



Universidad del Sureste

Escuela de Medicina

“TAREA: Caso Clínico”

Materia:

Fisiopatología III.

Docente:

Dr. Marco Polo Rodríguez Alfonzo

Alumno:

Valente Trujillo Sandoval

Semestre:

4° “A”

07/06/2020

Paciente masculino de 59 años de edad, acude a consulta por presentar, desde hace 3 semanas, pérdida de peso, poliuria y polidipsia marcada, acudió a médico de farmacia similar quien inició metformina tabletas 850 mg, 1 tableta cada 12 hr, además le recomendó ensure como suplemento. A la exploración, de importancia: SV: FC: 67 lpm, FR: 17 rpm, Temp: 36.4°C, PA: 118/78 mmHg

Peso: 73kg, Talla: 163cm, Circunferencia abdominal= 99 cm.

Glucemia capilar = 289 mg/dl

Cardiovascular sin compromiso evidente.

Hiporreflexia de reflejo rotuliano y aquileo de lado izquierdo.

Hipoestesia e hipoalgesia en planta y dorso de pie derecho.

Laboratorio de hace una semana:

Glucosa en ayuno= 256 mg/dl

HbA1C= 9.8%

Perfil de lípidos con perfil aterogénico

- **¿Qué diagnósticos integra?**

El paciente desde el inicio cuenta con factores de riesgo como la edad, el peso y la talla (I.M.C:27.5Kg/M2). También presenta 2 de las “3P” para la sospecha de Diabetes Mellitus (Poliuria y polidipsia), y las literaturas nos dicen que en pacientes con DM tipo 2, la tercer “P” (Polifagia) no tiende a aparecer. A su vez, presentó una glicemia capilar de 289mg/dl dando positivo a diabetes. Las guías de práctica clínica mencionan que, al ser positivo en una prueba de tamizaje como la Glucosa capilar o la GPP se recomienda la prueba de HbA1C para la confirmación del diagnóstico. El paciente también refiere resultados mayores a los rangos normales (<6%) presentando un HbA1C de 9.8%. Por lo cual a través de la clínica y de ambas pruebas se obtiene un diagnostico confirmatorio de Diabetes Mellitus Tipo 2

- **¿Qué elementos de la exploración física es necesario buscar intencionadamente en este paciente?**

Las búsquedas intencionadas en la exploración física podríamos dividirla en dos: Las de las microangiopatías tales como, datos de retinopatía diabética, signos y síntomas de nefropatía diabética; Y alteraciones neurales referentes a neuropatías diabéticas. Los segundos datos son aquellos relacionados con las macroangiopatías, dentro de estas se encuentran, datos de aterosclerosis, riesgos de IAM, Insuficiencia ventricular izquierda, ictus, signos de claudicación intermitente, ulcera vasculopéptica y en hombres, impotencia sexual de origen vascular. De igual manera, se deberá realizar la búsqueda intencionada de aparición de acantosis nigricans, alteraciones de la sensibilidad y lesiones cutáneas que puedan desencadenar un pie diabético.

- **¿Qué otros estudios son necesarios?**

Ego: En condiciones normales, el 100 % de la glucosa en sangre es reabsorbida en el túbulo proximal tras la filtración glomerular. Sin embargo, en aquellos pacientes con alteraciones en la homeostasis de los hidratos de carbono, al aumentar su concentración en sangre llegan a saturar a los transportadores que devuelven ésta al plasma sanguíneo. Esta situación es conocida como glucosuria

Curva de tolerancia a la glucosa: Un nivel de glucosa superior a lo normal puede significar prediabetes, o diabetes. Un valor de 2 horas entre 140 y 200 mg/dl (7.8 y 11.1 mmol/L), se denomina alteración de la tolerancia a la glucosa. El médico puede llamar a esto prediabetes. Un nivel de glucosa de 200 mg/dl (11.1 mmol/L) se usa para diagnosticar la diabetes.

Bh: nos permite indagar en el papel que ejerce el sistema inmunitario durante la DM2, como método preventivo para posibles complicaciones que se vean reflejados en los leucos.

Gasto hepático: la diabetes mellitus tipo 2 y las enfermedades del hígado tienen una relación bivalente, y es que padecer diabetes puede llevar a enfermedades hepáticas como hígado graso, cirrosis y cáncer.

- **Dejaría el tratamiento recomendado o haría modificaciones ¿Por qué?**

Acorde a lo que nos menciona las guías de práctica clínica mexicana, cambiaríamos la dosis de metformina a 500mg/12 horas o bien metformina 850mg 1 vez al día por las mañanas. Que es lo recomendado como monoterapia inicial.

Debido a los altos riesgos cardiovasculares como el sobrepeso y la diabetes, anexaríamos la toma de estatinas de alta eficacia y, acorde al tratamiento de la neuropatía diabética, utilizaríamos la toma de complejo B simple. A su vez, recomendamos dieta en quintos y los ya bien sabidos cambios terapéuticos en el estilo de vida, como ejercicio y pérdida de peso.

A demás de las consultas subsecuentes cada 15 días para valoración del estado del paciente y ver si se logran los objetivos terapéuticos. De ser así, podríamos dar cita cada 3 meses o antes en caso de cualquier eventualidad.

Bibliografía

- ❖ Grossman, S & Porth, C. M (2014) Porth fisiopatología: Alteraciones de la salud conceptos básicos./ Sheila Grossman Y Carol Mattson Porth (9ª Ed). Barcelona: Wolters Kluwer.
- ❖ Guyton AC. Tratado de Fisiología Médica. 11ª ed. Madrid: Elsevier España. 2006.
- ❖ Vinay Kumar MD. Ramzi Cotran S. Tucker Collins, M.D.(2000) Patología Estructural y Funcional Humana, editorial Mc Graw Hill. Interamericana S.A., España.
- ❖ F.J. Pardo Mindan (1998), Anatomía patológica, Editorial Hardcourt Brace, España.