

REUE | Original breve

## CUCE-Diabetes. Revisión del paciente diabético en urgencias

Pablo Matías Soler<sup>1,2</sup>, Marina Gil Mosquera<sup>1,2</sup>, Raúl Perales Muñoz<sup>1</sup>, Arturo Corbatón Anchuelo<sup>1,3</sup>, Juan María González del Castillo<sup>1,2</sup>

**FUNDAMENTO.** La pandemia COVID-19 produjo una peor continuidad asistencial por Atención Primaria, conllevando un aumento de las consultas en urgencias. Desde urgencias se creó una consulta específica con el objetivo de revisar a los pacientes recién diagnosticados, con complicaciones o mal control de su diabetes, y sin tener una indicación de ingreso (Consulta de Unidad de Corta Estancia: CUCE-Diabetes).

**OBJETIVO.** Conocer los resultados de la implantación de la CUCE-Diabetes, y si dicha intervención mejoró el curso de la enfermedad.

**MATERIAL Y MÉTODOS.** Estudio unicéntrico, analítico y observacional de carácter retrospectivo, que incluyó a los pacientes mayores de 18 años citados en consulta durante el periodo de tiempo de 1 de octubre de 2021 a 30 de junio de 2022. Se determinaron datos demográficos, metabólicos, la reconsulta en urgencias y la disminución de hemoglobina glicada.

**RESULTADOS.** Se incluyeron 60 pacientes. El 58,18% fueron hombres, con una mediana de edad de 59 años con gran carga de patología cardiovascular y mal control de su diabetes. Tras la actuación en consulta la reconsulta por cualquier causa a 30 días fue del 10,91%. Se objetivó descenso en la hemoglobina glicada a los 6 meses. La reconsulta en urgencias por complicaciones diabéticas tras intervención fue mínima (1,82%).

**CONCLUSIÓN.** El control de la diabetes mejora tras la implantación de la CUCE-Diabetes. Esta actividad podría ser costo-eficiente.

**Palabras clave:** Diabetes. Urgencias. Paciente diabético.

## Evaluating patients with diabetes in a diabetes-specific emergency department short-stay unit

**BACKGROUND.** The COVID-19 pandemic led to poor continuity of care at the primary care level, a situation that increased the number of patients with diabetes attended in hospital emergency departments. Our department created a diabetes-specific short-stay unit for managing recently diagnosed disease in patients who did not require hospitalization.

**OBJECTIVE.** To evaluate the results of opening the short-stay unit, including whether the course of disease improved.

**MATERIALS AND METHODS.** Single-center, retrospective, observational analysis. We included all patients over the age of 18 years treated in the diabetes short-stay unit between October 1, 2021, and June 30, 2022. Demographic and metabolic data were extracted from records, as were patient revisits and hemoglobin A1c (HbA1c) levels after treatment.

**RESULTS.** Sixty patients were included; 58.18% were men, and the median age was 59 years. Cardiovascular disease was common and diabetes was poorly controlled. After the short-stay unit was opened, the 30-day revisiting rate for diabetic complications was minimal, at 1.82%, whereas the all-cause revisiting rate was 10.91%. HbA1c levels decreased over a 6-month period.

**CONCLUSIONS.** Diabetes control improved after implementation of the short-stay unit. Such short stay units could be cost-efficient.

**Keywords:** Diabetes. Emergency department. Diabetic patient.

**Filiación de los autores:** <sup>1</sup>Servicio de Urgencias, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España. <sup>2</sup>Fundación para la Investigación Biomédica (IDISSC), Madrid, España. <sup>3</sup>Centro de Investigación Biomédica en Red de Diabetes y Enfermedades Metabólicas Asociadas (CIBERDEM).

**Correspondencia:** Pablo Matías Soler. Servicio de Urgencias. Hospital Clínico San Carlos. Dr. Martín Lagos s/n. 28040 Madrid, España.

**E-mail:** pablo.matsol@gmail.com

**Información del artículo:** Recibido: 25-8-2023. Aceptado: 6-10-2023. Online: 31-10-2023.

**Editor responsable:** Guillermo Burillo-Putze.

## Introducción

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica con elevada prevalencia en la población española, donde alcanza el 14% según estudios recientes<sup>1</sup>. El porcentaje de los pacientes diabéticos atendidos en un servicio de urgencias (SU) oscila entre el 30-40%<sup>2</sup>, consultando frecuentemente por una complicación asociada a su enfermedad.

La pandemia iniciada en 2020 de la COVID-19 produjo, por distintos motivos, una disminución en la continuidad asistencial del paciente con enfermedad crónica<sup>3</sup>, con un empeoramiento del curso de su enfermedad y un incremento de las consultas en urgencias.

