

# Paciente con diabetes mellitus tipo 2 recién dado de alta hospitalaria: la importancia de la conciliación

Igotz Aranbarri Osoro

Médica especialista en medicina familiar y comunitaria. Ambulatorio de Arrasate (Gipuzkoa)

Palabras clave: conciliación farmacoterapéutica, diabetes mellitus tipo 2, hipoglucemia, hospitalización.

## RESUMEN

Una hospitalización marca un antes y un después en la vida de cualquier persona, sea cual sea el motivo, y tras ella es precisa una adaptación a la situación vital que de dicha hospitalización se deriva.

Así sucede también con las personas con diabetes mellitus tipo 2, que, por presentar esta patología de base, sufren cambios sustanciales en el tratamiento farmacológico para un control glucémico durante el tiempo que permanecen hospitalizadas.

En el momento del alta, es sumamente importante la labor de atención primaria de revisar el tratamiento farmacológico complementando el seguimiento del paciente en su proceso de recuperación y readaptación.

La conciliación farmacológica debe constituir una tarea más dentro de las responsabilidades de atención primaria, ya que de su correcta realización depende la seguridad del paciente y, por tanto, su calidad de vida.

## CASO CLÍNICO

Andeka es un hombre de 71 años de edad, natural de Arbizu (Navarra), que vive con su esposa (Miren) en Arrasate.

Hasta su jubilación hace seis años, se dedicó a la gestión de sus negocios y al transporte de materiales como camiónero, lo cual le permitió viajar por todo el mundo.

Andeka y su esposa pasaron a ser pacientes nuestros en 2019, tras una reorganización de cupos que se realizó en nuestro ambulatorio.

En cuanto a Andeka, él mismo se define: «Soy un hombre libre, siempre he hecho todo lo que he querido y no voy a cambiar ahora ni por nada ni por nadie». Procura «evitar» venir al médico porque, según él: «Cada vez que vamos al médico nos miráis y nos encontráis algo», y es su esposa, Miren, quien se encarga de hacernos llegar información detallada de la evolución y de cualquier incidencia en su día a día.

Datos interesantes registrados en la historia clínica de Andeka: hipertensión arterial (2016), diabetes mellitus tipo 2 (DM2) (2016), dislipemia mixta (2016), hiperplasia benigna prostática (2015) y tabaquismo (2016).

En su hoja de prescripción farmacológica: olmesartán (40 mg; 1.0.0), glimepirida (2 mg; 1.0.1), pravastatina/fenofibrato (40/160 mg; 0.0.1) y tamsulosina (0,4 mg; 0.0.1).

En el registro evolutivo de su DM2 consta una nota de su anterior médico de familia: «No acude a controles ni realiza monitorizaciones de control glucémico».

## HISTORIA ACTUAL

Hace 10 meses, en febrero de 2020, tuvo un accidente casual tras salir del txoko después de una cena con los amigos de la cuadrilla.

Tropezó y, al caer, sufrió un traumatismo craneoencefálico además de un traumatismo en la pelvis y la cadera izquierda.

Fue derivado al hospital de referencia para una valoración. Precisó la colocación de una prótesis total de la cadera izquierda y se le realizó además una sutura de herida contusa en la región frontal izquierda.

Durante el ingreso se le hizo una analítica sanguínea completa en la que se objetivó una glucemia de 268 mg/dl y una hemoglobina glucosilada del 9,8 %. Su perfil lipídico revelaba una hipertrigliceridemia con triglicéridos de 208 mg/dl, colesterol ligado a lipoproteínas de baja densidad de 139 mg/dl y colesterol ligado a lipoproteínas de alta densidad de 38 mg/dl.

En cuanto a la función renal, presentaba una tasa de filtrado glomerular estimado de 61 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> sin albuminuria.

Sus cifras de presión arterial media fueron de 159/94 mmHg.

Su peso era de 97 kg, lo que, teniendo en cuenta su talla de 172 cm, suponía un índice de masa corporal de 32,8 kg/m<sup>2</sup>.

Se le efectuó un electrocardiograma con el siguiente resultado: ritmo sinusal a 85 latidos por minuto, eje-15°, bloqueo incompleto de la rama derecha del haz de His, sin alteraciones de repolarización y alguna extrasístole ventricular aislada.

Se le realizó una resonancia magnética cerebral por cefalea postraumática, mediante la cual se objetivaron algunas lesiones sugestivas de «microinfartos lacunares de cronología antigua», sin que se observaran hallazgos de patología aguda.

Con una buena evolución posquirúrgica, se le dio de alta y volvió a su domicilio, a la espera de iniciar la rehabilitación de la cadera.

