

Varón de 85 años que acude a urgencias por disnea.

ANTECEDENTES PERSONALES

Diagnosticado previamente de:

- Hipertensión arterial.
- Diabetes Mellitus tipo 2 de 8 años de evolución en tratamiento ambulatorio con linagliptina 5 mg: 1cp al día. Última Hb A1c: 8 % (Mayo 2014)
- IAM inferior en 2009, enfermedad coronaria de 1 vaso, con lesión severa a nivel de Cx media, sobre la que le implantaron un stent convencional. Taquicardia supraventricular (amiodarona). Hipertiroidismo subclínico probablemente secundario a amiodarona.
- Aneurisma de aorta infrarrenal con colocación de prótesis en 2012.
- Obesidad grado II (I.M.C: 33)
- Insuficiencia renal crónica (TFG agosto 2009: 37)
- EPOC moderado (VEMS del 52%) fenotipo agudizador con BC, en tratamiento habitual con broncodilatadores inhalados: (300 mg diarios de indacaterol y 18 mcg diarios de bromuro de tiotropio), tratamiento con corticoterapia inhalada (1 mg diario de fluticasona): tratamiento oral con Flumil 600mg diarios y Roflumilast 500mg diarios. Ingresos frecuentes (3 en el último año) por neumonía o infección respiratoria. Oxigenoterapia domiciliaria.
- Síndrome de apnea-hiponea del sueño (SAHS) grave con nCPAP titulada de 11 cmH2O, que se retiró por mala tolerancia. Disnea habitual grado II-III.
- Miopatía esteroidea en febrero 2006.
- Prostatismo. Hipertrofia benigna de próstata.
- Tumor benigno de parótida izquierda (tumor de Warthin), en seguimiento por Cirugía Maxilofacial desde 2009.

Intervenido quirúrgicamente de:

- Aneurisma de aorta infrarrenal con colocación de prótesis 2012.
- Apendicitis
- Carcinoma basocelular en párpado derecho extirpado sin borde libre

No transfundido previamente.

Trabajó con cereales.

Ex-fumador desde los 57 años de aproximadamente 37 paquetes-año. Bebedor ocasional.

Antecedentes familiares: Hermana y sobrinos enfermedad de Friedrich.

ALERGIAS: Tendinitis con levofloxacino.

HISTORIA ACTUAL

Paciente de 85 años, pluripatológico, con antecedentes de EPOC severo con frecuentes exacerbaciones, portador de O2 domiciliario a 1L. Último ingreso en neumología en abril de éste año. Acude por empeoramiento de su disnea basal. Aumento de tos y expectoración blanquecina en los últimos días. A su llegada a Urgencias se objetiva fiebre de 38°. No dolor torácico, no palpitaciones. No disminución de diuresis. No edemas en EEII. No otra clínica acompañante.

Tratamientos previos:

Linagliptina 5 mg (1-0-0)

Bisoprolol 2,5 (1-0-0)

Amiodarona 200 mg (1-0-0)

Furosemida 40 mg (1-0-0)

Simvastatina 10 (0-0-1)

Indacaterol 300 (1-0-0)

Bromuro de tiotropio 18 mcg (1-0-0)

Fluticasona 500 (1-0-1)
Roflumilast 500 mg (1-0-0)
Salbutamol a demanda
Tamsulosina/dutasteride 0,5/0,4 (0-0-1)
Alprazolam 0.5 mg si precisa
Loracepam 1 mg si precisa

EXPLORACIÓN FÍSICA

Presión arterial: 124/56 mm Hg. Pulso: 99 x'. Temperatura axilar: 38.3 °C. Frecuencia respiratoria: 33 resp/min. Sat.O2: 83 %. FiO2: 21 %.

Regular estado general. Buen estado de hidratación. Buena coloración de piel y mucosas.

Tórax: Tiraje subclavicular. Auscultación cardiaca rítmica sin ruidos patológicos. Auscultación pulmonar: Roncus y sibilantes dispersos.

Abdomen: Blando y depresible, sin masas ni visceromegalias.

Extremidades: Se palpan pulsos periféricos simétricos. No edemas.

Exploración neurológica: Consciente y orientado temporoespacialmente. Lenguaje normal.

