

# CASO CLÍNICO



# FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre del paciente: Maria Jose Lopez Gonzalez

Edad: 55 años

Estado Civil: Divorciada

Fecha de nacimiento: 15 de marzo de 1970

Religión: Catolica

Ocupación: Mesera

Residencia: Tapachula, Chiapas, México

## MOTIVO DE CONSULTA

Paciente femenina de 55 años es traída al servicio de urgencias por sus familiares debido a debilidad generalizada, visión borrosa y desorientación en las últimas 24 horas. Refiere poliuria, polidipsia y pérdida de peso involuntaria en los últimos tres meses, sin haber recibido atención médica previa.

# HISTORIA CLÍNICA - AHF

---

## Madre:

Diabetes mellitus tipo 2 diagnosticada a los 50 años

---

Hipertensión arterial sistémica desde los 55 años.

---

Falleció a los 72 años por insuficiencia renal crónica terminal secundaria a nefropatía diabética.

---

---

## Padre:

Hipertensión arterial sistémica diagnosticada a los 60 años

---

Antecedente de evento cerebrovascular isquémico a los 68 años.

---

Falleció a los 75 años por infarto agudo al miocardio.

---

# AHF

Hermano mayor (60 años):

Diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 desde los 55 años

Actualmente en tratamiento con insulina.

Hermana menor (50 años):

Vive con obesidad grado II

Hipertensión arterial.

Abuela materna:

Diabetes mellitus tipo 2

Amputación de miembro inferior derecho por complicaciones vasculares diabéticas.

# APNP

## Hábitos alimenticios:

- Dieta rica en carbohidratos refinados
- Alto consumo de azúcares y grasas saturadas.
- Bajo consumo de verduras y fibra.

## Actividad física:

- Sedentarismo
- Sin actividad física regular.

## Tabaquismo:

- Niega consumo de tabaco.

## Alcoholismo:

- Consumo ocasional de cerveza (1-2 veces al mes).

## Toxicomanías:

- Niega consumo de otras sustancias.

# APNP

## Inmunizaciones:

- Esquema de vacunación incompleto
- Sin refuerzo de tétanos ni vacuna contra neumococo o influenza en los últimos años.

## Zoonosis:

- Contacto con aves y perros en su domicilio.

## Tabaquismo pasivo:

- Niega tabaquismo
- Convivencia con su esposo, quien fuma dentro del hogar.

## Condiciones de vivienda:

- Casa de concreto
- Acceso a servicios básicos de agua potable, drenaje y electricidad.

# APP

## Enfermedades de la infancia:

- Varicela a los 6 años, sin complicaciones.
- Amigdalitis a repetición en la infancia, sin necesidad de amigdalectomía.

## Quirúrgicos:

- Niega cirugías previas.

## Traumatismos:

- Esguince de tobillo derecho hace 10 años, tratado con inmovilización y reposo.

## Alergias:

- Niega alergias a medicamentos, alimentos o sustancias ambientales.

## Transfusiones:

- Negadas

## Hospitalizaciones:

- Negadas



APP

## ENFERMEDADES EN EDAD ADULTA

### Hipertensión arterial sistémica

- En tratamiento con losartán 50 mg/día.

Infecciones urinarias a repetición en el último año.

# ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS

---

Menarca: 12 años

---

Menopausia: 50 años.

---

G: 3. P: 2 A: 0 C: 1

---

IVSA: 18 años.

---

Número de parejas sexuales: 2 .

