrointestinales se presentaron sin signos de deshidratación en 20 pacientes para un 23%, y con signos de deshidratación en 8 pacientes para un 11% de predominio. En cuanto a la conducta terapéutica, observamos en la tabla # 7 que 40 de estos pacientes resolvió con el tratamiento ambulatorio del cuerpo de guardia y otros 40 necesitaron ingreso en el servicio de observación del cuerpo de guardia, pero resolvieron el problema de salud y egresaron con seguimiento por el área de salud para un 47.6% de los pacientes en cada caso, y solo 4 pacientes para el 4.8% necesitaron de ingreso hospitalario al precisarse en ellos una diabetes de debut.

## DISCUSIÓN:

En nuestro trabajo encontramos que la prevalencia de la enfermedad fue mayor en los mayores de 70 años, predominando además el sexo femenino, lo cual sé corresponde con estudios realizados en nuestro país, que han analizado las causas de muerte según certificado de defunción de los pacientes diabéticos (5-10), dado a que la mayoría de los pacientes se hallaban clasificados como diabéticos tipo 2, por cuanto la edad de inicio de la enfermedad sé ubico predominantemente por encima de los 30 años, acorde a lo informado por otros autores (13). No hubo ningún

paciente con menos de 25 años, lo cual pensamos se deba a la escasa frecuencia en nuestro medio de la diabetes juvenil, tal y como señalan diversos investigadores. No obstante, consideramos que aún cuando un Porciento importante de diabéticos refirió en el estudio llevar de modo habitual el tratamiento médico, no fue poco el Porciento que aseguro llevarlo inadecuadamente y en los casos de debut, no sé constataron estudios de pesquisaje anteriormente, a pesar de tener antecedentes de familiares diabéticos, lo cual nos demuestra poco nivel de conocimiento de la enfermedad o un tratamiento no individualizado a través del tiempo, expresión de una pobre comunicación con el médico de asistencia, encargado del control periódico y del ajuste del tratamiento médico del paciente, así como de la educación diabetológica adecuada del mismo, hecho corroborado en nuestro estudio al resolver el 95.2% de los casos que recibieron asistencia médica en el servicio de urgencia hospitalario, pues es bien conocido en la literatura médica que las complicaciones de estos pacientes se observan en mayor medida cuando no participan activamente en el control de su enfermedad, y ello depende e la educación que se le brinde al enfermo, por cuanto eleva el nivel de conocimiento de los mismos y contribuye a la modificación de los modos de actuación, en relación además con el nivel cultural de cada paciente, lo cual coincide con otros estudios realizados(1-15).

Dado que la diabetes en nuestro país tiene una prevalencia creciente y se habla al nivel mundial, de una verdadera epidemia cercana a los 120 000 000 de personas a comienzos del actual siglo (14), nos enfatiza en la necesidad de encarar adecuadamente las estrategias previstas por el Ministerio de Salud Pública de nuestro país, para encarar esta enfermedad.

### **CONCLUSIONES:**

1. Encontramos un franco predominio de la enfermedad en los mayores de 70 años y en el sexo femenino
2. La diabetes mas frecuente en la población de estudio es la diabetes tipo 2
3. El mayor Porciento de los pacientes resolvió con el tratamiento de urgencia y continuo con seguimiento ambulatorio por su área de salud
4. Encontramos deficiencias en cuanto al seguimiento optimo de los pacientes diabéticos en las áreas de salud de la atención primaria, como causa fundamental de la descompensación metabólica de estos pacientes

### **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

1. Ministerio de Salud Pública. Anuario estadístico 2004. La Habana. MINSAP
2. Hernández A. Valor del certificado de defunción en la diabetes mellitus. Rev Cubana Med 2004; 26: 144-9.
3. Wood J. Drug therapy. N Engl J Med 2004; 332: 1210-1.

4. Licea M, Uriate A, Molinas S. Seguimiento clínico de la diabetes mellitus tipo 2, títulos de anticuerpos antiislotes con diferentes tiempos de evolución de la enfermedad. *Rev Cubana de Endocrinol* 2003; 3(2):115-6.
5. Díaz O. Diabetes. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2003; 8(3): 218-28.
6. King H. The epidemic of NIDDM: an epidemiological perspective. *IDF Bull* 2003; 40: 10-2.
7. Stoks A. Diabetes. Is this an epidemic? *IDF Bulletin* 2002; 40(2): 30-1.
8. Deckert T. Prognosis of diabetes with diabetes onset before the age of death. *Diabetología* 2002; 14(6):363-70.
9. Donahue RP, Orchard TJ. Diabetes Mellitus and macrovascular complications. On epidemiological perspective. *Diabetes care* 2000; 15(9): 1141-55.
10. Elliot K. Health education in general practice. *The Practitioner* 1999; 231: 1629-31.
11. Hanos G, Libman I. Diabetes in the America. *Pan Am Health Organ* 1998; 28(4): 285-98.
12. Organización Mundial de la Salud. Comité de Expertos de la OMS en Diabetes Sacarina. Segundo Informe. Ginebra, 1980. (serie de informes técnicos 646)
13. Organización Mundial de la Salud. Diabetes. *World Health Mag* 1989; 64: 17-9.
14. Rodríguez JL. González de la Vega F, Pons Bronet P. Repercusión en el control de la Diabetes Mellitus de una técnica educativa dirigida a la familia. *Rev. Cubana Med Gen Integr* 1995; 11(2): 144-9.
15. García R, Suárez R. La educación, el punto más débil de la atención integral del diabético. *Reporte Técnico de Vigilancia. MINSAP.* 1997; 2:6 Junio 27.
16. Aldana D, Hernández I. Evaluación de la atención al paciente diabético en el nivel primario de salud. *Municipio Playa* 1991. *Rev. Cubana Med* 1995; 6: 97-106.
17. Licea M, Mateo de Acosta O. Bases generales del tratamiento de la diabetes mellitus. *Revisión bibliográfica. Rev. Cubana Med* 1996; 25: 391-9.