Al alta, se le prescribieron los siguientes fármacos: olmesartán/hidroclorotiazida (40/25 mg; 1.0.0), atorvastatina (80 mg; 0.0.1), tamsulosina (0,4 mg; 0.0.1), ácido

acetilsalicílico (100 mg; 0.1.0), insulina glargina de 100 UI (0.0.22), insulina glulisina (4.6.4), enoxaparina (80 mg s.c.; 0.1.0), omeprazol (20 mg; 1.0.0), paracetamol (650 mg; hasta 1.1.1) y metamizol (575 mg; hasta 1.1.1).

Un mediodía, a los dos días del alta, nos pasan una llamada de urgencia desde el domicilio de Andeka. Hablamos con Miren: «Igotz, Andeka no se puede mover y balbucea... Ven rápido, por favor».

### ¿QUÉ ES LO QUE LE HABÍA PASADO A ANDEKA?

En el domicilio, encontramos a Andeka en la cama, con escasa respuesta a estímulos.

Se le realizó una glucemia capilar con resultado LO.

Ante la situación, se corrigió la hipoglucemia con glucagón subcutáneo y Andeka comenzó a recuperarse enseguida.

Tras la mejoría clínica, realizamos una exploración física sin objetivar focalidad neurológica ni alteraciones de otra índole.

Andeka había sufrido una hipoglucemia grave (véase la tabla 1 de clasificación de hipoglucemias)<sup>1</sup>.

Indagamos con Andeka y su esposa qué era lo que había ocurrido.

Revisamos la libreta de glucemias capilares que tiene el paciente y también el tratamiento farmacológico que estaba siguiendo Andeka.

Había sucedido un evento adverso muy grave en el contexto de un paciente insulinizado y debíamos revisar el motivo de esta hipoglucemia.

**Tabla 1.** Clasificación de la gravedad de la hipoglucemia

| ADA-EASD (2017)                                   | Glucemia                          | Descripción  | Canadian Diabetes Association (2013)  |
|---|-----------------------------------|--|---|
| Nivel de alerta glucémico (nivel 1)               | <70 mg/dl (3,9 mmol/l)            | Nivel suficientemente bajo como para tratar con carbohidratos de acción rápida y realizar ajuste posológico de los hipoglucemiantes    | <b>Hipoglucemia leve:</b> síntomas autonómicos presentes. El paciente suele poder autotratarse                              |
| Hipoglucemia clínicamente significativa (nivel 2) | <54 mg/dl (3,0 mmol/l)            | Nivel suficientemente bajo como para indicar hipoglucemia seria y clínicamente importante como para ser comunicada en ensayos clínicos | <b>Hipoglucemia moderada:</b> síntomas autonómicos y neuroglucopénicos. El paciente suele poder autotratarse                |
| Hipoglucemia grave (nivel 3)                      | No existe punto de corte definido | Hipoglucemia asociada a disfunción cognitiva grave que requiere ayuda externa  | <b>Hipoglucemia grave:</b> glucemia basal habitualmente <50 mg/dl (2,8 mmol/l). Requiere ayuda externa para su recuperación |

ADA: American Diabetes Association; EASD: European Association for the Study of Diabetes.

Andeka realizaba correctamente la pauta de insulina bolo-basal que se le ha indicado y, aparentemente, también seguía adecuadamente la pauta de fármacos que se le había indicado al alta, habiendo incorporado todos ellos al resto de fármacos que ya tomaba previamente al ingreso.

La reflexión tras lo ocurrido fue la siguiente: ¿podría haberse evitado este episodio?

## ¿QUÉ ES LA CONCILIACIÓN FARMACOLÓGICA?

El tratamiento farmacológico constituye la primera causa de acontecimientos adversos relacionados con la atención sanitaria, según datos de los estudios realizados en el ámbito estatal sobre la seguridad del paciente en atención primaria (APEAS) y durante la hospitalización (ENEAS)<sup>2,3</sup>.

Uno de los problemas de seguridad más habitual es la falta de información precisa y completa sobre los medicamentos que toma un paciente en las transiciones entre los distintos niveles de asistencia.

Son precisamente las transiciones las que colocan al paciente en una situación de riesgo de sufrir errores de medicación, que pueden dar lugar a efectos adversos e ingresos hospitalarios evitables<sup>4,5</sup>.

Se conoce que al menos la mitad de los errores de medicación se producen en las transiciones asistenciales<sup>6</sup>.

La conciliación de la medicación se define como un proceso formal que consiste en comparar la medicación habitual del paciente con la medicación prescrita después de una transición asistencial o de un traslado dentro del propio nivel asistencial, con el objetivo de analizar y resolver las discrepancias que se detecten.

Este proceso debe realizarse con la participación de todos los profesionales responsables del paciente, sin olvidar al propio paciente/cuidador siempre que sea posible, con el objetivo de valorar la adherencia o la falta de comprensión de los tratamientos.

Se trata, por tanto, de un proceso multidisciplinar, responsabilidad de todos.

