



Universidad del Sureste

Escuela de Medicina

“FISIOPATOLOGIA III”

Presenta:

Alondra Casaux García

Carlos Omar Pineda Gutierrez

Catedrático:

Dr. Marco Polo Rodríguez

Comitán de Domínguez Chiapas a 14/06/2020

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: evento cerebral vascular isquémico, obesidad tipo 2, hipoglucemia.

¿Estudio o prueba urgente?

TAC

Hemoglobina glicosilada (HbA1c)

Química sanguínea

Ecocardiograma

Prueba de tolerancia a la glucosa oral.

Glucemia en ayunas

Según su principal sospecha diagnóstica, ¿Cuál es el tratamiento de elección?

Se debe de tratar la patología desencadenante. Una inyección intravenosa de activador tisular recombinante del plasminógeno, también llamado alteplasa (Activase), es el tratamiento de referencia para el accidente cerebrovascular isquémico. Por lo general, se aplica una inyección de tPA a través de una vena del brazo durante las primeras tres horas. Algunas veces, el tPA se puede administrar hasta 4,5 horas después de que los síntomas del derrame cerebral comenzaron.

Después trataremos la diabetes tipo 2; con Rosiglitazona, que mejora la resistencia a la insulina y preserva la función de la célula betapancreática, obteniendo un mejor control glucémico de forma mantenida.

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

La hipoglucemia, acompañado de hipertensión.