



**UNIVERSIDAD DEL SURESTE**

**ESCUELA DE MEDICINA**

**“COMPLICACIONES AGUDAS DE LA  
DIABETES”**

**Brian Martin Morales López**

**URGENCIAS MÉDICAS**

**Semestre: 8°**

**Grupo: “B”**

**Dr. Romeo Suarez Martínez**

**Comitán de Domínguez; Chiapas, a 13 de Marzo del 2021.**

## Complicaciones agudas de la diabetes:

- Cetoacidosis.
- Estado hiperosmolar.



	CETOACIDOSIS DIABETICA	ESTADO HIPEROSMOLAR
<b>MANIFESTACIONES CLINICAS</b>	<p>Fase inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Poliuria.</li> <li>- Polidipsia.</li> <li>- Perdida ponderal.</li> <li>- Astenia.</li> <li>- Anorexia.</li> <li>- Respiración de Kussmaul.</li> <li>- Aliento con olor afrutado.</li> </ul> <p>Progresión del cuadro:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nauseas.</li> <li>- Vómitos.</li> <li>- Dolor abdominal.</li> <li>- Alteración de la conciencia.</li> <li>- Coma.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Poliuria.</li> <li>- Polidipsia.</li> <li>- Ansiedad.</li> <li>- Deshidratación.</li> <li>- Nauseas.</li> <li>- Vomito.</li> <li>- Convulsiones.</li> <li>- Hipotensión.</li> <li>- Alteración del estado de conciencia (somnolencia, estupor, coma).</li> <li>- Respiración normal.</li> </ul>
<b>MANIFESTACIONES BIOQUIMICAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hiperglucemia.</li> <li>- Cetonemia con cuerpos cetonicos totales en suero.</li> <li>- Acidosis.</li> <li>- Bicarbonato sérico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hiperglucemia.</li> <li>- Hiperosmolaridad.</li> <li>- Ausencia de cuerpos cetonicos.</li> <li>- Glucosuria.</li> </ul>
<b>DIAGNOSTICO</b>	<p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hiperglucemia &gt;300 mg/dl.</li> <li>- Cetonemia con cuerpos cetonicos totales en suero &gt;3 mmol/l.</li> <li>- Acidosis con pH &lt;7.3.</li> <li>- Bicarbonato sérico inferior a 15 meq/l.</li> </ul>	<p>Se presenta generalmente en ancianos, con deterioro agudo o subagudo de la función del SNC, gravemente deshidratada, diagnosticada de diabetes tipo 2 o no, puesto que en ocasiones es la primera manifestación de una diabetes.</p> <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Glucemia plasmática &gt; 600 mg/dl.</li> <li>- Osmolaridad &gt; 320 mOsmol/l en ausencia de cuerpos cetonicos acompañados de depresión sensorial y signos neurológicos.</li> </ul>

## TRATAMIENTO

Hidratación parenteral (suero salino isotónico al 0.9%) a una velocidad de 1 l en los primeros 30-60 min, seguido de 1 l durante la siguiente hora.

- La evolución determinara el ritmo de la hidratación, es aconsejable iniciar la perfusión de suero glucosado al 5% cuando los valores de glucosa en plasma alcancen la cifra de 250 mg/dl.

El aporte de líquidos las primeras 24 horas será de 6-10 litros, mientras que la cantidad de glucosa aportada no será inferior a 100 g.

La insulina regular se administra por vía I.V. en perfusión continua con una dosis de 0.1 U/KG/H.

Reposición de potasio, ritmo inicial de 10-30 mEq/h.

- Mantener el potasio > 3.5 mEq/l.

Bicarbonato 50-100 mEq en 250-1.000 ml de suero salino al 0,45%, en 30-60 min.

El tratamiento es similar al de la cetoacidosis diabética, consistiendo fundamentalmente en la reposición de líquidos mediante suero salino isotónico al 0.9%, al ritmo de 1 l en la primera hora seguido de 500-1000 ml/h durante las siguientes 3 horas y de 250-500 ml en las 4 horas siguientes.

- Glucemia < 250 mg/dl se pasara a administrar suero glucosado al 5% con un aporte mínimo de glucosa de 100-150 mg/día.

Insulina, ritmo inicial 6-10 U/hora por vía I.V. ajustando la perfusión cada 2 horas.

Tras la recuperación del cuadro, debe iniciarse la administración de insulina subcutánea, pero dado que los pacientes con coma hiperglucémico hiperosmolar no cetósico presentan casi siempre una diabetes tipo 2, se puede ensayar posteriormente el empleo de dieta sola o fármacos V.O. si se obtiene normoglucemia con dosis bajas de insulina.

### FUENTE DE INFORMACION:

Bravo, J. J. M. (2001). Complicaciones de la diabetes mellitus. Diagnóstico y tratamiento. SEMERGEN-Medicina de familia, 27(3), 132-145.