El objetivo de la conciliación es disminuir los errores de medicación a lo largo de toda la atención sanitaria, garantizando que los pacientes reciban todos los medicamentos necesarios que estaban tomando previamente en la dosis, vía y frecuencia correcta y que se adecúan a la situación del

paciente o a la nueva prescripción realizada en otro punto del sistema sanitario (hospital, urgencias, consultas externas, atención primaria, etc.).

Los errores de conciliación se derivan de problemas organizativos como la descoordinación entre niveles asistenciales, la falta de comunicación eficaz de la información farmacoterapéutica entre profesionales sanitarios o la ausencia de un registro adecuado, actualizado y accesible de la medicación del paciente.

No debe obviarse la situación clínica y personal del paciente, ya que la edad, la capacidad cognitiva o el nivel de estudios, la presencia de dificultades sensoriales que afecten a la vista o al oído y otras circunstancias como la convivencia con patologías de la esfera mental pueden interferir, y mucho, en este sentido.

Todo lo previo, más otros factores como la pluripatología, el nivel de dependencia del paciente, la polimedicación y la automedicación, entre otros, pueden condicionar la aparición de errores de conciliación<sup>7,8</sup> (tabla 2).

La medicación debe conciliarse siempre y en todas y cada una de las transiciones asistenciales, esto es, cada vez que el paciente cambia de nivel asistencial o un nuevo profesional clínico participa en su atención.

En el ámbito hospitalario, los errores se producen sobre todo en el momento del alta. Sin embargo, estos errores

**Tabla 2.** Tipos de errores de conciliación<sup>7</sup>

- **Omisión de medicamento:** el paciente tomaba un medicamento necesario y no se ha prescrito, sin que exista justificación clínica explícita o implícita para omitirlo
- **Diferentes dosis, vía o frecuencia de administración de un medicamento:** se modifica la dosis, vía o frecuencia de un medicamento que el paciente tomaba, sin que exista justificación clínica, explícita o implícita, para ello
- **Prescripción incompleta:** la prescripción del tratamiento crónico se realiza de forma incompleta y requiere aclaración
- **Medicamento equivocado:** se prescribe un nuevo medicamento sin justificación clínica, confundiéndolo con otro que el paciente tomaba y que no se ha prescrito
- **Inicio de medicación (discrepancia de comisión):** se inicia un tratamiento que el paciente no tomaba antes, y no hay justificación clínica, explícita o implícita, para el inicio
- **Duplicidad:** el paciente presenta una duplicidad entre la medicación previa y la nueva prescripción
- **Interacción:** el paciente presenta una interacción clínicamente relevante entre la medicación previa y la nueva prescripción
- **Mantener medicación contraindicada:** se continúa una medicación crónica contraindicada en la nueva situación clínica del paciente

suelen tener relación con discrepancias que se han podido generar en fases previas, especialmente en la admisión.

En atención primaria, se debería realizar la conciliación, o verificar que se ha realizado previamente, en todas las transiciones asistenciales (ingresos hospitalarios, visitas a urgencias, consultas a atención especializada, ingresos en residencias, etc.)<sup>9</sup>.

La conciliación de la medicación consta básicamente de tres fases<sup>5</sup>:

1. Obtención de la historia farmacológica (listado completo) del paciente.
2. Detección y resolución de discrepancias con la medicación activa del paciente.
3. Comunicación de los cambios de prescripción y de la medicación resultante al siguiente responsable sanitario del paciente y al propio paciente.

La comunicación verbal y escrita son imprescindibles en el acto de conciliación de medicamentos.

Respecto a los pacientes con DM2 y comorbilidad, sabemos por datos revelados del estudio IMAGINE<sup>10</sup> que el 71,8 % de los pacientes es atendido en atención primaria. El 40 % es derivado a atención hospitalaria por complicaciones o mal control glucémico. Solo algo más del 52 % de los facultativos que participaron en el estudio refirieron realizar conciliación farmacológica en la transición entre niveles asistenciales.

Cuando se hospitaliza a un paciente con DM2 en tratamiento con fármacos antihiper glucemiantes orales, se le realiza una modificación de su pauta habitual a una pauta con insulina basal o bolo-basal, para así poder asegurar un buen control glucémico y minimizar el riesgo de eventos adversos asociados a fármacos y al proceso intercurrente causante de hospitalización.

El momento del alta constituye una situación conflictiva y clave en los pacientes con DM2 hospitalizados por motivos no relacionados con la propia DM2, y es fundamental una adecuada planificación de esta para que la transición a su domicilio no sea complicada ni motivo de estrés.

Para los facultativos tampoco es fácil determinar el tratamiento al alta, sobre todo en aquellos pacientes que previa hospitalización seguían tratamiento con fármacos orales y han sido insulinizados en este proceso.

Muchos pacientes llegan a su domicilio con una pauta de insulina y luego queda en manos del equipo de atención primaria el reajuste de dicho tratamiento, en función de la evolución y situación vital del paciente.

