



**UNIVERSIDAD DEL SURESTE
MEDICINA HUMANA
CAMPUS COMITAN**



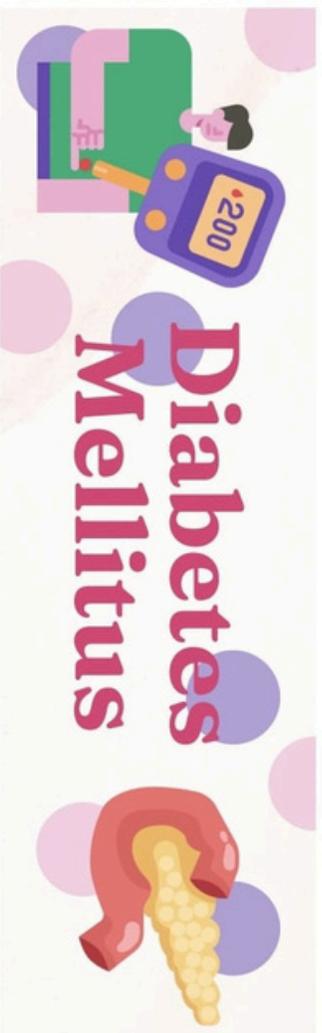
TEMA:
DIABETES, CETOACIDOSIS Y PANCREATITIS AGUDA

MATERIA:
CLINICAS MEDICAS COMPLEMENTARIAS

ALUMNA:
DANIELA ELIZABETH CARBAJAL DE LEÓN

GRADO Y GRUPO:
SEPTIMO "A"

DOCENTE:
DR. LUIS FERNANDO MARQUEZ ANZUETO



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 de Diabetes

DM TIPO 1	DM TIPO 2	GESTACIONAL	TIPOS ESPECIFICOS
Secundaria a destrucción de células pancreáticas y deficiencia absoluta de insulina	Defecto progresivo en la secreción y resistencia a la insulina	Diabetes diagnosticada en el segundo o tercer trimestre del embarazo	MODY (25 años, 2 generaciones afectadas), Por enfermedad pancreática y por medicamentos o sustancias químicas

Factores de Riesgo Diabetes Mellitus tipo 2

MODIFICABLES		NOMODIFICABLES	
Sobrepeso y obesidad		Raza	
Sedentarismo		Historia familiar	
Prediabetes (Alteración de CAA y ITG)		Edad	
Síndrome metabólico		Sexo	
Hipertensión arterial		Historia de diabetes gestacional	
HDL-C bajo		Síndrome de ovario poliquístico	
Hipertigliceridemia			
Factores dietéticos			

Palacios, A., Durán, M., & Obregón, O. (n.d.). Factores de riesgo para el desarrollo de diabetes tipo 2 y síndrome metabólico. https://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-51102012000400006#tab1

Clinica

4 P'S	GENERAL
<ul style="list-style-type: none"> • Poliuria • Polifagia • Polidipsia • Pérdida de peso 	<ul style="list-style-type: none"> • Cansancio o decaimiento • Visión borrosa • Hormigueo o adormecimiento de manos o pies • Infecciones de la piel, enclías, Vías urinarias o candidiasis vaginal frecuentes o recurrentes • Dificultad de cicatrización

Diagnostico Prediabetes

PRUEBA	VALORES
H1BA1c	57 - 6,4% (Primera opción)
Glucosa en ayunas	100-125 mg/dL (ayuno de 8 hrs)
Glucosa 2 h post	140 - 199 mg/dL (75 g de glucosa disuelta en agua)

Diagnostico Diabetes Mellitus tipo 2

- Síntomas + 1 prueba alterada
- No síntomas + prueba alterada 2 veces
- Síntomas típicos + glucosa al azar >200

