

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION REGIONAL SUR
DELEGACION VERACRUZ NORTE
CENTRO MEDICO NACIONAL
"ADOLFO RUIZ CORTINES"**



**PACIENTES CON DIABETES MELLITUS DESCOMPENSADA O
DESCONTROLADA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS, URGENCIA
CALIFICADA O SENTIDA.**

TESIS PROFESIONAL

PARA OBTENER EL POSTGRADO EN LA ESPECIALIDAD DE

URGENCIAS MEDICO QUIRURGICAS

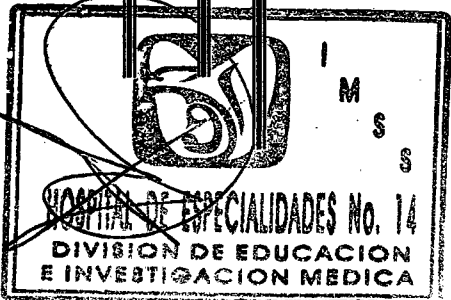
PRESENTA

DR. MARTIN PERRONI HERNANDEZ

ASESOR:

DR. FERNANDO GUZMAN AMAR

VERACRUZ, FEBRERO DE 2005



ÍNDICE

RESUMEN.....	3
INTRODUCCIÓN.....	4
ANTECEDENTES CIENTÍFICOS.....	6
MATERIAL Y METODOS.....	10
RESULTADOS.....	12
DISCUSIÓN.....	15
CONCLUSIONES.....	17
BIBLIOGRAFÍA.....	18

RESUMEN

TITULO: Pacientes con diabetes mellitus descompensada o descontrolada en el servicio de urgencias, Urgencia calificada o sentida.

OBJETIVOS: Comparar los diagnósticos de diabetes mellitus tipo 2 descompensada, referidos de las unidades de primer nivel de atención con diagnósticos final en el servicio de urgencias, demostrar que la mayoría de las referencias fueron urgencias sentidas

TIPO DE DISEÑO: Clínico retrospectivo.

MATERIAL Y METODOS: Se realizó un estudio en el servicio de Urgencias del Centro Medico " Adolfo Ruiz Cortines", des mes de Julio al mes de Diciembre del año 2004, en 23 pacientes de 18 a 80 años, ambos sexos, referidos de unidades de medicina familiar con formato 4-30-8, con los diagnósticos de Diabetes Mellitus descompensada, en estado hiperosmolar y cetoacidosis diabética.

RESULTADOS: De un total de 65 pacientes referidos con él diagnostico mencionado 23 pacientes fueron aceptados por el estudio por cumplir con el diagnostico de referencia, de Diabetes mellitus descompensada con estado hiperosmolar o cetoacidosis diabética, de los cuales 4

Pacientes tuvieron realmente descompensación metabólica, 3 de ellos estado hiperosmolar y 1 cetoacidosis diabética. 19 restantes tuvieron diabetes mellitus descontrolada. 42 pacientes enviados no tuvieron una relación clínico-diagnostico. Y el total de pacientes referidos de las unidades de primer nivel 61 pacientes tuvieron urgencia sentida, que correspondió al 93.3%, y solo 4 pacientes (6.1%), fueron urgencias reales.

INTRODUCCION

Los conocimientos que se esperan obtener con este estudio son demostrar que la mayor parte de los pacientes referidos al servicio de urgencias con el diagnostico referido no tienen una descompensación de su diabetes mellitus y por ende no es una urgencia calificada. Más bien se trata de diabetes mellitus descontrolada con hiperglicemia.

Se pretende utilizar dicha información para optimizar el servicio de urgencias de este hospital y por ende, el empleo racional de recursos materiales y humanos que redunden en una mejor atención al usuario que realmente lo amerite.

El método a emplear será un estudio retrospectivo, fundamentado en aspectos clínicos, apoyado por estudio de laboratorio, estos serán realizados por el personal medico becario del servicio de urgencias en los tres turnos laborales.

