



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"> <li>• Tomar glucosa plasmática &gt;250.</li> <li>• Ph venoso/arterial &lt;7.</li> <li>• Bicarbonato sérico &lt; 10.</li> <li>• Cetonas (+).</li> <li>• Brecha aniónica &gt;12.</li> <li>• Osmolaridad (variable).</li> <li>• Estado mental (estupor, coma).</li> <li>• Deshidratación (leve son 6L).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tomar glucosa plasmática &gt;600.</li> <li>• Ph venoso/arterial &gt;7.3.</li> <li>• Bicarbonato sérico &gt;18.</li> <li>• Cetonas (-).</li> <li>• Brecha aniónica (variable).</li> <li>• Osmolaridad &gt;320.</li> <li>• Estado mental (estupor, coma).</li> <li>• Deshidratación (9L).</li> </ul>

*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).