



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

## 242/4376 - HIPOGLUCEMIA EN EL SUAP

P. López-Alonso Abaitua<sup>a</sup>, N. Guelai<sup>b</sup>, F. Francisco Francisco<sup>c</sup>, A. García Lago Sierra<sup>d</sup> y B. Martínez Sanz<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dobra. Torrelavega. Cantabria. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Saja. Cabezón de la Sal. Cantabria. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Sierrallana. Torrelavega. Cantabria. <sup>d</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Corrales de Buelna. Cantabria.

## Resumen

**Descripción del caso:** Mujer 58 años, DM tipo 1, hipotiroidismo en tratamiento sustitutivo. Acudimos a domicilio por mujer encontrada por sus familiares a última hora de la tarde, sin respuesta a estímulos. Vista por última vez a las 14:00h. A nuestra llegada, hipoglucemia extrema. Se administra glucagón intramuscular y glucosmon intravenoso consiguiendo una glucemia de 258 mg/dL. Se activa la UVI móvil para traslado de la paciente al Hospital de referencia. Durante el traslado, Escala Coma Glasgow 3, se procede a intubación orotraqueal.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA: 70/50. FC: 90 lat/min. SatO<sub>2</sub>: 100%. T<sup>a</sup> 34,4 °C. AC: tonos rítmicos, no soplos. AP: murmullo vesicular conservado, no ruidos sobreañadidos. Abdomen: blando, depresible, peristaltismo conservado. Escala coma Glasgow 3, pupilas isocóricas hiporeactivas. Hemograma y bioquímica: glucosa 275 mg/dL, urea 35 mg/dL, creatinina 0,45 mg/dL. Hormonas: T4L: 1,7 5 ng/dL, TSH: 1,36 mIU/L. TAC basal: no se observan signos de hemorragia, isquemia aguda ni expansividad intracraneal. Estructuras encefálicas de normal morfología y densidad. AngioTAC: arterias del polígono de Willis permeables, de calibre y morfología normal. Eje vertebrobasilar permeable. Arterias carótidas y sus ramas permeables. No se observan dilataciones aneurismáticas. Electroencefalograma: compatible con encefalopatía difusa de grado moderado.

**Juicio clínico:** Coma hipoglucémico. Encefalopatía difusa moderada.

**Diagnóstico diferencial:** Simulación. Síndrome de cautiverio. Coma secundaria al abuso de sustancias. Enfermedad cerebrovascular.

**Comentario final:** Como médicos de Atención Primaria tenemos un papel fundamental en la educación del diabético tipo 1. Debemos lograr que comprendan la fisiopatología de su enfermedad, el tratamiento en sí, la importancia de una adecuada adherencia y las consecuencias graves que pueden desencadenarse en caso de inadecuado cumplimiento. Esta paciente, pese a la rápida actuación del equipo del SUAP, permaneció en estado de hipoglucemia extrema varias horas. Pasadas 72 horas del ingreso hospitalario, se retiró sedoanalgesia y estabilización hemodinámica, sin presentar la paciente mejoría de su estado neurológico. La paciente ingresa en un centro multidisciplinar en el que se va a beneficiar de profesionales tanto médicos como enfermeros, fisioterapeutas y logopedas con el objetivo de mejorar su estado físico y neurológico.

## **Bibliografía**

1. Vázquez Lima MJ, Casal Codesido JR. Guía de Actuación en Urgencias.
2. Figuerola D. Manual de Educación Terapéutica en Diabetes.

**Palabras clave:** Diabetes mellitus. Hipoglucemia. Coma.