En esta línea, resulta muy interesante el planteamiento de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Recientemente, ha publicado el documento «Recomendaciones del tratamiento farmacológico de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) al alta hospitalaria»<sup>11</sup>, del que extraemos los dos algoritmos de manejo (figuras 1 y 2).

Ambos algoritmos constituyen un material de una practicidad indudable que simplifica y garantiza la seguridad en la transición del paciente a su domicilio/centro sociosanitario.

Sin duda, es relevante también comunicar adecuadamente (tanto verbalmente como por escrito) al paciente o cuidador los cambios realizados, así como hacerlos constar en la historia clínica y en el informe de alta del paciente.

Asimismo, resulta primordial hacer las modificaciones pertinentes en el sistema de prescripción farmacológica electrónica integrado en la historia del paciente.

Tras las diferentes transiciones, el paciente vuelve al punto de retorno: las consultas de atención primaria.

Por todo esto, debemos reconocer la importancia de la labor de atención primaria también en este ámbito, ya que constituimos el centro coordinador del abordaje y seguimiento del paciente, enlace y referente para la conciliación no solo de fármacos, sino también de las necesidades del paciente.

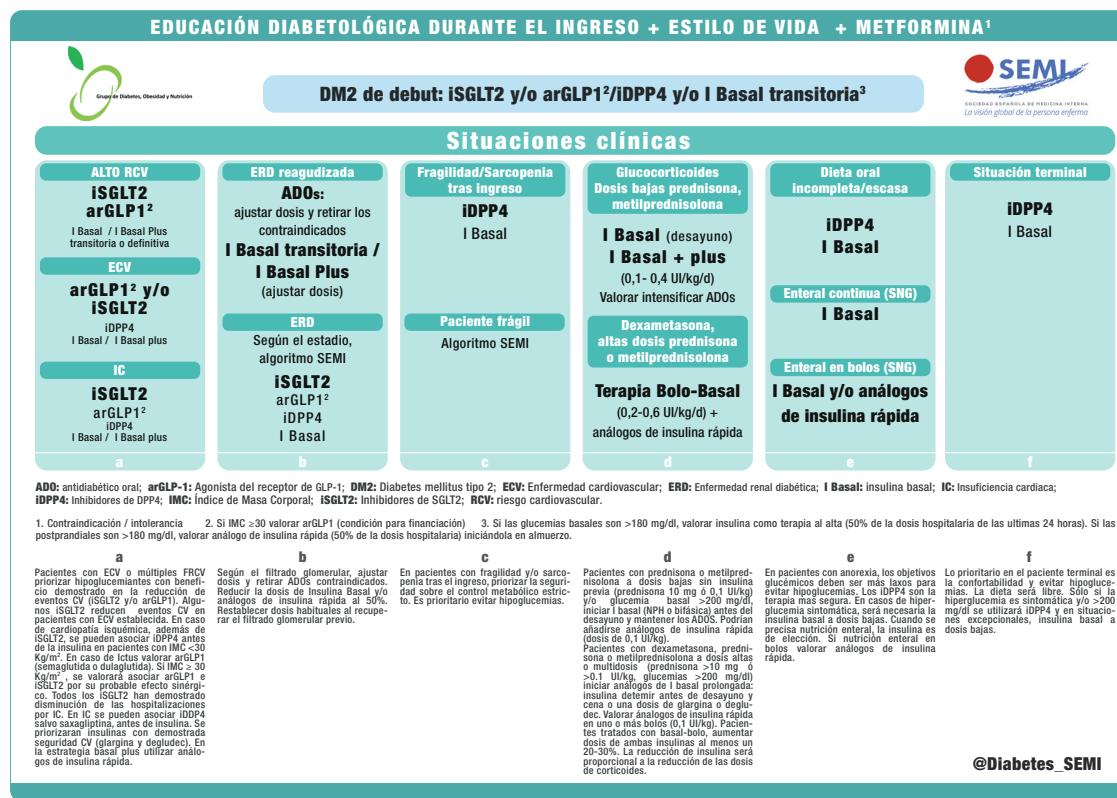
Revisar y verificar que esta transición es adecuada es también responsabilidad nuestra. Debemos establecer una coordinación con el paciente para preservar su seguridad, también cuando nos referimos al tratamiento farmacológico.

En el caso de pacientes con DM2, con otras comorbilidades y polimedicados, debemos estar atentos a la duplicidad de fármacos, a las posibles descompensaciones y, por supuesto, a las hipoglucemias, que ante todo debemos evitar y minimizar.

Se deben establecer rutas de comunicación efectivas para una transición segura, que pueden ser verbales o no, gráficas (dibujos o esquemas), etc. Cualquier método adaptado a cada persona es de ayuda.

