

La Unidad de Continuidad Asistencial (UCA) como herramienta para evitar la fragmentación de la atención a los pacientes pluripatológicos

Javier Collado-Aliaga, Leticia Moralejo-Alonso, Gloria Alonso-Claudio
Complejo Asistencial Universitario de Salamanca (CAUSA). Salamanca. España

Recibido: 01/03/2020
Aceptado: 01/03/2020
En línea: 31/03/2020

Citar como: Collado-Aliaga J, Moralejo-Alonso L, Alonso-Claudio G. La Unidad de Continuidad Asistencial (UCA) como herramienta para evitar la fragmentación de la atención a los pacientes pluripatológicos. Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2020 (Mar); 5(Supl 1): 27-28. doi: 10.32818/reccmi.a5s1a10.

Cite this as: Collado-Aliaga J, Moralejo-Alonso L, Alonso-Claudio G. The Continuity of Assistance Unit as a tool to avoid fragmentation of care for pluripathological patients. Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2020 (Mar); 5(Supl 1): 27-28. doi: 10.32818/reccmi.a5s1a10.

Autor para correspondencia: Javier Collado-Aliaga. alfredocollado@saludcastillayleon.com

Palabras clave

- ▷ Pluripatología
- ▷ Inmunodeficiencia variable común
- ▷ Enfermedades crónicas
- ▷ Continuidad asistencial

Keywords

- ▷ Pluripathology
- ▷ Common variable immunodeficiency
- ▷ Chronic diseases
- ▷ Continuity of care

Resumen

Paciente pluripatológico de 71 años con antecedente de linfoma no Hodgkin-B folicular tratado con tres líneas debido a recaída, la última con rituximab y dexametasona, actualmente en remisión completa. Derivado a la Unidad de Continuidad Asistencial (UCA) por pérdida ponderal, infecciones de repetición y diarrea de 1 año de evolución. Fue valorado por diferentes especialistas que solicitaron múltiples pruebas complementarias. Tras una revisión exhaustiva de la historia clínica, objetivamos un déficit grave de inmunoglobulinas (IgA, IgM e IgG), que, junto con la clínica expuesta, nos orientó a una inmunodeficiencia variable común secundaria. Tras iniciar tratamiento con inmunoglobulinas, el paciente presenta mejoría progresiva con ganancia ponderal sin nuevos cuadros infecciosos.

Abstract

A 71-year-old pluripathological patient with a history of follicular non-Hodgkin-B lymphoma treated with 3 lines due to relapse, the latter with rituximab and dexamethasone, currently in complete remission. He is referred to the Continuity of Assistance Unit for weight loss, recurrent infections and diarrhea of 1 year evolution. It was assessed by different specialists who requested multiple complementary tests. After an exhaustive review of the clinical history, we observed a severe immunoglobulin deficiency (IgA, IgM and IgG) which, together with the exposed clinic, guided us to a secondary common variable immunodeficiency. After starting treatment with immunoglobulins, the patient presents progressive improvement with weight gain without new infectious episodes.

Puntos destacados

- ▷ Las unidades de continuidad asistencial (UCA) fueron desarrolladas en respuesta a la mejoría de pronóstico de muchas enfermedades, lo que ha originado un enorme aumento en la complejidad, la especialización y la segmentación de la asistencia, con un incremento de riesgo y de daños para los pacientes.
- ▷ Estas unidades ofrecen una valoración integral y exhaustiva de estos pacientes, mejorando su seguridad al modificar la fragmentación de la asistencia.

Introducción

La inmunodeficiencia común variable predispone a infecciones bacterianas recurrentes, enfermedades autoinmunes y hasta un 60% de los pacientes no tratados desarrollan diarrea. Pueden ser primarias o secundarias a enfermedades malignas, timomas o a tratamientos con inmunosupresores¹

Historia clínica: antecedentes, enfermedad actual y exploración física

Varón de 69 años, con cuadro constitucional e infecciones de repetición, valorado y asistido por múltiples especialidades médicas, fue derivado a la Unidad de Continuidad Asistencial (UCA).

