



**UNIVERSIDAD DEL SURESTE**  
**UDS**  
**LICENCIATURA EN MEDICINA GENERAL**

**Materia:**  
**Clínicas médicas complementarias**

**Nombre del trabajo:**  
**Manual de Bolsillo**

**Zury Evelyn Morales Aguilar**

**Grupo: 7'A**

**Docente:**  
**Dr. Márquez Anzueto Luis Fernando**

Comitan de Domínguez Chiapas 08-abril-2025

**PASIÓN POR EDUCAR**

# MANUAL DE BOLSILLO



- CETOACIDOSIS DIABETICA
- DIABETES MELLITUS
- PANCREATITIS

---

UDS

CLÍNICAS MEDICAS COMPLEMENTARIAS

Alumna: Zury Evelyn Morales Aguilar 7'A

# CETOACIDOSIS METABOLICO

## Definición

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

## Triada

- Cetonemia
- Acidosis metabólica
- Hiperglucemia

## Factores de riesgo

- Alcohol
- Diabetes recién dx
- Insulinoterapia inadecuada
- Pancreatitis
- Deshidratación
- Estrés

## Clinica

- Polidipsia
- Hipotension
- Fatiga
- Dolor abdominal
- Aliento afrutado
- Taquicardia
- Náuseas y vómitos
- Deshidratación
- Poliuria
- Respiración de kussmaul

## Tratamiento

- Reposición de líquidos
- Terapia con insulina
- Reposición de electrolitos

## REPOSICIÓN DE LIQUIDOS

- 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/d/n.

Posterior

- Estado de hidratación del paciente
- Corregir en 24-48 hrs.

## Criterios diagnósticos

- Glucosa  $> 250$
- $\text{pH} < 7.30$
- $\text{HCO}_3 < 18$  mEq/dL
- Anion Gap  $> 12$  Cetonas

## Criterios de resolución

- Glucosa  $< 200$
- $\text{Ph} < 7.30$
- $\text{HCO}_3 > 15$  mEq/dl
- Anion Gap  $< 12$
- Cetonas en plasma  $< 0.6$  mmol/l

## INSULINA

- Medir K antes de iniciar infusión.
- $\text{K} < 3.5$  mEq/L reponer antes de iniciar insulina.
- $\text{K} > 3.5$  mEq/L: iniciar insulina más reponer hasta alcanzar metas de 4.5 mEq/L.
- Infusión fija: 0.1 u/kg/h
- Bolo: 0.1u/kg más infusión de 0.1 u/kg/h.

# Criterios

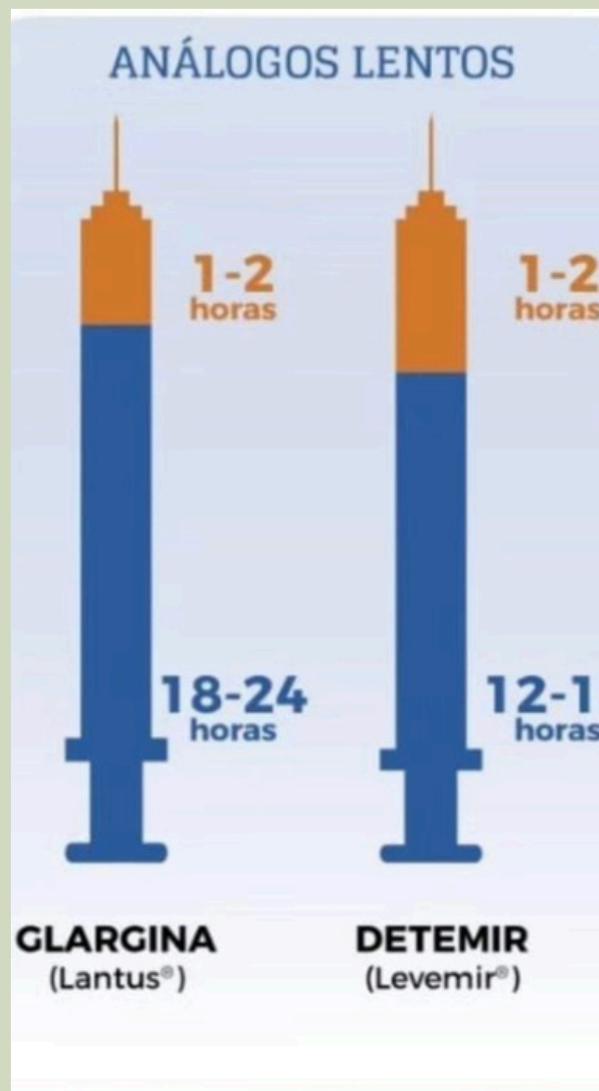
## Consenso 2024 Clasificación de gravedad Cetoacidosis diabética

