

SEMI

SOCCDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA INTERNA

LA VISIÓN GLOBAL DE LA PERSONA ENFERMA

FEMI

FUNDACIÓN ESPAÑOLA DE MEDICINA INTERNA



Grupo de formación

SEMI

SOCCDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA INTERNA

VI

Escuela de Verano de Residentes de Medicina Interna

25-28 de Junio de 2014

Hotel Beatriz. Toledo



VI

Escuela de Verano

de Residentes de Medicina Interna

Bloque I.
Factores de riesgo cardiovascular.
DIABETES

MÍRIAM CARBÓ DÍEZ
HOSPITAL DE TERRASSA

VI

Escuela de Verano

de Residentes de Medicina Interna

Factores de riesgo cardiovascular/DIABETES.

- Caso clínico. Descripción.
- Discusión.



Caso Clínico

Varón de 61 años ingresa en planta de MI por ángor de esfuerzo.

✓ Antecedentes patológicos

- Ex fumador de 20 cigarrillos al día desde 2008. Total 35 paq-año.
- Diabetes Mellitus 2 desde 2008. Tratamiento ADOS. (A1C 8.3%).
- HTA desde 2010 en tratamiento con IECAs.
- Dislipidémico en tratamiento con estatinas.
- Seguimiento desde 2012 por cirugía vascular por claudicación intermitente a los 500m.

Caso Clínico

✓ Estado basal:

Autónomo para todas las actividades básicas de la vida diaria.

Funciones superiores. Sin disnea. Limitado en la deambulaci3n por claudicaci3n intermitente.

✓ Tratamiento habitual:

Metformina 850 mg, 1-1-1; Sitagliptina 100 mg, 1-0-0; Gliclazida 30

mg, 4-0-0; Simvastatina 40 mg, 0-0-1; Omeprazol 20 mg, 1-0-0;

Enalapril 5 mg, 1-0-0.

Caso Clínico

✓ **Enfermedad actual:**

Consulta por episodios recurrentes de dolor torácico central, opresivo irradiado a la extremidad superior izquierda desencadenado por el esfuerzo, sin manifestaciones vegetativas, que cedía con el reposo.

El día 05.04.13 por la mañana, presentó tres episodios de iguales características desencadenados por pequeños esfuerzos por lo que decide consultar.

Caso Clínico

✓ Evolución:

- E. Física TA 150/95mmHg, FC 75lpm, IMC 32,7 Kg/m². Glicemia capilar 276mg/dL. Tonos cardíacos rítmicos sin soplos. Ausencia de pulsos pedio y poplíteo derecho. Sin signos de I.Cardíaca.
- ECG ritmo sinusal y signos de isquemia subepicárdica anteroseptal.
- Curva de marcadores de lesión miocárdica fue negativa.
- En RX tóraca no había signos de redistribución vascular.
- Se inició tratamiento doble antiagregante, anticoagulación con HBPM, nitritos transdérmicos y bisoprolol, manteniendo IECA.

Caso Clínico

✓ Evolución II:

- Analítica de ingreso se determinó una HbA1 8.6%. Colesterol total de 284 mg/dL (c-LDL 180mg/dL, c-HDL 50mg/dL), Triglicéridos 2,11 mmol/L [0 - 2,26], ácido úrico de 456 μ mol/L, función renal, hepática e iones normales. Creatina-cinasa 0,33 μ kat/L [0,65 - 5,14] , Troponina T hs 31,02ng/L \rightarrow 32,66 ng/L [0 - 14], LDH 8,24 μ kat/L.

Caso Clínico

✓ Evolución III:

- Coronariografía 11.04.14: estenosis del 80% en la DA proximal, sobre la que se practicó angioplastia y se implantó un stent, lesión del 85% en el tercio distal de la misma arteria, sin lesiones significativas en la Cx ni CD.
- Ecocardiograma: VI ligeramente dilatado, buena contractilidad global (FE: 61%), acinesia septo-apical, disfunción diastólica. IM leve.

VI

Escuela de Verano

de Residentes de Medicina Interna

Caso Clínico

	04/08	11/08	05/09	06/10	05/11	09/11	03/12	01/13	11/13	03/14
A1C %	8,2%	8,3%	9,5%	9,5%	10,2%	7,8%	8,9%	8,2%	8,3%	8,6%
Album	-	-	19,14	24,12	48,07	14,35	22,07	20,32	31,27	101,6
TTo	Glic 80mg	Glic 80mg	Glic 80mg Met 1-0-1	Glic 30mg Met 1-0-1 Sit 100mg	Glic 60mg Met 1-1-1 Sit 100mg	Glic 60mg Met 1-1-1 Sit 100mg	Glic 60mg Met 1-1-1 Sit 100mg	Glic 90mg Met 1-1-1 Sit 100mg	Glic 120mg Met 1-1-1 Sit 100mg	Glic 120mg Met 1-1-1 Sit 100mg

Gliclacida → Glic.
Metformina → Met.
Sitagliptina → Sit.



VI

Escuela de Verano

de Residentes de Medicina Interna

Caso Clínico

- Durante las primeras 48 horas → mal control de la diabetes, con glicemia capilar preprandrial superior a 130mg/dL.
- Requirió pauta de bolo basal e insulina rápida para control de la misma.

