

## El 18% de los pacientes ingresados en Medicina Interna presentan hiperglucemia o diabetes

- **Más de 100 hospitales de toda España han participado en el estudio MIDIA sobre la atención y el tratamiento que reciben los pacientes ingresados con hiperglucemia.**
- **Las enfermedades cardiovasculares, infecciosas y respiratorias son las principales causas de ingreso hospitalario de las personas con diabetes en los servicios de Medicina Interna.**
- **La edad media de los ingresados es de 76 años, la mayoría tiene una elevada comorbilidad y el 33% presentan algún tipo de dependencia.**
- **El estudio revela también importantes áreas de mejora en los tratamientos a fin de prevenir hiperglucemias, hipoglucemias y otros efectos adversos.**

**Madrid, 6 de noviembre de 2014.-** El 18% de los españoles ingresados en los servicios de Medicina Interna de los hospitales presentan hiperglucemia o diabetes. Es una de las principales conclusiones del estudio MIDIA (Medicina Interna y DIAbetes), realizado por la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) en el marco de la colaboración institucional que mantiene desde hace tiempo con la compañía de cuidados sanitarios Novo Nordisk.

El objetivo de este estudio era analizar, por primera vez en nuestro país, la atención y el tratamiento que reciben los pacientes con diabetes hospitalizados en los servicios de Medicina Interna. Para ello, durante un día determinado del pasado verano, 111 hospitales de toda España reportaron información sobre las 5.493 personas que tenían ingresadas en dichos servicios.

“La especialidad de Medicina Interna -explica el presidente de la SEMI, el Dr. Antonio Zapatero- registra la mayor cantidad de ingresos hospitalarios en nuestro país, uno de cada seis, por lo que la atención a los pacientes con diabetes recae, en gran medida, sobre ella. Era muy importante, por tanto, analizar cuestiones como las características demográficas de estos pacientes y sus situaciones clínica y asistencial”.

Un millar de las personas ingresadas en Medicina Interna el día de la recogida de los datos -el mencionado 18%- tenía hiperglucemia o diabetes. Estas 1.000 personas, con una edad media de 76 años, habían sido hospitalizadas, principalmente, por enfermedades cardiovasculares (el 25%), infecciosas (21%) y respiratorias (11%), presentando la hiperglucemia o la diabetes como diagnóstico secundario.

El número medio de enfermedades concomitantes (las que ocurren al mismo tiempo que una enfermedad primaria, la diabetes en este caso) de estos 1.000 pacientes era de cuatro. El 33% de ellos presentaban también algún tipo de dependencia, de grado 4 ó 5 en la escala de Rankin, es decir, aquella que incapacita para atender las propias necesidades corporales sin asistencia o requiere de cuidados constantes de enfermería.

Otro de los objetivos de MIDIA era valorar la eficacia de los tratamientos antidiabéticos, los posibles eventos adversos de estos y el grado de control glucémico, ya que las circunstancias vitales de los pacientes con diabetes ingresados en un hospital son muy diferentes a las que presentan en su entorno diario en lo que respecta a horarios de comida, actividad física, etc.

Como apunta el Dr. Ricardo Gómez Huelgas, Jefe del Servicio de Medicina Interna del Hospital Regional de Málaga y uno de los coordinadores del estudio, “alcanzar un adecuado control de la glucemia en el medio hospitalario y evitar las hipoglucemias representa un desafío clínico de primer orden. Durante el ingreso, concurren varios factores que dificultan mantener un estado de normoglucemia. Entre ellos, destacan el estrés asociado a la enfermedad intercurrente que origina la hospitalización, el uso de terapias hiperglucemiantes, como corticoides o nutrición artificial, y el reposo y los cambios de dieta (comida irregular, períodos de ayuno) que conlleva la hospitalización”.

Desde el punto de vista asistencial, una de las herramientas de las que deben disponer los especialistas en Medicina Interna para conseguir estos objetivos es la información sobre el control glucémico de los personas con diabetes o hiperglucemia antes de su hospitalización, al menos en los tres meses previos, mediante la determinación de la hemoglobina glucosilada. Sin embargo, según las conclusiones del estudio MIDIA, dicha información sólo estaba disponible en el 44% de los historiales clínicos de los pacientes.

Los datos recogidos han permitido detectar también áreas de mejora en lo referente al tratamiento de la hiperglucemia, ya que el 9% de los pacientes estaban recibiendo medicación oral con potenciales efectos adversos durante su estancia en el centro hospitalario y un 20%, tratamiento con dosificación inadecuada de insulina. Otro dato relevante es que hasta un 25% de los pacientes estaban siendo tratados con glucocorticoides, una medicación que produce de forma característica hiperglucemia.

Por otra parte, la proporción de quienes presentaron algún grado de hipoglucemia durante la hospitalización fue de un 10%. “Estos pacientes con una bajada grande de azúcar -comenta el Dr. Gómez Huelgas- están expuestos a problemas cardíacos, como una arritmia o un infarto, e incluso cerebrales, como un ictus, por lo que evitar las hipoglucemias graves debe ser una prioridad. En el caso de las hiperglucemias, si el nivel de azúcar sube mucho en el hospital, se incrementan los riesgos de deshidratación, infecciones, retraso en la cicatrización de úlceras o heridas, etc.”.

