

SESIÓN CLÍNICA EN RED
SOCIEDAD ANDALUZA DE MEDICINA INTERNA

Pequeñas decisiones y formas de manejo alternativo que mejoran la calidad de vida en pacientes pluripatológicos.

Dr. Carlos Jiménez de Juan.

FEA de Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

ANTECEDENTES PERSONALES:

Varón de 74 años

- No alergias a fármacos
- No hábitos tóxicos
- Factores de riesgo cardiovasculares: HTA. Hipercolesterolemia.
- Poliquistosis hepato renal conocida desde la juventud.
- Programa de hemodiálisis periódica iniciado en 1999 mediante fístula arterio-venosa (FAV) en brazo izquierdo.
- Trasplante renal de donante cadáver en 2000 . Enfermedad renal crónica (ERC) estadio 3b por síndrome cardiorenal.
- Debut de insuficiencia cardiaca (IC) en 2000 en forma de edema agudo de pulmón por emergencia hipertensiva. Se objetivó estenosis significativa de arteria renal del injerto, tratándose con angioplastia.
- En 2016, presentó un infarto agudo de miocardio (IAM), realizándose revascularización percutánea sobre arteria coronaria derecha y arteria descendente anterior. La arteria circunfleja presentaba una enfermedad difusa no subsidiaria de tratamiento.
- Ecocardiografía con disfunción ventricular izquierda del 30%.
- Fibrilación auricular permanente
- Anemia crónica asociada a ERC en tratamiento con ciclos de EPO.
- Hiperuricemia sintomática con artritis gotosa recurrente a nivel de manos, muñecas y tobillos.
- Hipertrofia benigna de próstata
- Eventración a nivel de cicatriz quirúrgica del trasplante renal tratado con malla. Fístula de malla a piel con exudado seroso-purulento recurrente, tratado con ciclos de antibioterapia empírica.
- Valoración funcional: Independencia cognitiva plena. Dependencia moderada durante las fases de descompensación, que recupera posteriormente.

Tratamiento activo:

Atorvastatina 40 mg cada 24h, Alopurinol 100 mg cada 24h, Finasteride 5 mg cada 24h, Calcitriol 250 mg cada 24h, Espironolactona 25 mg cada 12h, Rivaroxaban 15 mg cada 24h, Bisoprolol 2,5 mg cada 24h, Digoxina 0,25 mg medio comprimido cada 24h, Sacubitrilo-Valsartan 26-24 mg cada 12h, parche Nitroglicerina 10 mg cada 24h, Furosemida 40 mg 6 comprimidos al día, Omeprazol 20 mg cada 24h, Prednisona 5 mg cada 24h, Micofenolato mofetilo 250 mg cada 12h, Tacrolimus 1 mg cada 24h, Trazodona 100 mg cada 24h.

ENFERMEDAD ACTUAL:

Durante los años 2016, 2017 y 2018 el paciente experimentó un empeoramiento marcado de su calidad de vida y clase funcional de su insuficiencia cardiaca (IC). Presentaba una disnea basal grado III-IV de la NYHA, con múltiples episodios de asistencia a Urgencias y a consultas de Medicina Interna. Estaba en tratamiento con altas dosis de diuréticos por vía oral, requiriendo numerosos ciclos de furosemida intravenosa o subcutánea.

La calidad de vida del paciente estaba muy limitada por la disnea y por los múltiples episodios de descompensación. Se trataba de un paciente pluripatológico con pronóstico de vida limitado en base a los cálculos del índice PROFUND y PALIAR.

En agosto de 2018, se realizó una intervención muy poco agresiva que logró mejorar significativamente la clase funcional del paciente (pasando a clase II), su calidad de vida y disminuir las consultas en Urgencias y los requerimientos de tratamiento diurético.

Durante los años 2019, 2020 y 2021 el paciente continuó presentando episodios de descompensación de insuficiencia fundamentalmente asociados a complicaciones infecciosas, pero manteniendo una clase funcional basal grado II de la NYHA. Durante esta fase el paciente expresó su deseo de evitar en la medida de lo posible los traslados al hospital en la fase de descompensación, optándose por un manejo conjunto por parte de su médico internista hospitalario, junto con el equipo de hospitalización domiciliaria.