

**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



## Bloque I.

# Factores de riesgo cardiovascular. **DIABETES**

Dr. Rodríguez Díaz. Medicina Interna.  
Hospital Comarcal de la Axarquía.  
Vélez-Málaga, Málaga.

Toledo 25 de Junio de 2014.

VI

Escuela de Verano

de Residentes de Medicina Interna

## Caso Clínico III.

- Paciente varón de 76 años que consulta por cuadros vaso-vagales de repetición, en relación con el esfuerzo.



# VI

## Escuela de Verano

de Residentes de Medicina Interna

- Antecedentes familiares: Padre fallecido de carcinoma de pulmón a los 74 años, y madre fallecida por “problemas en los pulmones” a los 83 años. Un hermano fallecido por **infarto agudo de miocardio (IAM) a los 59 años**. Dos hermanos vivos de 74 y 69 años, **diabéticos tipo 2 e hipertensos ambos**.
- Antecedentes personales: No alergia médica conocida. Ex bebedor desde hace 6 años de aproximadamente una unidad de bebida estándar al día, y fumador de unos 56 paquetes/año. **Insuficiencia cardiaca** de larga data y **cardiopatía isquémica** tipo IAM antero-septal hace 6 años con implantación de 3 stents fármaco activos y buenos controles posteriores por el Servicio de Cardiología. **Estenosis mitral** sintomática que requirió tratamiento con recambio valvular hace 3 años. **Diabetes mellitus tipo 2 desde hace 15 años**, con controles por parte de su Médico de Atención Primaria. Síndrome ansioso depresivo de unos 2 años de evolución desde el fallecimiento de su esposa.

# VI

## Escuela de Verano

de Residentes de Medicina Interna

- En tratamiento con **nebivolol** 5 mg/24, **nitroglicerina transdérmica** parches 10 mg/24h con horario nocturno, **nitroglicerina sublingual** 0,4 mg si precisa, **enalapril** 10 mg/24h, **metformina** 850 mg/12h, **glimepirida** 2 mg/24h, escitalopram 20 mg/24h, **acido acetil salicílico** 100 mg/24h, **simvastatina** 20 mg/24h, lorazepam 1 mg/24h, ranitidina 150 mg/24h y tramadol/paracetamol 37.5/325 mg/8h para control del dolor.
- Independiente para las actividades básicas de la vida diaria. Vive solo, siendo un hermano suyo quien le acompaña al Hospital y a su Centro de Salud para las revisiones rutinarias.

# VI

## Escuela de Verano

de Residentes de Medicina Interna

- Enfermedad actual: Paciente varón de 72 años, que acude a urgencias por cuadros vaso-vagales de repetición (unos 6 episodios) en el último mes. El paciente refiere esta clínica habitualmente en relación con el esfuerzo, sin presentar claro dolor torácico aunque sí cortejo vegetativo, con abundante sudoración. En ningún momento ha presentado pérdida de conocimiento. En este último mes refiere ganancia de peso, sin edemas en extremidades, ni nicturia, ni disnea paroxística nocturna. No ortopnea ni disnea cuando deambula en llano más de 100 metros. Si refiere presentar disuria de varios días de evolución. Las últimas noches refiere estar algo más “destemplado”. El paciente se recupera de estos cuadros vaso-vagales con el reposo, dejando únicamente como secuela, palidez y ansiedad, clínica esta que dura unos 20 minutos.
- Exploración física: Obesidad grado II, BMTes 73 mg/dL, y signos de arteriopatía periférica.
- Pruebas complementarias: Glucosa: 69 mg/dL; Creatinina: 1.54 mg/dL; Troponina T: 12 µg/L. Leucocitos:  $14.96 \times 10^3/\mu\text{L}$ ; Neutrófilos:  $12.81 \times 10^3/\mu\text{L}$ ; Radiografía de tórax normal y EKG: Ritmo sinusal a 70 lpm. No signos de isquemia aguda. Onda Q en V1-V4. Crecimiento de cavidades izquierdas.

# VI

## Escuela de Verano

de Residentes de Medicina Interna

- El paciente ingresa en Sala de Medicina Interna, para completar el estudio. Dado que se encuentra asintomático en el momento del ingreso se mantiene su tratamiento habitual domiciliario.
- Opiniones...



