

# DESORIENTACIÓN EN DIABÉTICO: NO TODO ES HIPOGLUCEMIA

Autores: Soriano Fernández BA<sup>1</sup>, Guirado Hidalgo FJ<sup>2</sup>, Linero Vazquez F<sup>1</sup>.

Centro trabajo:<sup>1</sup> Médico de Familia C.S Alhaurín de la Torre (Málaga), <sup>2</sup> Médico de Familia C.S Cártama (Málaga).

**INTRODUCCIÓN:** La cetoacidosis diabética (CAD) es una complicación aguda de la diabetes mellitus (DM) producida por un déficit en la actividad insulínica y se caracteriza por la presencia de deshidratación, hiperglucemia y acidosis metabólica. En un 95% de las CAD tiene causas evitables (tabla 1).

Causas	Porcentaje
Infección	30-40
Suspensión de insulina	15-10
Primera manifestación	20-25
IAM, pancreatitis, ictus, <i>shock</i> , hipovolemia, otros cuadros clínicos	10-15
Ninguna causa aparente	20-25

Tabla 1

**ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN:** El diagnóstico de la CAD se sospecha por los síntomas del paciente (náuseas, vómitos, poliuria, polidipsia, pérdida de peso y a veces afectación del nivel de conciencia, fetor cetónico, taquipnea, taquicardia, hipotensión y oliguria) y el hallazgo de glucemia > 250 mg/dl, presencia de cetonuria, pH arterial < 7,3 y bicarbonato <15 mEq/l (tabla. 2). Todos los pacientes con sospecha de CAD requieren ingreso hospitalario. La base del tratamiento consiste en la corrección de la deshidratación mediante hidratación parenteral, las anomalías en el metabolismo hidrogenocarbonado administrando insulina regular, así como del trastorno hidroelectrolítico (especialmente del potasio) y la acidosis.

**PALABRAS CLAVES:** Cetoacidosis, hiperglucemia, déficit de insulina.

**BIBLIOGRAFÍA:** García Rodríguez M.J, Antolí Royo A.C, González Maroño C y García Mingo A. Complicaciones hiperglucémicas agudas de la diabetes mellitus: cetoacidosis diabética y estado hiperosmolar hiperglucémico. *Medicine*. 2008 (18):1177-83.

Giménez M, Nicolau J, miró O. Manejo de la cetosis y cetoacidosis diabética en urgencias. *Jano*. 2006; 1.612: 39-42.

Jiménez Murillo L, Montero Pérez F.J. Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación. Tercera Edición. Elsevier. Madrid 2004.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Varón de 56 años con antecedentes personales de DM con mal control metabólico en tratamiento con Lantus® 0-0-40 U, que presenta cuadro de desorientación, según la mujer ha metido el móvil en el congelador y está algo disártrico. A la exploración neurológica destaca leve disartria resto normal, ACR: normal. TA: 95/60 mmHg, glucemia "high" y ECG (fig .1). Es derivado a hospital bajo sospecha de CAD, siendo confirmada. En analítica hospital destaca: glucemia 1150 mg/dl, urea 141 mg/dl, creatinina 3.90 mg/dl, sodio 120 mEq/l, cloro 71 mEq/l, potasio 6.20 mEq/l, ácido láctico 8.9 mmol/l, pH 6.9, pCO<sub>2</sub> 24.5 mmHg, pO<sub>2</sub> 69.4 mmHg, bicarbonato 9 mEq/l, hemograma y sedimento normal.

Criterios diagnósticos de laboratorio para cetoacidosis diabética (CAD) y situación hiperosmolar no cetósica (SHNC)				
	CAD leve	CAD moderada	CAD severa	SHNC
Glucosa pl (mg/dl)	> 250	> 250	> 250	> 600
pH arterial	7,25-7,30	7,00-7,24	< 7,00	> 7,30
Bicarbonato suero (mEq/l)	15-18	10-15	< 10	> 15
Cetonuria	Positiva	Positiva	Positiva	Negativa
Cetonemia	Positiva	Positiva	Positiva	Negativa
Osm pl (mOsm/kg)	Variable	Variable	Variable	> 320
Anión GAP	> 10	> 12	> 12	Variable
Nivel de consciencia	Alerta	Alerta/somnoliento	Estupor/coma	Estupor/coma

pl: plasmática; Osm: Osmolaridad.

Tabla 2

