



Universidad del Sureste

Escuela de Medicina

Caso clínico

PRESENTA

Angel Jose Ventura Trejo

Fisiopatología II

Dr. Marco polo Rodríguez Alfonzo

Comitán De Domínguez, Chiapas, 14 de junio de 2020

Se presenta a urgencias, traído por familiares, paciente con alteración del estado de conciencia, RV: 2, RO:3, RM: 4, palidez y frialdad cutánea, diaforesis leve, desviación de la comisura labial a la derecha, hemiparesia corporal izquierda.

Antecedentes = HAS de 7 años de diagnóstico, Tx regular. Diabetes tipo 2 de 5 años de diagnóstico, actualmente con tratamiento con metformina, linagliptina y glibenclamida, este tratamiento tiene un mes que lo presenta. Otros Dx: Retinopatía diabética, nefropatía diabética grado III, neuropatía diabética. IMC: 34 kg/m², Perímetro abdominal: 99 cm.

Responda:

IDx inicial: a descartar enfermedad cerebrovascular a consecuencia de hipoglucemia

¿Estudio o prueba urgente? HbA1c (si no hay uno previo en los 3 meses anteriores), Nivel de glucosa capilar, glucosa sérica, EKG, electrolitos séricos, pruebas de función renal, perfil hepático completo, tomografía simple, HB, QS

Según su principal sospecha diagnóstica, ¿Cuál es el tratamiento de elección? Hidratos carbono, y cristaloides, eso para controlar la hipoglucemia, IV de activador tisular recombinante del plasminógeno (tPA), ácido acetil salicílico y estatinas

¿Cuál considera que es el factor desencadenante del cuadro del paciente?

A mi manera de pensar el factor causante fue el consumo de la terapia triple para diabetes, pero principalmente por la glibenclamida que es un fármaco que favorece la hipoglucemia, pero también puede ser que el paciente no siga los CTEV rigurosos.