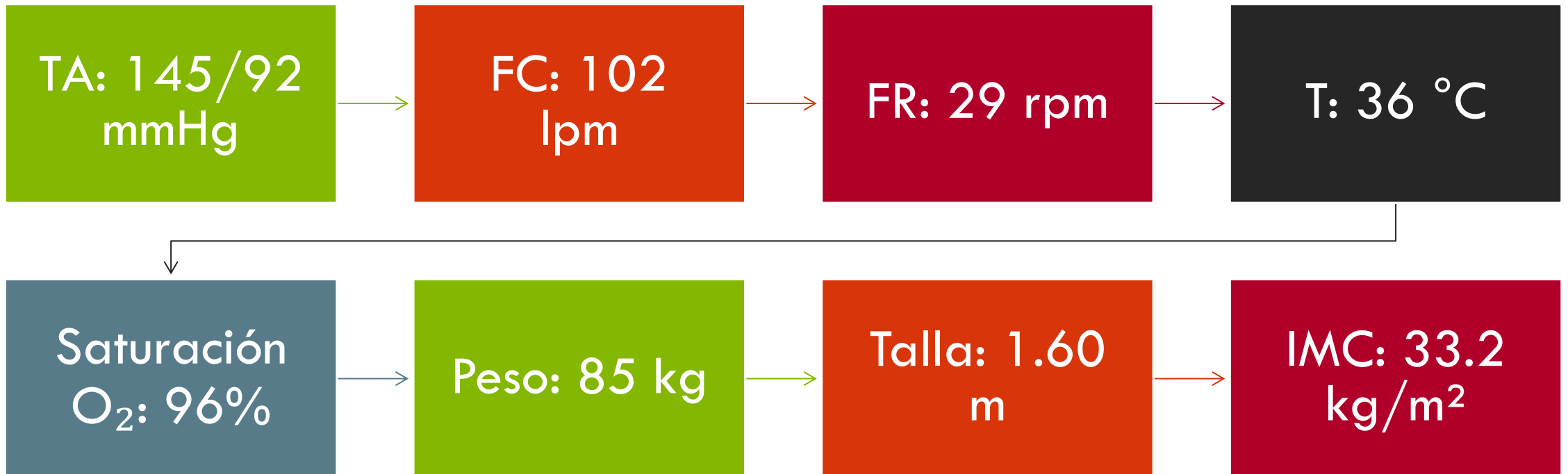
---

Método anticonceptivo: No usa actualmente. Usó DIU de cobre por 5 años, retirado hace 2 años antes de la menopausia.

---

Último papanicolaou: Hace 2 años, sin alteraciones reportadas.

# EXPLORACIÓN FÍSICA



# HALLAZGOS RELEVANTES

## Estado general:

- Paciente desorientada con astenia marcada y adinamia.
- Deshidratación leve (piel y mucosas).

## Cabeza y cuello:

- Sin adenopatías palpables.
- No bocio.
- Acantosis nigricans en cuello y axilas.

# HALLAZGOS RELEVANTES

## Cardiopulmonar:

- Taquicardia compensatoria.
- Frecuencia aumentada.
- Respiraciones profundas.
- Sin pausas entre inspiraciones y espiraciones.

## Abdomen:

- Globoso a expensas de panículo adiposo.
- Peristalsis disminuida
- Indoloro a la palpación, sin visceromegalias.

## Extremidades:

- Signos de hipoperfusión periférica leve (llenado capilar ligeramente prolongado).

**BH**

Parámetro	Valores	Valores normales
Hemoglobina (Hb)	13.2 g/dL	Mujeres: 12.3 - 15.3 g/dL
Hematocrito (Hto)	39%	Mujeres: 36 - 45%
Eritrocitos (RBC)	4.7 millones/ $\mu$ L	4.1 - 5.10 millones/ $\mu$ L
VCM	83 fL	80.0 - 96.1 fL
HCM	28 pg	27-33 pg
CHCM	34 g/dL	32-36 g/dL
Leucocitos	10,000 / $\mu$ L	4,000-11,000 / $\mu$ L
Neutrófilos	82%	40-75%
Linfocitos	12%	20-45%
Monocitos	4%	2-10%
Eosinófilos	1%	1-6%
Basófilos	0%	0-1%
Plaquetas (PLT)	280,000 / $\mu$ L	150,000-450,000 / $\mu$ L

