

La importancia de la hiperglucemia hospitalaria (no exclusiva de diabetes)

María P. Russo  y María F. Grande Ratti 

Servicio de Clínica Médica, Hospital Italiano de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina

Russo MP, Fosser SNM, Elizondo CM, Giunta DH, Fuentes NA, Grande-Ratti MF. In-Hospital Mortality and Glycemic Control in Patients with Hospital Hyperglycemia. *Rev Diabet Stud.* 2021;17(2):50-56. doi: 10.1900/RDS.2021.17.50.

COMENTARIO

Los participantes del Foro de Políticas en Latino América 2018 del Health Technology Assessment International coincidieron en que un proceso de evaluación y toma de decisión basado en marcos de valor más inclusivos y abarcativos podrían mejorar efectividad, eficiencia, sustentabilidad y equidad; promover la transparencia y lograr una evaluación más completa de las tecnologías; mejorar la rendición de cuentas de las decisiones en salud y fomentar la participación de los propios actores¹. Se identificaron como criterios esenciales para ser incluidos en marcos de valor en la región la carga de enfermedad y gravedad de la condición, la eficacia y la seguridad de la tecnología, la calidad de la evidencia, la costo-efectividad y el impacto presupuestario¹.

En los últimos años se ha visto un mayor enfoque en la combinación de atención de calidad y resultados financieros². Este enfoque no solo se extiende al entorno de los pacientes hospitalizados; también cobra relevancia garantizar transiciones efectivas de la atención del hospital al hogar². Los incentivos para fusionar estos dos factores incluyen vincular el pago a los estándares de calidad, invertir en la seguridad del paciente y ofrecer nuevos incentivos para los proveedores de salud que brindan atención coordinada y de alta calidad².

El concepto de calidad en salud se enmarca en cinco elementos fundamentales: excelencia profesional, uso eficiente de los recursos, mínimo riesgo para el paciente, alto grado de satisfacción, impacto final que tiene en la salud³. Sin embargo, la calidad de la salud no está reducida a uno o algunos de estos elementos, necesariamente implica la

integración de elementos de carácter técnico y también de procesos objetivos y subjetivos, los que superpuestos tienen como resultante la satisfacción de los usuarios y la eficiencia de la institución de salud³.

Como parte de este nuevo enfoque, debería ser abordada la duración de la estadía hospitalaria de los pacientes con diabetes mellitus (DM) o hiperglucemia de estrés (SH). Este último representa un fenómeno que puede aparecer en un paciente hospitalizado sin antecedentes previos de DM⁴, como consecuencia de una serie de alteraciones hormonales caracterizada por: a) incremento de las hormonas contrarreguladoras de la insulina (glucagón, cortisol, catecolaminas y hormona del crecimiento) y b) respuesta inflamatoria sistémica⁵. Se ha comprobado que estos dos subgrupos específicos de pacientes tienen estadías hospitalarias más prolongadas, independientemente del diagnóstico de ingreso, y su reducción podría derivar en eficiencia combinada, con una mejor calidad de atención como objetivo principal deseado⁵. Incluso con la creciente evidencia que respalda los beneficios de mejorar el control glucémico en el entorno hospitalario, las instituciones continúan luchando con esta problemática⁶. Es frecuente que el control glucémico o la ocurrencia de hiperglucemia hospitalaria se pierda dentro de la lista de problemas durante la internación, ya sea en pacientes con diagnóstico de diabetes o SH, por otras prioridades asistenciales.

En nuestro trabajo incluimos 2955 pacientes con hiperglucemia hospitalaria (al menos un valor > 140 mg/dL), de los cuales un 47% presentaba diagnóstico de diabetes (1376) y 53% de hiperglucemia de estrés (1579) (Fig. 1. Flujoograma de pacientes).

Autor para correspondencia: maria.grande@hospitalitaliano.org.ar, Grande Ratti MF.

Recibido: 14/03/22 Aceptado: 25/05/22 En línea: 30/06/22

DOI: <http://doi.org/10.51987/revhospitalbaires.v42i2.172>

Cómo citar: Russo MP, Grande Ratti MF. La importancia de la hiperglucemia hospitalaria (no exclusiva de diabetes). *Rev. Hosp. Ital. B.Aires.* 2022;42(2):95-96.