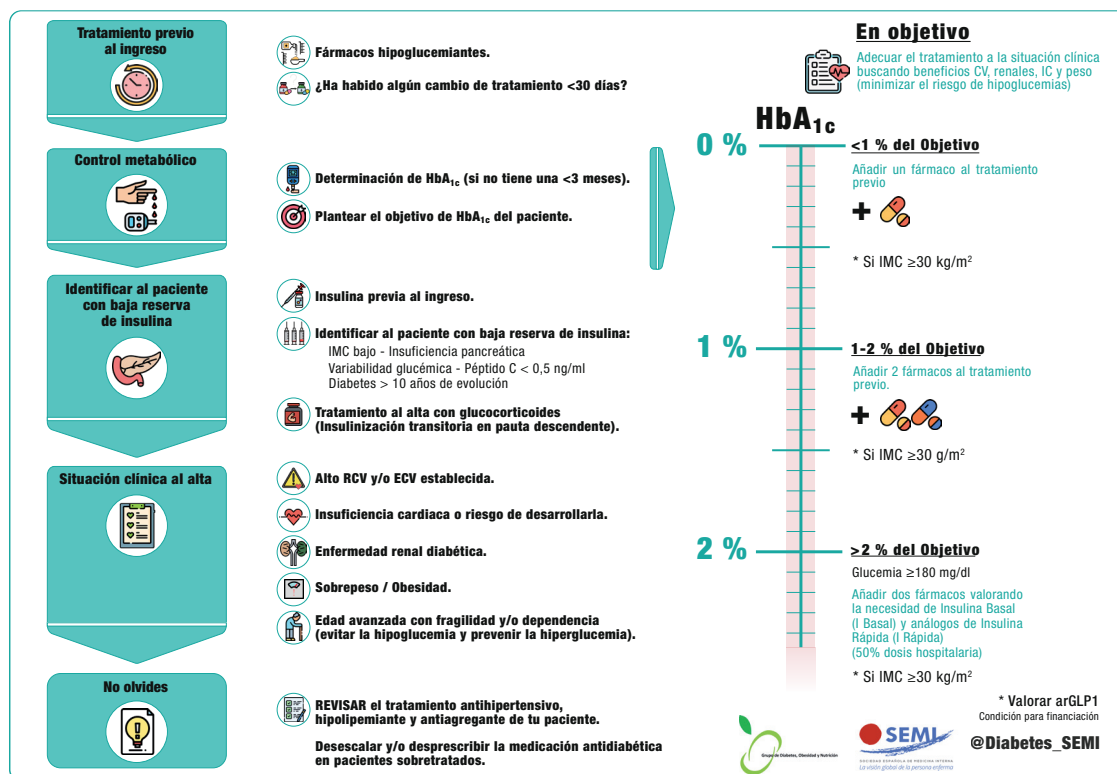
En este sentido, debemos reconocer la importante aportación de los profesionales de enfermería, que constituyen un pilar imprescindible por su saber hacer, por su implicación y por su cercanía y atención tanto en consulta como en los domicilios de los pacientes, lo cual permite reforzar la información y detectar dificultades o errores para corregir en equipo.

Figura 1. Recomendaciones de tratamiento de transición al alta según las situaciones/condiciones clínicas



Tomada del Grupo de Trabajo de Diabetes, Obesidad y Nutrición de la Sociedad Española de Medicina Interna<sup>11</sup>.

Figura 2. Check-list de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 previa al alta de medicina interna



arGLP1: antagonistas de los receptores del péptido similar al glucagón tipo 1; CV: cardiovascular; ECV: enfermedad cardiovascular; HbA<sub>1c</sub>: hemoglobina glucosilada; IC: insuficiencia cardíaca; IMC: índice de masa corporal; RCV: riesgo cardiovascular. Tomada del Grupo de Trabajo de Diabetes, Obesidad y Nutrición de la Sociedad Española de Medicina Interna<sup>11</sup>.

Y no se debe dejar de contar con el inestimable apoyo de los profesionales de farmacia, figura comunitaria de incalculable valor y nexo de unión entre pacientes/cuidador(es) y profesionales sanitarios.

Todos nosotros (profesionales sanitarios [medicina-enfermería], profesionales de farmacia y otros profesionales de ámbitos diversos que tratamos con el mismo paciente, además del cuidador/es y el propio paciente) debemos trabajar coordinados por, para y con el paciente.

### CONCLUSIONES

La conciliación farmacoterapéutica es un proceso imprescindible para preservar la seguridad del paciente en cuanto al uso de medicamentos.

Actualmente, constituye una de las principales estrategias para reducir los errores de medicación relacionados con la transición asistencial.

Es importante que interioricemos la importancia y el valor de conciliar el tratamiento farmacológico como parte de nuestra buena praxis como profesionales de la salud.

Sabemos que la conciliación terapéutica representa un área de mejora prioritaria en la población y que los profesionales de atención primaria constituimos un pilar clave en la óptima consecución de esta.

