Anciano y pauta farmacológica: situación de riesgo

Los errores de este caso son numerosos, pero de todos ellos se extrae una conclusión que se erige como necesidad imperiosa: se debe facilitar siempre copia escrita y asimilable del tratamiento a los pacientes ancianos, aunque no presenten trastornos cognitivos. Y ello es especialmente importante cuando se introduzcan cambios en la medicación. Es necesario, además, evaluar en ulteriores consultas si el tratamiento se está cumpliendo bien y ello es más imperativo cuanto más importante sea el cambio terapéutico.

Caso clínico

Palomo Sanz V[1], Orío Moreno E[1], Zancada Martínez B[1], Morales Gutiérrez F[2]

[1]Médico

[2]DUE

Centro de Salud de Torrelaguna (Madrid)

Varón de 80 años con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, de 20 años de evolución, y fibrilación auricular paroxística en tratamiento con asociación fija de enalapril 20 mg e hidroclorotiazida 12,5 mg, salicilatos 100 mg/día, amiodarona 1 comp/día, glibenclamida 5 mg/8 horas, metformina 850 mg/12 horas y simvastatina 20 mg/día. Cuida de su esposa de 76 años, ciega (glaucoma) y con grave gonartrosis. Lleva 20 años sin fumar.

Acude a su médico por episodio de mareo mal definido, sin giro de objetos; sudoración, náuseas y vómitos el día anterior sin caída al suelo, sin pérdida de conciencia ni relajación de esfínteres. El cuadro desapareció en unos 40 minutos. El paciente relata que fue hacia las 12 horas y que desde el desayuno no había ingerido ningún alimento.

En la exploración física sólo destaca cierta palidez, con presión arterial (PA) de 118/78 mmHg, glucemia capilar de 128 mg/dl, auscultación cardiopulmonar normal a 80 lpm y exploración neurológica normal.

Sin poder hacer un diagnóstico retrospectivo concreto, el médico dice al enfermo que lo más probable es que se tratara de una hipoglucemia, que siempre debe ingerir algún alimento antes de las 12 horas. Se le cita con enfermería para hacer perfil de glucemia en 7 días.

A la semana vuelve el paciente a la consulta refiriendo que le siguen dando los mareos a diferentes horas. El perfil de glucemia es 74-149, 123-162 y 96-166 mg/dl antes y dos horas después de desayuno, comida y cena, respectivamente. El paciente tiene menor apetito de lo habitual, se encuentra cansado y describe los mareos como sensación de inestabilidad sin giro de objetos, con sudoración y a veces caída al suelo. No refiere acúfenos ni hipoacusia ni dolor precordial ni palpitaciones previas o durante el cuadro. En la exploración sólo destaca cierta palidez pero el paciente niega melenas o hematemesis o cambio de hábito intestinal. El corazón está rítmico a 86 lpm y la PA es normal. Se hace un electrocardiograma que tampoco demuestra alteraciones.

Ante el cuadro sincopal del paciente, junto con relativa hipoglucemia, se disminuye la dosis nocturna de ADO (glibenclamida y metformina, medio comprimido de ambas con cena en vez de uno) y se pide una analítica completa.

A los cinco días, antes de tener el resultado de la analítica, el paciente acude nuevamente por

persistir la sensación desagradable de inestabilidad y mareo. La glucemia capilar en ese momento -12:30 horas, no estaba en ayunas- es de 186 mg/dl. La PA y la auscultación cardiopulmonar son normales. No hay nistagmus, las pupilas son normales, como el Romberg y la prueba dedo-nariz. El paciente refiere que ha perdido unos 2 Kg de peso en los últimos 2 meses porque tiene menos hambre. En espera de la analítica, se prescribe un antivertiginoso que produzca ligero efecto sedante –sulpirida 50 mg/8 horas-, porque vemos al paciente más nervioso de lo habitual.

En la analítica sólo destaca anemia, con hemoglobina 10,3 mg/dl, VCM 80, ferropenia –Fe 16- e hiperglucemia –142 mg/dl-; son normales la bioquímica hepática y renal, orina elemental y hormonas tiroideas. Ante la sospecha de sangrado digestivo como causa de los síncopes, se solicita un enema opaco de colon y posteriormente, si éste fuera normal, un tránsito esofagogastroduodenal. Se añade al tratamiento hierro, se retiran los salicilatos y se añade omeprazol 20 mg/12 horas.