	Leve	Moderada	Grave
<b>Glucemia</b>	>200 mg/dl	>200 mg/dl	>200 mg/dl
<b>Acidosis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>pH 7.25 – 7.3</li> <li>Bicarbonato 15-18 mmol/L</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>pH 7.0 – 7.25</li> <li>HCO<sub>3</sub> 10-15 mmol/L</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>pH &lt;7.0.</li> <li>HCO<sub>3</sub> &lt;10 mmol/L</li> </ul>
<b>Cetonemia</b>	B- hidroxibutarato 3-6 mmol/L	B- hidroxibutarato 3-6 mmol/L	B- hidroxibutarato >6 mmol/L
<b>Estado mental</b>	Alerta	Alerta/ somnolencia	Estupor/ coma
<b>Nivel de cuidado</b>	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

## ACTUALIZACIÓN 2025 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS CETOCIDOSIS DIABÉTICA

<b>Hiper glucemia</b>	Glucosa $\geq$ 200 mg/dL o antecedentes de diabetes
<b>Cetosis</b>	Concentración de $\beta$ -Hidroxibutirato $\geq$ 3.0 mmol/L o en tira reactiva de orina cetonas $\geq$ 2 ++
<b>Acidosis metabólica</b>	pH <7.3 y/o concentración de bicarbonato <18 mmo/L



# PANCREATITIS

## Definición

Es la inflamación aguda y reversible del páncreas, que puede involucrar al tejido pancreático y órganos remotos o presentar complicaciones locales como necrosis pancreática o formación de pseudoquistes.

## Clinica

- **Dolor abdominal transfiectivo** en epigastrio o hipocondrio izquierdo irradiado a flancos (**hemicinturon**) acompañado de **nausea, fiebre y vomito**
- **Signo cullen** (equimosis periumbilical)
- **Grey turner** (equimosis lateral)
- **Signo Fox** (equimosis en porción inferior de ligamento inguinal)

## Factores de riesgo

- **Litiasis biliar (49 - 52 %)** es la causa más común.
- **Alcoholismo (37-47%)** más frecuente en la crónica
- **otras;** hipertrigliceridemia, didanosina, trauma, post CPRE, infecciosa, autoinmune, iatrogenica y hereditarias

## Diagnostico

- **Amilasa** se eleva a las 6 horas y es + >3 veces de lo normal
- **Lipasa** se eleva a las 6-8 horas y permanece elevada 7-14 días (mejor estudio bioquímico)
- **PCR** se eleva las primeras 48 horas (valora gravedad) gold standard en el pronóstico.

## Criterio de imagen

- **Inicial; USG** para el dx de una pancreatitis de etiología biliar
- **TAC con contraste (Gold);** en las primeras 24 horas y a las 72-120 horas para pronóstico
- **CPRE en <72 horas** si hay ictericia obstructiva y pancreatitis

## Tratamiento

- **Ayuno (< 48 horas) + hidratación** agresiva con ringer lactato (para prevenir hipovolemia) y manejo en un segundo nivel.
- Si después de 48 horas no tolera vía oral, **colocar sonda nasoyeyunal o una vía paraenteral cuando hay complicaciones**
- **Analgésicos:** Elegir en forma escalonada, puede incluye opioides (**mepiridina**) o analgesia epidural en cuadros graves.
- **Antibióticos (imipenem o ciprofloxacino):** Se recomiendan en caso de sepsis o PCR > 120 mg/di o cuadro graves.
- **Quirurgico;**
- **Drenaje percutaneo**
- **Nacrosectomía pancreatica+ lavado**
- **Laparatomia**

