

Hipoglucemia en urgencias.

Adultos.



Clasificación:

- **Hipoglucemia severa:** evento que requiere la asistencia de otra persona.
- **Hipoglucemia sintomática documentada:** síntomas con glucosa menor de 70 mg/dL.
- **Hipoglucemia asintomática:** glucosa menor de 70 mg/dL sin síntomas asociados.
- **Probable hipoglucemia sintomática:** síntomas sin determinación de glucosa.
- **Hipoglucemia relativa:** síntomas típicos con glucosa sérica mayor de 70 mg/dL.
- En pacientes diabéticos se agrega a la clasificación **Pseudohipoglucemia:** síntomas típicos de hipoglucemia con glucosa plasmática mayor de 70 mg/dL.

Causas:

- En pacientes diabéticos ocurre cuando existe desequilibrio entre la ingesta de alimentos, insulina o algún agente hipoglucemiante y la demanda fisiológica.
- Fármacos (Insulina, sulfonilureas, etc)
- Hepatopatía.
- Insuficiencia endócrina.
- Tumores dependientes y no dependientes de células beta.
- Hiperinsulinismo endógeno.
- Inducido por etanol.
- Reactivo.
- Alteraciones congénitas.

90% exógeno.
10% secundario.

Cuadro clínico:

Síntomas neurogénicos:

Temblo, ansiedad, agitación, nerviosismo, palpitaciones, diaforesis, boca seca, hambre, palidez, dilatación pupilar.

Síntomas neuroglucopénicos:

Confusión, parestesias, cefalea, estupor, convulsiones, déficit neurológico focal transitorio, coma y muerte de no tratarse.



Diagnóstico:

En pacientes no diabéticos glucosa de 55 mg/L como punto de corte.

En pacientes con diabetes tipo 1 o 2 se establece como punto de corte 70 mg/dL.

Tríada de Whipple



Fases neurológicas:

1. CORTICAL: somnolencia, sudoración, hipotonía, temblor (Glucosa aprox. 70-60mg/dL).
2. SUBCORTICAL: lipotimia, movimientos primitivos, espasmos clónicos, inquietud (Glucosa aprox. 55-50 mg/dL)
3. MESENCEFÁLICA: espasmos tónicos, desviación ocular, babinsky positivo (Glucosa aprox. 50-45 mg/dL).
4. PREMIENEFÁLICA: espasmo de músculos extensores (Glucosa aprox. 30 mg/dL).
5. MIENEFÁLICA: coma profundo, respiración superficial, ausencia de reflejo fotomotor y corneal, hipotermia, atonía e hiporreflexia (Glucosa aprox. 20 mg/dL).



Diagnósticos diferenciales:

- EVC.
 - Artefacto (hemoconcentración, separación tardía de suero o plasma).
 - Epilepsia.
 - TCE.
 - Sepsis.
 - Brote psicótico - Depresión.
 - Inducida por ejercicio.
- En embarazadas con diabetes mellitus los episodios de hipoglucemia son 3 a 5 veces más frecuentes en el primer trimestre que en el tercer trimestre.
 - En los ancianos la hipoglucemia es un problema muy común ya el envejecimiento modifica las respuestas hormonales contrarreguladoras a la hipoglucemia.

Tratamiento:

Consciente, tolera vía oral:

"regla de los 15", 15 gr de glucosa cada 15 minutos (hidratos de carbono simples).



Inconsciente:

1. Solución glucosada a 10% 0.2 g/kg o 2mL/kg continuando con infusión 5mL/kg/hora hasta 10mL/kg/hora.
2. Glucagón 1mg IM o SC, puede repetirse en 15 minutos.
3. Solución glucosada a 50% 30 ml IV (puede causar hipoglucemia de rebote).
4. Persistente: Hidrocortisona 100mg IV c/6 hrs (No exposición sulfonilurea), Ocreótide 100 mcg IV bolo, posterior 50 mcg SC cada 6 hrs (Si sulfonilurea).

Fuente: Nares-Torices MÁ, González-Martínez A, Martínez-Ayuso FA, et al. Hipoglucemia: el tiempo es cerebro. ¿Qué estamos haciendo mal?. Med Int Mex. 2018;34(6):881-895.

Molly Chang, George Willis, Approach to the Hypoglycemic Patient, Emergency Medicine Clinics of North America, 2023.

Elaborado: Paulina Munguía García, Residente de la especialidad de Medicina de Urgencias HGZ 1, Villa de Álvarez, Colima.