A lo largo del siguiente mes el paciente sigue presentando de forma variable los mareos, a veces con caída al suelo y pequeñas heridas-hematomas por las que acude a su enfermero y médico. En ningún momento se constatan nuevas alteraciones en la exploración, por lo que se solicita interconsulta preferente al neurólogo y cardiólogo para estudio de posibles arritmias, sistema nervioso autónomo y sistema nervioso central. El enema opaco de colon es normal y se le cita 15 días más tarde para el tránsito digestivo.

Un día avisan de urgencia para acudir al domicilio del paciente porque se ha caído y no se puede levantar. A nuestra llegada el paciente está llamativamente pálido, tumbado en el suelo e incapaz de levantarse por el mareo, aunque sin paresias, consciente y orientado. La PA es de 90/60 mmHg tumbado, con taquicardia rítmica a 120 lpm, y la glucemia de 118 mg/dl. Sospechamos sangrado agudo y al interrogar al paciente por el tratamiento nos enseña todos los medicamentos que está tomando, entre ellos los salicilatos. Al parecer no recordaba que se lo habíamos suspendido (!). Derivamos a urgencias de hospital con vía intravenosa y suero fisiológico con ranitidina.

A los 10 días el paciente vuelve a casa. El informe hospitalario dice que en la analítica de urgencias presentaba anemia, aunque algo menor que un mes antes (hemoglobina 11,1 mg/dl). A su ingreso le hicieron una radiografía protocolizada de tórax en la que apareció un hilio derecho aumentado con nódulo solitario de 2 cm en campo medio derecho. Sin entrar en estudio digestivo, le hicieron por los mareos una TAC craneal que demostró una LOE de 3 cm en hemisferio cerebeloso izquierdo, rodeada de importante edema que producía borramiento de surcos y compresión de cuarto ventrículo, compatible con metástasis con sangrado como primera posibilidad sin poder descartar tumor primario. La RMN cerebral confirmó el hallazgo y una TAC tóraco-abdominal demostró nódulo pulmonar de 2,5 cm con calcificación periférica y parcialmente cavitado en lóbulo inferior derecho, compatible con proceso neoformativo primario. En la fibrobroncoscopia no se obtuvieron hallazgos. Los oncólogos opinaron que se trataba de un carcinoma pulmonar en estadio IV y los neurocirujanos descartaron la cirugía y recomendaron corticoides paliativos contra el edema cerebeloso. Al iniciar el tratamiento corticoideo se descompensó la diabetes y precisó insulina. El tratamiento recomendado era el mismo que venía haciendo, excepto la asociación de enalapril-hidroclorotiazida por la hipotensión; se añadió dexametasona 6 mg VO en desayuno, e insulina Actrapid 5 U antes del desayuno y comida.

El paciente comentó a su médico que no deseaba saber el diagnóstico y que hiciera lo que procediera. En tres semanas dejó de comer paulatinamente y se fue desnutriendo; aparecieron escaras en sacro y sufrió descompensaciones diabéticas (su glucemia llegó a 467 mg/dl).

Hablamos con la Trabajadora Social para ingresarle (su vivienda no reunía condiciones y su esposa no le podía cuidar) en una cama de emergencia social, lo que no fue aprobado por el Organismo competente.

El paciente falleció de muerte súbita (probablemente por una complicación cardiaca o embolismo pulmonar) el mismo día que el Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria –ESAD- le consiguió una cama para ingreso en un centro de cuidados paliativos.

COMENTARIO

Los errores de este caso son numerosos. Quizá el menor fuera el retraso diagnóstico del tumor pulmonar (asintomático en un exfumador de más de 20 años), o de la metástasis cerebelosa que originaba los mareos y las caídas (no había clínica central y la exploración en diferentes ocasiones del vértigo no dio hallazgos). Con seguridad se hubiera llegado al diagnóstico, aunque más tarde (2-3 meses), cuando el neurólogo hubiera pedido una TAC.

En nuestra opinión, aunque los hechos posteriores demostraron que era irrelevante, el error principal fue no saber dejar suficientemente claro al paciente la necesidad de suspender el acetilsalicílico cuando sospechábamos sangrado por vía digestiva. Aunque el paciente no tenía teóricamente deterioro cognitivo, probablemente su estado mental era peor del que aparentaba y en ello influía sin duda el estresante de encontrarse mal y la responsabilidad de cuidar a su mujer.

Debemos facilitar SIEMPRE copia ESCRITA Y ASIMILABLE del tratamiento a los pacientes ancianos, aunque no presenten trastornos cognitivos. Ello es especialmente importante cuando introduzcamos cambios en la medicación. Es necesario evaluar en ulteriores consultas si el tratamiento se está cumpliendo bien y ello es más imperativo cuanto más importante sea el cambio terapéutico.