



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 212/887 - CETOACIDOSIS DIABÉTICA GRAVE

Á. González Díaz-Faes<sup>a</sup>, C. Fortuny Henríquez<sup>b</sup>, A. Fernández Serna<sup>c</sup>, L. de la Fuente Blanco<sup>a</sup>, S. Díez Martínez<sup>d</sup>, M.J. Arques Pérez<sup>e</sup>, P. López Tens<sup>f</sup>, L. Gómez Ruiz<sup>g</sup> y A. Blanco García<sup>h</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. <sup>b</sup>Médico Residente. Centro de Salud La Marina. Santander. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; <sup>e</sup>Médico de Familia. Centro de Salud el Sardinero. Santander. <sup>d</sup>Médico de Familia. SUAP Alisal. Santander. <sup>f</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cazoña. Santander. <sup>g</sup>Médico Residente. Centro de Salud General Dávila. Santander. <sup>h</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Maliaño.

## Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 44 años, que acude a urgencias por 24 horas de mal estar general, con dolor abdominal, náuseas y vómitos. No presenta fiebre. Antecedentes personales: Bebedor de fin de semana. HTA. DM tipo 1 de 9 años de evolución, con regular control glucometabólico. IAM en 2014. Tratamiento: bisoprolol, atorvastatina, ezetrol, omeprazol, adoro, clopidogrel, insulina Lantus 44-0-0 e insulina novorapid según ingesta de carbohidratos.

**Exploración y pruebas complementarias:** Exploración física: TA 145/60, FC 130 lpm, frecuencia respiratoria 35 respiraciones por minuto, SaTO<sub>2</sub> 97% con gafas nasales a 2 litros. No focalidad neurológica. Resto sin hallazgos patológicos. Bioquímica: glucosa 630 mg/dL, creatinina 1,47 mg/dL, K 6,3 mEq/L. Cuerpos cetónicos capilares 6,9 mg/dL. Gasometría venosa: pH 6,9, pCO<sub>2</sub> 16,4 mmHg, HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> 3,2 mol/L. Rx tórax: sin hallazgos patológicos.

**Juicio clínico:** Cetoacidosis diabética grave.

**Diagnóstico diferencial:** Hiperglucemia hiperosmolar.

**Comentario final:** Plan de actuación: se decide traslado del paciente a UCI, donde se comienza con perfusión de insulina, bicarbonato endovenoso, fluidoterapia, mejorando los controles glucémicos, normalización de las cifras de cuerpos cetónicos y desaparición de la acidosis en la gasometría. Se realizó despistaje infeccioso sin encontrar foco. reinterrogado el paciente, niega consumo de alcohol pero reconoce que en los últimos días no se había administrado la insulina. La cetoacidosis es una descompensación metabólica aguda grave de la DM. Se caracteriza por un déficit absoluto o relativo de insulina junto con un aumento de las hormonas contrareguladoras, todo ello aumenta la glucogenólisis, la proteólisis, existe también una disminución de la utilización periférica de glucosa. Puede ser la forma de presentación de la DM o una complicación derivada. Su diagnóstico se basa en la clínica y la presencia de glucemia elevada, cetonemia y acidosis metabólica. Se puede dividir la cetoacidosis en leve, moderada o grave. El tratamiento se basa en medidas generales, tratar la causa precipitante, hidratación, insulinización endovenosa y reposición iónica los casos que la requieran. El diagnóstico y el tratamiento debe ser rápido, para evitar complicaciones. La mortalidad del

cuadro es de un 2 a un 10%.

### **Bibliografía**

1. Genuth S. Cetoacidosis diabética y como hiperglucémico hiperosmolar no cetósico en el adulto. En: Lebovitz HE, ed. Tratamiento de la diabetes y sus complicaciones. Barcelona: Medical Trends SL.

**Palabras clave:** *Cetoacidosis diabética. Diabetes mellitus tipo 1.*