

Hiper glucemia en el adulto

C. Amouyal, E. Touati

Cuando se descubre una hiper glucemia sintomática, es decir, el síndrome cardinal (poliuria, polidipsia y pérdida de peso), no es necesario confirmar el diagnóstico de diabetes y lo que hay que hacer es descartar una situación urgente: cetoacidosis en el caso de la diabetes tipo 1 y coma hiperosmolar en los pacientes frágiles. La segunda situación diagnóstica inicial consiste en el descubrimiento fortuito de una hiper glucemia. Es preciso, en este caso, disponer de los argumentos necesarios para hablar de diabetes, precisar su etiología y tratar la diabetes o la hiper glucemia no diabética de manera adecuada.

© 2017 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Hiper glucemia; Diabetes tipo 1; Diabetes tipo 2; Síndrome cardinal; Cetoacidosis

Plan

■ Introducción	1
■ Descubrimiento de una hiper glucemia sintomática	1
En caso de cetonuria o cetonemia positiva	1
En ausencia de cetonuria (o cetonemia)	2
■ Descubrimiento fortuito de una hiper glucemia	3
En caso de diabetes	3
«Prediabetes»	3
Hiper glucemia por estrés	4
■ Conclusión	4

■ Introducción

El descubrimiento de una hiper glucemia es una situación frecuente sobre la que deben conocerse dos posibles situaciones urgentes:

- deshidratación o, incluso, coma hiperosmolar, que puede presentarse en personas ancianas y/o con comorbilidad importante;
- cetoacidosis, que se presenta en las diabetes insulino dependientes (diabetes tipo 1 o secundaria a enfermedad pancreática).

Estas dos complicaciones son elocuentes desde el punto de vista clínico, pero hay que saber reaccionar también ante el descubrimiento fortuito de una hiper glucemia.

■ Descubrimiento de una hiper glucemia sintomática

Cuando la glucemia es superior a 1,80 g/l (9,9 mmol/l), se sobrepasa la capacidad de reabsorción renal de la glucosa^[1] y aparece glucosuria responsable de poliuria. Cuando ésta es importante, puede causar deshidratación global con sed y polidipsia. El riesgo de coma hiperosmolar reside en el hecho de que el paciente no sea capaz de compensar esta poliuria.

Por otra parte, la carencia de insulina, que suprime la inhibición de la lipólisis, es responsable de un catabolismo importante. Los ácidos grasos liberados se transforman en el hígado en cuerpos cetónicos, para convertirse en el principal sustrato de las células privadas de glucosa. La acumulación de cuerpos cetónicos puede provocar acidosis, que puede evolucionar hasta la muerte. La pérdida energética en caso de insulinopenia es importante (glucosuria, activación de las vías metabólicas de la lipólisis y la gluconeogénesis no inhibidas por la insulina) y provoca pérdida de peso, a pesar de una posible polifagia. La hiper glucemia, cuando es sintomática, traduce necesariamente la presencia de diabetes.

Ante una hiper glucemia superior a 2,50 g/l (13,8 mmol/l) asociada a un síndrome de poliuria y polidipsia y/o a pérdida de peso, es necesario utilizar una tira reactiva urinaria para investigar una posible cetonuria (la búsqueda de cetonemia es posible con algunos lectores de glucemia capilar). El grado de urgencia y la actuación que debe seguirse dependen del contexto y de la presencia de acetona (Fig. 1).

En caso de cetonuria o cetonemia positiva

En caso de cetonuria moderada (una o dos cruces) o de cetonemia (entre 0,5-2,5 mmol/l), sin signos clínicos de acidosis, se pueden inyectar 10 unidades de insulina rápida por vía intramuscular (actúa más rápidamente que por vía subcutánea) y remitir inmediatamente al paciente a urgencias. Si existen signos clínicos de acidosis metabólica (taquipnea, dolor abdominal, trastornos digestivos) o en presencia de cetonuria masiva, es preciso asegurar el traslado a urgencias en transporte medicalizado.

El tratamiento hospitalario consiste, en urgencias, en:

- comienzo de la insulino terapia por vía intravenosa mediante bomba (si existe acidosis) o subcutánea (en ausencia de acidosis);
 - hidratación con suero fisiológico;
 - suplementos de potasio.
- La presencia de cetonuria orienta, con mucha frecuencia, hacia el diagnóstico de diabetes tipo 1.

Sin embargo, es posible encontrar cetosis en otras circunstancias:

