

**UNIVERSIDAD DEL SURESTE**

Asignatura: Clínicas Medicas Complementarias

Tema: Casos clínicos

Docente: DR. Darinel Navarro Pineda

Alumna: Yesica de Jesús Gómez López

7 Semestre 2 Unidad

**HISTORICA CLINICA CETOACIDOSIS**

Antecedentes de caso

Un hombre de 20 años de edad es traído al servicio de urgencias con dolor abdominal, náuseas y vómitos, con poliuria, polidipsia y somnolencia en aumento desde el día anterior. Se le diagnosticó diabetes de tipo 1 hace 2 años. Menciona que se quedó sin insulina hace 2 días. Las constantes vitales en el momento del ingreso son: presión arterial 106/67 mmHg, frecuencia cardíaca 123 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 32 respiraciones por minuto, temperatura 37.1 °C (98.8 °F). Durante el examen del estado mental presenta somnolencia. La exploración física revela (respiración profunda y rápida debido a la cetoacidosis) con olor a acetona y dolor leve generalizado a la palpación abdominal sin rigidez ni signo de Blumberg. Los datos iniciales de laboratorio son: glucemia 25.0 mmol/L (450 mg/dL), pH arterial 7.24, pCO2 25 mmHg, bicarbonato 12 mmol/L (12 mEq/L), recuento de leucocitos 18.5 × 10^9/L (18,500/microlitro), sodio 128 mmol/L (128 mEq/L), potasio 5.2 mmol/L (5.2 mEq / L), cloruro 97 mmol/L (97 mEq/L), urea sérica 11.4 mmol/L (32 mg/dL), creatinina 150.3 micromoles/L (1.7 mg/dL), cetonas séricas fuertemente positivas.

Otras presentaciones

En la actualidad se reconoce que la diabetes de tipo 2 de inicio reciente se puede manifestar con cetoacidosis diabética (CAD). Estos pacientes son obesos y presentan hiperglucemia sin diagnosticar, secreción de insulina alterada y resistencia a la insulina. Sin embargo, después del tratamiento del episodio hiperglucémico agudo con insulina, la función de las células beta y los efectos de la insulina mejoran, por lo que estos pacientes pueden suspender el tratamiento con insulina y recibir tratamiento por vía oral o mediante dieta solamente; el 40% de los pacientes no ha requerido insulina en el transcurso de los 10 años posteriores a los episodios iniciales de CAD.

**HISTORIA CLÍNICA DE HIPERGLUCEMIA**

Varón de 76 años que acude por MALESTAR GENERAL SIN ESPECIFICAR.

**ANTECEDENTES PERSONALES:**

Datos Clínicos: HTA. DLP. SCASEST, cardiopatía isquémica crónica estable. ECO en septiembre 2022 con FEVI normal, no asimetrías contráctiles, no valvulopatías. HBP. IQ: lipomas.

Medicación Actual: SINTROM 4MG; LIPOCOMB 20/10MG 0-0-1; PARACETAMOL 1.000MG; CAFINITRINA;

ENFERMEDAD ACTUAL:

Varón de 76 años Independiente de las ABVD, que acude a Urgencias por cuadro de malestar general, polaquiuria, sequedad de boca y aumento de sed de 3-4 días de evolución. En domicilio han objetivado cifras de glucemia incalculables.

Antecedentes Previos de HTA, dislipemia, HBP y SCASEST en 2014 ( coronarias ectasias sin lesiones hagiográficas), toma sintrom desde entonces y presento episodio de dolor precordial de 5 horas de duración en septiembre de 2022 con revisión cardiológica normal. No AP de DM. Ex fumador hace dos años. No enolismo. Vive con su mujer. dieta normal salvo estos últimos días que ha aumentado la ingesta de coca cola por sed.

Acude por cuadro de 5 días de evolución de mareo, debilidad, poliaquiuria, poliuria y leve disnea. No dolor torácico ni edemas, solo dolor en antebrazo izquierdo. infección respiratoria hace una semana tratada con antibiótico y flumil. Al parecer, su ATS le realizó Bemetest hace 5 días y era normal. No dolor abdominal, náuseas, diarrea, fiebre o expectoración. Leve disuria sin secreción. Perdida de 3 kg de peso (Peso 95 kg, Talla 172 cm) con buen apetito.

