



PASIÓN POR EDUCAR

**NOMBRE**

**DEL ALUMNO:** Luis David Cano  
Hernández

**NOMBRE DEL PROFESOR:** Romeo  
Suarez Martínez

**NOMBRE DEL TRABAJO:** Cuadro  
diferencial

PASIÓN POR EDUCAR

**MATERIA:** Urgencias Medicas

**GRADO:** 8° B

## CETOACIDOSIS DIABÉTICA

## ESTADO HIPEROSMOLAR

### MANIFESTACIONES CLINICAS

Curso clínico más rápido (días)	Curso clínico más lento
Taquicardia, respiración de Kussmaul	Hipotensión, taquicardia y taquipnea.
Debilidad, astenia e hiporexia.	Poliuria, polifagia y polidipsia.
Síntomas GI: náuseas, vómitos, dolor abdominal, íleo paralítico.	Síntomas GI: náuseas, vómitos, dolor abdominal, íleo paralítico.
Alteración de la conciencia	Letargia o coma profundo.
Hipotermia (Piel caliente, roja y seca.)	Fiebre
Trastornos visuales	Signos de focalidad (hemiparesias, hemicorea, crisis focales motoras y movimientos coreoatetósicos)
Aumento del volumen urinario	Aumento del volumen urinario

### MANIFESTACIONES BIOQUIMICAS

Glucemia < 600 mg/dl (variable)	Glucemia > 600 mg/dl
pH < 7.30	pH > 7.30
Bicarbonato < 15mmol/L	Bicarbonato Normal

Osmolaridad plasmática: < 320 mOsm/ml (300-320)	Osmolaridad plasmática > 320 mOsm/ml
GAP > 16 mEq/L	GAP < 12 mEq/L
Cetonemia y cetonuria intensas	Cetonemia y cetonuria leves
Creatinina normal o ligeramente aumentada	Creatinina > 1.3 mg/dl
Disminución de Na <sup>+</sup> y aumento de K <sup>+</sup>	Aumento de Na <sup>+</sup> y de K <sup>+</sup>

**DIAGNOSTICO**

Biometría hemática	Biometría hemática (con cuenta diferencial)
Creatinina sérica	Creatinina sérica
EGO	EGO
Electrolitos séricos con cálculo de unión GAP	Electrolitos séricos con cálculo de unión GAP
Química sanguínea	Química sanguínea
Gasometría arterial	Gasometría arterial
Electrocardiograma	Electrocardiograma
Radiografía de tórax	Radiografía de tórax
Osmolaridad sérica	Osmolaridad sérica

Cetonas séricas y urinarias

Cetonas séricas y urinarias

## TRATAMIENTO

El tratamiento de ambos se basa en la corrección de las alteraciones metabólicas subyacentes: hiperglicemia, producción de cetoácidos, trastornos electrolíticos, así como del manejo de la causas subyacentes o factores desencadenantes

### REPOSICIÓN CON FLUIDOS

Administrar 1000ml de solución salina 0.9% en los primeros 30-60 minutos, y pasar 15- 20mL/Kg/hora (h) durante las primeras 2 horas. En las siguientes 4 horas administrar otros 2000ml y finalmente 2000ml adicionales durante las siguientes 6 horas. De esta manera se recupera el 50% de las pérdidas de líquido en las primeras 12 horas, mientras que el porcentaje restante de requerimientos se repone en las 12-36 horas siguientes a la admisión

Posterior a esto, la solución utilizada para la subsecuente reposición debe ser seleccionada de manera individualizada tomando en consideración aspectos como el grado de hidratación, electrolitos séricos y gasto urinario.

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. Se recomienda empezar con dextrosa al 5% y si los niveles de glucosa continúan descendiendo aumentar la concentración al 10%

### INSULINA

No se debe iniciar insulina al momento del diagnóstico, sino que se recomienda primero administrar la terapia con fluidos, esperar a que los resultados de electrolitos estén disponibles (para tener seguridad de que el potasio sérico se encuentra al menos por encima de 3.3 mEq/L)

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.

Cuando se inician las soluciones con dextrosa la infusión de insulina se puede reducir a la mitad (0.02-0.05 U/Kg/h) con la meta de mantener la glicemia entre 150-200 mg/dL hasta la corrección de la brecha aniónica

### POTASIO

La reposición de potasio en el contexto de CAD o EHH siempre es necesaria, lo que varía es su momento de inicio. Es guiada por la determinación de los electrolitos iniciales y la presencia o no de una diuresis adecuada. La meta es mantener los niveles de potasio entre 4-5 mEq/L durante la terapia

De acuerdo al valor inicial de potasio, si está  $>5.3$  mEq/L no se recomienda reposición, y tomar control en 1h, si se encuentra entre 4.0-5.3 mEq/L se debe agregar a los fluidos IV Cloruro de Potasio (KCl) 10 mEq/L/h, con potasio entre 3.5-  
<4.0 mEq/L añadir KCl 20 mEq/L/h a los  
fluidos IV, y si el potasio se encuentra  $<3.5$   
mEq/L se recomienda detener la insulina y agregar KCl 20-60 mEq/L/h a los fluidos IV

De acuerdo a la función renal, en caso de falla renal u oliguria, la reposición de potasio debe reducirse y sólo debe ocurrir cuando el potasio sérico está