

Carta al Editor

“Cetoacidosis Diabética en el Niño. Aspectos Clínicos, Bioquímicas y Evaluación de su Tratamiento”

Leí con interés y preocupación el artículo titulado “Cetoacidosis diabética en el niño. Aspectos Clínicos, Bioquímicas y Evaluación de su Tratamiento” de los Dres. Miguel Ángel Martínez Medina y colaboradores¹. Lo que me obliga hacer algunos comentarios: Desde el punto de vista metodológico, no explica las definiciones operacionales con claridad, son confusas, no define los criterios de inclusión, eliminación y de exclusión. Define en su análisis como Cetoacidosis Diabética Infantil (CADI) grave, la presencia de un pH sanguíneo menor de 7.15, pero menor de 7.30 y sin embargo, en forma inexplicable incluye en su estudio los casos con diagnóstico de CADI con acidosis clínica sin gasometrías.

El estudio da entender que se incluyeron a todos los pacientes tratados desde 1991 al 2002 independientemente del esquema terapéutico y por otro lado no define las variables ni los puntos de corte para poder realizar una “evaluación”.

Elimina del análisis los registros del 2002 al 2004 y no explica el motivo de tal exclusión, considerando que existe una guía permanente para el manejo de la CADI en el servicio de urgencias del Hospital Infantil del Estado de Sonora (HIES) desde el año 2000 a la fecha y que es criticado por el Dr. Martínez Medina y colaboradores, en este sentido, el reporte mencionado únicamente ofrece una serie de casos con una evidencia baja y no permite un análisis ya que no compara, sin embargo, en una forma temeraria muestra una conclusiones muy sesgadas y pretende hacer inferencia sobre los resultados cuando el estudio carece de hipótesis.

En ningún momento se hace referencia el estudio analítico realizado en este hospital y publicado en el 2004 en el Boletín Médico del Hospital Infantil de México² en donde si se realizan comparaciones con dos guías terapéuticas y en donde la diferencia con el esquema que propone este artículo radica precisamente en las concentraciones de los líquidos y el volumen a administrar durante la fluidoterapia y que es un estudio que aunque publicado un año antes si incluye los casos del 2002 al 2004.

Cabe mencionar de la “evaluación” reportada (1991-2002) por el Dr. Martínez Medina y colaboradores el 95% de

los casos, la morbilidad reportada corresponde a protocolos previos del que se lleva actualmente en el servicio de Urgencias del HIES, incluso, protocolos publicados por el Dr. Miguel Ángel Martínez Medina³ donde menciona algunos lineamientos en su guía que son considerados en la actualidad de alto riesgo en el manejo de los pacientes con CADI, principalmente al considerar la CADI de ingreso con pérdidas del 10 al 15% (contrario a la guía del servicio que considera 5-10%) y por otro lado, se menciona en el artículo “el uso de bicarbonato se valora cuando el paciente se ha recuperado del estado de choque, si el pH es igual o menor de 7.1 aplicar bicarbonato” sugiriendo como norma aplicar HCO₃ cuando se tiene un pH de 7.1. Sin embargo, estudios recientes lo reservan en los casos raros que presenten inestabilidad hemodinámica atribuible a la acidosis severa (pH <-6.9), acidosis refractaria al tratamiento e hiperkalemia sintomática, o sea, la utilización de HCO₃ como primera opción (diferente a lo mencionado) en el manejo de la CADI no hay evidencias que lo apoyen en la actualidad^{4,5,6,7}.

Los conocimientos en las ciencias biológicas van cambiando con el tiempo como producto de lo que aporta la investigación y en general no permanecen estáticas, por lo tanto, pueden existir controversias en los esquemas terapéuticos pero siempre será el mejor el que más se domine y el que produzca mejores resultados con la constante vigilancia de su tratamiento en la cabecera de los pacientes.

En la experiencia del HIES y de acuerdo al estudio analítico realizado, el esquema que se utiliza actualmente parece ser mejor que el que propone en este artículo, sin embargo, lo prudente es realizar un estudio prospectivo y aleatorizado que evalúe ambos esquemas terapéuticos si estos es viable desde el punto de vista ético y no se niegue ningún beneficio al paciente. Los esquemas terapéuticos se deben adecuar al momento, siempre considerando las evidencias científicas.

Atentamente:

Dr. Norberto Gómez Rivera

Jefe del Servicio de Consulta y Hospitalización de Urgencias.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Martínez-Medina MA, Solís-Gallardo LP, Bustamante-Cerecer JG, Corona-Flores M, Saldaña- Ojeda G. Cetoacidosis Diabética en el Niño. Aspectos Clínicos, Bioquímicas y Evaluación de su Tratamiento” Bol. Clin. Hosp.. Infant. Edo Son. 2005; 22: 95-101.
- 2.- Gómez-Rivera N, Montes-Aguilar JR, Molina-Moreno FA, García-Zárate MG, Villalobos-García L, Castillo-Ramos J, Fonseca-Chon I. Tratamiento Hidroelectrolítico y Ácido Base en Pacientes con Cetoacidosis Diabética. Comparación de dos Guías Terapéuticas. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. 2004; 61: 35-43.
- 3.- Martínez-Medina MA. Tratamiento de la Cetoacidosis Diabética en la Infancia (Cadi). Bol. Clin. Hosp.. Infant. Edo Son 1998; 16: 86- 9.
- 4.- Argent A. What determines the outcome of children with diabetic Ketoacidosis admitted to the pediatric intensive care unit of a developing country?. Pediatr Curr Care Med 2004; 5: 492-3.
- 5.- Bracho F. Cetoacidosisdiabética MEDICRI. 2005; 2: 15-21.
- 6.- American Diabetes Association. Hyperglycemic Crises in Patients with Diabetes Mellitus. Diabetes care. 2003; 26:109-117.
- 7.- Magee M. Bhatt B. Management of descompensated diabetes: Diabetic Ketoacidosis and Hyperglycemic Hiperosmolar Syndrome. Critical Care Clinics. 2001; 17: 75-106.