



Mi Universidad

CASO CLÍNICO

Nombre del Alumno: Sonia Palomeque Ochoa

Nombre del tema: Caso clínico DM2

Parcial: I

Nombre de la Materia: Fisiopatología III

Nombre del profesor: Dr. Guillermo del Solar Villarreal

*Nombre de la Licenciatura: **Licenciatura en Medicina Humana.***

Semestre: IV

Lugar y Fecha de elaboración: Tapachula, Chiapas a 06 de Marzo del 2025

CASO CLINICO : DM2

FICHA TECNICA

Nombre del paciente: María José López González

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.

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES

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

ANTECEDENTE PERSONALES NO PATOLOGICOS

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.

ANTECEDENTE PERSONALES PATOLOGICOS

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

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.

EXPLORACION FISICA

- TA: 145/92 mmHg
- FC: 102 lpm
- FR: 29 rpm
- T: 36 °C
- Saturación O₂: 96%
- Peso: 85 kg
- Talla: 1.60 m
- IMC: 33.2 kg/m²

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.

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).

ESTUDIOS DE LABORATORIO BIOMETRIA HEMATICA (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/ μ L	4.1 - 5.10 millones/ μ 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 / μ L	4,000-11,000 / μ 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 / μ L	150,000-450,000 / μ L

QUIMICA SANGUINEA

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

EXAMEN GENERAL DE ORINA (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 ⁺)	135 mEq/L	135 - 145 mEq/L
Potasio (K ⁺)	4.0 mEq/L	3.5 - 5.0 mEq/L
Cloro (Cl ⁻)	98 mEq/L	98 - 107 mEq/L
Calcio (Ca ²⁺)	8.8 mg/dL	8.5 - 10.2 mg/dL
Magnesio (Mg ²⁺)	1.9 mg/dL	1.7 - 2.2 mg/dL
Fósforo (P ⁴⁻)	4.3 mg/dL	2.5 - 4.5 mg/dL

GASOMETRIA

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

$\text{HCO}_3^- > 18$ 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 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 HIPERTENSION ARTERIAL Y DISLIPIDEMIAS

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.

EDUCACION 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.

ANÁLISIS

En el caso clínico se expone una complicación severa de la diabetes mellitus tipo 2 en una paciente con múltiples factores de riesgo metabólico. El manejo hospitalario brindado fue adecuado, en ella se siguieron los protocolos para la resolución de la Cetoacidosis Diabética inicialmente a través de la reposición de líquidos y control de las comorbilidades. Sin embargo, es importante implementar las estrategias de prevención para evitar la incidencia a corto y largo plazo, tales como la educación en diabetes, seguimiento estricto del tratamiento farmacológico. La adherencia terapéutica y las modificaciones en los hábitos de vida del paciente son importantes mejorarlas para reducir el riesgo de futuras complicaciones crónicas.

Por lo que es importante el seguimiento multidisciplinario del paciente, por ejemplo desde el aspecto nutricional contribuirá a la modificación de hábitos alimenticios y la mejora del control glucémico.