



Francisco Javier Pérez López

**DR. Cruz Domínguez Jesús
Eduardo**

“Trabajos de 3ª unidad”

**Materia: clínicas médicas
complementarias**

PASIÓN POR EDUCAR

Grado: 7º semestre

Comitán de Domínguez Chiapas a 1 de junio del 2023

"ESTADO HIPEROSMOLAR"

+ 0.7

Es la emergencia hiperglucémica más seria y peligrosa para la vida en ex con DM1, consiste en hiperglucemia severa, hiperosmolaridad y deshidratación sin cetoacidosis significativa. Las ITU y Neumonía causas más comunes.

Diagnóstico → Cx según la ADA.

- Glucosa > 600 mg/dl
- Osmolaridad sérica > 320 mOsm/Kg
- Cetonas: bajas.
- Bicarbonato > 15 mmol/l
- Cambios en el estado mental presente.

Tratamiento

→ 1ª hora: Adm IV de solución salina 0.9% de 1000ml.

↳ Sol. salina al 0.9% se reduce a 250-500 ml/h ó

- Na > 135 mEq/L → solución salina 0.45%.
- Na < 135 mEq/L → solución salina 0.9%.

→ Insulina IV - Bolo de 0.1 U/Kg (Inicio), → Infusión continua de 0.1 U/Kg/h de insulina regular IV.

→ Glucosa alcanza 250 mg/dl → Infusión de Insulina ↓ → 0.05 U/Kg/h.

→ K sérico < 3 mEq/L (no) administrar insulina.

Cx de remisión:

- Osmolaridad sérica efectiva < 310 mOsm/Kg.
- Glucosa sérica < 250 mg/dl
- Recuperación del estado de alerta.

Handwritten scribbles and a large circle with a diagonal line through it.

"CETOACIDOSIS DIABÉTICA"

Es una emergencia endocrinológica que consiste en la tríada bioquímica de hiperglucemia, cetonemia y acidosis metabólica; caracterizada por insulino penia absoluta o relativa.

Puede ser la 1ª manifestación de DM no dx previamente o el resultado del incremento en los requerimientos de insulina en px con DM durante un proceso infeccioso, trauma, IAM, cirugía.

Diagnóstico

ADULTOS: • Glucemia > 250 mg/dL

• Grave: pH < 7 , $\text{HCO}_3^- < 10$ mEq/L, estupor o coma, cetonas urinarias y séricas positivas.

• Moderada: pH 7.0-7.24, $\text{HCO}_3^- 10-15$ mEq/L, Alerta u obnubilado, c/s +

• Leve: pH 7.25-7.3, $\text{HCO}_3^- 15-18$ mEq/L, alerta, cetonas urinarias y séricas +.

NIÑOS: Glucemia > 200 mg/dl, pH < 7.3 o $\text{HCO}_3^- < 15$ mEq/L y cetonemia + (+++).

Tratamiento

La vel. de infusión y tipo de solución debe ser guiada por el estado hemodinámico, estado de hidratación, Niv. ES, Osm sérica y Gasto Urinario.

→ 1ª hora: Cloruro de sodio al 0.9% a una velocidad de 15-20 ml/Kg/h, o 1000 ml.

→ 1ª 6 horas: Cloruro de sodio al 0.9% 250-500 ml/h (4-14 ml/Kg/h)... Al corregir el estado de hidratación y reexpandir el volumen intravascular → reajuste con soluciones con baja carga de sodio al 0.45%.

→ Px en estado de choque → 1000 - 2000 ml/hora.

→ Si la osm plasm $\downarrow > 3$ mmol/Kg/h y Na sérico esta bajo → Continuar con Sol. Na al 0.9%.

→ Glucemia < 200 mg/dl → Manejo hídrico solución glucosada al 5%.

→ Insulina de acción corta 0.1 UI/Kg/hora infusión continua hasta resolución

→ pH < 6.9 ⇒ 100 mmol de bicarbonato de Sodio en 400 ml de agua inyectable con 20 mEq de KCl - 200 ml/hr durante 2 hrs hasta que el pH sea > 7.0

D I S L I P I D E M I A

Son un conjunto de enfermedades asintomáticas, que son detectadas cuando se encuentran concentraciones sanguíneas anormales de colesterol total, triglicéridos y colesterol de alta densidad (HDL). Es un factor causal de aterosclerosis, lo que lo convierte en un factor de riesgo cardiovascular modificable.

Etiología:

Es multifactorial, su potencial aterogénico es dado por 2 mecanismos: el primero, al acúmulo de partículas que tiene la capacidad de alterar el endotelio vascular y depositarse en placas de ateroma, el segundo, factores genéticos y ambientales que interactúan en las concentraciones de lípidos de una persona y de una población.