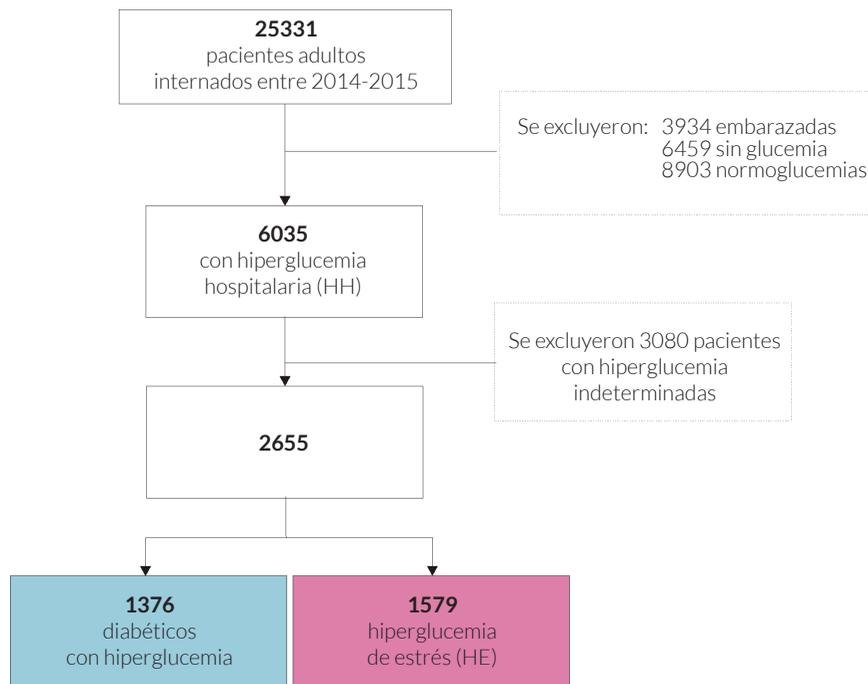


Figura 1. Flujo de pacientes.

Cuando comparamos hiperglucemia de estrés con diabéticos con hiperglucemia, los principales hallazgos resultaron: estadía hospitalaria prolongada (mediana de 6,7 días en SH versus 5,1 en HH-DBT; $p = 0,001$), un porcentaje levemente superior en meta del control glucémico (35,53% vs. 25,80%, respectivamente; $p < 0,01$), y menor incidencia de hipoglucemia (8,23% versus 10,53%; $p = 0,03$). Sin embargo, no hubo diferencias en la tasa de hipoglucemia grave (1,32% SH versus 1,74% de HH-DBT; $p = 0,35$), ni en la mortalidad intrahospitalaria (7,73% versus 7,49%). Tras el ajuste por potenciales confundidores, la mortalidad global de la cohorte (7,61%) resultó similar a la informada en otros estudios realizados en personas con HH^{7,8}.

La principal fortaleza de este trabajo radica en la falta de trabajos locales o de Latinoamérica⁹. Por todo lo antedicho, se destaca la importancia de la hiperglucemia hospitalaria (HH), que no es un problema exclusivo de las personas con diabetes, sino la principal observación para subrayar de nuestros hallazgos¹⁰.

Conflictos de interés: las autoras declaran no tener conflictos de interés.

REFERENCIAS

1. Pichon-Riviere A, Garcia-Marti S, Oortwijn W, et al. Definiendo el valor de las tecnologías sanitarias en Latino-América: desarrollo de marcos de valor para informar la priorización de recursos sanitarios. *Int J Technol Assess Health Care*. 2019;35(1):69-74. <https://doi.org/10.1017/S0266462319000126>.
2. Mabrey ME, McFarland R, Young SL, et al. Effectively identifying

the inpatient with hyperglycemia to increase patient care and lower costs. *Hosp Pract* (1995). 2014;42(2):7-13. <https://doi.org/10.3810/hp.2014.04.1098>.

3. Leyton-Pavez CE, Gil-Martín JC. Sustentabilidad financiera y excelencia en la atención en la salud pública chilena [Financial sustainability and excellence in Chilean public health care]. *Salud Publica Mex*. 2017;59(5):510-511. <https://doi.org/10.21149/8516>.
4. Fahy BG, Sheehy AM, Coursin DB. Glucose control in the intensive care unit. *Crit Care Med*. 2009;37(5):1769-1776. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e3181a19ceb>.
5. Manzanares W, Aramendi I. Hiperglucemia de estrés y su control con insulina en el paciente crítico: evidencia actual [Stress hyperglycemia and its control with insulin in critically ill patients: current evidence]. *Med Intensiva*. 2010;34(4):273-281. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2009.10.003>.
6. O'Malley CW, Emanuele M, Halasyamani L, et al. Bridge over troubled waters: safe and effective transitions of the inpatient with hyperglycemia. *J Hosp Med*. 2008;3(5 Suppl):55-65. <https://doi.org/10.1002/jhm.355>.
7. Butala NM, Johnson BK, Dziura JD, et al. Decade-long trends in mortality among patients with and without diabetes mellitus at a major academic medical center. *JAMA Intern Med*. 2014;174(7):1187-1188. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2014.1803>.
8. Pieralli F, Bazzini C, Fabbri A, et al. The classification of hospitalized patients with hyperglycemia and its implication on outcome: results from a prospective observational study in Internal Medicine. *Intern Emerg Med*. 2016;11(5):649-656. <https://doi.org/10.1007/s11739-015-1358-6>.
9. Russo MP, Elizondo CM, Giunta DH, et al. Prevalence of hyperglycemia and incidence of stress hyperglycemia in hospitalized patients: a retrospective cohort. *Eur J Intern Med*. 2017;43:e15-e17. <https://doi.org/10.1016/j.ejim.2017.04.012>.
10. Umperrez GE, Isaacs SD, Bazargan N, et al. Hyperglycemia: an independent marker of in-hospital mortality in patients with undiagnosed diabetes. *J Clin Endocrinol Metab*. 2002;87(3):978-982. <https://doi.org/10.1210/jcem.87.3.8341>