



Universidad del Sureste

Medicina Humana

Tabla Diferencial entre cetoacidosis y estado hiperosmolar

Ana Ingrid Gordillo Mollinedo

Nombre de la asignatura: Urgencias Médicas

Semestre y grupo: 8°B

Docente: Dr. Romeo Suárez Martínez

Comitán de Domínguez, Chiapas a; 19 de marzo de 2021.

| <i>Tabla Diferencial entre Cetoacidosis y Estado Hiperosmolar</i> | | |
|---|---|--|
| | <i>Cetoacidosis</i> | <i>Estado hiperosmolar</i> |
| <i>Manifestaciones clínicas</i> | <p>Síntomas generales de hiperglicemia (poliuria, polidipsia, polifagia, pérdida de peso).</p> <p>Los síntomas propios de la cetoacidosis se presentan en menos de 24 horas y comprenden: respiración de Kussmaul, aliento a cetonas, contracción del volumen del fluido extracelular, náuseas, vómitos y dolor abdominal, alteraciones en el nivel de consciencia.</p> | <p>Ocurre de días a semanas. Los pacientes presentan una contracción del volumen del fluido extracelular más profunda, con una alteración severa del nivel de consciencia.</p> <p>Pueden adicionalmente tener una variedad de presentaciones neurológicas incluyendo convulsiones o un estado similar al de pacientes con eventos cerebrovasculares.</p> |
| <i>Manifestaciones bioquímicas</i> | <p>Cetonemia y acidosis con brecha aniónica elevada.</p> <p>Hiperglicemia no controlada, acidosis metabólica de moderada a severa y aumento en la concentración total de cetonas.</p> <p>Deficiencia de insulina (total o relativa) que lleva a la hiperglicemia y lipólisis descontrolada con cetogénesis subsecuente, niveles elevados de hormonas contrarreguladoras, deshidratación progresiva.</p> | <p>Hiperosmolaridad sérica y deshidratación severa.</p> <p>Elevaciones extremas de la glicemia e hiperosmolaridad sérica en un contexto de mayor deshidratación.</p> <p>En el EHH se han descrito mayores concentraciones de insulina con menores niveles de glucagón (aumento en la proporción insulina/glucagón)</p> |
| <i>Diagnóstico</i> | <p>En casos severos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tomar glucosa plasmática >250. • Ph venoso/arterial <7. • Bicarbonato sérico < 10. • Cetonas (+). • Brecha aniónica >12. • Osmolaridad (variable). • Estado mental (estupor, coma). • Deshidratación (leve son 6L). | <ul style="list-style-type: none"> • Tomar glucosa plasmática >600. • Ph venoso/arterial >7.3. • Bicarbonato sérico >18. • Cetonas (-). • Brecha aniónica (variable). • Osmolaridad >320. • Estado mental (estupor, coma). • Deshidratación (9L). |

Tratamiento

Corrección de las alteraciones metabólicas subyacentes: hiperglicemia, producción de cetoácidos, trastornos electrolíticos; de la depleción de volumen, así como del manejo de la causas subyacentes o factores desencadenantes.

RESOLUCION DE FLUIDOS.

Solución salina 0.9%

En pacientes con datos claros de shock o falla cardíaca se debe administrar 1L de solución salina en los primeros 30-60 minutos, y pasar 15- 20mL/Kg/hora (h) durante las primeras 2 horas. En las siguientes 2-6 horas administrar otros 2L y finalmente 2L adicionales durante las siguientes 6-12 horas.

Tanto en CAD como en el EHH, cuando los niveles plasmáticos de glucosa caen entre 250- 300 mg/dL, se deben iniciar fluidos que contengan dextrosa, para evitar hipoglicemia y permitir la continuación de la terapia con insulina.

El esquema de elección es la administración de insulina regular, iniciando con un bolo de 0.1 U/Kg seguido por una tasa de infusión de 0.1 U/Kg/h, o en su defecto omitir el bolo e iniciar infusión continua a 0.14 U/Kg/h intravenosa (IV).