



**Nombre de alumnos: Oded Yazmin
Sánchez Alcázar**

**Nombre del profesor: Dra Karina
Romero Solorzano**

Nombre del trabajo: investigacion

Materia: Medicina interna

PASIÓN POR EDUCAR

Grado: 5°

Grupo: A

Comitán de Domínguez Chiapas

PH arterial $> 7,3$

Cetoacidosis
Diabética

Estado hiperosmolar
hiperglicémico

Ph

leve $\rightarrow 7.25-7.30$

> 7.30

Ph conservado

Modificado $\rightarrow 7.0-7.24$

Morfo de 7.30

grave $\rightarrow 7.0$

Bicar-
bonato

leve $\rightarrow > 15-18$
MEqL

> 15 MEqL

Modificado \rightarrow

$10 < 14.9$
MEqL

Grave $\rightarrow < 10$
MEqL

tempo-
ralidad

evolución con
las alteraciones
se desarrollan
24 hrs antes
del ingreso.

Cuadro clínico es de
manera palpativa
• Duración 12 días

	Cetoacidosis Diabética	Estado Hiperosmolar No cetósico
¿Dónde?	Se observa en DM tipo 1	Se observa en DM tipo 2
Manifestaciones clínicas	<ul style="list-style-type: none"> • Curso clínico lento. • aumento de sed • aumento de volumen urinario • Hipotensión • taquipnea • taquicardia • mucosa seca • Alteración de la conciencia puede terminar en coma 	<ul style="list-style-type: none"> • Curso más rápido (poros días) • aumento de sed. • aumento de volumen urinario. • Kussmaul • taquicardia • signos de deshidratación • aliento a frutas
Manifestaciones de laboratorio	<ul style="list-style-type: none"> • Glucosa: 600-1200 mg/dl • Creatinina > 1,3 mg/dl • Osmolaridad: 830-380 (mosm/ml) • Cetona plasmática: +/- • Bicarbonato sérico: normal 	<ul style="list-style-type: none"> • 250-200 mg/dl • Creatinina normal o ligeramente aumentado • Osmolaridad: 300-320 (mosm/ml) • cetona plasmática: + + + • Bicarbonato sérico: < 15 meq/L

Paciente femenina de 45 años de edad con diabetes tipo 2 de larga evolución tratada con hipoglucemiantes orales llega a la Sala de Urgencias con dificultad para respirar estupefaca, deshidratación severa, se toman laboratoriales y una gasometria arterial encontrándose

Glucosa 275 mg/dl, urea 85, creatinina 2.0, BUN 20; Sodio 135 mg/dl, potasio 4.5 mg/dl, Cloro 100 mg/dl HB 6.2/dl, HCTO 35%, Plaquetas 22,000 gasometria arterial con PH 7.254, PCO2 35, HCO3 12, PO2 95 examen general de orina leucocituria 10-15 por campo, Bacteriuria +++ , Nitritos positivo, cetonas +++

¿Mi paciente presenta Cetonacidosis Diabetica o estado hiperosmolar NO cetosico?

Cetonacidosis Diabetica

¿Cual es la osmolaridad Senca de mi paciente?

292.3

$$270 \left(\frac{275}{18} \right) + \left(\frac{20}{2.8} \right)$$

$$270 + 15.2 + 7.1 = 292.3$$

¿Que otra patologia que esta desencadenando el cuadro?
La paciente presenta Infeccion via urinaria por la presencia de nitratos en la orina, presencia de leucocitos además de bacteriuria +++

¿Esta conservada la función renal? No la Creatinina y la Urea estan altas en el paciente lo cual nos puede indicar enfermedad renal

¿Cual es la brecha anionica o anion GAP en esta paciente?

$$Na(135) + k(4,5) - Cl(100) + HCO_3(12) = GAP = 51,5$$

Paciente masculino de 59 años de edad diabético dependiente
Ingreso a la Sala de urgencias con deshidratación severa, mal
estado general, refiere hace 24 horas con vomitos de contenido
gastrico en cinco ocasiones, glucosa 625 mg/dl, urea 56
Creatinina 1.8, BUN 30, sodio 156, Potasio 5.0,
cloro 100 mg/dl, examen general orina pH, densidad glucosa
proteinas celomas Celulas epiteliales Hematias leucocitos,
Bacterias 5.0 1020, 1000 mg/dl trazas + escasas 10 por
Campo Incontables ++, gasometria arterial con pH
7.381, PO2 99, PCO2 35, HCO3 25, radiografia de
tórax áreas pulmonares normales.

¿Que diagnosticas tiene mi paciente?

Diabetes Mellitus, estado hiperosmolar.

¿Cual es la Osmolalidad Sencilla? 375.4

$$330 + \left(\frac{625}{18}\right) + \left(\frac{30}{2.8}\right) = 375.4 \rightarrow \text{Osmolalidad}$$

$$330 + 34.7 + 10.7$$

$$156 + 1.6 \times 625 - 100 \frac{2}{100} = 9$$

$$156 + 9 = 165 \rightarrow \text{Sodio corregido}$$

- ¿En la gasometria que datos presenta y porque? pH es normal
HCO3 normal, PCO2 normal Porque el paciente presenta un
estado hiperosmolar.

Mixedema.

¿Que es? Hinchazon (edema) y seca de la piel se produce por la acumulación de proteínas y agua en la piel. Por lo general se asocia con hipotiroidismo, una enfermedad en la cual la glándula que produce las hormonas que regulan el funcionamiento del cuerpo (tiroides) no produce suficiente hormonas.

Síntomas y signos: Cabello escaso, seco, quebradizo, alopecia, pérdida de la cola de las cejas (signo de reina Ana), Cabello escaso, seco, quebradizo, macroglosia, piel fría, piel pálida - amarillenta, piel seca, áspera, rugosa, debilidad, cansancio, aumento de peso, estreñimiento, hipotermia, Bradicardia, Hipoventilación, Intolerancia al frío, debilidad y cansancio progresivo, disminución de funciones psíquicas.

Diagnósticos en laboratorio:

- TSH para distinguir hipotiroidismo primario del central
- Medir cortisol y ACTH para descartar presencia de insuficiencia adrenal primaria o secundaria.

Tratamiento: Glucocorticoides (antes del reemplazo tiroideo)
hidrocortisona 50-100 mg IV cada 6-8 hrs 7-10 días

Tratamiento de reemplazo: levotiroxina (LTH) para reemplazar el déficit y reducir los depósitos de hormona tiroidea.

200-400 µg IV en las primeras 48 hrs seguidas de una dosis más fisiológica de 50-100 µg IV para poder administrarlo vía oral.

Corticoidoterapia de estres

- Hidrocortisona 50-100 mg IV cada 6-8 hrs.

Tratamiento de reemplazo

- LT4 200-400 µg IV en las primeras 48 h seguidas de 50-100 µg IV hasta poder administrar por vía oral.

Tratamiento Coadyuvante.

- Tratamiento de Infecciones: Cobertura antibiótica de amplio espectro
- Hipoventilación: Ventilación mecánica asistida
- Hipotermia: Calentamiento pasivo (forzado)
- Hipotensión arterial: Reposición de volumen, evaluar transfusión/diagnos presoras.
- Hiponatremia: Si la natremia es <120 meq/l Solución salina hipertónica 50-100 ml de ClNa al 3% + furosemida en bolo IV 40-120 mg
Si la furosemida es >120 meq/l: Restricción hídrica
- Factor precipitante: Identificación y tratamiento específico.