

de riesgo ($p < 0,05$). No se evidenció relación entre el antecedente de CI y la categoría de riesgo del pie ($p = 0,480$).

Conclusiones: tanto la CI como el desarrollo de lesiones del pie en pacientes con DM comparten factores epidemiológicos y fisiopatogénicos. Si bien en la muestra analizada no se observó mayor frecuencia de even-

tos cardiovasculares en pacientes con mayor riesgo de pie diabético, ésta debería reevaluarse para buscar evidencia de CI subclínica.

Palabras clave: síndrome de pie diabético, factores de riesgo, cardiopatía isquémica.

Key words: diabetic foot syndrome, risk factors, ischemic heart disease.

¿ES EXITOSO Y SEGURO EL MANEJO EN CLÍNICA MÉDICA DE LA CETOACIDOSIS DIABÉTICA? EVALUACIÓN DE 90 EPISODIOS MANEJADOS PROTOCOLIZADAMENTE

IS DIABETIC KETOACIDOSIS MANAGEMENT SAFE AND SUCCESSFUL IN INTERNAL MEDICINE? ASSESSMENT OF 90 EPISODES HANDLED UNDER PROTOCOL

Carolina Reynoso, Guillermo Marcucci, Luz Carolina Dromi, Hugo Lavandaio, José Alberto Carena

Clínica Médica

Introducción: la cetoacidosis diabética (CAD) es una complicación aguda y grave que compromete la vida del paciente con diabetes mellitus (DM). Su mortalidad ha descendido gracias al empleo de protocolos de manejo y la educación de los pacientes. El éxito del manejo depende más del uso de protocolos estandarizados que del ámbito en donde se los emplee.

Objetivos: evaluar nuestros resultados en el manejo de 90 episodios de CAD que fueron manejados protocolizadamente en nuestro servicio en los últimos dos años.

Materiales y métodos: se incluyeron 90 episodios que cumplieron la definición clásica de CAD. Se evaluaron datos demográficos. Tipo y tiempo de evolución de DM. Comorbilidades y complicaciones crónicas, grado de control metabólico. Causas precipitantes, errores en la aplicación del protocolo y tiempos de glucemia elevada, cetosis y análisis de

los datos de laboratorio y evolución.

Resultados: la edad media fue de 30,28 ($\pm 13,47$) años, sexo femenino: 53%, DMT1 89%, tiempo de evolución: 7,64 ($\pm 6,2$) años, mal control metabólico 92%, HbA1c media de 11,9 ($\pm 2,57$). Tabaco actual: 53%. El 60% tuvo dos o más episodios (recurrentes). Los episodios fueron en un 90 y 73% moderados o graves por el CO_3H o por pH respectivamente. Motivos principales: abandono de medicación o transgresiones 58 (64,4%), infeccioso 21 (22,2%), debut 8 (9,9%). El goteo de insulina fue parado con CO_3H de más de 18 en 58 (64,4%) y entre 15 y 18 en 30 (33,3%). Se desarrollaron hipoglucemias leves 39 (43,3%) y la cetosis se extendió a más del doble de tiempo del logro de glucemia menor de 200 en 53 (58,9%). No se registraron óbitos y seis pacientes pasaron a UTI por sus comórbidas descompensadas o sepsis.

Conclusiones: el manejo por los médicos residentes en el Servicio de Clínica Médica, con seguimiento de protocolos estandarizados según las guías, permite un manejo de la CAD exitoso aún en casos moderados y graves. Existe una población importante de pacientes con recurrencia de CAD; el motivo principal es el abandono de la medicación

y la gran mayoría de los enfermos tiene un mal control metabólico y no es adherente a la consulta externa.

Palabras clave: cetoacidosis diabética, protocolo, clínica médica.

Key words: diabetic ketoacidosis, protocol, internal medicine.