# ESCALAS PANCREATITIS

## 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

## Criterios tomográficos de Balthazar para Pancreatitis Aguda

Grado de lesión por tomografía computarizada	Puntuación
<b>A</b> Normal	<b>0</b>
<b>B</b> Agrandamiento difuso del páncreas	<b>1</b>
<b>C</b> Anomalías intrínsecas del páncreas asociado a cambios del tejido peripancreático	<b>2</b>
<b>D</b> Presencia de una colección mal definida	<b>3</b>
<b>E</b> Presencia de 2 o más colecciones líquidas mal definidas	<b>4</b>

Grado de necrosis	Puntuación	Suma de los puntos	Índice de severidad
0%	0	0 - 3	<b>Bajo</b>
<30%	2		
30 - 50%	4	4 - 6	<b>Medio</b>
>50%	6	7 - 10	<b>Alto</b>

Presentamos fue únicamente con fines informativos. Siempre debes consultar a un profesional de la salud si tienes inquietud médica.

SPOTLIGHT Med

## Criterios de RANSON Cirugía

Los **criterios de Ranson** son predictores de severidad para una probable **pancreatitis aguda**, sin necesidad de estudios de imagen.

**Ventajas:** ✓

- Simples de recordar.
- Fácil accesibilidad a pruebas de laboratorio.
- Útiles para manejo en urgencias/ingreso.
- Sensibilidad 80% a 48h.

**Desventajas:** ✗

- Tener que esperar 48h para evaluación completa.
- Confusión por origen biliar o no biliar.
- Superados por escala de APACHE II para monitorización constante.

	Pancreatitis alcohólica	Pancreatitis biliar
<b>Al ingreso.</b>		
Edad	>55 años.	>79 años.
Leucocitos	> 16.000	>18.000
Glucemia	> 200 mg/dl	> 200 mg/dl
LDH	> 350 u/l	> 400 u/l
AST	> 250 u/l	> 250 u/l
<b>A las 48 horas.</b>		
Descenso de hematocrito	> 10%	> 10%
Aumento de BUN	> 5 mg/dl	> 2mg/dl
Calcemia	< 8 mg/dl	< 8 mg/dl
paO2	< 60 mmHg	-
Déficit de bases	> 4 meq/l	> 5 meq/l
Secuestro de líquidos	> 6 L	> 4 L

**0-2 criterios: predice PA leve; > 3 criterios: predice PA grave.**

Bustamante D. Pancreatitis Aguda. Evidencia Actual. iMedPub Journals 2018. Vol.14 No 1.4. doi: 10.3823/1380 Madaria E & Martínez J. Pancreatitis aguda. Anegastro. Sección 4(42) 636

## PANCREATITIS AGUDA (PA)

CRITERIOS	VALORES
Edad	> 55 años
Leucocitos	> 15 000/mm <sup>3</sup>
DHL	> 600 U/l
PaO2	< 60 mmHg
ALT	> 200 U/l
Albúmina	< 3.2 g/dl
Calcio	< 8 mg/dl
Glucosa	>180 mg/dl
Urea	> 45 mg/dl

## Criterios de Glasgow modificada

> 3 → PANCREATITIS AGUDA



ARTE EN URGENCIAS MÉDICAS

ARUMED®  
ASOCIACIÓN DE RESIDENTES DE URGENCIAS MÉDICAS

# DIABETES MELLITUS

## Definición

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.

## Clinica

- Poliuria
- Polifagia
- Polidipsia
- Pérdida de peso

## Factores de riesgo

- Edad avanzada
- Obesidad
- Hereditario
- Sedentarismo
- Mala alimentación

---

## Diagnostico

- Síntomas + 1 prueba alterada.
- No síntomas + prueba alterada 2 veces.
- Síntomas típicos + glucosa al azar > 200.
- Los criterios son los mismos que maneja ADA en 2022.

