



Universidad del Sureste
Escuela de Medicina

Materia:
Medicina interna

DRA. KARINA ROMERO SOLORZANO

Presenta:
Fátima Andrea López Álvarez
5* B

Lugar y fecha
Comitán de Domínguez Chiapas a 10/12/21

Fátima Andrica López Álvarez

Puntuación APACHE II

APS	4	3	2	1	0	1	2	3	4
TP (restal (%))	≥ 40,0	35-40,0		30,5-35,0	26-30,4	24-25,0	22-23,0	20-21,0	< 20
Frec. arterial media	≥ 130	120-129	110-120		70-109		50-69		< 50
Frec. cardíaca	≥ 170	140-170	110-120		70-109		55-69	40-54	< 40
Frec. respiratoria	> 40	35-40			25-34	20-24	6-9		< 6
Oxigenación	> 400	350-400	300-340		< 200				
Si PO2 ≥ 0,5 (AaDO2)									
Si PO2 ≤ 0,5 (PaO2)						≥ 70	61-70	50-60	< 50
pH arterial	≥ 7,60	7,40-7,60		7,30-7,39	7,13-7,40		7,25-7,32	7,15-7,24	< 7,15
Na plasmático (mmol/l)	≥ 170	160-170	155-159	150-154	130-149		120-129	111-119	< 111
K plasmático (mmol/l)	≥ 6,0	5,0-5,9		3,5-5,0		3,0-3,4	2,5-2,9		< 2,5
Creatinina * (mg/dl)	> 3,4	2-3,4	1,5-1,9		0,6-1,4				< 0,6
Hematocrito (%)	≥ 50,0		30-50,0	40-49,0	30-45,0		20-29,0		< 20
Leucocitos (x 1000)	> 20,0		20-20,0	15-19,0	3-14,0		1-2,0		< 1
Suma de puntos APS									
Total APS									
GCS									
EDAD									
Puntuación									
ENFERMEDAD CRÓNICA									
Postoperatorio programado			2						
Postoperatorio no programado o trauma			5						
Total Puntos APACHE II (A+B+C+D)									
Enfermedad crónica:									
Nefrítica crónica (insupr) o hipertensión portal o episodio previo de fallo hepático									
Cardiomioclar: (dieta o angina de pecho) (clase IV de la NYHA)									
Respiratorio: EPOC grave, con hipercapnia, polifonía o hipertensión pulmonar									
Renal: diálisis crónica									
Inmunosupresión: tratamiento inmunosupresor inmunodeficiencia crónica									

SEPSIS_{3.0} & SOFA

Definición: DISFUNCIÓN ORGÁNICA causada por una respuesta anómala del huésped a la INFECCIÓN que supone una AMENAZA para la SUPERVIVENCIA

	4	3	2	1	0
Respiratorio					
PaO ₂ /FIO ₂ (mmHg)	> 400	300-400	200-300	100-200	< 100
P/F (cmH ₂ O)	> 300	210-300	150-210	80-150	< 80
Circulatorio					
Alargamiento QT (ms)	> 400	> 300	> 200	> 100	> 0
Neurólogo					
EEG (delta) (µV/MS)	> 10,0	5,0-10,0	0,0-5,0	0,0-5,0	< 0,0
Cardiovascular					
Tensión arterial	≥ 90/60 (sistólica)	≥ 70/50 (sistólica)	≥ 50/40 (sistólica) o < 20 (diastólica)	≥ 30/20 (sistólica) o < 10 (diastólica)	≥ 10/0 (sistólica) o < 0 (diastólica)
Sistema Nervioso Central					
Escala de Glasgow	≥ 15	≥ 10	≥ 5	≥ 3	≤ 2
Renal					
Creatinina (mg/dl)	> 4,0	3,0-4,0	2,0-3,0	1,0-2,0	< 1,0
Urea (mg/dl)	> 20,0	10-20,0	5-10,0	2-5,0	< 2,0

Criterio: INFECCIÓN + Sequential Organ Failure Assessment
 variación ≥ 2 puntos en la escala



SEPSIS_{3.0} & SOFA

- Criterio:** INFECCIÓN + presencia de 2 o más puntos de la escala SOFA
- 1 Alteración del nivel de consciencia
Escala Glasgow ≤ 13 puntos
 - 2 Tensión arterial sistólica ≤ 100 mmHg
 - 3 Frecuencia respiratoria ≥ 22 rpm



Fátima Andrea López Álvarez 5º B. 10 - DIC - 2021

TROMBOEMBOLIA PULMONAR

Es un padecimiento que se presenta con frecuencia de manera silenciosa, el 50% o más de los casos no se diagnostica. Se define como la oclusión total o parcial de la circulación pulmonar, ocasionada por un coágulo sanguíneo proveniente de la circulación venosa sistémica, dependiendo de su magnitud, puede o no originar síntomas. Se excluye embolismo de origen aéreo, grasa, séptica, tumoral).