El Centro Médico Nacional "Adolfo Ruiz Cortínes" del puerto de Veracruz es un hospital de atención de tercer nivel, al que son derivados pacientes de unidades de medicina familiar periféricas para atención de segundo y tercer nivel. Esta situación se da debido a la ausencia de otro hospital que brinde atención de segundo nivel exclusivamente. El servicio de Urgencias es el lugar donde se dirigen estos pacientes que han sido referidos de forma urgente por el médico de su clínica. Entre las diversas causas por las que se solicita la valoración a segundo y tercer nivel destacan: síndrome anémico, gastroenteritis diversas, dificultad respiratoria, infarto al miocardio, angina de pecho, diabetes mellitus descontrolada, entre otras.

La solicitud de valoración por las clínicas periféricas es tal, que en muchas ocasiones se sobrecarga el servicio, creando dificultades en la atención del paciente

que acude o es traído al servicio con una urgencia calificada, e incluso para el propio paciente que es referido de su unidad de medicina familiares, satura el personal medico de guardia, prolongan la espera, aumentan los costos, y provoca un impacto negativo en la atención.

Se considera que si los pacientes que son referidos al servicio de urgencias de nuestro centro medico requieren atención, la gran mayoría de los casos no son urgencias calificadas, las cuales se pueden definir como peligro inminente de la vida o de un órgano a diferencia de una urgencia sentida, la cual, puede ser un tanto subjetiva, requiere atención, pero no hay peligro inminente de la vida algún órgano o sistema. Ya que existe una discrepancia clínico-diagnostica de la referencia de dichos pacientes. Éstos al ser atendidos en el servicio de urgencias conlleva la utilización de recursos materiales y humanos, para el cual este centro se encuentra limitado en muchas ocasiones. Esto constituye un problema, dado que hay sobre demanda del servicio, desvío de recursos a urgencias sentidas, y desvío de la atención del personal medico y de enfermería a urgencias calificadas. Sin embargo, a pesar del tiempo de evolución del problema no existe evidencia concluyente al respecto.

Dentro de los múltiples diagnósticos de envío en forma urgente al Centro Medico Nacional, encontramos la DIABETES MELLITUS DESCOMPENSADA. Término que sólo se usa para señalar básicamente 3 estados que son: el estado hiperosmolar, la cetoacidosis diabética y la hipoglucemia.¹ Dichas patologías requieren atención de manera urgente, empero estas descompensaciones de la Diabetes Mellitus presentan manifestaciones clínicas francas, las cuales no se correlacionan, no se mencionan en la nota de referencia. Cabe señalar que se presta mucha atención en el primer nivel de atención a las cifras de glucemia cuantitativa, y esta difiere en muchos casos de la glucemia capilar verificada en nuestro servicio. Por otra parte encontramos incongruencias clínico diagnosticas al revisar a nuestro paciente y relacionar los datos con la nota de referencia. Finalmente, el propósito de este trabajo fue el de valorar el porcentaje de pacientes los cuales fueron enviados con dichos diagnósticos en forma injustificada.

ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

La Diabetes mellitus es una enfermedad endocrina frecuente, caracterizada por anomalías metabólicas y complicaciones tanto agudas como crónicas, que afecta a múltiples órganos y sistemas.

El control del paciente diabético en el Instituto Mexicano del Seguro Social se realiza principalmente en el primer nivel de atención, donde la responsabilidad recae en el Médico Familiar, auxiliado por un equipo multidisciplinario.²

La frecuencia, gravedad y progresión de las complicaciones agudas y crónicas están relacionadas con el grado de hiperglucemia, los trastornos metabólicos asociados, la duración de la enfermedad y la exposición a factores de riesgo.³ El diagnóstico y tratamiento de la Diabetes mellitus tanto tipo 1 como tipo 2 se realiza fundamentalmente en el primer nivel de atención, pero ante la presencia de complicaciones las unidades de Medicina familiar se apoyan en Unidades de segundo nivel de atención.

Las complicaciones agudas de la enfermedad son la Hipoglucemia y los estados hiperglicémicos dentro de los cuales tenemos la cetoacidosis diabética y el estado hiperosmolar no cetótico.⁴

Estas dos últimas complicaciones metabólicas agudas de la Diabetes mellitus requieren cuidados de segundo nivel de atención, empero existen datos clínicos ya bien estudiados que nos orientan a pensar en estas alteraciones. Así tenemos que la acidosis metabólica incluye tres anormalidades coincidentes: hiperglucemia, hipercetonemia y acidosis metabólica. En el estado hiperosmolar hay un aumento de la osmolaridad efectiva del plasma, con presencia de hiperglucemia. Pero no existe cetonemia, todos estos datos condiciona un estado que nos da la congruencia clínico diagnóstica.⁵

Finalmente, estas dos patológicas se consideran como parte de una DIABETES MELLITUS DESCOMPENSADA.

