

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

25 de Junio de 2014
Dra. Beatriz Lacruz Escalada
M.I.R Medicina Interna
Complejo Hospitalario de Navarra B
Pamplona

VI

Escuela de Verano

de Residentes de Medicina Interna

Varón de 85 años que acude a urgencias por disnea.

ANTECEDENTES PERSONALES

- HTA.
- DM tipo 2 de 8 años de evolución en tratamiento con linagliptina 5 mg/día. Última Hb A1c: 8% (Mayo 2014).
- Obesidad grado II (I.M.C: 33)
- IAM inferior en 2009, enfermedad coronaria de 1 vaso, stent convencional. TSV (amiodarona). Hipertiroidismo subclínico secundario a amiodarona.
- Aneurisma de aorta infrarrenal en 2012.
- Insuficiencia renal crónica (TFG agosto 2009: 37). HBP.
- EPOC moderado (VEMS del 52%) fenotipo agudizador con BC, en tratamiento habitual con broncodilatadores inhalados. OCD.
- SAHS grave con nCPAP, que se retiró por mala tolerancia. Disnea habitual grado II-III.

VI

Escuela de Verano

de Residentes de Medicina Interna

INTERVENIDO QUIRÚRGICAMENTE DE:

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

HÁBITOS TÓXICOS:

- Ex-fumador de aproximadamente 37 paquetes-año.
- Bebedor ocasional.

ANTECEDENTES FAMILIARES

- Hermana y sobrinos enfermedad de Friedrich.

OTROS

- No transfundido previamente.
- Trabajó con cereales.

VI

Escuela de Verano

de Residentes de Medicina Interna

ALERGIAS: Tendinitis con levofloxacino.

HISTORIA ACTUAL:

Paciente de 85 años, pluripatológico, 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 EN URGENCIAS

- PA: 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.

VI

Escuela de Verano

de Residentes de Medicina Interna

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

ANALÍTICA DE URGENCIAS

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.



VI

Escuela de Verano

de Residentes de Medicina Interna

BIOQUÍMICA

- Glucosa : **158 mg/dL** (70 - 99).
- Urea: 47 mg/dL.
- Creatinino: 1,21 mg/dL.
- Lactato: 12,7 mg/dL.
- Na: **134 mmol/L** (135 - 145). K: 4,7 mmol/L. Cl: 100 mmol/L (101 - 111).
- PCR **135 mg/L** (0-5)
- Péptido natriurético tipo B: 112 pg/mL

GASOMETRÍA

- pH (37°C): 7,43. pCO₂ 38 mm Hg. pO₂ **48 mm Hg** (75 - 85). Sat. 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/día 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. Oxigenoterapia.
- Se suspende linagliptina y se inicia insulinoterapia pauta bolo-basal con insulina glargina 20 unidades en desayuno e insulina glulisina 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.

VI

Escuela de Verano

de Residentes de Medicina Interna

Los perfiles glucémicos durante su ingreso fueron son los siguientes:

	De (mg/dl)	Co (mg/dl)	Me (mg/dl)	Ce (mg/dl)
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		343
11/06/2014	104	92	111	173
12/06/2014	91	291	76	47/105/149
13/06/2014	128	111	212	
14/06/2014	155			

ANALÍTICA DURANTE SU INGRESO:

Hg glicosilada **8%** (4.6-5.8)

Función renal: urea 103, creatinina 1.24 mg/dl, FG 55 ml/min/1.73 m²

Perfil tiroideo: TSH 0.24 mU/L(0.35-4.94) T4 0.99 ng/dl (0.7-1.48)

Perfil lipídico: colesterol total 161 mg/dl (110-200)

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 hospitalaria si tiene una Hg de 8%?
2. ¿Estaba bien controlado con linagliptina?
3. ¿Debemos modificar su tratamiento habitual?

TRATAMIENTO AL ALTA

- Dieta de diabético
- Mantienen mismo tratamiento Linagliptina 5 mg
1cp en desayuno
- Metilprednisolona 8 mg/3 días, luego 4 mg 3
días más y suspender
- Continuar igual con resto de medicación
habitual