- Antecedentes personales. No alergias medicamentosas conocidas. No hábitos tóxicos. Trabajó como gerente forestal. Hipertensión arterial, hiperuricemia, no dislipemia ni diabetes. Síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS) con CPAP nocturna. Linfoma no Hodgkin-B folicular II estadio IV-B diagnosticado en 1999 y tratado con tres líneas de tratamiento por recaídas, la última en 2011, completando rituximab, dexametasona y bendamustina, con posterior remisión completa hasta la fecha. Carcinoma basocelular reseca. Adenocarcinoma de próstata tratado con radioterapia y hormonoterapia en 2009. Carcinoma tiroideo de cambio oxíntico con hipotiroidismo posterior tiroidectomizado en 2000. Parada cardiorrespiratoria por cardiopatía isquémica revascularizada con FEVI deprimida (50%)

que precisó intubación endotraqueal con estenosis traqueal secundaria, por lo que se colocó prótesis traqueal desde 2006 hasta 2018, año en el que se retiró por múltiples infecciones respiratorias. Polineuropatía del enfermo crítico por estancia prolongada en la unidad coronaria. Ingresos en 2018 por neumonía por *Pseudomonas aeruginosa*, en enero de 2019 por bronquitis aguda por *Haemophilus influenzae*, y en marzo de 2019 por virus respiratorio sincitial (VRS).

Tratamiento habitual. Bisoprolol 2,5 mg (1-0-0), ácido acetilsalicílico 100 mg (0-1-0), levotiroxina 150 µg (1-0-0), lansoprazol 30 mg (1-0-0), sertralina 100 mg (1-0-0), losartán 50 mg (1-0-0), zolpidem (0-0-1), suplementos hipoproteicos, prednisona 30 mg (1/2-0-0), sulfametoxazol/trimetoprim (1-0-1), megestrol 160 mg (1-0-0), cápsulas de lipasa/amilasa/proteasa 25.000 (1-2-1-2).

- Enfermedad actual. Remitido desde la consulta de Digestivo por síndrome constitucional con pérdida ponderal de aproximadamente 20 kg y deposiciones diarreas hasta 9-10/día, que impedían el descanso nocturno sin productos patológicos, de 1 año de evolución. No refería vómitos ni fiebre. Asimismo, refería sensación de parestesias en manos y pies con debilidad en extremidades inferiores que provocaron numerosas caídas en los 6 meses previos. En los últimos meses, tumefacción de ambas muñecas y de las articulaciones metacarpofalángicas con rigidez matutina. Múltiples infecciones respiratorias en el último año que habían condicionado ingresos hospitalarios.
- Exploración física. General: Barthel 50 puntos, Pfeiffer 0 puntos. Tensión arterial 96/67 mmHg, frecuencia cardíaca 87 lpm, temperatura 35,2 °C, SaO₂ basal 95%. Talla 179 cm, peso 64 kg, IMC 19. Índice PROFUND: 7. Signos inflamatorios de ambas muñecas y de las articulaciones metacarpofalángicas. Resto de la exploración sin hallazgos.

Al haber sido valorado en múltiples consultas, no se solicitó prueba alguna, revisándose las realizadas hasta el momento:

