



<https://www.revclinesp.es>

D-030 - ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE LAS CETOACIDOSIS DIABÉTICAS EN UN AÑO EN UN HOSPITAL DE NIVEL 1

L. Gagliardi Alarcón¹, L. Martín Rodríguez², C. Suárez Álvarez¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Urgencias. Hospital Infanta Elena. Valdemoro (Madrid).

Resumen

Objetivos: Conocer el perfil de las cetoacidosis diabéticas (CD) que se atienden en el servicio de Urgencias de nuestro hospital (SUH).

Material y métodos: Se revisaron los diagnósticos al alta que contuviesen las formulas “cetoacidosis”, “cetosis”, “cetónicos” en todos los pacientes valorados en el SUHs durante el año 2015, obteniéndose un total de 216 resultados. Sobre estos a su vez se realizó una revisión manual, desechariendo aquellos en los que el informe descartaba que se tratase de este cuadro y, en el resto, se filtraron únicamente aquellos que, a su llegada a Urgencias, presentasen pH 7,35 y presencia de cuerpos cetónicos en orina.

Resultados: Se obtuvieron finalmente 11 episodios. Se analizaron variables demográficas (edad, sexo, institucionalizado) y clínicas: antecedentes (diabetes previa conocida, factores de riesgo vascular, tratamiento habitual), motivo de consulta, motivo de la descompensación, duración de hospitalización y estancia en Urgencias, tiempo hasta normalización de pH, mortalidad intrahospitalaria y parámetros analíticos a su llegada.

Tabla 1. Perfil analítico

Glucemia (mg/dL) a su llegada (media, rango)	490 (231-843)
Creatinina (mg/dL) a su llegada.(media, rango)	1,26 (0,7-3,1)
Na	133,5 (118-141)
K	4,64 (4,2-7,3)
pH	7,11 (6,86-7,30)

HCO3	(4,8-17,5)
Cuerpos cetónicos en orina	100 (10-300)

Tabla 2. Características demográficas y clínicas

Edad (mediana y rango) y sexo	35 años (18-66). 6 mujeres, 5 varones
Diabetes mellitus previa	8 DM1 (72%), 2 DM2 (18%), 1 debut DM (9%)
Tratamiento previo	1 DPP4 (10%). 9 insulinas (90%)
Causa descompensación	10 infección intercurrente (91%), 1 no cumplimentación de tratamiento (9%)
Tipo de infección	8 origen digestivo (80%), 2 piel y partes blandas (20%)

Discusión: Aunque la incidencia de CD en nuestro centro es baja, se observa que la existencia de un proceso infeccioso intercurrente es la principal causa de la descompensación, tanto en pacientes con DM 1 como DM2. Llama la atención la escasez de debut diabéticos en forma de CD, probablemente por la facilidad de acceso precoz al sistema sanitario en cuando aparecen síntomas más leves (poliuria, polidipsia, pérdida de peso...).

Conclusiones: La presentación clínica de CD es muy heterogénea y debemos sospecharla en cualquier paciente con diabetes mellitus conocida que consulte por una amplia variedad de motivos al SUH (vómitos, dolor abdominal, síntomas miccionales, elevación de cifras de glucemia en los autocontroles...). Con los medios de tratamiento actuales el pronóstico, salvo complicaciones asociadas graves, es favorable.