



Medicina de Familia. SEMERGEN



<http://www.elsevier.es/semergen>

347/4116 - MAL CONTROL DIABÉTICO. APROXIMACIÓN BIOPSIKOSOKIAL

O. Iraqui Houssaini Rato^a, E. Suárez Jaqueto^a, H. Mendes Moreira^b y R. Abad Rodríguez^c

^aMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pola de Siero. Asturias. ^bMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Siero-Sariego. Oviedo. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Pola de Siero. Asturias.

Resumen

Descripción del caso: Varón 68 años, DM2 en tratamiento con Insulina 26UI con control glucémico y repercusión multiorgánica (retinopatía y neuropatía diabéticas), hipertenso, dislipémico con hipotiroidismo subclínico. En un periodo de 36 horas reciente dos episodios de coma hipoglucémico severo, de difícil resolución.

Exploración y pruebas complementarias: Peso: 58. Talla: 1,69. A nuestra llegada (2º episodio): Paciente inconsciente, sudoroso, palidez mucocutánea, postura de decorticación, rigidez musculoesquelética, taquipneico. Pupilas reactivas y simétricas. Auscultación cardiopulmonar anodinas. Glucemia: 20 mg/dl.

Orientación diagnóstica: Coma hipoglucémico.

Diagnóstico diferencial: Estados de mínima conciencia por sepsis, ACV o traumatismo, síndromes de cautiverio o estado vegetativo, shock (neurogénico. cardiogénico o hipovolémico), etc.

Comentario final: Presentamos el caso de un paciente diabético insulínico independiente con mal control glucémico y episodios frecuentes de hiper- e hipoglucemias, provocados no solo por desajuste farmacológico o evolución galopante de enfermedad, sino especialmente por un problema social que condiciona mala alimentación y horarios irregulares de comidas. Nuestro paciente reside en zona urbana, diagnosticado en 2003 de DM2, dispone de la cuarta parte de un piso heredado (cocina no incluida, lo cual le dificulta mantener una correcta rutina alimenticia) y recibe pensión de 629 euros. Esto añadido a un déficit cognitivo empeorado por los sucesivos comas hipoglucémicos últimamente, desemboca en un pésimo control de su glucemia basal y desajuste de cifras de hemoglobina glucosilada. Además, indagando sobre dieta habitual en nuestra consulta de AP, el paciente refiere ingerir comida preparada y enlatada sin ningún acompañamiento ni gusto culinario por cuestiones económicas y desinterés del propio paciente, por lo que el hecho de no gustarle el sabor de lo que ingiere, añadido al descontrol horario redundará en los numerosos episodios de alteraciones glucémicas con los subsiguientes comas.

Bibliografía

1. Cano Cabo EM, Sánchez Rodríguez R, Corugedo Ovies C, et al. Diabetes Mellitus tipo 1. En: Llisterti Caro JL, Aicart Bort MD, Turégano Yedro M, eds. Manual de diagnóstico y tratamiento dirigido al residente de Medicina familiar y comunitaria (RESIMECUM).

2. Suárez Pita D, Vargas Romero JC, Salas Jarque J, et al. Manual de diagnóstico y terapéutica médica del Hospital Universitario 12 de octubre, 8ª ed. Madrid: MSD, 2016; pp. 1284 6.

Palabras clave: Dieta comunitaria. Hipoglucemia.