La conciliación debe constituir una estrategia que aporta valor a la atención sanitaria y garantiza así la seguridad del paciente.

### RESOLUCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Lo primero que hicimos con Andeka y Miren fue revisar el tratamiento farmacológico que estaban siguiendo: a la pauta bolo-basal ellos habían añadido glimepirida (2 mg) en el desayuno y la cena que tomaba con anterioridad. Esto fue el desencadenante de la hipoglucemia. A este respecto, además de retirar la glimepirida, se reajustó la dosis de la pauta bolo-basal.

Se explicó la «regla del 15» para el manejo de la hipoglucemia: al detectar una hipoglucemia (glucemia capilar <70 mg/dl), se administran 15 gramos de glucosa (por ejemplo, 15 gramos de azúcar diluida en agua) y se vuelve a medir una glucemia capilar a los 15 minutos de haberla administrado. Así se repite tantas veces como sea preciso, hasta alcanzar una glucemia capilar >70 mg/dl.

Se prescribió glucagón (GlucaGen HypoKit®) a demanda en la receta electrónica de Andeka y se adiestró a Miren en la administración de dicho fármaco.

Asimismo, se retiraron el olmesartán (40 mg) y la pravastatina/fenofibrato (40/160 mg) que también habían añadido, porque, al alta, ya se le había prescrito una estatina y un antihipertensivo adaptado a la situación actual.

Se realizó una retinografía, una exploración de pies e índice tobillo-brazo, tras lo que se descartaron complicaciones. Después, se determinaron objetivos de control adaptados al paciente, basándonos en las recomendaciones de la Fundación redGDPS recogidas en la tabla 3<sup>1</sup>.

Así, para Andeka decidimos:

- *Objetivo de control glucémico:* hemoglobina glucosilada <7 %.
- *Objetivo de control lipídico:* colesterol ligado a lipoproteínas de baja densidad <70 mg/dl, colesterol ligado a lipoproteínas de alta densidad >40 mg/dl y triglicéridos <150 mg/dl.
- *Objetivo de control de presión arterial:* <140/90 mmHg.
- *Objetivo de tabaquismo:* abstinencia total.
- *Objetivo de control de peso:* índice de masa corporal <25 kg/m<sup>2</sup>.

**Tabla 3.** Objetivos de control

|                      |   | Objetivos de control |
|----------------------|---|----------------------|
| HbA <sub>1c</sub>    | Corta evolución y bajo riesgo de hipoglucemia | <6,5 % <sup>a</sup>  |
|                      | Hipoglucemia, larga evolución o comorbilidad  | 7-8 %                |
| Glucemia en ayunas   |   | 80-130 mg/dl         |
| Glucemia posprandial |   | <180 mg/dl           |
| Colesterol no-HDL    |   | <130 mg/dl           |
| c-LDL <sup>b</sup>   | No ECV y/o >75 años                           | <100 mg/dl           |
|                      | ECV y <75 años                                | <70 mg/dl            |
| c-HDL                | Hombres                                       | >40 mg/dl            |
|                      | Mujeres                                       | >50 mg/dl            |
| HTA                  | Sin nefropatía/retinopatía                    | 120-140/80-90 mmHg   |
|                      | Con nefropatía/retinopatía                    | <130/80 mmHg         |
| Tabaco               |   | Abstinencia          |

<sup>a</sup> Los valores de HbA<sub>1c</sub> corresponden a una normalidad de los criterios diagnósticos ADA 2010.

<sup>b</sup> Si no se puede llegar al control, reducir el 30-40 % de las cifras basales. c-HDL: colesterol ligado a lipoproteínas de alta densidad; c-LDL: colesterol ligado a lipoproteínas de baja densidad; ECV: enfermedad cardiovascular; HbA<sub>1c</sub>: hemoglobina glucosilada; HTA: hipertensión arterial.



Se reajustó su tratamiento farmacológico antihiperglucemiante priorizando evitar al máximo el riesgo de hipoglucemia y considerando su obesidad y su muy elevado riesgo cardiovascular como principales razones que se debían tener en cuenta a la hora de decidir el tratamiento.

Para ello, seguimos las recomendaciones planteadas por la Fundación redGDPS (figura 3)<sup>12</sup>.

En cualquiera de los casos, la mejor opción farmacológica era la constituida por metformina asociada al inhibidor del co-transportador de sodio-glucosa tipo 2 o metformina asociada a un análogo de receptor del péptido similar al glucagón tipo 1.

Reajustamos la pauta de insulina bolo-basal pasando a una pauta basal y empezamos con metformina (1000 mg) en pauta ascendente comenzando con medio comprimido (subiendo dosis cada dos semanas según la tolerancia hasta un máximo de 2000 mg/día).

Cuando el paciente cumplió los criterios de retirada de insulinización, se le añadió un análogo de receptor del péptido similar al glucagón tipo 1 semanal.