Factores de riesgo:

- Sedentarismo
- Ingesta excesiva de grasas saturadas y carbohidratos
- Obesidad
- Tabaquismo
- Alcoholismo
- Diabetes mellitus tipo 2
- Trastornos inflamatorios/inmunitarios
- Consumo de medicamentos: diuréticos tiazídicos, estrógenos ora es, glucocorticoides esteroides anabólicos, antipsicóticos, inhibidores de la proteasa, isotretinoína.
- Hipotiroidismo
- Sx nefrótico
- Enfermedad hepática colestásica
- Fibrosis quística

DIAGNÓSTICO

La evaluación inicial del paciente incluye: historia clínica y exploración física completa con búsqueda intencionada de...

- Enfermedades cardiovasculares asociadas a aterosclerosis
- Antecedentes de pancreatitis, HAS, DM, obesidad, dislipidemia.
- Fx de riesgo
- Consumo de fármacos que alteren el perfil de lípidos
- Evaluación de dieta y actividad física
- En la exploración física búsqueda intencionada de xantomas, soplos carotídeos, disminución de los pulsos poplíteos, pedios, tibiales, anomalías del fondo del ojo, tensión arterial, índice de masa corporal y perímetro de cintura.
- En el primer nivel de atención se recomienda la determinación de niveles de triglicéridos y colesterol total a manera de tamizaje a los mayores de 20 años sin factores de riesgo cardiovascular asintomáticos y repetir cada 5 años en caso de ser normales.

TRATAMIENTO

❖ No farmacológico:

- Se recomienda plan de alimentación que incluya granos integrales, frutas y verduras (5 raciones al día) y carnes magras. Considerar reducción de grasas saturadas (-10%) y grasas trans (-1%), así como reducción de sal.
- Se recomienda realizar 30 minutos de ejercicio, 5 veces por semana. Se recomienda realizar ejercicio de moderada intensidad (consumo de energía de 4-7 kcal/min) 4-6 días de la semana (con consumo de al menos 200 kcal/día) el cual se asocia a incremento de c-HDL de 1.4-2.4 mg/dL a 27 semanas de seguimiento.
- Dejar de fumar antes de los 35 años
- Limitar el consumo de alcohol, es preferible el consumo moderado de vino tinto y cerveza sobre otro tipo de bebidas alcohólicas.

❖ Farmacológico:

- Entre los fármacos hipolipemiantes, las estatinas son la piedra angular en la terapia de prevención primaria y secundaria de eventos cardiovasculares ateroscleróticos además de las intervenciones de estilo de vida saludables.
- Se recomienda el inicio de bezafibrato en pacientes que persistan con hipertriglicéridemia (mayor de 200mg/dl) a pesar del TX con estatinas.

FÁRMACOS MAS UTILIZADOS

ESTATINAS

- Atorvastatina (intensidad moderada):
 - presentación: tabletas de 20 mg
 - Dosis: 20 mg cada 24 horas vía oral
 - Efectos adversos: estreñimiento/ diarrea, dispepsia/flatulencia/náuseas, reacciones alérgicas, cefalea/mialgias/artralgias, alteración de la función hepática con aumento de creatinafosfocinasa (CPK) sanguínea.
 - Contraindicaciones: niños menos de 10 años, insuficiencia hepática, insuficiencia renal avanzada, embarazo o lactancia.
- Atorvastatina (intensidad alta)
 - Dosis: 40-80 mg cada 24 horas via oral
- Simvastatina/ezetimibe (intensidad moderada)
 - Presentación: tableta combinada de 20 mg/10mg
 - Dosis: 1 tableta combinada cada 24 horas vía oral
- Atorvastatina/ezetimibe (intensidad alta)
 - Presentación: tableta combinada de 40mg/10mg
 - Dosis: 1 tableta combinada cada 24 horas vía oral

FIBRATOS

- Bezafibrato
 - Presentación: tabletas de 200 mg
 - Dosis: 200 mg cada 12 horas o cada 8 horas, según la respuesta vía oral
 - Efectos adversos: pérdida del apetito, sensación de plenitud, náuseas
 - Precaución en: uso junto con fármacos que potencializan la acción de anticoagulantes e hipogluceemiantes orales.
 - Contraindicados: niños menos de 10 años, insuficiencia hepática y renal, embarazo y lactancia.

REDUCTOR DE LA ABSORCIÓN DE COLESTEROL

- Ezetimibe
 - Presentación: tabletas de 10 mg
 - Dosis: 10 mg cada 24 horas vía oral
 - Efectos adversos: monoterapia (dolor abdominal, diarrea, flatulencias, fatiga) adm con estatina (cefalea, mialgias, aumento de transaminasas) adm con fenofibrato (dolor abdominal).
 - Precaución: no usar en niños menos de 10 años, insuficiencia hepática moderada o graves

"CIRROSIS HEPÁTICA"

Es una enfermedad asociada a falla hepática, se caracteriza por un proceso difuso de fibrosis y la conversión de la arquitectural normal en una estructura nodular anormal, que puede presentarse como la etapa final de diversas enfermedades hepáticas de diferentes causas.