En la Norma Oficial Mexicana (NOM 015 SSA 1994) para la prevención, control y tratamiento de la Diabetes mellitus, se establece que en caso de complicaciones graves, como la cetoacidosis o el estado hiperosmolar, el paciente se debe referir a segundo nivel de atención.⁶ Es decir, ante los datos clínicos de diabetes mellitus descompensada la conducta es la referencia a un hospital de segundo nivel de atención. Pero para esto debe existir una congruencia clínico-diagnostica.

No existe evidencia que compruebe que la gran parte de las referencias del primer nivel de atención con el diagnóstico de Diabetes mellitus descompensada sea realmente una urgencia calificada. La pregunta sería, pues: ¿ Cuántos pacientes referidos del primer nivel de atención con el diagnóstico de Diabetes Mellitus descompensada realmente lo son? ; ¿ Existe relación clínico-diagnóstica de los envíos con el diagnóstico antes mencionado? ; ¿Las referencias con este diagnóstico de las unidades periféricas están justificadas? ; ¿Qué cantidad de recurso material y humano del servicio de Urgencias se destina a los pacientes con Diabetes Mellitus que no están descompensada?

Tiempo atrás se desarrollo la medicina familiar para la prevención de la patología de la población derechohabiente, aspecto importante es la promoción de la salud a ese nivel de atención, en forma paralela se establecieron centros médicos en todo el país, el objetivo general es cubrir el mayor numero de población, y responder a su vez las necesidades de los usuarios.⁷ Las enfermedades crónico-degenerativas en su mayor parte recaen sobre el médico familiar dentro de este grupo, desde luego se encuentra la diabetes mellitus al respecto, un control metabólico estricto retrasa el inicio de las complicaciones⁸ los objetivos principales son mantener los niveles de glucosa inferiores a 120 mg/dl.

Por diferentes razones no es posible mantener cifras de glucosa sanguínea en rangos aceptables en los pacientes, con lo cual se presentan las complicaciones de la enfermedad, tanto crónicas como crónicas agudizadas. Los factores genéticos, ambientales, así como los hábitos dietéticos constituyen factores de riesgo para la presencia de complicaciones. Los trastornos metabólicos asociados a la duración de la enfermedad las condicionan. Hay complicaciones agudas y crónicas. Las primeras son el estado hiperosmolar, cetoacidosis diabética, hipoglicemia.⁹

Ante la presencia de complicaciones en cuestión, y ante la falta de recursos en un primer nivel de atención, la opción es la referencia a un centro especializado.

La referencia al especialista o al segundo nivel de atención en el paciente diabético en el caso de complicaciones graves está planteado en la norma oficial mexicana para el control y tratamiento de la diabetes mellitus.¹⁰ La pregunta es ¿se justifica un paciente referido de su unidad de medicina familiar, con un diagnóstico de diabetes mellitus descompensada, cuando no tiene los datos clínicos para ser considerado como una urgencia calificada?

El paciente con crisis hiperglicémica requiere un manejo, rápido y oportuno, no así el paciente con diabetes mellitus descontrolada, el cual es posible su manejo en forma ambulatoria, con diferentes medidas como son dieta, ejercicio, educación, hipoglucemiantes orales o insulina.¹¹

Nosotros no contamos con datos fidedignos de la cantidad de envíos injustificados o justificados de las clínicas periféricas, de ahí el por qué del proyecto en cuestión. Los argumentos empíricos que tenemos son que en la mayoría de los casos los pacientes referidos con dicho diagnóstico se encuentran con diabetes mellitus descontrolada, no existe relación clínico-diagnóstica de la nota de referencia y el paciente, y los recursos que se le destina en el servicio de Urgencias a dichos pacientes son muchos, principalmente tiempo que en nuestro servicio es muy importante. Los datos que obtendríamos no servirían, para darnos cuenta de la magnitud del problema, como de retroalimentación.

