

# 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: Católica

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 desaparecan.
- $\text{HCO}_3^- > 18$  mEq/L.
- 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

$\text{HCO}_3^- > 15 \text{ mEq/L}$

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.

# REFLEXIÓN DEL CASO.

Este caso clínico trata sobre un paciente con una descompensación metabólica, probablemente cetoacidosis diabética (CAD). Se analizan sus antecedentes médicos, síntomas y hallazgos en la exploración física.

Los estudios de laboratorio confirman alteraciones en la glucosa, electrolitos y equilibrio ácido-base, lo que guía el tratamiento con insulino terapia, reposición de líquidos y control de complicaciones como hipertensión y dislipidemia.

Para el alta, se establecen criterios de recuperación y se refuerza la educación del paciente para prevenir recaídas y mejorar su calidad de vida.

Su motivo de consulta y antecedentes: Se analizaron los antecedentes familiares, personales, patológicos y gineco-obstétricos para así poder identificar factores de riesgo.

En la exploración física y hallazgos relevantes: Se evaluaron signos clínicos como deshidratación, alteraciones en la respiración y estado de conciencia.

En los estudios de laboratorio: Glucosa en ayunas, HbA1c, electrolitos séricos y gasometría, fundamentales para el diagnóstico.

Diagnóstico y manejo: Se implementó un tratamiento basado en insulino terapia, fluidoterapia y control de complicaciones como hipertensión y dislipidemia.