



Licenciatura en Medicina humana

Nombre del alumno:

Yahnisi Alejandra Alegría Hernández

Docente:

Dr. Guillermo Del Solar Villarreal

Asignatura:

Fisiopatología

Actividad:

Caso Clínico

2ºA

Diabetes Mellitus II

La diabetes es un trastorno metabólico heterogéneo caracterizado por la presencia de hiperglucemia (glucosa elevada) que se debe al deterioro de la secreción de insulina, la acción defectuosa de la insulina o ambas.

La diabetes mellitus es una enfermedad que afecta a una gran parte significativa de la población y en México representa la segunda causa de muerte, el 18% de la población de adultos de 50 a 59 años padecen de esta enfermedad y de 60 a 79 años existe una prevalencia ligeramente mayor en mujeres que en hombres. Los factores de riesgo no modificables que favorecen al desarrollo de la DM2 son: Que sea mayor de 20 años, que tenga familiares de primer grado con DM2, mujeres con niños al nacer con más de 4.1 Kg o con antecedentes de DM gestacional y que tengan Síndrome de ovario poliquístico (SOP); los factores de riesgo modificables son: la obesidad, sobrepeso, obesidad abdominal, sedentarismo, patrones dietéticos, prediabetes y enfermedad cardiovascular previa, HTA, lipoproteínas de alta densidad $< 35 \text{ mg/dl}$ o triglicéridos $> 250 \text{ mg/dl}$

Fisiopatología: La adiponectina es una adipocina antiinflamatoria y mejora la sensibilidad a la insulina, lo que ayuda a regular el metabolismo de la glucosa, aumenta la sensibilización a la insulina en los tejidos periféricos, lo que mejora la captación de glucosa y reduce la resistencia a la insulina, inhibe la producción de TNF- α e interleucina-6 y resistina, estimula la oxidación de ácidos grasos en el músculo esquelético y el hígado, lo que ayuda a reducir los niveles de triglicéridos plasmáticos y ácidos grasos libres,

reduce la expresión de moléculas de adhesión en células endoteliales.

Para detectar la DM2 se deben tomar en cuenta los sig. manifestaciones clínicas: En el adulto joven se presenta poliuria, polidipsia, polifagia y pérdida de peso; en adultos mayores se presenta fatiga, irritabilidad, anorexia, pérdida de peso, visión borrosa, acantosis pigmentaria.

La paciente refiere signos y manifestaciones claves como la poliuria, polidipsia y pérdida de peso, al momento de hacer la historia clínica refiere que su madre padece de DM2 diagnosticada a los 50 años, con HTA sistémica; el padre HTA sistémica diagnosticado a los 60 años, antecedentes de evento cerebrovascular isquémico a los 68 años; el hermano mayor también con dx. de DM2 desde los 55 años, actualmente en tr. con insulina; la hermana menor con obesidad grado II y la abuela materna con DM2. En sus APNP se encuentra que sus hábitos alimenticios son muy malos (dieta rica en carbohidratos, alto consumo de azúcar, grasas saturadas y bajo consumo de verduras), no hace act. física (sedentaria), niega tabaquismo, consume alcohol de manera ocasional y niega toxicomanías; en los APP se encuentra que está en tr. con losartán 50mg/día (Hipertensión arterial sistémica) e infección en vías urinarias en repetidas ocasiones en el último año; al realizar la exploración física se encuentra la TA elevada, FC elevada, FR elevada, IMC de 33.2 Kg/m², presenta deshidratación leve, acantosis nigricans en cuello y axila, taquicardia, respiraciones profundas, sin pausa entre inspiraciones y espiraciones, globosa a expensas de pániculo adiposo, Signos de hipoperfusión periférica leve.

Se le solicita una biometría hemática donde se encuentran los neutrófilos elevados (82%), linfocitos disminuidos (12%), también se le solicita una química sanguínea donde se encuentra una glucosa elevada (420 mg/dL) ^(hiperglucemia), colesterol total de 230 y triglicéridos de 310; para tener un mejor panorama y poder proporcionar un dx. acertado se le solicita un EGO donde se encuentra aspecto turbio, altas concentraciones de glucosa en la orina, también una alta concentración de cetonas. Se le solicita realizar una prueba de glucosa en ayunas y sale 320 (hiperglucemia); se le solicita al px. una hemoglobina glicosilada que indica estar aumentada (11.5%); electrolitos séricos en rangos normales y por último se solicita también una gasometría donde el pH indica una acidosis, pCO_2 de 23 (hipocapnia), HCO_3^- disminuido (12), EB -14 que completa el diagnóstico de DM2 metabólica; lo primordial a resolver es la reposición de líquidos con una solución salina 0.9% 500 ml a 1L en la primer hora, luego 500 ml/h dependiendo del estado hemodinámico; Dextrosa al 5% con NaCl 0.45% para alcanzar glucosa de >250 mg/dL para evitar una hiperglucemia durante la terapia con insulina. En la insulinoterapia se le administra Bolo IV de insulina regular (0.1 U/kg), infusión continua de insulina regular IV: 0.1 U/kg/h que se mantiene hasta que los cuerpos cetónicos desaparezcan, el $HCO_3^- > 18$ mEq/L, el pH sea mayor a 7.3, anión GAP < 12 y ya se cambia a insulina subcutánea (insulina basal-bolo) una vez resuelta la CAD y px. con tolerancia oral.

Corrección de electrolitos: Potasio (K^+) se inició KCl 20-30 mEq/L en cada L. de SSN para prevenir hipokalemia y se monitorea K^+ cada 2-4 h. La acidosis se corrigió con la hidratación e insulina, solo se indica control de glucosa capilar, gasometría

arterial cada 4-6 h., electrolitos y función renal cada 24h, cetonemia / cetunuria hasta que sea negativo. y para el manejo de la ~~H~~ipertensión arterial y dislipidemia se continuo con losartán 50mg cada 12 h. para protección cardiorenal y se indicó atorvastatina 20mg nocturna por la dislipidemia. La CAD se considero resuelta, se educó a la px. sobre la DM2, signos de CAD y adherencia al tx., se le indicó metformina 850 mg cada 12 h al egreso, además de su esquema de insulina, también se deriva a nutrición.