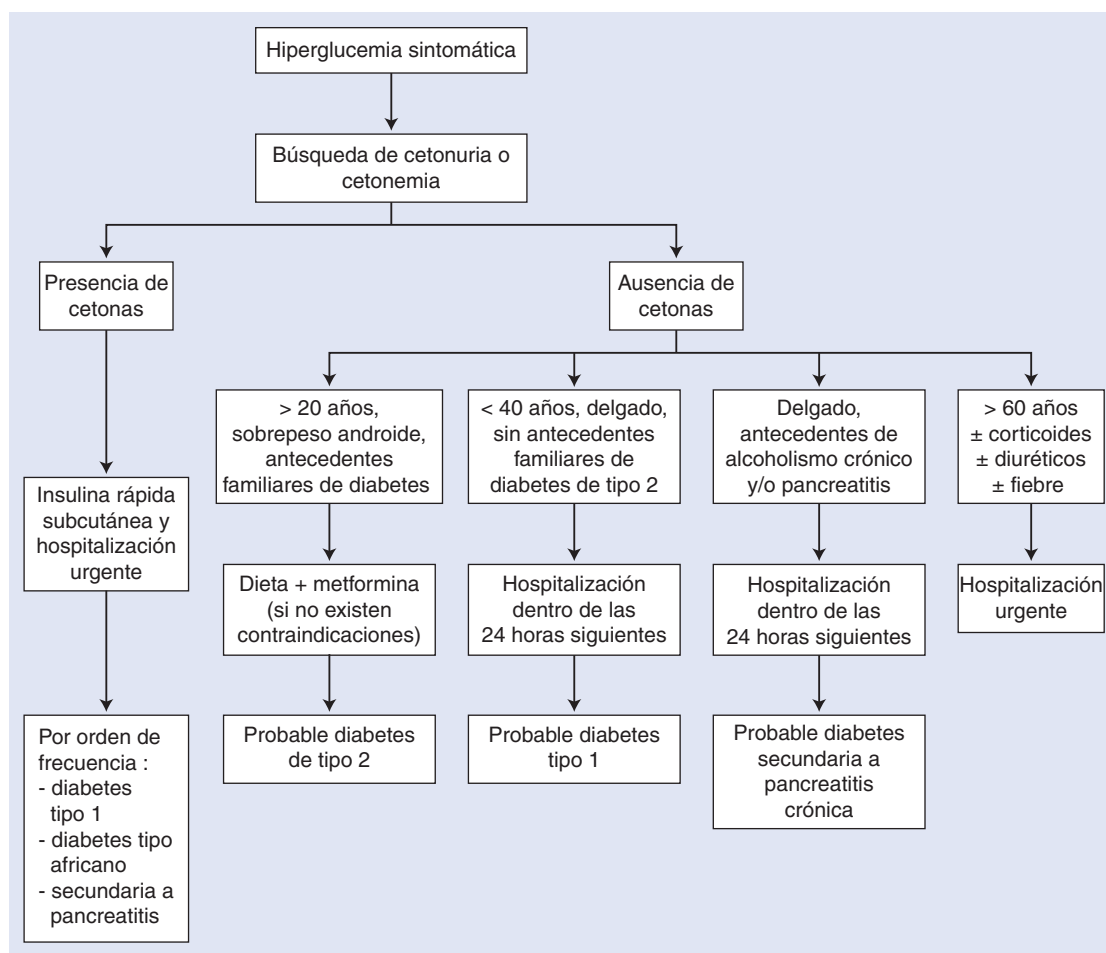


Figura 1. Árbol de decisiones. Conducta práctica ante una hiperglucemia sintomática.

- diabetes secundaria a pancreatitis crónica calcificante y/o a cáncer de páncreas: paciente más bien delgado con un posible alcoholismo crónico o, incluso, antecedentes de dolor abdominal sugestivo de pancreatitis crónica;
- diabetes tipo africano o diabetes tipo 1b o de tipo 2 cetósico [2] (varios nombres para la misma diabetes): paciente de origen caribeño o del África subsahariana; la evolución y la ausencia de anticuerpos permiten establecer el diagnóstico diferencial con la diabetes tipo 1;
- más raramente, la diabetes tipo 2: paciente mayor de 20 años con sobrepeso androide, antecedentes familiares de obesidad o de diabetes tipo 2. Es preciso buscar un posible factor de descompensación: infección, distiroidismo, infarto de miocardio.

En ausencia de cetonuria (o cetonemia)

En ausencia de cetonuria, se pueden dar varias situaciones.

Paciente mayor de 20 años, con sobrepeso androide, antecedentes familiares de obesidad o de diabetes tipo 2

Puede presentar, en ocasiones, otros criterios del síndrome metabólico (hipertensión arterial [HTA], hipertrigliceridemia, hipo-HDLemia [HDL: lipoproteína de baja densidad]). El diagnóstico es de diabetes tipo 2 descompensada. La diabetes se descubre gracias a su expresión clínica, que traduce una carencia de insulina relativa y una importante insulinoresistencia inicial.

En ausencia de acetona, se puede intentar un tratamiento ambulatorio [3] con prescripción de una dieta hipocalórica y supresión de las bebidas azucaradas, asociadas a un tratamiento con biguanidas (dos comprimidos al día) en ausencia de contraindicaciones (comprobación de las funciones renal y hepática, estados cardiovascular y respiratorio, etc.). Es necesario visitar de nuevo al

paciente dentro de los 7 días siguientes, con control de la glucemia en suspensión de la vía oral y posprandial y una búsqueda de acetona en la orina, para verificar la eficacia de estas primera medidas. Si se mantiene el tratamiento ambulatorio, debe completarse el estudio investigando un factor desencadenante, las complicaciones de la diabetes y los demás factores de riesgo cardiovascular.

Si existe un síndrome cardinal claro y/o glucemias superiores a los 3 g/l (16,5 mmol/l) [3], puede ser necesario hospitalizar al paciente, sin urgencia, para instaurar una insulino terapia transitoria, posteriormente sustituida por los antidiabéticos orales.

Paciente anciano, en tratamiento que favorece la deshidratación (diuréticos) y/o la hiperglucemia (corticoides), con un posible cuadro séptico agudo (bronquitis, gastroenteritis, etc.)

Hay que pensar en el riesgo de coma hiperosmolar y buscar clínicamente signos de deshidratación (lengua seca, sed, pliegue cutáneo, presión arterial). La hospitalización urgente es necesaria para asegurar la rehidratación y la insulino terapia, que resultan obligadas en este contexto.

Paciente más bien delgado, con alcoholismo crónico y/o antecedentes de pancreatitis aguda

El diagnóstico más probable es el de pancreatitis crónica calcificante. Las biguanidas están contraindicadas (alcoholismo, cirrosis hepática), y las sulfonamidas son peligrosas (riesgo de hipoglucemia grave y prolongada). Se requiere la instauración de una insulino terapia adecuada (pequeñas dosis, evitando las hipoglucemias), en medio hospitalario.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8757850>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8757850>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)