

Paciente con diabetes mellitus tipo 1 y accidente cerebrovascular

Dra. Isabel Azcona Monreal
Especialista en Endocrinología y
Nutrición. Hospital Universitario
Miguel Servet. Zaragoza

Caso
clínico

1



Índice

01 Presentación

02 Historia clínica

03 Anamnesis

04 Exploración física
y pruebas complementarias

05 Diagnóstico y tratamiento

06 Seguimiento y evolución

07 Conclusiones

08 Bibliografía



01 Presentación

Perfil del paciente

- ▶ Se presenta el caso de un paciente con diabetes mellitus tipo 1 (DM1) con múltiples complicaciones relacionadas con su enfermedad, que ingresa tras sufrir un accidente cerebrovascular (ACV).





02 Historia clínica

Antecedentes personales y familiares

- ▶ Varón de 67 años, con DM1 de 42 años de evolución.
- ▶ Presenta como complicaciones relacionadas con su enfermedad una retinopatía diabética con edema macular en tratamiento intravítreo, nefropatía diabética con un filtrado glomerular de 40-45 mL/min, neuropatía axonal de ambas extremidades inferiores (EE.II.), confirmada en el estudio electrofisiológico, e isquemia crónica de EE.II. con amputación metatarsofalángica del pie izquierdo hace 4 años, lo cual le limita la deambulación.
- ▶ Es hipertenso, dislipémico y exfumador hace 4 años.

Antecedentes familiares

- ▶ Madre diabética en tratamiento con antidiabéticos orales.
- ▶ Padre fallecido hace 9 años por un cáncer de pulmón.
- ▶ No tiene hermanos.

Tratamiento habitual

- ▶ Ácido acetilsalicílico 100 mg, 1 comp./día.
- ▶ Valsartán 320/tiazida 25 mg, 1 comp./día.
- ▶ Gabapentina 100 mg, 1 comp./12 h.
- ▶ Rosuvastatina 20 mg, 1 comp./día.
- ▶ Insulina degludec, 36 U/día.
- ▶ Insulina aspart: 4-6-4 U.





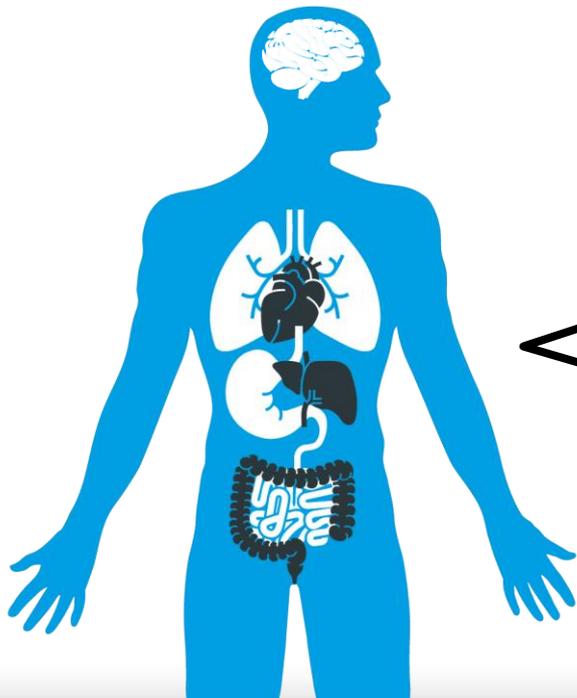
03 Anamnesis

- ▶ Acude a urgencias por presentar clínica de 2 horas de evolución de bradipsiquia, afasia y hemiparesia del hemicuerpo izquierdo.
- ▶ Se confirma en las pruebas de imagen un ACV isquémico derecho, por lo que ingresa en el Servicio de Neurología.
- ▶ Hasta ahora, su DM ha sido controlada por el endocrino de su centro médico con resultados regulares (hemoglobina glucosilada en torno al 7,4-8%), mucha variabilidad glucémica e hipoglucemias nocturnas desapercibidas.
- ▶ Porta medidor flash de glucemia, lo que le ha facilitado el autocontrol y la detección de posibles hipoglucemias nocturnas.
- ▶ Deambula en su domicilio con muletas, aunque en la calle utiliza silla de ruedas.
- ▶ Refiere controlar la alimentación, lo que corrobora su esposa. No abusa de dulces y el patrón de alimentación encajaría con el de la dieta mediterránea.





04 Exploración física y pruebas complementarias



- ▶ Presión arterial 146/87, frecuencia cardíaca 74 lpm, saturación basal de O₂ 95%.
- ▶ Peso 70 kg, talla 1,75 kg, índice de masa corporal (IMC) 23.
- ▶ Somnolencia y bradipsiquia detectadas en la exploración.
- ▶ Auscultación cardiopulmonar: normoventilación bilateral, ruidos cardíacos rítmicos.
- ▶ Abdomen blando y depresible, con peristaltismo audible.
- ▶ Paresia del hemicuerpo izquierdo.
- ▶ EE.II. sin edemas; pulsos pedios débiles con signos de insuficiencia venosa crónica. Amputación metatarsfalángica del pie izquierdo.



Paciente con diabetes mellitus tipo 1 y accidente cerebrovascular

- ▶ Electrocardiograma: ritmo sinusal a 80 lpm, sin alteración en la repolarización.
- ▶ Radiografía de tórax: sin imágenes de condensación.
- ▶ Análisis sanguíneo en urgencias: glucemia 251 mg/dL, creatinina 1,56 mL/min, iones normales, hemoglobina 12,3 mg/dL, perfil hepático sin alteraciones.
- ▶ Tomografía computarizada cerebral: imagen de infarto parcial de la circulación anterior derecho con signos de atrofia cerebral incipiente.