	06/03	07/03	08/03	09/03	10/03	11/03	12/03
Desayuno (mg/dL)	206	242	210	200	198	143	157
Comida (mg/dL)	279	197	202	225	201	--KT	138
Cena (mg/dL)	308	138	208	88	180	180	180

Caso Clínico

✓ Diagnósticos al alta .

- Cardiopatía isquémica. Enfermedad severa de 1 vaso (DA proximal y distal). Angioplastia. Colocación de 2 Stent farmacoactivos.
- DM tipo 2. Tratamiento con ADOs.
- HTA.
- Dislipidemia. Claudicación intermitente. Arteriosclerosis.

VI

Escuela de Verano

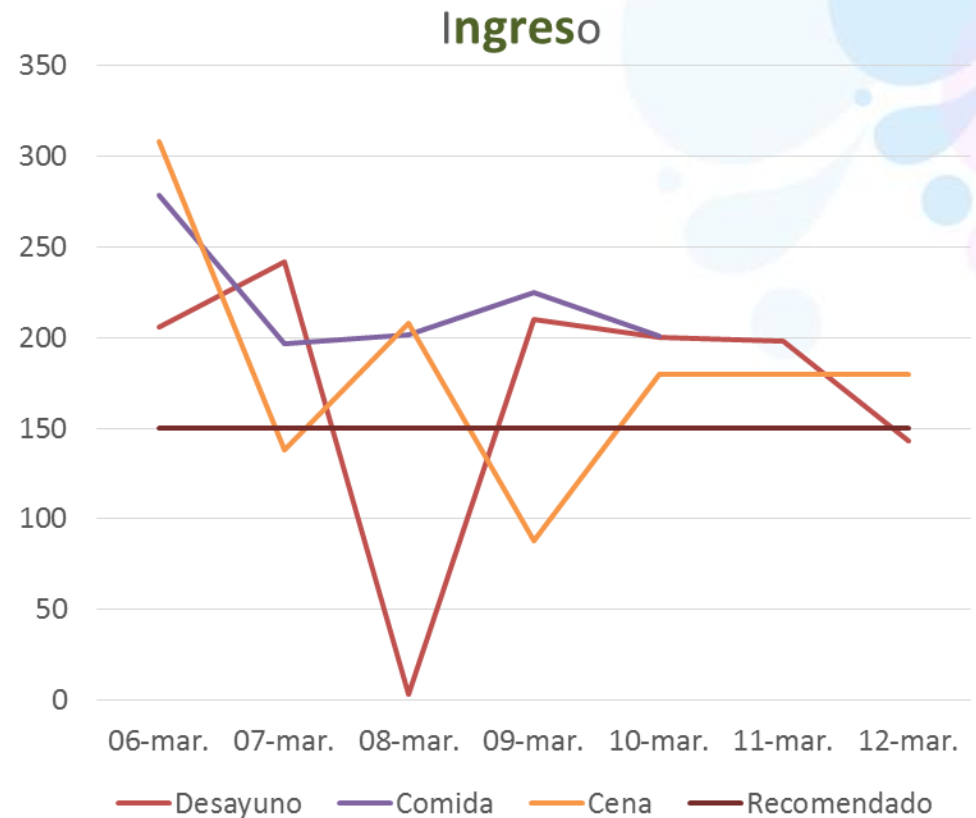
de Residentes de Medicina Interna

Discusión

Table 8—Correlation of A1C with average glucose

A1C (%)	Mean plasma glucose	
	mg/dL	mmol/L
6	126	7.0
7	154	8.6
8	183	10.2
9	212	11.8
10	240	13.4
11	269	14.9
12	298	16.5

These estimates are based on ADAG data of ~2,700 glucose measurements over 3 months per A1C measurement in 507 adults with type 1, type 2, and no diabetes. The correlation between A1C and average glucose was 0.92 (ref. 78). A calculator for converting A1C results into eAG, in either mg/dL or mmol/L, is available at <http://professional.diabetes.org/eAG>.



VI

Escuela de Verano

de Residentes de Medicina Interna

Discusión

- ✓ Las enfermedad cardiovascular es la mayor causa de morbi-mortalidad en diabéticos. Por lo que se recomienda una AC1 <7%.
- ✓ Nuestro paciente nunca <7% a pesar de recibir 3 fármacos.
- ✓ Afecto de arterioesclerosis con afectación coronaria y nefropatía (albuminuria >30µg/mg creatinina).
- ✓ Mal cumplidor terapéutico y transgresión dietética habitual.
- ✓ Pauta bolo basal presentó alguna hipoglicemia aislada.

VI

Escuela de Verano

de Residentes de Medicina Interna

Discusión

- ✓ **Tratamiento al alta.**
 - Atorvastatina 40mg.
 - AAS 100mg.
 - Clopidogrel 75mg.
 - Emconcor 2,5mg.
 - **Insulina NPH 0-0-14UI + Metformina 850 mg 1-0-1.**



VI

Escuela de Verano

de Residentes de Medicina Interna

Discusión

Durante el ingreso se plantearon las siguientes dudas.

¿Iniciar o no Insulina?

¿Si no insulinización, qué le podríamos ofrecer al paciente al alta?



VI

Escuela de Verano

de Residentes de Medicina Interna

Gracias



**Población 207,000hab.
31,050 DM 2.**