

**UNIVERSIDAD DEL SURESTE**



ESCUELA DE MEDICINA

4to Semestre

Grupo "B"

**FISIOPATOLOGIA III**

14/06/2020

**DR. MARCO POLO RODRÍGUEZ ALFONZO**

Presenta:

- ROMINA CORONADO ARGUELLO



# CASO CLÍNICO

Se presenta a urgencias, traído por familiares, paciente con alteración del estado de conciencia, RV: 2, RO:3, RM: 4, palidez y frialdad cutánea, diaforesis leve, desviación de la comisura labial a la derecha, hemiparesia corporal izquierda.

Antecedentes = HAS de 7 años de diagnóstico, Tx regular. Diabetes tipo 2 de 5 años de diagnóstico, actualmente con tratamiento con metformina, linagliptina y glibenclamida, este tratamiento tiene un mes que lo presenta. Otros Dx: Retinopatía diabética, nefropatía diabética grado III, neuropatía diabética. IMC: 34 kg/m<sup>2</sup>, Perímetro abdominal: 99 cm.

Responda:

**IDX INICIAL (PUEDE INTEGRAS MÁS DE UN DIAGNÓSTICO: EJ: SX FEBRIL SEC A DENGUE LEVE A DESCARTAR ZIKA A DESCARTAR COVID 19)**

R= Síndrome hiperosmolar no cetósico; coma hiperosmolar no cetósico factor desencadenante de un accidente cerebrovascular, a descartar hipoglucemia por no apegarse adecuadamente al tratamiento.

**¿ESTUDIO O PRUEBA URGENTE?**

Signos vitales

TAC

Hemoglobina A1c

Análisis de orina

Otros:

- ✚ Nivel de glucosa sérica
- ✚ Osmolaridad sérica y Osmolalidad
- ✚ Análisis de Gases Sanguíneos
- ✚ Niveles de electrolitos séricos
- ✚ Magnesio y calcio.
- ✚ Bicarbonato sérico y brecha aniónica

- ✚ Evaluación de la función renal
- ✚ Niveles de creatin-fosfoquinasa
- ✚ Estudio del líquido cefalorraquídeo

### **SEGÚN SU PRINCIPAL SOSPECHA DIAGNÓSTICA, ¿CUÁL ES EL TRATAMIENTO DE ELECCIÓN?**

Reanimación con líquidos

En el estado hiperosmolar hiperglicémico el déficit de agua es grande, puede llegar a ser de 6 a 10L o incluso más. Puede ser apropiado 500mL de solución salina isotónica al 0.9%, 1-2Lts en las primeras 2hrs

Se ha recomendado iniciar con un bolo inicial con solución isotónica y las posteriores con soluciones al medio. Un buen estándar para hacer esto es cuando la TA y el gasto urinario sean adecuados.

Se debe mantener monitorización cardiaca continua en pacientes que requieran un remplazo tanto de sodio como de agua. Los líquidos deben ser cambiados a glucosa al 5% junto con solución salina, de forma que se mantengan niveles de glucosa entre 250 – 300mg/dL, con una meta de uresis de 50mL/hr o más.

Tasa de infusión recomendada es de 100-200mL/kg de solución isotónica.

Terapia con Insulina

Insulina regular 0.1 a 0.15 UI/kg en bolo, continuar con infusión de 0.1 UI/kg/hr en adultos, en un sujeto de 70kg se inciaría con 7 UI en bolo, se continuaría con una infusión de 7UI/hr

### **¿CUÁL CONSIDERA QUE ES EL FACTOR DESENCADENANTE DEL CUADRO DEL PACIENTE?**

- ✚ El accidente cerebrovascular

## **BIBLIOGRAFIA:**

Marini, M. R. R. (2011). Actualización en el manejo de la cetoacidosis diabética y el estado hiperosmolar hiperglicémico en adultos. *Rev Med Hondur*, 79(2), 9.

**Gabriela, C. A. M. (sf). Estado hiperosmolar hiperglucémico**  
[http://www.hospitaljuarez.salud.gob.mx/descargas/publicaciones\\_medicas/ESTADO\\_HIPEROSMOLAR\\_HIPERGLUCEMICO.pdf](http://www.hospitaljuarez.salud.gob.mx/descargas/publicaciones_medicas/ESTADO_HIPEROSMOLAR_HIPERGLUCEMICO.pdf)