Finalmente, para los fines de la presente investigación usaremos como definición operacional de urgencia calificada, aquella que pone en peligro la vida, órgano o sistema del paciente. Y una urgencia sentida es aquella que no necesariamente pone en peligro la vida del paciente, pero éste lo percibe de este modo.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio clínico retrospectivo de los pacientes referidos de las unidades de medicina familiar y hospitales generales de zona de la región que son enviados al servicio de Urgencias de Centro Médico Nacional "Adolfo Ruiz Cortines", con diagnóstico de diabetes mellitus descompensada, incluidos los diagnósticos de cetoacidosis diabética, la cual definimos como un estado hipoerglicémico, en el que se tomo en cuenta, glucosa sérica superior a 250 Mg, deshidratación, acidosis metabólica y cetonuria y estado hiperosmolar no cetosico, en el que tomamos como parámetros glucosa sérica superior a 250 Mg. la deshidratación y una osmolaridad sérica superior a 320 mOsm. Dicha información fue recabada de pacientes enviados del primero de Julio al 31 de Diciembre del año 2004.

Se recabo en el formato 4-30-8 a todos los pacientes referidos de las unidades de medicina familiar y hospitales generales de zona de la región que fueron enviados al servicio de Urgencias, con diagnóstico mencionado.

Se incluyeron los pacientes con hoja de referencia d alguna unidad medica familiar, que fueron diabéticos tipo 1 o tipo 2 entre edades de los 18 a los 80 años.

Los criterios de exclusión fueron: Los pacientes referidos de las unidades de medicina familiar con diagnósticos de diabetes mellitus descompensadas por hipoglucemia, pacientes que acudieron espontáneamente al servicio, sin ser enviados por médicos de su unidad de adscripción, finalmente se excluyeron aquellos pacientes que fueron enviados a centro medico con diagnostico de diabetes mellitus descompensada, pero con diagnostico secundarios de cetoacidosis diabética o estado hiperosmolar no cetosico, como pie diabético, hipertensión arterial descontrolada, síndrome coronario agudo entre otros.

PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Se realizó en el servicio de Urgencias de Centro Médico Nacional "Adolfo Ruiz Cortines" mediante interrogatorio directo, exploración física y apoyo con exámenes

de laboratorio A los pacientes los cuales gravedad considerable, certeza diagnóstica en

Relación con la posible descompensación de la diabetes mellitus fueron hospitalizados, y valorados según la presencia de cetonuria, niveles séricos de Sodio, de Potasio, gasometría arterial y cálculo de Osmolaridad sérica, al respecto se tomó para el diagnóstico de Estado hiperosmolar un parámetro superior a 320 mOsm.

El formato de registro de datos incluye; edad, sexo, número de afiliación, tipo de diabetes, glucosa capilar, glucosa central, cetonuria, Sodio, Potasio, datos clínicos como presencia de poliuria, polidipsia, polifagia, sequedad de mucosas. Y finalmente, los diagnósticos de estado hiperosmolar, cetoacidosis diabética o diabetes mellitus descontrolada.

RESULTADOS

Del total de pacientes referidos de las unidades de primer nivel de atención con diagnóstico de diabetes mellitus descompensada, de los 65 fueron aceptados 23 que constituyen el 35.3% del total de pacientes referidos que cumplieron con los criterios de inclusión, de estos 20 fueron mujeres, y 3 hombres. El promedio de edad fue de 61.1 años, la que mayor número de pacientes refirió fue la 57 con 9 pacientes, en segundo lugar resultó la clínica 61 con 6 pacientes, la clínica 68 refirió 4 pacientes, las clínicas 15, 23, y 39 refirieron un paciente cada una, 4 pacientes tuvieron diabetes mellitus descompensada, 3 de ellos fueron estado hiperosmolar, y un paciente tuvo cetoacidosis diabética. Con 6 pacientes, la clínica 68 refirió 4 pacientes, las clínicas 15, 23 y 39 refirieron 1 paciente cada una. 4 pacientes tuvieron diabetes descompensada, 3 de ellos fueron estado hiperosmolar. y un paciente tuvo cetoacidosis diabética. De los 42 pacientes que resultaron ser enviados con diagnósticos incorrectos la unidad de medicina familiar No. 57 refirió 15, es decir el 35.7%, la clínica 61 envió el 10 pacientes con malos diagnósticos que constituyeron el 23.8 %, y la unidad de medicina familiar No. 68 refirió 7 de estos pacientes (16%), finalmente las clínicas 15, 23, 39 y 40 tuvieron el 23.8% con 10 pacientes trasladados, con los diagnósticos no congruentes, la clínica 57 refirió 15, 10 la 61, y 7 la clínica 68, las clínicas 32, 39, y 40 fueron las que las que menor número de pacientes enviados tuvieron con 10 pacientes en total.

