Semergen. 2015;41 (Espec Congr):1784

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

160/2470 - Taquipnea en la consulta de ATENCIÓN Primaria

M.P. Carlos González[a], M. González Ruíz[b], L. Alli Alonso[c], E.A. Lino Montenegro[d], M. El Sayed Soheim[d], N. Santos Méndez[c], J. Gutiérrez Sainz[e], A.M. González Pedraja[b], Z. Soneira Rodríguez[f] y M.J. Labrador Hernández[g]

[a]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cañoza. Santander.[b] Médico de Familia. Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.[c]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo. Santander.[d]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud General Dávila. Santander.[e] Médico de Familia. Centro de Salud Playa Blanca. Lanzarote. Las Palmas.[f]Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.[g]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Alisal. Santander.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 27 años que acude a la consulta de Atención primaria por astenia, dificultad para la concentración, nerviosismo y taquipnea de intensidad progresiva desde hace 48 horas. Antecedentes personales: DM tipo I de 13 años de evolución. Fumadora activa de 10 paquetes/año. Trastorno adaptativo que precisó antidepresivos y ansiolíticos hace 5 años. Tratamiento habitual: Insulina glargina 40-0-30 e insulina rápida según raciones. La paciente refiere que está preparando un examen de oposición. Estudia más de 10 horas al día y se encuentra nerviosa, con bajo rendimiento en el estudio, molestias abdominales inespecíficas y en las últimas horas náuseas. En cuanto al control glucémico, admite irregularidades en los últimos días debido a la circunstancia comentada, en cuanto a la dieta, horario de la ingesta y tratamiento que se pone, refiriendo necesitar más insulina rápida de la habitual. Niega semiología infecciosa en la anamnesis por aparatos u otros síntomas. FUR: dos días antes de la consulta. Última HbA1c perteneciente a 3 meses antes es de 12,7. Dados los antecedentes de la paciente y el mal control metabólico de la DM I, determinamos la glucemia capilar in situ obteniendo un valor de 420, ante este hallazgo, determinamos en tira de orina reactiva la presencia de glucosuria +++ y cetonuria ++. Ante la sospecha de cetoacidosis diabética, se canaliza una vía periférica y se

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

inicia fluidoterapia con SSF 0,9% 500 cc a pasar a chorro, se administran 10 UI de insulina rápida endovenoso y se traslada al hospital.

Exploración y pruebas complementarias: REG, FC: 120 lpm, FR: 40 rpm, TA: 140/70 mmHg. Tª: 36,5 ^{o}C. ECG: 15. Cabeza y cuello: deshidratación leve de piel y mucosas. Discreto fetor cetósico. ACP: rítmica sin soplos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: blando, depresible, doloroso a la palpación de manera difusa, sin signos de irritación peritoneal, no se objetivan masas ni megalias. EEII: no edemas. ECG: ritmo sinusal a 120. Rx tórax portátil: sin hallazgos significativos. HG: leucocitos 8,5 con fórmula normal. BQ: glucosa: 472, creatinina: 0,5, sodio: 131. Resto, incluida PCR y pruebas de función hepática, normal. Cetonemia: 6,9. CO: normal. GSV: pH: 7,175. HCO3: 7,4. pO2: 40,7. pCO2: 20,8. BE: -20,200. Orina: glucosa y cuerpos cetónicos: ++++. Se inicia fluidoterapia agresiva e insulinoterapia corrigiendo progresivamente el trastorno metabólico. Igualmente se indaga en el factor precipitante del mismo por si fuera susceptible de ser tratado desde este momento.

Juicio clínico: Cetoacidosis diabética (leve moderada o grave).

Diagnóstico diferencial: Hiperglucemia simple. Proceso infeccioso subyacente de origen digestivo, respiratorio o urinario. Síndrome ansioso.

Comentario final: La cetoacidosis diabética es la complicación metabólica típica de la DM I y se define por GC > 250, cetosis y acidemia (pH 7,3). Debemos estar atentos a esta entidad puesto que progresa rápidamente y constituye una urgencia diabética precisando todos los pacientes que la presenten ser derivados al hospital. Una anamnesis y exploración física encaminadas a determinar la gravedad del proceso y el factor desencadenantes son importantes para identificar y tratar precozmente la alteración metabólica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Andreu D, Sangil I, Saro G. Aproximación a Medicina Urgencias. HUMV. Complicación de la Diabetes Mellitus. p. 365-70.

2. American Diabetes Association. Standars of Medical Care in Diabetes-2013. 2013;36 (S1):S11-S66.

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.