

CASO 1

“CONTROL METABÓLICO EN PACIENTES DIABÉTICOS CON PERITONEODIÁLISIS”

Presentan: Dra. Cecilia Bustamante

Médico Internista, Unidad Diabetes

Dr. Carlos Moya.

Nefrólogo, Unidad de Nefrología

Hospital San Juan de Dios

GRUPO DIABETES OCCIDENTE

Mujer de 44 años, DM 1 diagnosticada a los 5 años, en su debut con CAD. Durante la infancia con mal control metabólico, con historia de hipoglicemias severas. Manejo con insulina NPH e IR preprandial. Mantiene controles en otro centro hospitalario.

2007 ingresa a servicio de urgencia con CAD y absceso del primer orotejo derecho con compromiso óseo que requiere amputación.

Ingresa en el 2008 a la Unidad de Diabetes de HSJD con complicaciones crónicas nefropatía diabética en control en la unidad de nefrología y síntomas de neuropatía en ambas extremidades. Mantiene manejo con esquema de insulina doble dosis mezcla de NPH e IR. Monitoreo de glicemia capilar muestra hipoglicemias frecuentes en diferentes horarios del día.

Se decide hospitalizar para cambio a insulinas análogas lantus; y evaluación por oftalmología diagnóstica retinopatía diabética con desprendimiento de retina, se realiza PFC y plantea vitrectomía. Evoluciona con alteración de agudeza visual severa. Se decide alta con esquema de insulina Lantus 17 unidades en ayunas, Ratio de 10 y sensibilidad 60 y control ambulatorio.

Con deterioro progresivo de la función renal crea 2,4 mg/dl, VFG 18 ml/kg/min y en el 2014 cursa con edema agudo pulmonar e inicia hemodiálisis trisemanal. En el 2015 evoluciona sepsis asociada a catéter de HD por cándida y cambios de acceso venosos. En el 2018 se decide inicio de peritoneo diálisis por agotamiento de accesos venosos. Peritoneo diálisis nocturna por 10 hrs con glucosa 2,5%.

Mantiene controles ambulatorios en diabetes. Monitoreo glucosa capilar muestra hipoglicemias moderadas a severas, HbA1c entre 12,6 -10, 6 %. En el 2017 se reemplaza a degludec 14 unidades a las 22 hrs UR Ratio diferenciado: 10 desayuno; almuerzo y 15 once; cena, sensibilidad 50, meta 120 mg/dl. Continúa presentando hipoglicemias. En el 2018 se postula a Bomba de insulina por la LRS, pero paciente desiste de la postulación. En el 2019 se realiza amputación de orotejo mayor izquierdo en el contexto de pie diabético complicado.

Durante el 2020 estudio de dolor abdominal se diagnostica coleditis asociado a coledistitis crónica con ascitis moderada. Evoluciona peritonitis asociado a peritoneodialisis, se inicia manejo con antibióticos intraperitoneales por 14 día. En Septiembre 2021 se realiza coledistectomía laparoscópica.

En noviembre 2021 se instala Free Style libre que muestra: 6% hipoglicemia 3% hipoglicemia severa, 54% tiempo en rango, 16 % hiperglicemia; 21 % hiperglicemias mayores a 250 mg/dl. Se decide ajuste de esquema de insulina a cambio de degludec 18 unidades en ayuno y levemir 4 unidades antes de la conexión de PD, UR solo corrección, sensibilidad de 80 y meta 130 mg/dl. Control con Free Style libre muestra 1% hipoglicemia 0% hipoglicemia severa, 64% tiempo en rango, 25 % hiperglicemia; 10 % hiperglicemias mayores a 250 mg/dl.

En diciembre de 2021 sufre hipoglicemia severa con compromiso de conciencia durante el día con glicemia capilar de 20, encontrada por su madre 4 hrs después, quien maneja la hipoglicemia con glucagón. Requiere manejo en servicio urgencia, logra recuperar conciencia y se disminuye degludec y levemir.

Bibliografia

Ling J. Monitoring in the Assessment and Management of Patients With Diabetes and Chronic Kidney Disease, *Frontiers in Endocrinology*, 2022, 13; article 869899. www.frontiersin.org

Bomholt J. Can the Use of Continuous Glucose Monitoring Improve Glycemic Control in Patients with Type 1 and 2 Diabetes Receiving Dialysis? *Nephron* doi: 10.1159/000525676

Galindo R, Glycemic Monitoring and Management in Advanced Chronic Kidney Endocrine Reviews 41: 756 – 774, 2020.