Finalmente de 65 pacientes enviados en total, solo 4 pacientes realmente tuvieron descompensación de su diabetes, es decir solo el 6.1%, 61 pacientes referidos es decir el 93.3% no constituyó una urgencia real.

Grafico 1

NUMERO TOTAL DE PACIENTES REFERIDOS

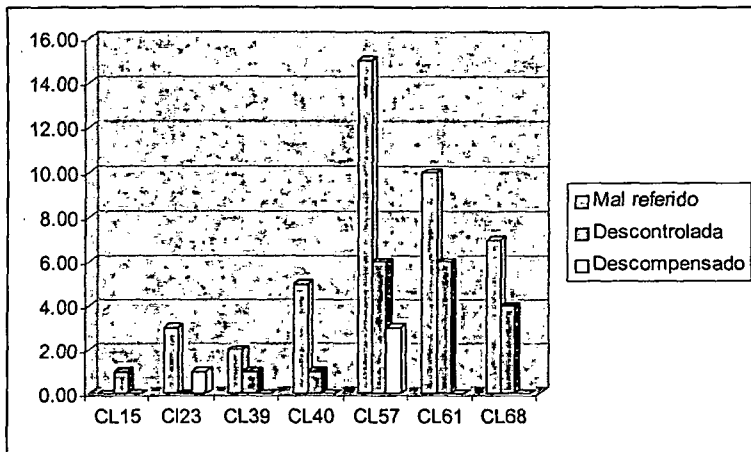
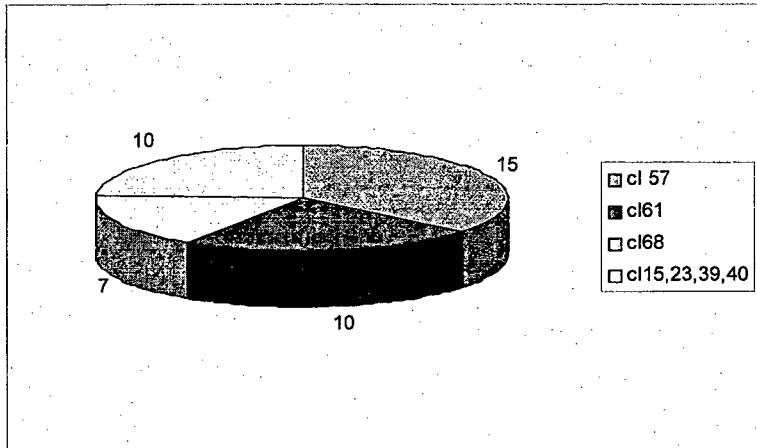


GRAFICO 2

**DIAGNOSTICOS INCORRECTOS DE REFERENCIA.
NUMERO DE PACIENTES.**



DISCUSION

Valoramos la congruencia clínica diagnóstica de las referencias de las unidades de primer nivel de atención, tomando en cuenta los datos clínicos requeridos para considerar la descompensación de la diabetes², el sistema de referencias basados en los lineamientos institucionales⁴ porcentaje lo obtuvieron las mujeres, tanto para diabetes mellitus descontrolada como descompensada, y la Unidad de Medicina familiar que mayor número de pacientes refirió fue la 57 posiblemente por ser la que mayor número de población derechohabiente atiende en toda el área.

El porcentaje de los pacientes enviados a centro médico con diagnóstico de diabetes mellitus descompensada fue de 17.3 %, de los pacientes que fueron incluidos en el estudio porcentaje superior a lo esperado, sin embargo se encontró utilización de la palabra descompensada para diagnosticar a los pacientes con diabetes mellitus no congruente con los diagnósticos de referencia,³ 61 pacientes referidos de un total de 65, constituyeron el 93.3%, incluidos los pacientes con diabetes mellitus descontrolada (19 pacientes), y los mal diagnosticados (42 pacientes), como diabetes mellitus descompensada y pie diabético, o diabetes mellitus descompensada más cefalea en estudio. En total, de 65 pacientes referidos solo 4 tuvieron una urgencia real por descompensación de la diabetes (6.1%), no así la gran mayoría.