Andeka, que acudía diariamente a rehabilitación de su cadera, comenzó a acudir a la consulta de enfermería, donde se llevó a cabo paulatinamente educación diabetológica, imprescindible para un abordaje integral y holístico de su DM2.

A los tres meses de iniciar este nuevo camino, Andeka presentaba una hemoglobina glucosilada del 7,5 % y había perdido 7 kg de peso.

Nosotr@s, enfermero y médica de atención primaria, interiorizamos nuevamente y reforzamos la importancia de la conciliación terapéutica en DM2, más si cabe en momentos clave como son los cambios en la situación vital, en transiciones asistenciales entre niveles, en procesos agudos que se añaden a la patología crónica de base y también en la aparición de complicaciones y descompensaciones.

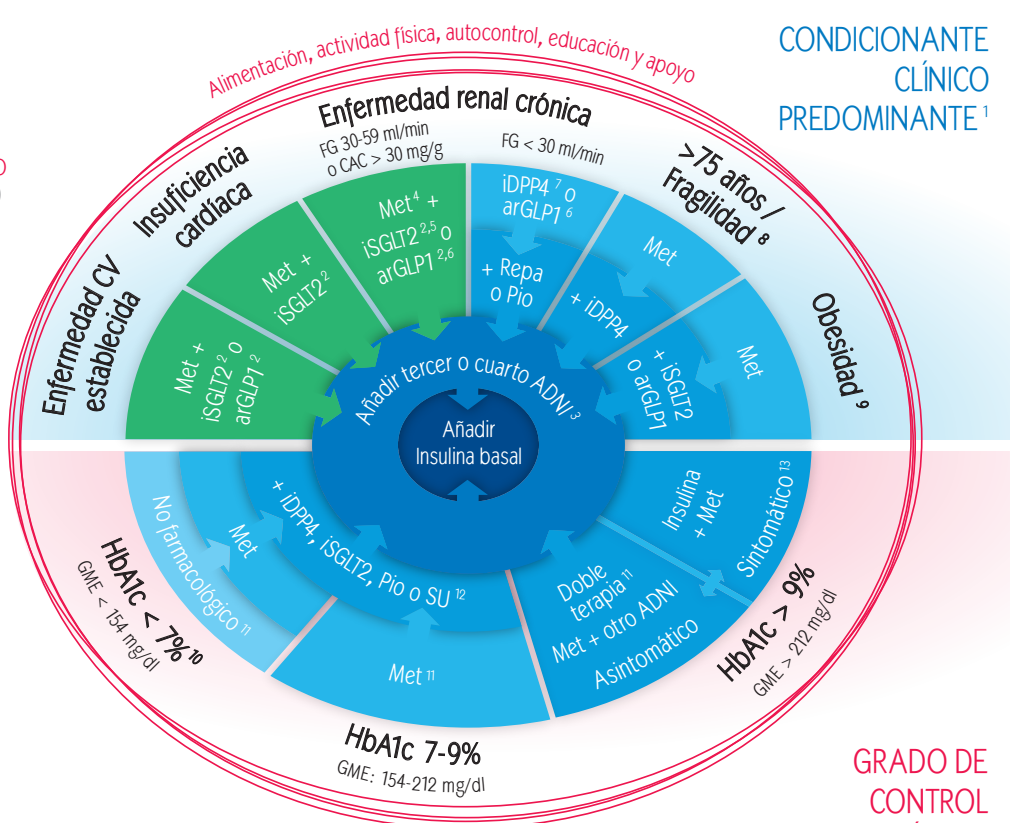
Toda modificación del tratamiento farmacológico precisa supervisión, y siempre con el objetivo de garantizar la seguridad del paciente y velar por su calidad de vida.

Figura 3. Algoritmo de tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 de la redGDPS (2020)<sup>12</sup>



1. La elección del fármaco según el condicionante clínico predominante prevalece sobre los valores de HbA1c. En color verde opciones con evidencias en reducción de eventos.
2. ISGLT2 y/o arGLP1 con evidencias en reducción de eventos. En España, los arGLP1 solamente están financiados si IMC > 30 kg/m<sup>2</sup>.
3. No asociar iDPP4 con arGLP1; ni SU con repaglinida.
4. Reducir dosis metformina a la mitad si FG < 45 ml/min y suspender si FG < 30 ml/min.
5. Prescribir los ISGLT2 según la ficha técnica; no iniciar si FG < 60 ml/min, suspender si FG < 45 ml/min (abril 2020).
6. Linagliptina, Dulaglutida y Semaglutida se pueden prescribir si FG > 15 ml/min.
7. Reducir la dosis de acuerdo con la ficha técnica, excepto linagliptina que no requiere ajustes.
8. Se recomienda desintensificar o simplificar los regímenes terapéuticos complejos para reducir el riesgo de hipoglucemia, especialmente en pacientes tratados con insulina o sulfonilureas con HbA1c < 6,5%.
9. Si IMC > 35 kg/m<sup>2</sup> es preferible un arGLP1. Considerar también la cirugía bariátrica.
10. Considerar un objetivo de HbA1c < 6,5% en pacientes jóvenes, de reciente diagnóstico, en monoterapia o tratamiento no farmacológico, evitando fármacos con riesgo de hipoglucemia.
11. Reevaluar HbA1c a los 3 meses tras inicio o cambio terapéutico e intensificar tratamiento en caso de no conseguir el objetivo personalizado. Cuando se ha conseguido el objetivo, control de HbA1c cada 6 meses.
12. Glizacida o glibeprida.
13. Clínica cardinal: poliuria, polidipsia y pérdida de peso.