## Tratamiento no farmacológico

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

## Tratamiento

- Iniciar con **metformina** a dosis de 425mg y Tx no farmacológico
- **Manejo antihipertensivo con IECAS (primera elección)**
- Se recomienda inicialmente insulina en pacientes con IMC < 25, jóvenes, complicación aguda de DM2 y embarazo.
- Se sugiere utilizar **como segunda opción la combinación metformina-sulfonilurea** con bajo riesgo de hipoglucemia (Glimepirida o glicazida), combinación de metformina con un inhibidor SGLT-2.
- **La dosis inicial de i.b es de 10u/día por o de 0.2 U/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.**

# critérios/ escalas

@medinternafacil

## CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DIABETES ADA 2025

CRITERIO	DATOS DE IMPORTANCIA
HbA1c $\geq 6.5\%$	ES EL DE PRIMERA ELECCIÓN
GLUCOSA EN AYUNO $\geq 126$ MG/DL	REQUIERE UN AYUNO MINIMO DE 8 HORAS
GLUCOSA A LAS 2 HORAS $\geq 200$ MG/DL	MEDIANTE CARGA ORAL DE GLUCOSA DE 75GR
GLUCOSA ALEATORIA $\geq 200$ MG/DL	EN PACIENTES CON SÍNTOMAS CLÁSICOS DE HIPERGLUCEMIA O CRISIS HIPERGLUCEMICA

## Tratamiento DIABETES Guía ADA 2025

Meta	Tratamiento recomendado
Reducción de riesgo cardiorenal	AR-GLP-1 o iSGLT2 en enfermedad cardiovascular (ASCVD). SGLT2i en insuficiencia cardíaca y enfermedad renal.
Control de peso	Alta eficacia: Semaglutida, tirzepatida. Eficacia moderada: Liraglutida, dulaglutida.
Control glucémico	Muy alta eficacia: GLP-1 RA combinados, tirzepatida, insulina. Alta eficacia: Metformina, SGLT2i.
Enfermedad hepática (MASLD/MASH)	GLP-1 RA, GIP/GLP-1, o pioglitazona.
Si HbA1c fuera de meta, añadir terapias (GLP-1 RA, SGLT2i, o insulina)	



Desliza



## Criterios diagnósticos PREDIABETES

ADA 2025



HbA1c 5.7-6.4%

Glucosa en ayunas 100-125 mg/dl

Glucosa 2 h post carga 75 g 140-199 mg/dl

ropuesta IDF



Glucosa 1 h post carga 75 g  $\geq 155$  mg/dL

FG	>60	60-45	45-30	30-15	<15	DIÁLISIS
Metformina	0,5-3 g/día (2-3 tomas)	Máx. 2 g/día	Máx. 1 g/día	Contraindicado		
Gliclazida <sup>a</sup>	30-120 mg/día			Contraindicado		
Glimepirida <sup>a</sup>	1-6 mg/día			Contraindicado		
Repaglinida <sup>b</sup>	0,5-4 mg/día (3 tomas)					
Pioglitazona	15-45 mg/día					Contraindicado
Sitagliptina	100 mg/día		50 mg/día	25 mg/día		
Vildagliptina	50 mg/12 h		FG<50: 50 mg/24 h			
Alogliptina	25 mg/día		FG<50:12,5 mg/día		6,25 mg/día	
Saxagliptina	5 mg/24 h		2,5 mg/24 h			Contraindicado
Linagliptina	5 mg/24 h					
Canagliflozina <sup>c</sup>	100-300 mg/día		100 mg/día			Contraindicado
Dapagliflozina	10 mg/día hasta FG>25					Contraindicado
Empagliflozina <sup>d</sup>	10-25 mg/día		10 mg/día			
Ertugliflozina <sup>a</sup>	5-15 mg/día			Contraindicado		
Liraglutida	1,2-1,8 mg/día				Contraindicado	
Dulaglutida	0,7-1,5 mg/semana				Contraindicado	
Semaglutida	0,25-1 mg/semana				Contraindicado	
Exenatida LAR	2 mg/semana					Contraindicado
Lixisenatida	10-20 µg/día					Contraindicado
Insulina <sup>f</sup>						

Metas	Adultos	DM tipo 1	Embarazada
HbA1c	< 7 %	< 7.5 %	< 6 %
En ayuno o preprandial.	< 130 mg/dl	72 - 126 mg /dl	< 95 mg/dl
Post pandrial	< 180 mg/dl	< 180 mg/dl	< 140 mg/dl