



Portafolio de evidencias

Nombre del alumno: Hannia González Macías

Nombre del tema: Portafolio de evidencias

Grado: 4to semestre Grupo: "A"

Nombre de la materia: Investigación epidemiológica avanzada

Nombre del profesor: Dr. Guillermo Del Solar Villarreal

Licenciatura: Medicina Humana

Tapachula, Chiapas. 16 de marzo del 2024.

Caso clínico Diabetes Mellitus II

Hombre de 45 años, 80 kg, talla 1,72 m, IMC 27,11 kg/m², portador de dislipidemia, sin antecedentes familiares de DM. Inicia un cuadro caracterizado por polidipsia, poliuria, cansancio y calambres. Al mes de evolución consulta en un servicio de urgencia. En el examen físico destacan piel y mucosas secas, acantosis nigricans en cuello, normotenso y pérdida de 8 kilos de peso.

Se realizan exámenes y se hospitaliza con el diagnóstico de cetoacidosis diabética (CAD). Se inicia

	Ingreso	A las 8 h
Glicemia (mg/dl)	640	250
pH	7,32	7,44
HCO ₃ [*] (mEq/l)	20	24
Potasio (mEq/l)	3,8	3,5
Sodio (mEq/l)	140	142
Cloro (mEq/l)	105	110
Cetonemia	+++	+
Anion gap (mEq/l)	18	11,5
HbA1c** (%)		8,8
Creatinina (mg/dl)	0,8	0,8
Colesterol total(mg/dl)	200	
Colesterol HDL(mg/dl)	40	
Colesterol LDL(mg/dl)	94	
Triglicéridos(mg/dl)	330	
Orina		
Glucosuria	+++	+
Cetonuria	+++	+
Hemograma	Normal	Normal
Electrocardiograma	Normal	

solución salina 0,9% 1.000 cc con cloruro de potasio e insulina rápida (IR) 8 U endovenosa. A la hora, se continúa con el aporte de volumen (3.000 cc) e IR sc (subcutánea) cada 6 h, según glicemias capilares. Se descarta foco infeccioso. A las 8 h de tratamiento, al revertir la acidosis y lograr glicemias < 250 mg/dl, se inicia terapia basal bolos con insulina NPH (Neutral Protamine Hagedorn) e IR antes del desayuno (AD) y cena, más refuerzos de IR preprandiales, lográndose una buena respuesta clínica. Al alta se indica régimen con 180 g de hidratos de carbono, insulina NPH 18 U AD y 6 U a las 22 h, con automonitoreo de glicemias capilares.

A las 2 semanas el paciente se encuentra asintomático con glicemias capilares de ayunas 70-110 mg/dl, pre-prandiales 100-130 mg/dl y post-prandiales 160-180 mg/dl. Dada su buena evolución se disminuye la insulina NPH a 6 U a las 22 h y se agrega metformina 850 mg 2 veces al día.

Glicemia (mg/dl)	90
HbA1c* (%)	7,2
Colesterol total (mg/dl)	180
Colesterol HDL (mg/dl)	44
Colesterol LDL (mg/dl)	96
Triglicéridos (mg/dl)	200
Creatinina (mg/dl)	0,7
Orina	Normal

Controlado al mes, relata episodios de hipoglicemias de 60 mg/dl durante el día y los exámenes revelan buen control metabólico.

Dado el inicio de una DM en CAD (sospecha de DM1), en un paciente con características fenotípicas de DM2, se solicitaron marcadores

inmunológicos para diabetes: anticuerpos anti células beta (ICA), anticuerpos anti insulina (IAA), anticuerpos anti ácido glutámico descarboxilasa (anti-GAD), anticuerpos anti tirosina fosfatasa

(IA2), los que resultaron negativos. El péptido C en ayunas fue normal (3,2 ng/ml). En estas condiciones se suspendió la insulina, manteniéndose las medidas no farmacológicas y la metformina.

El paciente continúa en controles periódicos durante 24 meses post alta, lográndose una reducción de 10 kg de peso, glicemias de ayunas inferiores a 100 mg/dl, HbA1c 5,9%, y perfil lipídico y presión arterial normales.

Bibliografía

- Concha L, L., Durruty A, P., & García de los Ríos A, M. (2015). Diabetes Mellitus tipo 2 con tendencia a la cetosis: Caso clínico. *Revista Medica de Chile*, 143(9), 1215–1218. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872015000900017>