



Nombre del Alumno: Yari Karina Hernández Chacha

Nombre del tema: manual del bolsillo

Parcial :2do

Nombre de la Materia: Clínicas Médicas Complementarias

Nombre del profesor: Márquez Anzueto

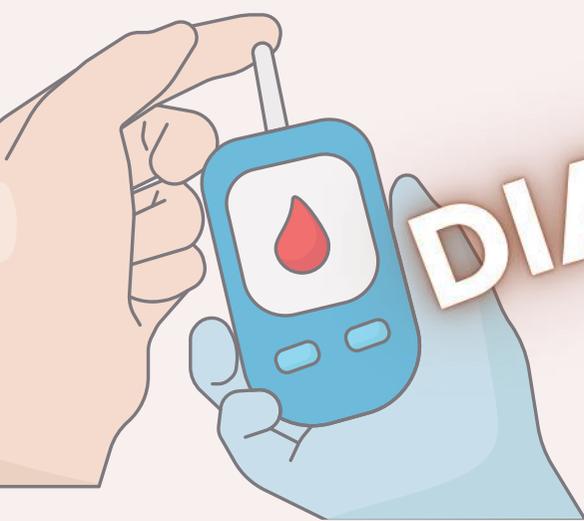
Nombre de la Licenciatura: Medicina Humana

7mo Semestre Grupo A

Comitan De Domínguez 8 De Abril 2025

MANUAL DEL BOLSILLO

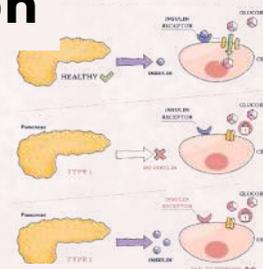




DIABETES MELLITUS



Es un grupo de enfermedades metabólicas que comparten el fenotipo de la hiperglucemia por defectos en la secreción y acción de la insulina, encontrándose también alteración del metabolismo del resto de las moléculas energéticas.



TIPOS

Secundaria a destrucción de células pancreáticas y deficiencia absoluta de insulina.

Anticuerpos: Anti-insulina, antiglutamato-descarboxilasa 65, anti tirosinofosfatasa, antislotes pancreáticos, antitransportador de zinc 8.

Defecto progresivo en la secreción y resistencia a la insulina. Se relaciona con obesidad, herencia norteamericana, hispano, asiático, historia familiar (el 60 -90% tienen un familiar con DM2).

Factores de riesgo

1. Edad \geq 45 años
2. Historia familiar de diabetes (padres o hermanos con DM2)
3. Grupo étnico
4. Sedentarismo
5. Dieta poco saludable
6. Hipertensión arterial (\geq 140/90 mmHg o en tratamiento antihipertensivo)
7. Dislipidemia (colesterol HDL bajo y/o triglicéridos elevados)
8. Tabaquismo
9. Síndrome de ovario poliquístico
10. Antecedente de diabetes gestacional

Clinica

Cuatro P.

- Poliuria.
- Polifagia
- Polidipsia.
- Pérdida de peso.

Diagnostico

- Síntomas + 1 prueba alterada
- No síntomas + prueba alterada 2 veces
- Síntomas típicos + alucosa al azar $>$ 200.

La HbA1c es un mejor estudio presencia de Diabetes y la curva de tolerancia oral a la glucosa para corroborar diagnóstico.

DIABETES Criterios diagnósticos ACTUALIZACIÓN ADA 2024

HbA1c \geq 6.5% (primera opción)
Glucosa en ayunas \geq 126 mg/dl (ayuno se define como ausencia de ingesta calórica por 8 horas)
Glucosa 2 h post \geq 200 mg/dl (75 g de glucosa disuelta en agua)
Síntomas clásicos de hiperglucemia o crisis hiperglucémica, con una prueba aleatoria de glucosa plasmática \geq 200 mg/dl

Tratamiento No farmacológico

- Pérdida ponderal: Disminuir peso $>$ 7% y realizar ejercicio 150 minutos por semana (5 veces por semana).
- Regimen alimenticio: Grasas saturadas $<$ 10% de ingesta, colesterol $<$ 300 mg/día, sodio $<$ 2.5 gr/día en hipertensos, proteínas $<$ 20% de ingesta calórica.

recomienda iniciar terapia combinada con metformina y otro antidiabético oral en pacientes adultos con DM tipo 2 recién diagnosticada y un nivel de HbA1c $>$ 8%.

La dosis inicial de insulina basal es de 10 Unidades por día o de 0.2 Unidades/kg de peso/día. Se debe incrementar la dosis en 2 a 4 unidades cada vez que la glucemia en ayunas está por encima del valor.

