



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 160/1573 - MOLESTIAS DIGESTIVAS

R. Alonso Iglesias<sup>a</sup>, Á.F. Viola Candela<sup>b</sup>, C. Sánchez Peinador<sup>b</sup>, M. Robles Torres<sup>c</sup>, G. Lucía Ramos<sup>c</sup> y A.J. Rosario Mena<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Residente de 4º año. Centro de Salud Miguel Armijo Moreno. Salamanca. <sup>b</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alamedilla. Salamanca. <sup>c</sup>Médico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Miguel Armijo Moreno. Salamanca. <sup>d</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Miguel Armijo Moreno. Salamanca.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 57 años de edad con mal estar general y astenia de 8 horas de evolución. Refiere sensación de plenitud abdominal y dolor epigástrico sin irradiación. Leve pirosis, RGE, no tos. Eructos y sensación de sequedad de boca. Ha presentado 1 vómito alimentario y 2 vómitos biliosos. No cambios en el hábito intestinal. Última deposición esta mañana. Heces sin productos patológicos. Febrícula de hasta 37,3 °C. No expectoración verdosa, ni cuadro catarral. No clínica miccional. No dolor torácico opresivo. No síncope. No disnea. AP: DM tipo 2; hipotiroidismo. IQ: coartación de aorta. Tratamientos: Eutirox 175 µg (1-0-0); insulina Lantus (0-0-10); insulina rápida (6-10-8).

**Exploración y pruebas complementarias:** Consciente y orientada. Hidratada. Normal coloración cutánea y de mucosas. Levemente taquipneica en reposo. Colabora. AC: taquicárdica con tonos rítmicos. No soplos. AP: MVC en ambos campos. Abdomen: blando. Doloroso a la palpación en epigastrio. Ruidos intestinales: normales. No masas ni megalias. Blumberg negativo. Pulsos pedios presentes. No signos de TVP. No edemas en EEII. TA: 132/64; Temp: 37,3 °C; F.C: 130; Saturación O<sub>2</sub>: 97%. Glucemia: 510. Se realiza tira de orina: glucosa: ++++; cuerpos cetónicos: ++++; nitritos: -; esterasas leucocitarias: -. Su médico de atención primaria le deriva a Urgencias con la sospecha diagnóstica de cetoacidosis diabética. Se inicia hidratación: 1.000 cc/hora de suero fisiológico 0,9% y se administran 8 UI de Insulina rápida i.v. en bolo. En el servicio de Urgencias se pide: analítica: Hb: 12,8 g/dl; hematocrito: 37,3%; VCM: 93,5 fl; HCM: 32,1 pg; leucocitos: 22.500 µL; neutrófilos: 18.550 µL; linfocitos: 2.230 µL; plaquetas: 183.000 fl. Glucosa: 448 mg/dl; urea: 32 mg/dl; Cr: 0,92 mg/dl. PCR: 0,59 mg/dl. Na: 147 mmol/L; K: 3,6 mmol/L; fósforo: 2,6 mg/dl. Perfil hepático y amilasa: normales. Gasometría venosa: pH: 7,09; p CO<sub>2</sub>: 18 mmHg; bicarbonato real: 5,5 mmol/L; exceso de bases efectivo: -24,3 mmol/L. Rx tórax: normal. Se continúa con hidratación a 500 cc/hora de suero isotónico al 0,9%; 218 ml de bicarbonato sódico 1M e insulina rápida 6 cc/hora en perfusión de 50 UI/50 cc. i.v.

**Juicio clínico:** Cetoacidosis diabética.

**Diagnóstico diferencial:** Descompensación hiperglucémica simple; coma hiperosmolar y cetoacidosis diabética.

**Comentario final:** A pesar de que toda cetoacidosis diabética debe manejarse en el ámbito hospitalario, desde atención primaria se puede sospechar el diagnóstico con pruebas sencillas y rápidas de realizar; como glucemia capilar y tira de orina. La tira de orina con numerosos cuerpos cetónicos y glucosuria orientará el diagnóstico. Desde primaria, también se puede comenzar con las primeras medidas de tratamiento como sería la Insulina en bolo y la sueroterapia.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Pérez A, Conthe P, Aguilar M, Bertomeu V, et al. Av Diabetol. 2009;25:357-70.