PRUEBA	VALORES
H1BA1c	>= 6,5% (Primera opción)
Glucosa en ayunas	>= 126 mg/dL (ayuno de 8 hrs)
Glucosa 2 h post	>= 200 mg/dL (75 g de glucosa disuelta en agua)
Prueba aleatoria de glucosa plasmática	>= 200 mg/dL con síntomas clásicos de hiperglucemia o crisis hiperglucémica

Tratamiento NO farmacológico

- Pérdida ponderal de peso >7% (realizar ejercicio 150 minutos por semana / 5 veces por semana)
- Alimentación
 - Grasas saturadas <10%
 - Colesterol <300 mg/d
 - Sodio <2.5 g/d en hipertensos
 - Proteínas <20% de ingesta calórica

Tratamiento farmacológico

Iniciar con METFORMINA a dosis 425 mg + Tratamiento no farmacológico

HbA1c	MANEJO TERAPEUTICO
<7.9%	Monoterapia: Metformina 850 mg c/8hrs • Sitagliptina en caso de contraindicación
>8%	Dual: Metformina + <ul style="list-style-type: none">• DPP-4: Sitagliptina• SGLT-2: Dapagliflozina / Canagliflozina• Sulfamínureas: Climepirida
>9%	Paciente asintomático: Terapia dual o triple <ul style="list-style-type: none">• Metformina + DPP-4 + Glipizida Paciente sintomático: Iniciar Metformina + Insulina NPH 10 UI o 02 UI x peso kg

Uso de insulina

Diabetes tipo 1
Diabetes tipo 2 con hiperglucemia severa: <ul style="list-style-type: none">• Glucemia >300 mg/dL o HbA1c >10%• HbA1c >9% con síntomas: 4P^s
Crisis hiperglucémicas
Embarazo

Consideraciones especiales

Para pacientes con padecimientos cardiovasculares establecidos: Dar manejo con grupos farmacológicos como los GLP-1a o iSGLT-2

Fármacos más adecuados para paciente renal por TFG: Repaglinida, Saxagliptina e Insulina



Cetoacidosis Diabetica

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.

Factores de Riesgo

DESENCADENANTES	
Omisión del tratamiento	
Trasgresiones dietéticas	
Infecciones	
Debut de la enfermedad	
Dosis insuficiente de insulina	
Operaciones	
Traumatismos	

Clínica

4 P'S	GENERAL
<ul style="list-style-type: none"> • Poliuria • Polidipsia • Con o sin polifragia y pérdida de peso 	<ul style="list-style-type: none"> • Deshidratación • Respiraciones de Kussmaul • Náuseas y vómitos • Dolor abdominal • Sintomatología de edema cerebral con alteraciones de la conciencia y focalidad neurológica • Debilidad • Calambres musculares • Aliento afrutado • Hipotensión

Criterios diagnósticos

Realizar la determinación de glucemia, por gasometría con iones con potasio, sodio, calcio, fósforo y magnesio, perfil renal con nitrógeno ureico en sangre (BUN) y creatinina, osmolaridad, gasometría para valorar acidosis, pCO₂ y bicarbonato, hemograma y cetonemia/cetonuria.

ALTERACION	VALORES
Hiperglucemia	Glucosa >/= 200 mg/dL o antecedentes de diabetes
Cetosis	Concentración de beta-hidroxibutirato >/= 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

Tratamiento

Se eligen análogos lentos para el manejo de insulina: Glargina, Detemir, Regular.

MANEJO	INDICACION
Reposición de líquidos	<ul style="list-style-type: none"> • SSN 0.9% o lactato de ringier IV. • Px sin compromiso renal o cardíaco: <ul style="list-style-type: none"> ◦ 500-1,000 cc/h por 2-4 hrs ◦ Glucosa <50-70 mg/dl/h.
Insulina	Medir K antes de iniciar infusión. <ul style="list-style-type: none"> • K <3.5 mEq/L reponer antes de iniciar insulina • 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 <ul style="list-style-type: none"> • Correcciones: Bolo de 0.14 u/kg Al lograr una Glucosa <200 mg/dl reducir la Insulina ½.
Glucosa <250 mg/dl	Dextrosa al 5-10% a la infusión de SSN. Insulina a 0.05 u/kg/h y ajustar dependiendo respuesta.