Tratamiento farmacológico

- metformina a dosis 425 mg y tratamiento no farmacológico.
- Manejo antihipertensivo con IECAS





PANCREATITIS



Proceso inflamatorio agudo del páncreas que frecuentemente involucra tejido peripancreático y puede involucrar órganos y sistemas distantes

Etiología

- Biliar
- Alcohólica
- Otras: Hiperlipidemia (> 1000 mg), CPRE, fármacos (didanosina), auto inmune, etc.



Factores de riesgo

- Cálculos biliares
- Ingesta de alcohol
- Fármacos
- Hiperlipidemia
- Trauma
- Procedimientos invasivos abdominales
- recientes
- Antecedentes familiares de enfermedad pancreática



Clinica

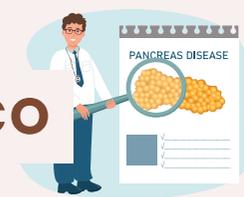
1. Dolor abdominal
2. Irradiación a tórax y espalda
3. Inicio súbito
4. media
5. Asociada a ingestión de comida
6. Náuseas,
7. vómitos
8. Sensación de llenura

Clasificación de ATLANTA
Permite clasificar la severidad de la pancreatitis aguda

- Pancreatitis aguda leve**
 - Ausencia de falla orgánica
 - Ausencia de complicaciones locales
- Pancreatitis aguda moderadamente severa**
 - Complicaciones locales y/o falla orgánica transitoria <48 h
- Pancreatitis aguda severa**
 - Falla orgánica persistente >48 h

DIAGNOSTICO

2 DE 3 CRITERIOS: CLÍNICO + LABORATORIO + IMAGENOLÓGICO



Dolor abdominal transfiectivo irradiado a flancos (hemicinturon) acompañado de náusea y vómito.

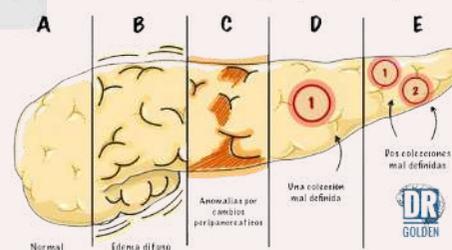
- Signo cullen (equimosis periumbilical).
- Grey turner (equimosis pared lateral)
- Fox (cambio coloración en porción inferior de ligamento inguinal)

LABORATORIO: Se deben x3 veces lo normal

- Amilasa (se eleva 6-12 hrs)
- Lipasa (Gold) se eleva en 6-8 horas y permanece de 7-14 días.

1. **Inicial:** Ultrasonido, para el diagnóstico de una pancreatitis de etiología biliar.
2. **TAC con contraste (Gold):** Primeras 24 horas para estadificar severidad y 72-120 horas: Factor pronóstico.

Escala de Balthazar Criterios tomográficos para pancreatitis aguda



Grado de lesión por Tomografía computarizada		Grado de necrosis	
A	Normal	0 pts	0 pts
B	Inflamación local o difusa del páncreas	1 pts	1-2 pts
C	Anomalías intrapancreáticas asociadas a cambios del tejido graso peripancreático	2 pts	3-4 pts
D	Presencia de una colección mal definida	3 pts	5-6 pts
E	Presencia de dos colecciones mal definidas de líquido o gas	4 pts	6 pts

TRATAMIENTO

• Ayuno (< 48 horas, GPC) + Hidratación agresiva con Ringer lactato (para evitar hipovolemia) y manejo en segundo nivel.

- Analgesia con opiodes: Meperidina y Antibióticos: en caso de sepsis o PCR > 120 mg/dl: Imipenem y Ciprofloxacino.
- Si después de 48 horas no tolera vía oral. Colocar sonda nasoyeyunal o paraenteral cuando hay complicaciones.

- Indicación para iniciar vía oral:
- " Ayuno previo (48 hrs)
- Ausencia de dolor
- Disminución amilasa y lipasa

QUIRÚRGICO: Necrosectomía + drenaje (por lo menos 3 semanas de retraso)

- Necrosis estéril >50% (Balthazar E) + deterioro.
- Sospecha de perforación, hemorragia o síndrome compartimental.
- Absceso pancreático: Drenaje guiado por USG

Criterios de ingreso a UCI y TAC

- Ranson > 3 (mortalidad 15%)
- Apache II > 8
- Falla orgánica

El criterio de Ranson es una regla de predicción clínica para predecir la gravedad de la pancreatitis aguda. Fue introducido en 1974.



Esta escala está basado en la medición de 11 factores:

- 5 controlados en la admisión
- 6 revisados a las 48 horas.

La presencia de 3 o más de los siguientes factores predicen un mayor riesgo de muerte o la gravedad de la enfermedad con una sensibilidad del 60-80%.