Factores Predisponentes: Aunque puede ocurrir en pacientes sin ningún factor identificable, normalmente es posible identificar 1 o más factores como los pacientes con inmovilización prolongada, cirugía mayor, primordialmente ortopédica de la cadera, insuficiencia venosa crónica, quimioterapia, terapia anticonceptiva oral, embarazo, obesidad, trombofilia, insuficiencia cardíaca.

Manifestaciones clínicas: Puede ser variable, Presentarse desde un shock o hipotensión sostenida a discreta leve, Puede ser asintomática. La gravedad de los síntomas depende principalmente de la magnitud del embolismo y la condición cardiorespiratoria previa. El síntoma más frecuente es la disnea, manifestado cuando el coágulo obstruye porciones proximales de la vasculatura pulmonar. **Periférico:** se produce un infarto como irritación pleural y dolor tipo pleurítico acompañado de tos y hemoptisis, dolor retroesternal de tipo coronario isquémico, síncope, shock cardiogénico. **Hallazgos físicos:** taquicardia y taquipnea, cianosis, fiebre, estertores y derrame pleural.

Diagnóstico: Ante la sospecha se debe realizar.

1) una historia clínica identificando factores de riesgo, signos

Y síntomas sugerentes.

- Gasometría arterial:

- Radiografía de tórax

- Ecocardiografía.

2) Determinar la probabilidad de TEP según puntaje de Wells

3) Estudios diagnósticos:

- Determinación del dímero D

- Angiografía pulmonar

- Tomografía helicoidal contrastada

- Ecocardiograma.

Tratamiento = Inicial dependerá de si el paciente se encuentra hemodinámicamente estable o si existe inestabilidad hemodinámica y/o disfunción ventricular derecha. Medidas de soporte y manejo de anticoagulantes. Para paciente estable, y trombólisis o embolectomía para pacientes inestables.

Medidas de soporte: Administración de oxígeno, corregir la hipoxemia, fluidoterapia para mantener la presión arterial. Para pacientes hipotensos, insuficiencia cardíaca derecha deben ser ingresados a la UCI.

Anticoagulación con heparina intravenosa

Colocación de un filtro en la vena cava inferior.

Embolectomía percutánea o quirúrgica.

La embolectomía quirúrgica se realizó en casos con contraindicaciones o sin respuesta a trombolíticas en los que la vida del paciente corre sin peligro o exista hipotensión

persistentes.

DIABETES

Es una enfermedad crónica, considerada un problema de salud pública, es un grupo de alteraciones metabólicas que se caracteriza por hiperglucemia crónica, debida a un efecto en la acción de la misma o ambas. Además de la hiperglucemia, coexisten alteraciones en el metabolismo de las grasas y de las proteínas. La hiperglucemia sostenida en el tiempo se asocia con el daño, disfunción y falla de varios órganos y sistemas, especialmente riñones, ojos, nervios, corazón y vasos sanguíneos.

CLASIFICACIÓN.

Incluye diversos tipos de Diabetes:

- **Diabetes Mellitus tipo I** = Su característica distintiva es la destrucción autoinmune de la célula β , lo cual ocasiona deficiencia absoluta de insulina, y tendencia a la cetoacidosis. Tal destrucción en un alto porcentaje es mediada por el sistema inmunitario, lo cual puede ser evidenciado mediante la determinación de anticuerpos: Anti GAD (antiglutamato de carboxilasa), anti insulina y contra la célula de los islotes, con fuerte asociación con los islotes alelos específicos DQA y DQB del complejo mayor de histocompatibilidad, también puede ser de origen idiopático, donde la medición de los anticuerpos mencionados da negativo.
- **Diabetes Mellitus tipo II** = Es la forma más común y con frecuencia se asocia a obesidad o incremento en la grasa visceral. Muy raramente ocurre cetoacidosis de manera espontánea. El defecto va desde una resistencia predomi-

nante a la **insulina**, acompañada con una deficiencia relativa de la hormona, hasta un progresivo defecto en su secreción.

- **Diabetes Mellitus Gestacional** = Agrupa específicamente la intolerancia a la glucosa detectada por primera vez durante el embarazo. La hiperglucemia previa a las veinticuatro semanas del embarazo, se considera diabetes preexistente no diagnosticada.

Diagnóstico: Se considera valores normales de glucemia en ayunas menores a 100 mg/dl y de 140 mg/dl después de dos horas de una carga de insulina.

- Glucosa alterada en ayunas = 100 + 125 mg/dl
- Intolerancia a la prueba de glucosa a las 2 horas, después de una carga de 75 gramos de glucosa = 140 - 199 mg/dl
- Glucemia en ayunas igual o mayor de 126 mg/dl y glucemia causal, igual o mayor a 200 mg/dl
- **Glucosa Plasmática en ayunas**: Prueba de elección para el diagnóstico, aunque no basta una sola determinación.
- **Pruebas de intolerancia oral a la glucosa**: No debe realizarse en personas con glucemia en ayunas iguales o mayores a 126 mg/dl o con glucemia al azar igual o superior a 200 mg/dl en los que basta una segunda determinación para confirmar el diagnóstico.
- **Hemoglobina A1c** para el diagnóstico de la diabetes: Un valor igual o mayor a 6.5% para diagnosticar diabetes mellitus, siempre y cuando sea realizada.