**EXPLORACION GENERAL:**

Tensión Arterial: 199/90, Frecuencia Cardiaca: 58 p.m., Temperatura: 36,70 ºC, Saturación de Oxígeno: 94, Glucosa: +500

TRATAMIENTO RECIBIDO EN URGENCIAS:

Captopril 25 mg

15 unidades de Actrapid iv, 500 cc iv SSF

**HISTORIA CLÍNICA ENCEFALOPATIA HEPÁTICA**

**ENFERMEDAD ACTUAL:**

Paciente que viene de su domicilio a Urgencias por comenzar con tos intensa acompañado de su esposa. Anamnesis dificultosa, poco colaborador. Refiere tos seca desde hace 24 horas. Niega disnea. No deposiciones diarreicas. No dolor abdominal. Niega pérdida del control de esfínteres. La mujer comenta que hay una alteración de la marcha brusca desde hace unos meses con pérdida de capacidades motoras, episodios de desorientación espacial y comportamientos incoherentes con pérdida de continencia de esfínteres. Se comenta con especialista de Digestivo para valoración.

ANTECEDENTES PERSONALES:

Datos Clínicos: Hepatopatía crónica con Hipertensión Portal (HTPortal) (alcohol), Hipertensión Arterial (HTA), Dislipemia (DLP), Cardiopatía isquémica con implante de 2 stents, artrosis, hernia de hiato intervenida, embolización de hipogástrica derecha.

Intervenciones Quirúrgicas: herniorrafia inguinal bilateral, hernia de hiato, adherencias. En Febrero del 2017 colecistitis perforada con gran absceso subhepático con cirrosis descompensada. Sin alergias medicamentosas conocidas hasta la fech

EXPLORACION GENERAL:

Tensión Arterial: 122/58, Frecuencia Cardíaca: 70 pulsaciones por minuto (p.p.m.), Temperatura: 36,5ºC, Saturación de Oxigeno: 97%

Auscultación Cardíaca (AC): tonos rítmicos, apagados.

Auscultación Pulmonar(AP): gran cantidad de roncus en campos anteriores de forma generalizada. Crepitantes en base derecha.

Abdomen: blando, depresible, sin masas ni megalias, no doloroso a la palpación, peristaltismo conservado. No signos de irritación peritoneal.

Extremidades inferiores (EEII): signos de Insuficiencia Venosa Crónica (IVC), frialdad distal bilateral, relleno capilar conservado. Pulsos pedios presentes y simétricos.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

Radiografía de Tórax: Infiltrados intersticiales bilaterales de distribución periférica, que en contexto clínico epidemiológico sugiere afectación pulmonar por COVID.

Electro Cardiograma (ECG): ritmo sinusal a 65 p.m., PR < 0.20, Bloqueo de rama derecha completo ya presente en ECG previos, hemibloqueo anterosuperior

Analítica de Sangre(AS):

EAB: pH 7.34, pCO2 48, HCO3 26, glucosa 156, lactato 2.4, cloro 109, sodio 141, potasio 4.5, Hb 15

Ferritina 33.7, PCR 0.0

**EVOLUCIÓN**

Viene el especialista de Digestivo y realiza anamnesis con ayuda de familiar (esposa). Relata que desde hace meses (aproximadamente en el último año) presenta episodios intermitentes de mayor desorientación y alteración del comportamiento, alteración del ritmo sueño-vigilia marcados con alteraciones de base leves, describiendo en los últimos 3-4 días un evidente empeoramiento, con tendencia a la somnolencia e incontinencia de esfínteres. Niega fiebre, aunque sí que ha presentado sensación distérmica y algún episodio de tiritona en domicilio.

PLAN DE CUIDADOS. NANDA. NOC. NIC.

(0052) Deterioro de la interacción social relacionado con trastorno del autoconcepto manifestado por interacción disfuncional con los compañeros, familia o amigos.

<https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/hiperglucemia#:~:text=Es%20un%20s%C3%ADndrome%20cl%C3%ADnico%20que%20aparece%20en%20pacientes,mOsm%2Fl%20y%20ausencia%20de%20cuerpos%20cet%C3%B3nicos%20en%20sangre>.

Referencia