AL INGRESO - 0 HORAS

Leucocitos	>16 MIL/mm ³
LDH	> 350 U/L
Edad	> 55 Años
Glucemia	> 200 mg/dL
AST	> 250 U/L

Mnemotecnia = "LLEGA"

48 HORAS DE EVOLUCIÓN

Calcio sérico	< 8 mg/dL
Hematocrito	Caida > 10 %
Oxígeno (PO2)	< 60mmHg
BUN	Aumento > 5mg/dL
Base de déficit	> 250 U/L
Secuestro de Fluidos	> 6 LT

Mnemotecnia = "CHOBBS"



CETOACIDOSIS DIABETICA

La cetoacidosis diabética (CAD) se debe a una disminución en la insulina efectiva circulante, así como al aumento de hormonas contrarreguladoras, produciendo hiperglucemia > de 200 mg/dl, acidosis con pH < 7,3 y bicarbonato < 18 mmol/l, glucosuria, cetonemia y cetonuria.

Clinica

Factores de riesgo

- Omisión o suspensión del tratamiento con insulina
- Infecciones (respiratorias, urinarias, gastrointestinales, etc.)
 - Enfermedades intercurrentes (infarto agudo al miocardio, EVC, pancreatitis, trauma, cirugía)
 - Diagnóstico nuevo de diabetes mellitus tipo 1
 - Trastornos psicológicos o del comportamiento (como trastornos de la alimentación o uso de sustancias)
 - Mal control glucémico crónico
 - Uso de medicamentos como:
 - Corticoides
 - Diuréticos tiazídicos
 - Antipsicóticos atípicos

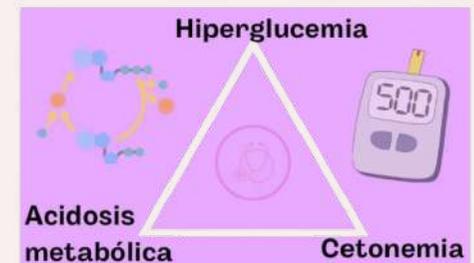


1. Poliuria
2. Polidipsia con o sin polifagia y pérdida de peso
3. Deshidratación
4. Respiraciones de Kussmaul
5. Náuseas, vómitos y dolor abdominal
6. Edema cerebral con alteración del estado de consciencia, focalidad neurológica o coma

Diagnostico

Determinación de glucemia, gasometría con iones con potasio, sodio, calcio, fósforo y magnesio, perfil renal con nitrógeno ureico en sangre (BUN) y creatinina, osmolalidad, gasometría para valorar acidosis, pCO2 y bicarbonato, hemograma y cetonemia/cetonuria, siendo útil el cálculo del sodio corregido por glucemia..

Triada clínica



Tratamiento

Reposición de líquidos

Terapia con insulina

Reposición de electrolitos

- SSN 0.9% o lactato de ringer IV.
Px sin compromiso renal o cardiaco:
- 500-1,000 cc/h por 2-4 hrs
 - Glucosa <50-70 mg/dl/h.
- Posterior
- Estado de hidratación del paciente
 - Corregir en 24-48 hrs.

Medir K antes de iniciar infusión.
v K <3.5mEq/L reponer antes de iniciar insulina.
* K >3.5 mEq/L: iniciar insulina más reponer hasta alcanzar metas de 4.5 mEq/L.
r Infusión fija: 0.1 u/kg/h
< Bolo: 0.1u/kg más infusión de 0.1 u/kg/h.

Diabetes Care
Hyperglycemic Crises in Adults With Diabetes: A Consensus Report
Consenso 2024
Clasificación de gravedad
Cetoacidosis diabética

	Leve	Moderada	Grave
Glucemia	>200 mg/dl	>200 mg/dl	>200 mg/dl
Acidosis	pH 7.25 - 7.3 Bicarbonato 15-18 mmol/L	pH 7.0 - 7.25 HCO3 10-15 mmol/L	pH <7.0, HCO3 <10 mmol/L
Cetonemia	B- hidroxibutarato 3-6 mmol/L	B- hidroxibutarato 3-6 mmol/L	B- hidroxibutarato >6 mmol/L
Estado mental	Alerta	Alerta/ somnolencia	Estupor/ coma
Nivel de cuidado	Salas generales	UCI intermedia	UCI plena

El anion gap NO se considera criterio de gravedad
Se requiere al menos 1 variable para definir la gravedad

SPEM MEDICINE
MEDICINA BASADA EN EVIDENCIA
ENDOCRINOLOGÍA
American Diabetes Association 2025
ACTUALIZACIÓN 2025
CRITERIOS DIAGNÓSTICOS
CETOCIDOSIS DIABÉTICA

Hiperglucemia	Glucosa ≥ 200 mg/dL o antecedentes de diabetes
Cetosis	Concentración de β-Hidroxibutarato ≥ 3.0 mmol/L o en tira reactiva de orina cetonas ≥ 2 ++
Acidosis metabólica	pH <7.3 y/o concentración de bicarbonato <18 mmol/L