# VI

## Escuela de Verano

de Residentes de Medicina Interna

- Pruebas complementarias en Sala de Medicina Interna:
- -Bioquímica: **Glucosa: 190 mg/dL**; Colesterol: 110 mg/dL; Triglicérido: 84 mg/dL; Urea: 96 mg/dL; **Creatinina: 1.35 mg/dL**; Filtrado glomerular (Cockcroft'Gault):59,47 mL/min. **Proteína: 5.4 g/dL; Albúmina: 2.9 g/dL**;
- -Hemograma: Leucocitos  $16.51 \times 10^3/\mu\text{l}$  (Neutrófilos  $14.76 \times 10^3/\mu\text{l}$ );
- -Sistemático de orina: **Nitritos: Positivo; Leucocitos:  $256.10 \times 1/\mu\text{l}$ ; Bacterias: Positivo.**
- -Urocultivo: Positivo para infección por **Klebsiella pneumoniae.**
- -ECO-Cardiograma-Doppler: Fracción de Eyección (Simpson): 34%. Miocardiopatía dilatada de origen valvular. Disfunción sistólica VI severa. Bioprótesis mitral con insuficiencia ligera. Esclerosis aortica sin repercusión funcional. Aurícula izquierda dilatada. Hipertensión pulmonar ligera.
- -Holter 24h: Sin cambios significativos en los ritmos del corazón.

# VI

## Escuela de Verano

de Residentes de Medicina Interna

- El paciente permanece estable en todo momento en Sala, sin presentar nuevos episodios vaso-vagales. Si presenta niveles alterados tanto pre como post prandiales (de media 195 mg/dL pre prandial y 240 mg/dL post prandial).
- Dados los primeros resultados de las pruebas cardiológicas, y esta nueva incidencia se rehistoria al paciente:
- El paciente refiere **no acudir a su Centro de Salud**, desde que falleció su esposa hace dos años, ya que refiere encontrarse bien, y no necesitar ayuda médica. Aunque en ocasiones **creo haberse confundido de pastillas**.
- Comenta, que estos cuadros de mareos, le **coinciden siempre** mientras está trabajando en el campo de su hermano, desde hace varias semanas, y que se ha dado cuenta de que al **tomar un zumo o un vaso de leche con algo “dulce”** se recupera rápidamente. Asimismo, refiere tener más apetito últimamente, y comenta presentar poliuria y polidipsia.

# VI

## Escuela de Verano

de Residentes de Medicina Interna

- -Hemoglobina glicosilada: 8.5 %; HbA1c (unidades SI- IFCC) 69 mmol/mol.
- ¿Y ahora, que hacemos?

Nuestro paciente generó varias dudas en cuanto el tratamiento:

1. ¿Deberíamos retirar los ADOs durante su ingreso en Sala?
2. Si los dejamos, ¿dejamos los mismos ADOs que el paciente tenía en casa?
3. ¿Iniciamos tratamiento con Insulina, y con que esquema?
4. ¿Cuál sería nuestro objetivo de Hemoglobina glicosilada, con toda la comorbilidad de este paciente?



# VI

## Escuela de Verano

de Residentes de Medicina Interna

- Inicia tratamiento con Insulina basal a dosis de 12 UI de insulina **glargina**, bolo a 12 UI de insulina **aspart** (repartidas en 4 UI en el desayuno, 5 UI en el almuerzo y 3 UI en la cena), y pauta correctora, aumentando hasta un máximo de 18 UI de insulina **glargina** y 24 UI de insulina **aspart**, para conseguir un buen control tanto pre como postpradial.
- Asimismo, se inicia tratamiento antibiótico.

# VI

## Escuela de Verano

de Residentes de Medicina Interna

- En el momento del alta el paciente se encuentra asintomático y con buenos controles glucémicos.
- Juicio Clínico:
  - 1. Hipoglucemias sintomáticas inadvertidas inducidas por toma de antidiabéticos orales y aumento de ejercicio físico.
  - 2. Infección de tracto urinario.

Y ahora,

- 1.- ¿Le daríais de alta con insulina, ADOs solos o con insulina + ADOs?
- 2.- ¿Y si rechazara la insulina?



# VI

## Escuela de Verano

de Residentes de Medicina Interna

- Se comenta con el paciente la necesidad de inicio de tratamiento con insulina, rechazando esta opción, ya que se encuentra muy “torpe” viviendo solo, y nos solicita que el tratamiento sea en pastillas.
- Finalmente se le retira del tratamiento la **glimepirida** y se le pauta tratamiento con **metformina** en combinación con **linagliptina** (2,5 mg de **linagliptina** / 1.000 mg de **metformina**), haciendo hincapié en el control glucémico domiciliario, y en la necesidad de control (sobre todo de la función renal) por parte de su Médico de Atención Primaria.
- Se cita en CC.EE. de Medicina Interna a los 3 meses del alta.

VI

Escuela de Verano

de Residentes de Medicina Interna

- El paciente no ha vuelto a presentar hipoglucemias.
- Se objetiva una Hemoglobina glicosilada 8.1 %, y una creatinina de 1,15 mg/dL.

