

CASO CLINICO: Paciente Pluripatológica

Renato Alexandre Castillo Rueda.

Objetivos:

- **Valoración de Pluripatología. Incluyendo valoración pronóstica.**
- **Manejo de polifarmacia y adecuación farmacológica.**

Mujer de 84 años que ingresa en planta por síndrome febril y dolor abdominal.

Antecedentes Personales :

- No alergias medicamentosas.
- HTA desde hace más de 20 años actualmente con buen control.
- DM2 con buen control metabólico con metformina.
- Enfermedad Renal Crónica estadio 3, aclaramiento en 25ml/min, probable mente nefroangioesclerosis (HTA) y toma de AINES previa. Creatinina basal en torno a 1.55 mg/dL.
- Portadora de marcapasos DDDR desde 2005 por bloqueo AV de 2º grado. FA cronica con frecuencia controlada.
- ICC clase funcional III NYHA. ECO CARDIO Febrero 2010: cardiopatía hipertensiva con HVI modera con FE conservada.
- Anemia ferropénica con perdidas digestivas en contexto de tratamiento con aldocumar (se niega a realizar estudio endoscópico) y en mayo de 2013 se suspende anticoagulación y se antiagrega.
- Hiperuricemia con crisis gotosas.
- Osteoporosis. Fractura humeral izquierda con prótesis.
- Vive con su marido y apoyada por sus hijos (tiene tres). No deterioro cognitivo. Precisa ayuda para el baño y para subir y bajar escalera.

- **Tratamiento domiciliario:**

Furosemida 40 mg. 1 comp por la mañana y 1 comp al medio día.

Diltiazem retard 60 mg cada 12 horas.

Aldactone 25 mg cada 24 horas.

Digoxina 1/2 comprimido al día. Omeprazol 20 mg cada 24h.

AAS 100mg cada 24h.

Metformina ½ comprimido en desayuno, almuerzo, cena.

Sinvastatina 40 mg cada 24 horas en cena.

Alopurinol 100mg un comp al dia.

Zaldiar 1 comp cada 8 horas si precisara por dolor.

Metamizol 575 mg cada 8 horas.
Sulfato ferroso 1 comprimido cada 24h.

Enfermedad Actual

Lleva varios días en casa con molestias inespecíficas abdominales difusas y náuseas sin vómitos. En los últimos dos días, presenta fiebre con síndrome confusional asociado, aumento del dolor abdominal y estreñimiento. Diuresis cortas.

Exploración

Inatenta y bradipsíquica, pero consciente. Afebril. TA 200/70 mmHg y FC 100 lpm. Taquipnea leve en reposo. Sato2 98% respirando aire ambiente.

Peso: 70kg. Talla: 160cm.

Diuresis 20 cc/h en las últimas horas.

ACR: corazón arritmico con soplo tricuspídeo. Buen murmullo vesicular sin ruidos añadidos. Abdomen blando, molestias a la palpación en FII sin masa, peritonismo ni globo vesical, puñopercusión renal dudosa bilateral, no dolor a la palpación en epigastrio, no se aprecian otros hallazgos de interés.

Marcapasos en pectoral derecho, sin signos inflamatorios. No dolor ni inflamación sobre la prótesis humeral.

NO edemas periféricos ni úlceras.

Pruebas Complementarias

- Ecografía RENAL urgente: Ambos riñones presenta un tamaño normal, con buena diferenciación corticomedular y grosor parenquimatoso conservado. Sin dilatación de sistemas excretores. No hemos visualizado imágenes compatibles con nefrolitiasis ni colecciones intra ni perirrenales. Vejiga urinaria sondada no valorable. No líquido libre intraabdominal visualizado mediante esta técnica.

- Analítica: Bioquímica: GPT: 60 UI/l, Creatinina: 3,27 mg/dl, previa: 2.47mg/dl, Na: 128 Urea: 91mg/dl, PROTEINA C REACTIVA *314.8 mg/l

Hemograma: Leucocitosis de 36000/ul con 89.9% de Neutrofilia. Hb 12.3 g/dl. Coagulación normal.

Evolución

En las siguientes 72 horas de ingreso mala evolución con importante cuadro de agitación.

Dolor abdominal se intensifica centrado en flanco izquierdo aunque sin datos de peritonismo.

Función renal progresivamente a peor, mala perfusión periférica, sudorosa.

Cuestiones que discutiremos:

- Juicios Clínicos más probables.
- Pruebas complementarias.

- Tratamiento durante hospitalización.
- Tratamiento al alta. Adecuación farmacéutica. Manejo de polifarmacia.
- Evaluación pronóstica de la enferma.