05 Diagnóstico y tratamiento

Diagnóstico

- ▶ Tras su llegada a urgencias, y con el diagnóstico de ACV derecho, se activa el código ictus, por lo que se realiza una fibrinolisis inmediata. El paciente pasa a planta de Neurología para continuar el control y la evolución de los síntomas.



Tratamiento

- ▶ Durante las primeras 48 horas se mantiene al paciente en dieta absoluta con reposición de sueros (2.000 mL de suero glucosalino i.v.) y se ajusta la pauta de insulina, manteniendo sólo la insulina basal y la insulina rápida correctora.
- ▶ Se procede al sondaje urinario para contabilizar la diuresis.
- ▶ Se solicita colaboración en el día a la Unidad de Disfagias y Endocrinología para valorar la deglución.





Paciente con diabetes mellitus tipo 1 y accidente cerebrovascular

06 Seguimiento y evolución



▶ FASE 1



▶ FASE 2



▶ FASE 3



▶ FASE 4



Paciente con diabetes mellitus tipo 1 y accidente cerebrovascular

- ▶ Tras la fibrinólisis se reevalúa el estado del paciente en planta de Neurología. Ha recuperado de forma parcial la movilidad del hemicuerpo izquierdo.
- ▶ Persiste bradipsíquico y algo disártrico, lo que dificulta la comunicación con él. Se suspenden los sueros i.v. y se inicia alimentación por vía oral. Presenta disfagia de predominio para líquidos y dificultad de masticación de sólidos debido a la debilidad de los músculos maseteros.
- ▶ En la Unidad de Disfagias realizan el MECV-V* y se diagnostica una disfagia orofaríngea moderada para líquidos con adecuada tolerancia a texturas miel (que incluye fruta triturada y cualquier líquido espesado hasta la textura miel).
- ▶ Recomiendan evitar alimentos pegajosos (bollerías, croquetas, pan de molde...), alimentos que desprenden líquidos al morderse (cítricos, sandía...), alimentos con dobles texturas (sopa de pasta, arroz con leche, leche con cereales...) y alimentos resbaladizos (almejas, berberechos, guisantes...).





Paciente con diabetes mellitus tipo 1 y accidente cerebrovascular

El Servicio de Endocrinología realiza una valoración del estado nutricional del paciente^a

- ▶ En la exploración se detecta:
 - ▶ Peso 66 kg, talla 1,75 m, IMC 21 kg/m² ^b (refiere la pérdida de unos 8 kg en el último año, en un contexto de menor apetito, plenitud posprandial y náuseas en probable relación con una gastroparesia diabética no confirmada).
 - ▶ Circunferencia braquial^c: 24 cm.
- ▶ Analíticamente destaca: albúmina 2,1 g/dL (>3,5), prealbúmina 12 mg/dL (18-28), linfocitos 1.000 (N >1.600)^d.
- ▶ Persiste la anorexia. Ingiere la mitad de las comidas que se le ofrecen (recuento de ingesta por cuartiles^e).
- ▶ Se le diagnostica una desnutrición severa.
- ▶ Se comenta con su esposa la posibilidad de colocarle una SNG^f, lo cual rechaza por el momento, por lo que se instauran suplementos de nutrición oral (Resource[®] Diabet Dense 1-2/día), con buena tolerancia.
- ▶ El control de las glucemias permanece estable con pauta bolo-basal.
- ▶ Se realizan curas periódicas de la úlcera sacra y se continúa con la rehabilitación en el gimnasio del hospital hasta el alta del paciente.





Paciente con diabetes mellitus tipo 1 y accidente cerebrovascular

Tras 1 mes del alta:

- ▶ No ha recuperado totalmente la movilidad.
- ▶ Persiste la disfagia con una adecuada tolerancia a texturas miel.
- ▶ Peso 67 kg (ha ganado 4 kg desde el alta). Albúmina 3,3 g/dL.
- ▶ Continúa con Resource® Diabet Dense 2/día.





07 Conclusiones

- ▶ La disfagia orofaríngea es una secuela especialmente frecuente en la patología cerebrovascular.
- ▶ Es importante su diagnóstico precoz, ya que, si no se detecta a tiempo, las consecuencias pueden ser fatales: broncoaspiración, deshidratación, desnutrición...
- ▶ Es preciso un abordaje multidisciplinario de esta patología para su detección, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.
- ▶ Su manejo depende del grado de severidad, incluido el manejo por vía oral con suplementos adaptados a las texturas toleradas o mediante sonda nasogástrica o de gastrostomía en caso de pacientes incapaces de cubrir sus necesidades nutricionales de forma segura por vía oral.
- ▶ Es preciso instruir a los familiares respecto a la administración de alimentos y de los medicamentos, y para detectar posibles fallos en la deglución que requieran modificaciones por parte del especialista.



08 Bibliografía

- Clavé P. Diagnóstico de la disfagia neurógena: exploraciones complementarias. En: Fundació Institut Guttmann, ed. Disfagia neurógena: evaluación y tratamiento. Badalona: Fundació Institut Guttmann; 2002. p. 19-27.
- Forster A, Samaras N. Oropharyngeal dysphagia in older adults: a review. Eur Geriatr Med. 2011; 2: 356-362.
- Oliveira G. Manual de nutrición clínica y dietética, 3.^a ed. 2016. ISBN: 9788490520451.
- Velasco M, Arreola V. Abordaje clínico de la disfagia orofaríngea: diagnóstico y tratamiento. Nutr Clin Med. 2007; 1(3).