Criterios de resolución

ALTERACION	VALORES
Cetonas en plasma	<ul style="list-style-type: none">• <0,6 mmol/l
Ph venoso	<ul style="list-style-type: none">• >7,3
HCO ₃	<ul style="list-style-type: none">• >18 mmol/l
Glucosa	<ul style="list-style-type: none">• <200 mg/dl.



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

Factores de Riesgo

DISPENSACIONANTES
Cálculos biliares
Tabaquismo
Obesidad
Ingesta de alcohol
Hiperlipidemia
Traumatismos
Procedimientos invasivos abdominales recientes
Antecedentes familiares de enfermedad pancreática
Fármacos (Tiazidas, Valproato sódico, Estrógenos, Corticosteroides, Ritonavir, Lopinavir/ritonavir, Fenformina, Acido etacrínico, Difenoxilato, Metronidazol)

Clínica

SINTOMAS	SIGNOS
<ul style="list-style-type: none"> • Dolor abdominal epigástrico intenso, irradiado a espalda • Náuseas y vómitos • Anorexia • Sensación de distención abdominal • Disnea • Fatiga con debilidad general • Confusión / alteración del estado mental • Mareos 	<ul style="list-style-type: none"> • Fiebre • Taquicardia • Hipotensión • Signo de irritación peritoneal • Signo de Cullen (equimosis periumbilical) • Signo de Grey Turner (equimosis en flancos) • Signo de Grey Turner (equimosis en flancos) • Hipoxemia • Leucocitosis • Elevación de amilasa y lipasa (>3x normal) • Hipocalcemia (signo de Chvostek/Trousseau en casos severos)

Criterios diagnósticos

Se evalúa con la presencia de 2 o más de los siguientes criterios

CRITERIO	DESCRIPCION
Dolor abdominal característico	Dolor epigástrico intenso, de inicio súbito, que puede irradiarse a la espalda. Es persistente y no se alivia con vómitos
Elevación de enzimas pancreáticas	Niveles de amilasa y/o lipasa ≥ 3 veces el límite superior normal . La lipasa es más específica.
Evidencia por imágenes	Hallazgos compatibles en ecografía abdominal, tomografía (TAC) o resonancia magnética (RMN) . Incluyen: <ul style="list-style-type: none"> • Aumento del tamaño del páncreas • Edema peripancreático • Colecciones líquidas o necrosis (en casos graves)

Tratamiento

PA Leve puede tratarse con analgesia oral, sin embargo la mayoría requiere hospitalización las primeras 48-72 hrs.

MANEJO	DESCRIPCION
Reposo pancreático (ayuno)	Se indica NPO (nada por vía oral) en fase aguda para reducir la estimulación pancreática. Se inicia dieta progresiva al mejorar
Hidratación intravenosa agresiva	Se administra solución cristaloide (Ringer lactato) para mantener perfusión y prevenir complicaciones <ul style="list-style-type: none"> • 200-500 ml/h o 2500-4000 ml en las primeras 24 hrs
Control del dolor	Se usan analgésicos como opioides para manejar el dolor abdominal intenso. <ul style="list-style-type: none"> • Buprenorfina, petidina, pentazocina,fentanil y morfina
Correcciones electrolíticas	Se monitorean y corrigen hipocalcemia, hiperglucemia, hipokalemia , etc.
Antibióticos (solo si hay infección)	Carbapenémicos (imipenem, cistatin) más efectivos para tratamiento de infección pancreática. También quinolonas, metronidazol y cefalosporinas a altas dosis
Nutrición enteral (SI >48-72h sin VO)	Por sonda nasoyeyunal en casos graves o prolongados. para evitar atrofia intestinal. <ul style="list-style-type: none"> • Dietas poliméricas (3 nutrientes básicos)