### **La estandarización del tratamiento basal-bolos**

El tratamiento estándar recomendado a nivel mundial para los pacientes con diabetes ingresados en centros hospitalarios es el de insulina en régimen basal-bolos (una dosis

de insulina basal de acción prolongada que dura 24 horas y tres dosis de análogos de insulina de acción rápida administrada antes del desayuno, la comida y la cena). Según el Dr. Javier Ena, Coordinador del Grupo de Diabetes y Obesidad de la SEMI y otro de los coordinadores del estudio MIDIA, “el uso de antidiabéticos orales suele interrumpirse durante las estancias hospitalarias porque los pacientes ingresados deben seguir con frecuencia un régimen de ayuno al estar realizándose pruebas, a lo que se suma la presencia de náuseas o la pérdida de apetito”.

Al digerir los alimentos, el organismo convierte parte de ellos en glucosa. La insulina es una hormona que segrega el páncreas de forma continua y que permite que la glucosa acceda desde la sangre a las células del cuerpo. En el caso de las personas con diabetes, el páncreas no fabrica una cantidad suficiente de insulina o ésta no actúa de forma adecuada, por lo que la glucosa se acumula en la sangre en lugar de acceder a las células.

Por otra parte, al comer, el páncreas segrega una mayor cantidad de insulina conocida como “bolos”. El tratamiento basal-bolos, por tanto, consiste en imitar esta forma de actuar del páncreas. Actualmente, existen dos alternativas en este tipo de tratamiento: la administración de un difusor continuo de insulina y, sobre todo, la combinación de insulinas de acción intermedia o lenta (24 horas) e insulinas de acción rápida (2-3 horas).

“Son tratamientos -explica el Dr. Ena- que, además del control glucémico, minimizan el riesgo de hipoglucemias frente a tratamientos tradicionales como los de escala móvil, que suponen la administración de una u otra dosis de insulina en función de los niveles de glucemia del paciente, lo que conlleva un mayor riesgo de hiper e hipoglucemias. Las terapias más modernas, como las insulinas de acción ultralenta tipo Degludec, se han desarrollado, precisamente, para combinar el control de la glucemia con la disminución del riesgo de hipoglucemias”.

La intención de la Sociedad Española de Medicina Interna es repetir el estudio MIDIA periódicamente para valorar las mejoras introducidas tras las conclusiones de su primera edición. Según el Dr. Francisco Pajuelo, Director Médico de Novo Nordisk, “la colaboración institucional que desde hace tiempo mantiene Novo Nordisk con la SEMI se enmarca en el compromiso tradicional de esta compañía de ir más allá de la investigación y el desarrollo de tratamientos de la diabetes y contribuir directamente a la mejora de la calidad de vida de los pacientes”.

### **Acerca de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI)**

La Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) nació oficialmente en febrero de 1952. A nivel interno, la SEMI se ha adaptado a los nuevos tiempos a través de la renovación de sus estatutos y reglamentos. Uno de los cambios más importantes ha sido su transformación en una Federación de Sociedades Autonómicas de Medicina Interna. Entre sus objetivos prioritarios se encuentra potenciar la investigación en este campo, así como aunar los esfuerzos de los distintos Grupos de Trabajo que conforman parte de la Sociedad. En total son 18 grupos monográficos de patologías prevalentes o áreas de interés dentro del campo de la Medicina Interna: Alcohol y alcoholismo, Bioética y Profesionalismo, Diabetes y

obesidad, Ecografía Clínica, Enfermedad tromboembólica, Enfermedades autoinmunes sistémicas, Enfermedades infecciosas, Enfermedades minoritarias, EPOC, Formación, Gestión clínica, Hospitalización a domicilio y telemedicina, Insuficiencia cardiaca y fibrilación auricular, Osteoporosis, Pacientes pluripatológicos y edad avanzada, Práctica Privada y Concertada, Riesgo vascular, y Urgencias. Más información en [www.fesemi.org](http://www.fesemi.org).

### **Acerca de Novo Nordisk**

Novo Nordisk es una compañía global de cuidados sanitarios con sede en Dinamarca y más de 90 años de innovación y liderazgo en el cuidado de la diabetes. La empresa ocupa también posiciones destacadas en el cuidado de la hemofilia, el tratamiento con hormona del crecimiento y el tratamiento de sustitución hormonal. Novo Nordisk tiene su sede central en Dinamarca, emplea a unas 36.000 personas en 75 países y comercializa sus productos en más de 180 países. Si desea más información, visite [novonordisk.com](http://novonordisk.com).

### **Para más información:**

María Gallardo

Berbés Comunicación

T. 91 563 23 00

Silvia Muñoz

Novo Nordisk Pharma

T. 91 334 98 00

Rafa Coloma

Cícero Comunicación

T. 91 750 06 40