# QUÍMICA SANGUÍNEA

Parámetro	Valor	Valor Normal
Glucosa (mg/dL)	420	70 - 100
Urea (mg/dL)	15	10 - 50
Creatinina (mg/dL)	1.0	0.6 - 1.2
Ácido úrico (mg/dL)	5.8	2.5 - 6.0
Colesterol total (mg/dL)	230	< 200
Triglicéridos (mg/dL)	310	< 150

# EGO

Parámetro	Valor del Caso	Valor Normal (GPC)
Color	Ámbar	Amarillento Ámbar
Aspecto	Turbio	Transparente
Densidad	1.030	1.005 - 1.030
PH	5.0	4.5 - 8.0
Glucosa	+++	Negativo
Cetonas	+++	Negativo
Proteínas	Negativo	Negativo
Sangre	Negativo	Negativo
Leucocitos	1-3 x campo	0 - 5 x campo
Eritrocitos	1-3 x campo	0 - 3 x campo
Bacterias	Negativo	Negativo
Nitritos	Negativo	Negativo
Urobilinógeno	Normal	Normal



# GLUCOSA EN AYUNAS

Parámetro	Valor	Valor Normal
Glucosa en ayunas	320 mg/dL	70 - 99 mg/dL

# HbA1c

**HbA1c (%)**

**11.5 %**

**Normal: <5.7 %**

# ELECTROLITOS SERICOS

Parámetro	Valor	Valores Normales
Sodio (Na <sup>+</sup> )	135 mEq/L	135 - 145 mEq/L
Potasio (K <sup>+</sup> )	4.0 mEq/L	3.5 - 5.0 mEq/L
Cloro (Cl <sup>-</sup> )	98 mEq/L	98 - 107 mEq/L
Calcio (Ca <sup>2+</sup> )	8.8 mg/dL	8.5 - 10.2 mg/dL
Magnesio (Mg <sup>2+</sup> )	1.9 mg/dL	1.7 - 2.2 mg/dL
Fósforo (P <sup>4-</sup> )	4.3 mg/dL	2.5 - 4.5 mg/dL

# GASOMETRIA

Parámetro	Valor	Valores Normales
pH	7.12	7.35 - 7.45
pCO <sub>2</sub> (mmHg)	23	35 - 45
pO <sub>2</sub> (mmHg)	92	80 - 100
HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup> (mEq/L)	12	22 - 26
EB (Exceso de bases, mEq/L)	-14	-2 a +2
SatO <sub>2</sub> (%)	96%	95 - 100%

# MANEJO HOSPITALARIO

## Reposición de Líquidos (Corrección de la deshidratación)

- ✓ **Solución salina al 0.9%** : a 500 ml a 1 L en la primera hora, luego 500 mL/h dependiendo del estado hemodinámico.
- ✓ **Dextrosa al 5% con NaCl 0.45%** al alcanzar **glucosa < 250 mg/dL** para evitar hipoglucemia durante la terapia con insulina.

# INSULINOTERAPIA

✓ **Bolo IV de insulina regular (0.1 U/kg)**

Infusión continua de insulina regular IV: 0.1 U/kg/hora.

Se mantiene hasta que:

- ✓ Cuerpos cetónicos desaparezan.
- ✓  $\text{HCO}_3^- > 18$  mEq/L.
- ✓  $\text{pH} > 7.3$ .
- ✓ Anión GAP  $< 12$ .

✓ **Cambio a insulina subcutánea** (insulina basal-bolo) una vez resuelta la CAD y paciente con tolerancia oral.

# CORRECCION DE ELECTROLITOS

✓ **Potasio ( $K^+$ )** → Se inició **cloruro de potasio (KCl) 20-30 mEq/L** en cada litro de SSN para prevenir hipokalemia inducida por la insulina.

Se monitoreó  $K^+$  cada 2-4 horas.

# MANEJO DE LA ACIDOSIS

✓ La acidosis se corrigió con la hidratación y la insulina.

