

CASO CLÍNICO. DIABETES DESCOMPENSADA

Juana. Mujer en la 5ta década de la vida. DT2 de 15 años de diagnóstico. Manejo a expensas de insulina NPH 30/10 UI/día. Mal apego a tratamiento médico. Cursa con cuadro de disuria y tenesmo vesical de 48 horas. Se asocia fiebre no cuantificada intermitente. Acude a facultativo en farmacia quien otorga manejo a expensas de Cefalosporina de 3ra generación IM a dosis subóptima y antipirético oral al cual presenta pobre respuesta. Hace 4 horas presenta ataque al estado general, astenia, adinamia, poliuria, polaquiuria, diaforesis y escalofríos. Acude a valoración médica a un hospital institucional. Ingres a Observación urgencias por probable descompensación metabólica mas proceso infeccioso sospechado urinario. A su ingreso presenta desorientación temporoespacial, palidez generalizada de tegumentos, estado hidrico suboptimo, mucosa oral seca, saliva escasa, piel en lienzo húmedo, llenado capilar y coloración distal anormal. Dinámica ventilatoria bajo respiración en taquipnea con inspiración profunda y espiración rápida, tolera el decúbito, se ausculta con adecuada entrada y salida de aire en ambos hemitórax. Precordio se explora rítmico, taquicárdico, sin fenómenos asociados, sin presencia de ingurgitación yugular. Presenta dolor abdominal inespecífico de predominio en hipocodrio derecho, se ausculta hipoperistáltico, refiere canalizar gases y sin evacuaciones desde hace 24 horas. Glucemia capilar 403 mg/dL. Refiere sintomatología urinaria irritativa. Se documenta fiebre a su ingreso y por bioquímica sanguínea presenta hiperglucemia, hipokalemia, hipocalcemia, hipomagnesemia e hipofosfatemia leve; hemograma con repunte leucocitario con desviación de la curva a la izquierda, bandemia y hemoconcentración sin alteración plaquetaria. Función hepática conservada. Función renal sin alteración. Perfil de coagulación normal. Examen General de Orina con leucocituria, nitrituria y centonuria representativa. Estado acido base con trastorno mixto por acidemia metabólica de brecha aniónica amplia descompensada eulactatémica y alcalosis respiratoria aguda normoxémica. El paciente durante su abordaje, presenta inestabilidad hemodinámica y mayor deterioro neurológico, por lo que se decide manejo avanzado de la vía aérea al segundo intento por Cormack 2 con sospecha de aspiración de contenido gástrico. Ingres a la UCI. Las indicaciones son las siguientes:

1. NUTRICION

- a. Ayuno

2. MEDIDAS GENERALES

- a. Rutina del servicio
- b. Posicion semifowler. Alternar posicion reposit. Rutina profilaxis antiescara por presión
- c. Glucemia capilar cada hora
- d. Vigilar datos de sangrado a cualquier nivel
- e. Profilaxis mecanica anti-tpv

3. INHALOTERAPIA

- a. Ventilacion mecanica con parametros dinamicos
- b. Aspiracion de secreciones solo en caso necesario

4. SOLUCIONES

- a. Solucion NaCl 0,45% 1000 cc / 30 mEq KCL IV a 250 cc/hora. Valorar la siguiente
- b. NaHCO3 100 mmol / 400 cc agua bidestilada / 20 mEq KCL IV a 200 cc/hora. Dosis Unica
- c. Insulina rápida 100 UI / 100 cc Sol NaCl 0,45% IV a 6,5 cc/hora

5. MEDICAMENTOS

- a. Omeprazol 40 mg IV cada 24 horas
- b. Paracetamol 750 mg PNSG cada 8 horas
- c. Insulina rápida 6,5 UI IV. Dosis Única

6. ANIMICROBIANOS

- a. Levofloxacino 750 mg IV cada 24 horas (0)

7. OBJETIVOS

- a. Ionograma / Bioquímica renal / Gases sanguíneos cada 4 horas

Dr Chunga. Médico Adjunto. Unidad de Cuidados Intensivos

Bajo las consideraciones siguientes, determinar o suponer:

1. Nivel de Na del paciente
2. Nivel de K del paciente
3. pH sanguíneo del paciente
4. Meta en la primer hora para descenso de glucemia sérica

Durante su estancia. La paciente presenta resolución del cuadro. Egres a de la UCI.

En piso de Medicina Interna, presenta descontrol metabólico persistente, aun con insulina intermedia pautaada SC. Por lo que deciden inicio de insulino terapia IV. Solicitando metas de 140 a 180 mg/dL con Glucemia capilar de 563 mg/dL. Bajo la siguiente indicación:

- Insulina rápida 100 UI / 100 cc Sol NaCl 0,45% IV a 10 cc/hora
1. Como se debe titular la insulina IV para mantener la meta 140 a 180 mg/dL, bajo el conocimiento de los mg/dL/hora que se deben disminuir para evitar complicaciones.

Una vez resuelta la hiperglucemia, se mantiene durante 24 horas bajo control glucémico en metas y adecuada tolerancia a la VO. Sin embargo, presenta cuadro de neuroglucopenia clínica con determinación de glucemias capilares y venosas periféricas de 45 mg/dL. Lograndose control glucemico bajo aporte continuo de Solucion Glucosa al 20% en infusión continua, aporte calórico enteral y ajuste de insulina intermedia según requerimiento.