ABREVIATURAS:  
ADNI: antidiabético no insulínico; arGLP1: análogo de los receptores del péptido similar al glucagón; CAC: cociente albúmina/creatinina; CV: cardiovascular; FG: filtrado glomerular; GME: glucemia media estimada; HbA1c: hemoglobina glucosilada; iDPP4: inhibidor de la dipeptidil peptidasa 4; ISGLT2: inhibidor del co-transportador de sodio y glucosa tipo 2; Met: metformina; Pio: pioglitazona; Repa: repaglinida.



Objetivo personalizado. Reevaluar cada 3 a 6 meses<sup>11</sup>

Sin duda, este evento adverso grave que tuvo Andeka podría haberse evitado.

No olvidemos que siempre hay margen de mejora en nuestros pacientes con DM2.

### BIBLIOGRAFÍA

1. García Soidán J (coord.). Guía de diabetes tipo 2 para clínicos: recomendaciones de la redGDPS. 2018. Disponible en: URL: <https://www.redgdps.org/guia-de-diabetes-tipo-2-paraclinicos/5-objetivos-de-control-20180917> [último acceso: 30 de noviembre de 2020].
2. Estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización: ENEAS 2005. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006. Disponible en: URL: <https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2006/ENEAS.pdf> [último acceso: 15 de diciembre de 2020].
3. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud: APEAS 2008. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008. Disponible en: URL: <https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2008/APEAS.pdf> [último acceso: 15 de diciembre de 2020].
4. Fernandes OA, Shojania KG. Medication reconciliation in the hospital. What, why, where, when, who and how? *Healthc Q*. 2012;15:42-9.
5. How to guide: Prevent adverse drug events by implementing medication reconciliation. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2011. Disponible en: URL: <http://www.ihio.org/knowledge/Pages/Tools/HowtoGuidePreventAdverseDrugEvents.aspx> [último acceso: 15 de diciembre de 2020].
6. Bravo Toledo R, Caballero Encinar N. Conciliación de la medicación en el paciente polimedicado. En: Gavilán Moral E, Villafaina Barros A (editores). *Polimedicación y Salud: Estrategias para la adecuación terapéutica*. Plasencia: Fundesalud. Servicio Extremeño de Salud; 2011. p. 187-218.
7. Rodríguez Palomar G, Rosich Martí I. Conciliación de la medicación. En: Amado Guirado E (coord.). *Elementos básicos del abordaje de la medicación en el paciente crónico: información al paciente, conciliación, revisión y adherencia*. Madrid: Ala Oeste. SEFAP; 2012. p. 37-70.
8. Roure C. Conciliación de la medicación: una herramienta necesaria para garantizar la continuidad asistencial y mejorar la seguridad del paciente. *Butlletí d'Informació Terapèutica*. 2010;22:19-26.
9. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. Medication reconciliation at discharge: a review of the clinical evidence and guidelines. 2012. Disponible en: URL: <http://www.cadth.ca/media/pdf/htis/april-2012/RC0339%20-%20Medication%20Reconciliation%20Final.pdf> [último acceso: 15 de diciembre de 2020].
10. Gómez-Huelgas R, Artola-Menéndez S, Menéndez-Torre E. Análisis del proceso asistencial de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y comorbilidad asociada atendidos en el Sistema Nacional de Salud en España: una perspectiva de los profesionales médicos. *Estudio IMAGINE. Rev Clin Esp*. 2016;216:113-20.
11. Grupo de Trabajo de Diabetes, Obesidad y Nutrición de la Sociedad Española de Medicina Interna. Recomendaciones del tratamiento farmacológico de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) al alta hospitalaria. 2020. Disponible en: URL: <https://www.fesemi.org/recomendaciones-del-tratamiento-farmacologico-de-la-diabetes-mellitus-tipo-2-dm2-al-alta> [último acceso: 6 de diciembre de 2020].
12. Mata Cases M, Artola Menéndez S, Díez Espino J, Ezkurra Loiola P, García Soidán FJ, Franch Nadal J. Algoritmo de tratamiento de la DM2 de la redGDPS 2020. *Diabetes Práctica*. 2020;11:41-76.