- Control horario de glucosa capilar
- Gasometría arterial cada 4-6 horas
- Electrolitos y función renal cada 2-4 horas
- Cetonemia/cetonuria hasta negativización



# MANEJO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y DISLIPIDEMIA

Se continuo con Losartán 50 mg cada 12 horas, por la hipertensión y para protección cardiorenal.

Se indicó Atorvastatina 20 mg nocturna por la dislipidemia.

# MONITOREO Y CRITERIOS DE RESOLUCIÓN DE CAD

La CAD se consideró resuelta cuando:

✓ Glucosa < 200 mg/dL

✓ pH > 7.3

✓  $\text{HCO}_3^- > 15$  mEq/L

✓ Anión gap normal (<12 mEq/L)

📌 Se cambió de insulina IV a subcutánea (Insulina basal-bolo) y se inició dieta líquida y blanda progresiva.

# EDUCACIÓN Y PLAN DE ALTA

---

Se educó a la paciente sobre DM2, signos de CAD y adherencia al tratamiento.

---

Se indicó Metformina 850 mg cada 12 h al egreso, además de su esquema de insulina.

---

Control con endocrinología y nutrición.


# RLEFXION

Este caso presenta una serie de síntomas que nos deberían alertar sobre la posibilidad de una diabetes mellitus no diagnosticada. La visión borrosa, desorientación, poliuria (aumento de la producción de orina), polidipsia (aumento de la sed) y pérdida de peso involuntaria son signos clásicos de un control deficiente de la glucosa en sangre, que puede estar asociado a una descompensación diabética, particularmente en pacientes no diagnosticados o que han tenido un mal control de la enfermedad. La historia clínica del paciente es clave, ya que la pérdida de peso en un periodo de tres meses, combinada con los otros síntomas, apunta a un posible episodio de cetoacidosis diabética (CAD) o a una hiperglucemia crónica que ha causado deshidratación severa y, consecuentemente, los síntomas de desorientación y visión borrosa. Estos son signos de que el cuerpo ha estado luchando contra niveles de glucosa descontrolados, lo que provoca efectos sistémicos que van desde alteraciones en el equilibrio de fluidos hasta daños en los ojos y el sistema nervioso central



### Posibles diagnósticos:

1. Diabetes tipo 1 no diagnosticada: Aunque puede presentarse en cualquier etapa de la vida, es más común en jóvenes. El desarrollo rápido de estos síntomas sugiere un inicio reciente de diabetes tipo 1, donde el páncreas ha dejado de producir insulina.
2. Diabetes tipo 2 descompensada: Aunque la diabetes tipo 2 suele ser más insidiosa, en algunos pacientes puede presentarse con una descompensación rápida, especialmente si hay factores de riesgo como obesidad o antecedentes familiares. Esta forma puede implicar una resistencia severa a la insulina.
3. . Cetoacidosis diabética (CAD): Es una complicación aguda que puede ocurrir cuando el cuerpo no puede utilizar la glucosa debido a la falta de insulina, lo que lleva a la acumulación de ácidos llamados cetonas. Los síntomas incluyen deshidratación, pérdida de peso, confusión y cambios en la visión, lo cual es coherente con la presentación de este paciente.



El tratamiento debe ser urgente, ya que los pacientes con síntomas como los de este caso pueden estar en riesgo de complicaciones graves, como shock hipovolémico, coma diabético o daño ocular irreversible si no se controlan adecuadamente los niveles de glucosa en sangre.

1. Realizar pruebas de glucosa sanguínea: Una glucosa en ayunas y una prueba de hemoglobina glucosilada (HbA1c) son cruciales para confirmar la presencia de diabetes y evaluar el control a largo plazo.
2. Evaluación del estado de hidratación: Debido a la poliuria y la deshidratación, se deben administrar líquidos intravenosos para rehidratar al paciente.
3. Control de la acidosis y posibles cetonas: En caso de cetoacidosis, se deben iniciar insulina intravenosa y corregir el desequilibrio ácido-base.