



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

249/55 - LO QUE PUEDE PROVOCAR UNA SIMPLE VIRIASIS EN UN PACIENTE DIABÉTICO

C. Marinero Noval^a, O. Casanueva Soler^b, I. Lobo Cortizo^c, L. López Menéndez^d, B. Di Salvo León^a y O. Potemkina^e

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud de Ventanielles. Oviedo. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud Zapatón. Torrelavega. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Valdesoto. Siero. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud de El Cristo. Oviedo. ^eMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de El Cristo. Oviedo.

Resumen

Descripción del caso: Antecedentes personales: mujer de 31 años, que vive con su marido y su recién nacido. IABVD. No fumadora. Diabetes mellitus insulínica. Enfermedad de Graves. Parto natural 10 días antes. Medicación habitual: insulina rápida 4 UI Predno, 7 UI Precda y 6 UI Precena. A esto se añade insulina Lantus 9 UI a las 14:30. Dosis total, por tanto de 26 UI/día. Historia actual: paciente de 31 años, puérpera desde hace 10 días. A tratamiento con insulina, que acude al MAP acompañada por un cuadro de mal estar general, vómitos y una deposición diarreica de un par de horas de evolución. En un primer momento se etiquetó como gastroenteritis mandándola a domicilio con tratamiento sintomático para el mismo, haciendo hincapié en la buena hidratación y modificando en un principio las dosis de insulina para evitar la hipoglucemia si la ingesta iba a estar reducida. Al día siguiente vuelve de nuevo, con la misma sintomatología algo agravada, acompañada además de polidipsia intensa. Se realizó en domicilio una glucemia basal dando error. En el centro de salud también da error por lo que se deriva a urgencias para valoración. A su llegada a urgencias se objetiva glucemia mayor de 600, acidosis metabólica con pH de 7,39 y cetonemia positiva.

Exploración y pruebas complementarias: COC. BEG. Estable hemodinámicamente. Hipovolémica, refiere sed. Sin focalidad neurológica. Ac: rítmica. Sin soplos. AP: buena ventilación bilateral sin ruidos accesorios. Abdomen blando, no doloroso. Sin edemas en EEII. Bioquímica: glucosa: 627 mg/dl. Creatinina: 88 mg/dl alto (a) creatinina: 1,26 mg/dl alto (a) ion sodio: 133 mmol/l. Hemograma y coagulación normal. Orina: pH: 5,0 proteína.: +1 glucosa.: +4 sangre: +1 leucocitos (orina): N nitritos (orina): N cuerpos cetónicos (orina): +3. Gasometría: gasometría venosa: pH (gas venoso): 7,39. pCO₂: 22 mmHg. pO₂: 63 mmHg. Bicarbonato: 7,9 mmol/l CO₂ total: 6,1 mmol/l. Exceso de bases: -25,9 mmol/l. Saturación oxihemoglobina: 86% .

Juicio clínico: Cetoacidosis en probable relación con viriasis en DM tipo I.

Comentario final: La paciente ingresa en la UVI. Se trata de una diabética de tipo I en cetoacidosis en probable relación con viriasis. En estos casos el objetivo no es bajar la glucemia, sino aportar volumen, glucosa e insulina para evitar la cetosis. En casos de pacientes diabéticos, hay que llevar

controles a rajatabla de la glucemia, incluso en casos como este que no parece en un primer momento que pueda ser una alteración glucémica pero como se observó posteriormente sí lo era. Si en la primera visita se hubiese tomado una glucemia basal detectando en tal caso el aumento de la cifra, quizá hubiésemos podido controlar la glucemia en el propio centro de salud evitando la visita al hospital y su consecuente ingreso en UVI. Los controles metabólicos de los pacientes son fundamentales en atención primaria.