❖ SÍNDROME DE CUSHING ❖

Se define como el conjunto de signos y síntomas resultantes de la elevación persistente, inapropiada y mantenida de los niveles circulantes en sangre de glucocorticoides o hipercortisolismo.

Se distinguen los siguientes tipos de hipercortisolismo:

1) Hipercortisolismo endógenos que pueden clasificarse fisiopatológicamente en 2 grandes grupos:

1.1) Síndrome de Cushing ACTH dependiente: valores aumentados de ACTH que estimulan la producción de cortisol por la corteza suprarrenal con pérdida del ritmo normal de su secreción e incremento en la amplitud.

1.2) Síndrome de Cushing ACTH independiente: las glándulas suprarrenales producen de forma autónoma y excesiva cortisol. El cortisol elevado frena la secreción de CRF y ACTH.

2) Hipercortisolismo exógeno o síndrome de Cushing iatrogénico: Causa más frecuente del síndrome de Cushing en la infancia y adolescencia, secundaria a la admin. exógena de glucocorticoides o ACTH.

CLÍNICA: son de una riqueza semiológica, de tal manera que cuando el cuadro clínico está totalmente desarrollado el diagnóstico resulta sencillo.

El fenotipo de niño obeso con talla baja es siempre susceptible de estudio para descartar endocrinopatías.

1) obesidad centripeta por su localización preferente en el peritoneo, mediastino, tejido subcutáneo que afecta preferentemente la cara (fascie de luna llena, mejilla rubicundas, boca de carpa)

- 2) Retraso de crecimiento y pubertad: los glucocorticoides suprimen el crecimiento a través de la inhibición de la secreción de GH.
- 3) Osteopenia
- 4) Estrías cutáneas rojizas
- 5) Hirsutismo
- 6) Debilidad muscular.
- 7) Hipertensión
- 8) Hiperpigmentación
- 9) Depresión con ansiedad
- 10) cefaleas
- 11) Alt. menstruales (amenorrea, oligomenorrea)
- 12) Úlcera péptica o duodenal.

Diagnóstico = se basa en la demostración de una secreción excesiva del cortisol y en la alteración del mecanismo de retrocontrol que regula el eje hipotálamo-hipofisario.

- Cortisol libre en orina
- cortisol Plasmático.
- Cortisol en saliva.
- Test de supresión con dosis bajas de dexametasona.
- Test largo con dosis bajas de dexametasona.

Diagnóstico diferencial = la hipofunción adrenal independiente de ACTH y la dependiente de ACTH hipofisaria o ectópica.

- Determinación de ACTH
- Test de estímulo de CRH
- Test largo de supresión con dosis altas de dexametasona.
- Cateterización del seno petroso
- Técnicas de imagen =
- TC adrenal
- RNM hipofisaria.

Tratamiento = Se enfoque no sólo de suprimir el hiper-cortisolismo, si no además al tratamiento de sus secuelas que serán más importantes cuanto más tiempo se haya demorado su diagnóstico

- (1) **Quirúrgico** =
- Cirugía hipofisaria transesfenoidal (enf. de Cushing)
 - Suprarrenalectomía (patología Autónoma suprarrenal)
 - Extirpación de tumor productor de ACTH ectópico.
 - Radioterapia.

- (2) **Farmacológico** =
- Disminución de cortisol previo a la cirugía, intentando reducir la morbimortalidad operatoria.
 - Casos en los que las modalidades terapéuticas previamente descritas hayan fracasado o en los que la cirugía no es posible.
 - Casos de sd de Cushing ectópico en los que no se ha podido extirpar el tumor primitivo persistiendo el hiper-cortisolismo.

KETOCONAZOL = Reduce la esteroidogénesis adrenal inhibiendo la 3-beta-hidroxiesteroide deshidrogenasa, normalizando los niveles de cortisol de forma mantenida y rápida.

Fármaco de Elección

Dosis en fmg = > 30 kg 200 mg/día. 2 dosis. V.O.

AMINOGLUTETIMIDA = Reduce la secreción de cortisol inhibiendo la conversión de colesterol a pregnenolona. 0,5-1g/día. ^{uso limitado por efectos Ad. androgénicos}

METIRAPONA = Poca eficaz en el control de la enfermedad a largo plazo

MITOTANE = Acción inhibitoria sobre la síntesis de cortisol pero desencadena con mayor facilidad insuficiencia suprarrenal. Indicación al tratamiento del carcinoma suprarrenal, uso restringido.