Debido a esta situación, desde el SU se tomó la iniciativa de crear una agenda propia, a la que se denominó Consulta de Unidad de Corta Estancia (CUCE) con el objetivo de revisar de forma programada a los pacientes recién diagnosticados, con complicaciones o mal control de su diabetes, y que, sin tener una indicación de ingreso, precisaran una reevaluación precoz según el criterio médico, como paso previo a la consulta con Endocrinología o Atención Primaria (AP). Creemos que resulta de interés conocer la actuación realizada en estos pacientes, y si dicha intervención conllevó una mejora en el curso de la enfermedad.

## Material y métodos

Estudio unicéntrico, analítico y observacional de carácter retrospectivo, donde se incluyeron a todos los diabéticos mayores de 18 años que fueron citados en la consulta durante el periodo de 1 de octubre de 2021 a 30 de junio de 2022. El equipo de consulta incluyó una enfermera y tres facultativos. Se incluyeron variables demográficas, clínicas y analíticas, así como de mortalidad y reconsulta. La actividad realizada dentro de la consulta se dividió en dos partes: en primer lugar, una valoración por enfermería de urgencias, consistente en educación al paciente sobre hábitos de vida saludables (control de alimentación y ejercicio) y enseñanza o revisión de técnicas (administración de fármacos y autocontrol de glucemias), y en segundo lugar, la actuación médica, optimizando el tratamiento según el documento de consenso del manejo al alta desde urgencias del paciente diabético<sup>4</sup>.

## Resultados

Se citaron 60 pacientes [32 varones (58,18%)], si bien 5 de ellos no acudieron a la consulta. La mediana de edad fue de 59 años (RIQ 48-77). Los antecedentes personales, así como el tratamiento previo y al alta de la consulta quedan recogidos en las Tablas 1 y 2 respectivamente. Los motivos más frecuentes de derivación o consulta en urgencias fueron la hiperglucemia simple (52,73%) y el debut diabético (34,55%), seguido de otras entidades menos frecuentes como la hipoglucemia, la cetoacidosis diabética o la situación de prediabetes. El número de consultas por paciente fue de 1,67 (DE 0,75). La reconsulta a 30 días por cualquier causa fue del 10,91%, siendo la reconsulta por complicación aguda de la diabetes del 1,82% del total, sin que ningún paciente notificara hipoglucemias tras la opti-

Tabla 1. Antecedentes personales

	N (%)	
Hipertensión arterial	23 (41,82)	
Dislipemia	20 (36,36)	
Cardiopatía isquémica	0 (0)	
Insuficiencia cardíaca	3 (5,45)	
Enfermedad vascular	2 (3,64)	
Demencia	2 (3,64)	
EPOC	2 (3,64)	
Insuficiencia renal	5 (9,04)	
	Total	35 (63,63)
Diabetes	Tipo I	3 (8,57)
	Tipo II	32 (91,43)
HbA1C	Total N = 45	DM Previa = 28
	11,13% DS (2,73)	10,65% DS (2,54)

HbA1c: hemoglobina glicada; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; DM: diabetes mellitus; DS: desviación estándar.

mización del tratamiento. Asimismo, ningún paciente precisó ingreso hospitalario. La hemoglobina glicada (HbA1c) fue solicitada dentro de los 6 meses posteriores a la consulta a 33 pacientes, siendo la media 7,39% (DE 2,7). El 61,82% de los pacientes fueron seguidos después en AP y el 40% en Endocrinología, siendo la primera consulta tras el alta en urgencias a los 4 días (RIQ 0-9) para Atención Primaria y a los 74 días (RIQ 38-102,5) para Endocrinología.

## Discusión

Se incluyeron pacientes con escasa comorbilidad, si los comparamos con otras series de pacientes diabéticos atendidos en urgencias<sup>5</sup>, aunque con factores de riesgo cardiovascular añadidos que podrían favorecer el desarrollo de complicaciones cardiovasculares. También cabe re-

Tabla 2. Tratamiento antidiabético previo y al alta de la CUCE

Tratamiento	Tratamiento previo N (%)	Tratamiento alta N (%)
<b>Hipoglucemiante no insulínico</b>	18 (51,43)	5 (9,09)
Fármacos		
Metformina	18 (75)	43 (95,56)
Sulfonilurea	3 (12,5)	0 (0)
Tiazolidinediona	1 (4,16)	0 (0)
Meglitinida	1 (4,16)	0 (0)
Inhibidor de la DPP4	12 (50)	10 (22,22)
Análogo de GLP1	1 (4,16)	8 (17,78)
Inhibidor de SGLT2	1 (4,16)	6 (13,33)
Combinación	9 (37,5)	21 (46,66)
<b>Insulina</b>	6 (17,46)	9 (16,36)
Fármacos		
Insulina lenta	7 (58,75)	22 (44,90)
Insulina ultralenta	5 (41,66)	27 (55,10)
Insulina rápida	4 (33,33)	10 (20,41)
Insulina ultrarrápida	4 (33,33)	5 (10,20)
NPH	0 (0)	0 (0)
Mezclas	0 (0)	0 (0)
<b>Hipoglucemiante no insulínico + insulina</b>	6 (17,46)	40 (72,73)
Dieta	2 (5,71)	0 (0)
Ninguno	3 (8,57)	1 (1,82)