De todos los pacientes referidos con diagnóstico de diabetes mellitus descompensada, la gran mayoría fueron malas referencias, posiblemente por no tener un conocimiento bien fundamentado de la patología en cuestión, por desconocimiento de los criterios diagnósticos ya conocidos y aceptados en forma institucional⁵. Todo esto recae finalmente en el servicio de urgencias, ya con mucha demanda de servicio, y con recursos limitados tanto materiales como humanos, se agrega los pacientes referidos, en este caso diabetes mellitus descontrolada, que bien pueden resolverse en el primer nivel de atención.

Las cifras reveladas en el estudio resultaron altas mas del 90% de urgencias canalizadas del primer nivel de atención en este caso descompensación de la diabetes mellitus resultaron ser urgencias no reales, no existe por el momento estudios previos de algún autor que nos permitan establecer un estándar con el fin de comparar si la cantidad de pacientes en este estudio enviados como urgencia real es alta, pero a juzgar por los reuntados las cifras de mal referencia de diabetes mellitus descompensada en si es alarmante.

Convendría replantear el caso a el primer nivel de atención en conjunto con los servicios de urgencias a los cuales refieren los pacientes con el fin de encontrar soluciones para disminuir la cantidad de envíos mal referidos quizás como cursos de capacitación, revisión de los criterios de envío, tratamiento de la diabetes mellitus mal controlada en forma externa o incluso rotaciones incluso en los servicio de urgencias.

CONCLUSIONES

De los pacientes referidos de las unidades de medicina familiar con los diagnósticos señalados de diabetes mellitus descompensada con Estado hiperosmolar o cetoacidosis el diagnóstico estuvo bien fundamentado.

La gran mayoría de los pacientes que fueron referidos de las unidades de primer nivel de atención tuvieron realmente una diabetes mellitus descontrolada, y se apreció un abuso del término "descompensado".

La gran mayoría de los casos correspondió a urgencias no reales, y existió incongruencia clínico diagnóstica con los diagnósticos de referencia.

Es imperativo tomar medidas correctivas para lograr optimizar los envíos, justificados, y así poder brindar una mejor atención a aquellos pacientes en el servicio de urgencias que tengan urgencias reales.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- 1.- Melchor Alpizar y Cols.: La diabetes mellitus en el adulto mayor. Rev Med IMSS 37 (2):117-125, 1999
- 2.-Patricia Leon : La prevencion, labor basica del medico familiar. 1er contacto 4 (10):2-6, 2004
- 3.-Abbas E. y Cols.: Management of Hyperglycemic Crises in Patients with Diabetes. Diabetes Care 24(1): 131-148,2001
- 4.-Irving F. Dobler y Cols.: Guia normativa para el manejo del paciente diabético en el primer nivel de atención. Guia normativa diagnostica y terapeutica.125-140, 1997
- 5.-Norma oficial Mexicana NOM 015 SSA2 para la prevención, tratamiento y control de la Diabetes Mellitus,1994.
- 6.-Daniel Lorber: Hper tonicidad no cetosica en la Diabetes mellitus. Clinicas de Norteamerica. 41-53 , 1997.
- 7.-Abbas E et all : Cetoacidosis diabética. Clinicas de Norteamérica.9-39, 1997
- 8.-Alfredo Cabrera y Cols.:Manejo actual de la cetoacidosis diabética. Met int Mex 19 (2):215-20,2003.
- 9.-Gloria Lascano y Cols: Eficacia de la educacion en el control de la glucemia de pacientes con diabetes tipo 2. Rev Med 37(1):39-44, 1999.
- 10.-Fernando Guzmán A: Evaluación de los tiempos de atención en el servicio de urgencias. Tesis profesional, 2000.
- 11.-Gias clinicas para el Medico familiar.IMSS del. Veracruz Sur.66-85,2003.
- 12.-Stephen Clement et all: Management of Diabetes and Hyperglycemia in Hospitals. Diabetes care 37(2): 553-579, 2004.
- 13.- Michael Brandle: The Direct Medical Cost of Type 2 Diabetes. Diabetes Care 26(8): 2300-2404,2003.