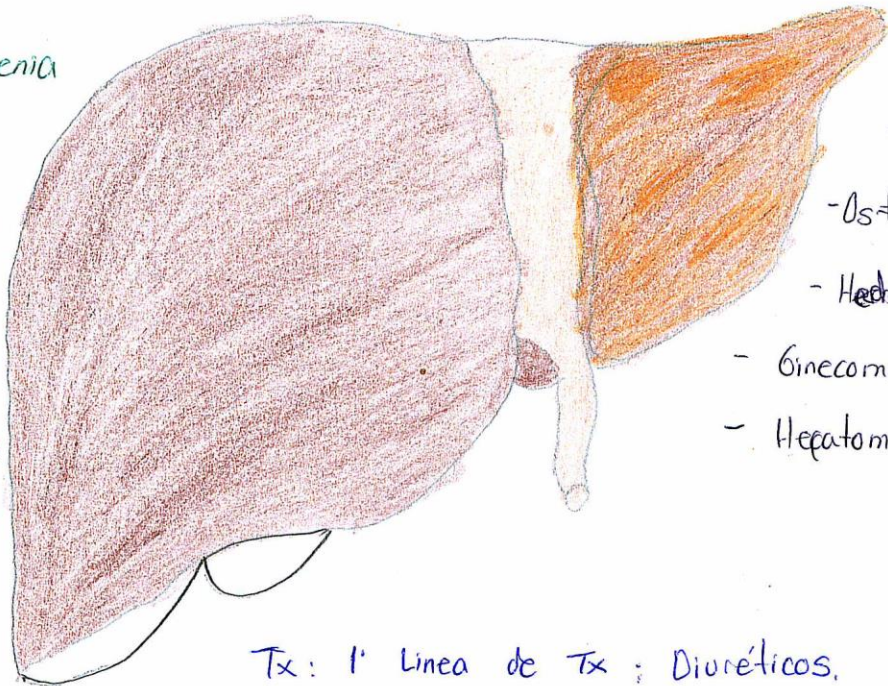
Cuadro clínico:

- Asintomático (40%)
- Manifestaciones con datos inespecíficos como:
 - Anorexia
 - Pérdida de peso
 - Debilidad
 - Fatiga
 - Osteoporosis

Insuficiencia hepática descompensada

Lob.

- Trombocitopenia
- Anemia
- Leucopenia
- Prolongación del tiempo de Protrombina
- Hiperbilirubinemia.



- Ictericia
- Ascitis
- Asterixis
- Osteoartralgia hipertrofica
- Heder hepático
- Ginecomastia
- Hepatomegalia

Dx:

Tx: 1ª Linea de Tx; Diuréticos.

USG

USG dopler

La cirrosis hepática es un proceso de alteración final del hígado, que se caracteriza por el desarrollo progresivo de fibrosis difusa y alteración global de la arquitectura hepática, con formación de nódulos regenerativos y alteraciones hepatocelulares: Pleomorfismo, displasia e hiperplasia regenerativa.

Ascitis

¿Qué es?

Acumulación anormal de líquido en la cavidad peritoneal

Causas de Ascitis:

- Cirrosis
- Cáncer
- Insuficiencia cardíaca
- Tuberculosis peritoneal
- Nefrogenica

Clinica:

- Aumento perímetro abdominal
- Dificultad respiratoria
- Matidez desplazable (>500)
- Signo de la ola

Clasificación

- Ascitis por hipertensión portal
 - Cirrosis
 - Insuficiencia hepática aguda
- Ascitis sin hipertensión portal
 - Ascitis biliar
 - Pancreatitis.



Diagnostico:

- Clínico
- Ecografía abdominal: Gold Standard
- Paracentesis

Se propone la clasificación actual de la ascitis en:

1. ascitis no complicada: grados I, II y III
2. ascitis refractaria (resistente y/o refractaria a diuréticos).

El tratamiento de la ascitis grado

III (a tensión)

- paracentesis evacuadora
- continuación de diuréticos.
- de acuerdo a la cantidad de líquido de ascitis extraído dependerá la reposición de volumen:
 - En caso de extracción < 5 litros se recomienda: expansores del plasma: dextran, haemacel a razón de 125 mL por cada litro extraído, por vía intravenosa.
 - Extracción > 5 litros se recomienda: albúmina humana de 8 a 10 g por litro de líquido extraído, por vía intravenosa.

En la ascitis refractaria se recomienda:

- paracentesis evacuadora de repetición, de acuerdo a las condiciones clínicas del paciente.
- De requerir 3 o más extracciones por mes, evaluar si se cuenta con el recurso:
 1. colocación de una prótesis intrahepática porto sistémica (TIPS)
 2. o derivación percutánea porto sistémica intrahepática (DPPI).

La respuesta clínica se evalúa con base a la pérdida de peso y presencia de edema periférico. Se reconoce el tratamiento de la ascitis grado III (a tensión):

- paracentesis evacuadora
- continuación de diuréticos.
- de acuerdo a la cantidad de líquido de ascitis extraído dependerá la reposición de volumen

La primera línea de tratamiento en la ascitis grado II (moderada) consiste en:

- uso de diuréticos: espironolactona, furosemida y amilorida.