CUCE: Consulta de Unidad de Corta Estancia; SGLT2: Inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2; DPP4: dipeptidil peptidasa 4; GLP1: glucagón-like-peptide-1; NPH: protamina neutra de Hagedorn.

saltar que en general tenían un mal control de su diabetes (excluidos los debuts). A la mayoría de los pacientes se les inició u optimizó el tratamiento con insulina, por lo que consideramos necesario e imprescindible el trabajo conjunto con el equipo de enfermería para una buena educación diabetológica ya demostrada como un factor de impacto positivo en el curso de la enfermedad<sup>6</sup>. Además de insulina, en un 56,36% se optimizó el tratamiento con hipoglucemiantes no insulínicos como son los iSGLT2 o los análogos de GLP1, fármacos que, a pesar de su eficacia demostrada, sus beneficios añadidos y su indicación firmemente establecida en las guías clínicas, aún son prescritos insuficientemente en la población con diabetes. La consulta en urgencias tras la consulta fue limitada, mínima si nos fijamos exclusivamente en las visitas por causa metabólica. Asimismo, la reducción de HbA1c a los 6 meses de la intervención fue importante, consecuencia de la atención temprana tras la complicación aguda, a pesar de que sólo fue solicitada por los médicos responsables a poco

más de la mitad de los pacientes atendidos por estas causas (60%).

En cuanto al seguimiento, en nuestra muestra se observa un control ambulatorio subóptimo. En primer lugar, 4 de cada 10 pacientes no fueron atendidos en Atención Primaria y 6 de cada 10 pacientes no fueron atendidos por Endocrinología tras su paso por urgencias. En segundo lugar, la demora en la visita ambulatoria resultó de 9 o más días en AP en una cuarta parte de los pacientes, y de más de 100 días para una proporción similar de los citados en Endocrinología. Esta demora, junto con la falta de seguimiento ambulatorio, pudiera ser un factor decisivo tanto en el control de la diabetes como en la visita en urgencias, al tratarse de pacientes que por sus características precisan de un control más exhaustivo. Iniciativas como la propuesta, a pesar de las limitaciones de nuestro estudio, principalmente el limitado número de pacientes incluidos, podrían resultar costo-eficientes para el sistema sanitario, al mejorar tanto el control glucémico como el número de consultas en los SU.

## INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

**Conflicto de intereses:** Los autores declaran no tener conflictos de interés en relación con el presente artículo.

**Financiación:** Los autores declaran la no existencia de financiación externa en relación con el presente artículo.

**Responsabilidades éticas:** Todos los autores han confirmado el mantenimiento de la confidencialidad y respeto de los derechos de los pacientes, acuerdo de publicación y cesión de derechos de los datos a la Revista Española de Urgencias y Emergencias.

**Artículo no encargado por el Comité Editorial y con revisión externa por pares.**

**Agradecimientos:** A todo el Servicio de Urgencias y al grupo de investigación de residentes del Hos-

pital Clínico San Carlos por su ayuda y apoyo para la realización de esta actividad.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Soriguer F, Goday A, Bosch-Comas A, Bordiú E, Calle-Pascual A, Carmenta R, et al. Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose regulation in Spain: the Di@bet.es Study. *Diabetología*. 2012;55:88-93.
2. Álvarez-Rodríguez E, Laguna I, Rosende A, Tapia R, Martín A, López P, et al. Frequency and management of diabetes mellitus and hyperglycemia in the emergency department: the GLUCE-URG study. *Endocrinol Diabetes Nutr* 2017;64:67-74.
3. Caparrós Boixés G, Suñer Soler R, Juvinyá Canal, Reig García G. The impact of the COVID-19 pandemic on the control of chronic diseases in primary care. *Atencion Primaria*. 2022;54:102233.
4. Cuervo Pinto, R, Álvarez-Rodríguez E, González Pérez de Villar N, Artola-Menéndez S, Gorbés Borrás J, Mata Cases M, et al. Consensus document on discharge management from the emergency department of diabetic patients. *Emergencias*. 2017;29:343-51.
5. Cuervo Pinto R, Hernández López S, Aguirre Juaristi N, Chaparro Pardo D, González Armengol JJ, Marín Sánchez FJ. Adjustment of antidiabetic treatment regimens on discharge from the emergency department: effect on 90-day outcomes in patients admitted to a short-stay unit. *Emergencias*. 2018;30:14-20.
6. Coppola A, Sasso L, Bagnasco A, Giustina A, Gazzaruso C. The role of patient education in the prevention and management of type 2 diabetes: an overview *Endocrine*. 2016;53:18-27.