## ANEXOS

**Tabla #1: Frecuencia por grupo etáreo y sexo**

Grupo etáreo	Sexo femenino		Sexo masculino		Ambos sexos	
	#	%	#	%	#	%
20-29	4	5.6	0	0	4	4.9
30-39	4	5.6	4	33.3	8	9.5
40-49	16	22.2	0	0	16	19
50-59	4	5.6	4	33.3	8	9.5
60-69	16	22.2	4	33.3	20	23.8
>70 años	28	38.8	0	0	28	33.3
<b>Total</b>	<b>72</b>	<b>100</b>	<b>12</b>	<b>100</b>	<b>84</b>	<b>100</b>

Fuentes: Encuesta

**Tabla #2: Tiempo de Evolución de la Enfermedad**

Tiempo de Evolución	#	%
Diabetes de debut	8	9.5
Menor de un año	12	14.2
De 1a 3 años	16	19
De 4 a 6 años	2	2.1
De 7a 9 años	2	2.1
10 años o más	44	52.3
<b>Total</b>	<b>84</b>	<b>100</b>

Fuentes: Encuesta

**Tabla #3: Tipo de Diabetes Mellitus**

Tipo de diabetes	#	%
Tipo 1	8	10
Tipo 2	76	90
<b>Total</b>	<b>84</b>	<b>100</b>

Fuentes: Encuesta

**Tabla #4 Tipo de tratamiento ambulatorio de los pacientes encuestados**

<b>Tipo de tratamiento</b>	<b>#</b>	<b>%</b>
Sin tratamiento	8	9.6
Tratamiento dietético	12	14.2
Hipoglicemiantes orales	40	47.2
Tratamiento insulínico	8	9.6
Tratamiento combinado	16	19
<b>Total</b>	<b>84</b>	<b>100</b>

Fuentes: Encuesta

**Tabla #5 Cumplimiento del tratamiento ambulatorio**

<b>Cumplimiento del tratamiento</b>	<b>#</b>	<b>%</b>
Lo cumple habitualmente	60	71
Lo cumple ocasionalmente	16	19
No cumple con el tratamiento	4	5
No tiene tratamiento	4	5
<b>Total</b>	<b>84</b>	<b>100</b>

Fuentes: Encuesta

**Tabla # 6 Principal causa por la que acude al Hospital**

<b>Causa básica por la que asiste al Hospital</b>	<b>#</b>	<b>%</b>
Signos y síntomas de debilidad y malestar general	32	38
Signos y síntomas de infección intercurrente	24	28
Signos gastrointestinales sin deshidratación	20	23
Signos gastrointestinales Con deshidratación	8	11
<b>Total</b>	<b>84</b>	<b>100</b>

Fuentes: Encuesta

**Tabla # 7 Respuesta al tratamiento médico en el servicio de urgencia**

<b>Respuesta al tratamiento médico</b>	<b>#</b>	<b>%</b>
Mejoro y sé decidió seguimiento ambulatorio	40	47.6
Requirió de ingreso en observación pero se controla y se decide alta con seguimiento por el área de salud	40	47.6
Requirió de ingreso hospitalario	4	4.8
<b>Total</b>	<b>84</b>	<b>100</b>

Fuentes: Encuesta

**Anexo #2**

1. Nombre del paciente\_\_\_\_\_
2. Grupo etáreo:  
20-29\_\_ 30-39\_\_ 40-49\_\_ 50-59\_\_ 60-69\_\_ Mayores de 70\_\_\_\_\_
3. Sexo: m\_\_\_\_ f\_\_\_\_\_
4. Tiempo de evolución de la enfermedad:  
Debut\_\_ < 1 año\_\_ 1-3\_\_ 4-6\_\_ 7-9\_\_ 10-13\_\_ 14-16\_\_ 17-19\_\_  
20 años o más\_\_\_\_\_
5. Tipo de diabético: tipo 1\_\_\_\_ tipo 2\_\_\_\_\_
6. Tipo de tto ambulatorio: dietético\_\_ medicamentoso\_\_ insulínico\_\_  
combinado\_\_ no tiene\_\_ ¿por qué?\_\_\_\_\_

---

7. ¿Cumple con el tto?  
Habitualmente\_\_ ocasionalmente\_\_ no tiene\_\_  
No lo cumple\_\_ ¿por qué?\_\_\_\_\_

---

8. Causa principal por la que acude al Hospital