



<https://www.elsevier.es/semergen>

160/336 - ¿Derivar o no derivar? Esa es la cuestión

N. Carbó Zea^a, J.M. Pérez Rivas^b e I. Arcusa Rubio^c

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bon Pastor. Barcelona. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Bon Pastor. Barcelona. ^cMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bon Pastor. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Ámbito del caso: atención primaria y centro sociosanitario. Motivo de consulta: mujer de 88 años que consulta por disnea, tos y expectoración. Antecedentes personales: No alergias medicamentosas conocidas. Parcialmente dependiente para las actividades de la vida diaria. Vive con la hija. Deterioro cognitivo leve. Hipertensión arterial de larga evolución en tratamiento médico. Diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento con antidiabéticos orales. Osteoartropatía degenerativa. Hiperreactividad bronquial. Insuficiencia renal crónica estadio III estable. Arteritis de Horton en tratamiento con corticoides. Múltiples ingresos en los dos últimos años por sobreinfecciones respiratorias e insuficiencia cardíaca descompensada. Intervenciones quirúrgicas: faquectomía bilateral, prótesis total rodilla derecha. Tratamiento habitual: carvedilol, enalapril, omeprazol, prednisona, repaglinida, furosemida, amitriptilina, clopidogrel. Anamnesis: Mujer de 88 años que acude a la consulta y es visitada en domicilio en varias ocasiones por un cuadro de sobreinfección respiratoria e insuficiencia cardíaca descompensada. No fiebre. No dolor torácico. Se pauta tratamiento antibiótico, broncodilatadores inhalados y se ajusta el tratamiento diurético. La radiografía de tórax es normal. Después de tres semanas de evolución y tras empeoramiento del estado general en las últimas 48 horas, con aparición de cuadro hiperglucémico, estado confusional, sensación distérmica sin fiebre termometrada y considerando la evolución tórpida del cuadro, añadido a la condición de inmunosupresión de la paciente, se deriva al centro de urgencias de atención primaria para completar estudio.

Exploración y pruebas complementarias: Electrocardiograma sin alteraciones agudas en la repolarización ni la conducción. Nueva radiografía de tórax: condensación en ápex pulmonar derecho con imágenes que podrían corresponder a cavernas. Analítica general: leucocitosis con desviación a la izquierda sin otras alteraciones. Cultivo de esputo: tinción de bacilos ácido alcohol resistentes negativa. TAC torácico: Lesión cavitada que ocupa buena parte del LSD alcanzando un diámetro axial máximo de aproximadamente 11 cm con presencia de niveles hidroaéreos en el interior de la lesión. Broncoscopia con cultivo broncoalveolar compatible con proceso inflamatorio agudo de marcada intensidad; negativo para células malignas.

Juicio clínico: Absceso pulmonar en lóbulo superior derecho por *Staphylococcus aureus* en paciente inmunodeprimida por tratamiento corticoideo a altas dosis. Tratamiento: amoxicilina-clavulánico endovenoso. Evolución: dado que requiere tratamiento antibiótico endovenoso prolongado y presenta una situación funcional limitada se traslada a la paciente a un centro sociosanitario para continuar el tratamiento y realizar convalecencia.

Diagnóstico diferencial: Tuberculosis, quiste pulmonar infectado, neumonía, carcinoma pulmonar, bulla enfisematoso infectada, micosis.

Comentario final: El paciente anciano frágil es más susceptible de padecer complicaciones encadenadas que suponen un declive funcional, sin recuperación del estado previo en muchas ocasiones. La contención domiciliaria del anciano dependiente para evitar ingresos y visitas a urgencias, aún siendo deseo del paciente, la familia y el médico, a veces no es posible, siendo necesario distinguir cuando es inevitable su derivación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cárdenas-García JL, Singh AK, Koenig SJ. A 75-Year-Old Woman With Fever And A Right Upper Lobe Pulmonary Mass. *Chest*. 2015;147(1):e1-e4.
2. Acosta Benito MA. Fragilidad en el anciano: del síndrome a la planificación sociosanitaria y legal. *Revista Española de Medicina Legal*. 2015;41(2):58-64.
3. Pickard S. Frail bodies: geriatric medicine and the constitution of the fourth age. *Sociol Health Illn*. 2014;36(4):549-63.