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

ANALÍTICA DE URGENCIAS (31/05/2014)

HEMOGRAMA

Hg: **12,7** g/dL (13-17.5)

Ht: 39,6 %.

VCm: 79,7 μ^3

HCM: 25,6 pg.

CHCM: 32,2 g/dL.

Leucocitos: **18,9** $\times 10^9/L$ (4 - 11). Neutrófilos: **15** $\times 10^9/L$ (1,8 - 7). Linfocitos: 2,3 $\times 10^9/L$.

Monocitos: **1,4** $\times 10^9/L$ (0,2 - 1). Eosinófilos: 0,1 $\times 10^9/L$. Basófilos: 0 $\times 10^9/L$.

PLAQUETAS: 219 $\times 10^9/L$. Volumen Plaquetar medio: 8,4 μ^3 .

COAGULACIÓN

TP: 14 seg. AP: 84 %. I.N.R.: 1,11. A.P.T.T.: 34,1 seg. Índice de A.P.T.T.: 1,17.

BIOQUIMICA

Glucosa : **158** mg/dL (70 - 99).

Urea: 47 mg/dL.

Creatinino: 1,21 mg/dL.

Lactato: 12,7 mg/dL.

Sodio: **134** mmol/L (135 - 145). Potasio: 4,7 mmol/L. Cloruro: 100 mmol/L (101 - 111).

Proteína C reactiva **135** mg/L (0-5)

Péptido natriurético tipo B: 112 pg/mL

GASOMETRIA

pH (37°C): 7,43. pCO2 38 mm Hg. pO2 **48** mm Hg (75 - 85). Saturación O2: 85 %.

Hidrogenocarbonato: 24,4 mmol/L. aSan(Gas)-Dióxido carbono tot.: 25,6 mmol/L. aSan-

Exceso de base: 0,4 mmol/L. Carboxihemoglobina: 1 %

RX DE TÓRAX: Aumento de densidad en base izquierda. Pinzamiento senos costofrénicos.

E.C.G: Ritmo sinusal a 85 lpm. No alteraciones en la repolarización.

EVOLUCIÓN

Durante su ingreso se inicia tratamiento inicialmente con metilprednisolona a dosis de 80 mg iv, nebulizaciones con salbutamol/ipatropio a dosis de 2.5 /0.5 cada 6 horas, antibioterapia empírica

con piperacilina tazobactam 4 gr cada 8 horas y oxigenoterapia. Se suspende linagliptina y se inicia insulino terapia pauta bolo-basal con insulina Lantus 20 unidades en desayuno e insulina apidra 6-6-6 y pauta correctora PC· 3: <150: nada, 150-200 4U, 200-250 6U, 250-300 8U, 300-350 10U, 350-400 12U, >400: 14U.

Posteriormente presenta hiperglucemias preprandiales mantenidas que requiere aumento de dosis de insulina Lantus hasta 30 unidades en desayuno y aumento de insulina apidra 12-12-6-8

El día 09/06 coincidiendo con la reducción de metilprednisolona de 60 mg a 32 mg oral mejoraron los controles glucémicos, por lo que se disminuyó la dosis de insulina; 20 unidades de insulina Lantus en desayuno y también insulina apidra 8-8-0-6.

Los perfiles glucémicos durante su ingreso fueron son los siguientes:

	De	Co	Me	Ce
01/06/2014	260	459		263
02/06/2014	381	365		242
03/06/2014	267	132		295
04/06/2014	310	226	268	127
05/06/2014	257	270	152	129
06/06/2014	198	221	119	144
07/06/2014	202	251		183
08/06/2014	169	275		146
09/06/2014	216	181	88	127
10/06/2014	72	217		

JUICIO CLÍNICO

- Exacerbación de EPOC asociada a Neumonía bibasal.
- Diabetes mellitus descompensada.
- EPOC moderado fenotipo agudizador.
- Insuficiencia respiratoria crónica agudizada.
- SAHS severo. Intolerancia a CPAP.

TRATAMIENTO AL ALTA

1. En este momento nos planteamos ¿qué tratamiento debe llevar nuestro paciente al alta si presentaba una Hg de 8% previa al ingreso? ¿estaba bien controlado?