- Digestivo. Se estaba estudiando la diarrea. Se había realizado gastroscopia, con anatomía patológica (AP) de gastritis crónica no atrófica. *Helicobacter pylori* negativo. Duodeno: AP, duodenitis crónica con hiperplasia de glándulas de Brunner. PCR para *Tropheryma whippelii* negativo. Colonoscopia: a 45 cm de margen anal se extirpa un pólipo de 2 cm (AP, adenoma tubulovelloso con displasia epitelial severa). Citometría de flujo de biopsia intestinal: compatible con no infiltración. Grasas en heces con esteatorrea: 21 g/24 h. Elastasa pancreática en heces: normal. Calprotectina en heces: 100 mg/kg (0-50). Anticuerpos de enfermedad celíaca: negativos. Coprocultivo y parásitos en heces negativos. Con diagnóstico de diarrea crónica, se iniciaron enzimas pancreáticas.
- Reumatología en consulta privada. No aporta informes de esta consulta, le habían pautado prednisona 15 mg para la artritis.
- Medicina Interna. Habían iniciado estudio con broncoscopia (secreciones mucopurulentas abundantes). Lavado, cultivo: *Proteus mirabilis*, hongos y micobacterias y virus negativos. PCR para *Pneumocystis*: negativo. BAS y BAL: negativo para células malignas. Quantiferon: negativo. Cultivo de orina: *Proteus mirabilis*. Serologías: hepatitis B vacunado, hepatitis C y VIH negativo. Estudio electrofisiológico: polineuropatía sensitivo-motora de tipo axonal. Todas las alteraciones son de leve-moderada intensidad. Se trataron los procesos infecciosos y se interrumpió la consulta al iniciar seguimiento en la UCA.
- Hematología. Estaba siendo estudiado por pancitopenia y por el síndrome general. Habían realizado PET con infiltrado inflamatorio en pulmón, sin otros hallazgos. Citometría de flujo periférica compatible con no leucemización por síndrome linfoproliferativo B. Habían descartado recaída de su linfoma previo.

Se repasaron los múltiples análisis de las distintas consultas, destacando que el paciente presentaba unas funciones renal y hepática normales con nivel plasmático de vitamina B₁₂ en rango normal. Como datos relevantes, encontramos pancitopenia, déficit de vitamina D, tasa de protrombina 69% (70-120), ácido

fólico 0,6 ng/ml (2,9-16,9). Inmunoglobulinas: IgG < 35 mg/dl (700-1.600), IgA < 7,83 mg/dl (70-400), IgM < 5,25 mg/dl (40-230).

Evolución

Tras instaurar tratamiento sustitutivo con inmunoglobulinas, ácido fólico, vitamina K intravenosa y vitamina D, el paciente aumentó su peso 7 kg en 4 meses, no tenía artritis (sin tratamiento corticoideo) y no ha vuelto a presentar procesos infecciosos. Tanto la polineuropatía como la diarrea mejoraron. El hemograma y la coagulación se normalizaron.

Diagnóstico

Inmunodeficiencia común variable secundaria a tratamiento con rituximab en paciente pluripatológico.

Discusión y conclusiones

El paciente presentaba una inmunodeficiencia común variable que probablemente era secundaria al tratamiento recibido con rituximab¹. La hipogammaglobulinemia explicaría tanto las infecciones de repetición como la diarrea². A su vez, la diarrea condicionaba un síndrome de malabsorción con déficit de ácido fólico responsable de la pancitopenia y, probablemente, influía en el empeoramiento de la polineuropatía previa que presentaba el paciente (situación crítica y múltiples tratamientos con quimioterapia). La malabsorción de vitamina K originaba alteraciones de la coagulación y también había déficit de absorción de vitamina D. La artritis es otra de las manifestaciones de la hipogammaglobulinemia³.

Debido a que las manifestaciones clínicas de la inmunodeficiencia común variable afectan a múltiples sistemas y órganos, con frecuencia los pacientes son valorados por varios profesionales de diversas especialidades antes de su diagnóstico.

La mejoría en el pronóstico de muchas enfermedades que ahora se consideran crónicas ha originado un enorme aumento de la complejidad y fragmentación consiguiente de la asistencia, acompañada de un incremento de los riesgos y posibles daños iatrogénicos a los pacientes, lo que motivó el desarrollo de las UCA, que se apoyan en la gran relevancia de la valoración integral y exhaustiva de estos pacientes para mejorar la seguridad⁴ y evitar demoras en el diagnóstico.

Bibliografía

1. Cunningham-Rundles C. Clinical manifestations, epidemiology, and diagnosis of common variable immunodeficiency in adults. In UpToDate. Feldweg AM (ed). UpToDate. Waltham, MA, 2020.
2. Cambray-Gutiérrez JC, Herrera-Sánchez DA, Blancas-Galicia L, O'Farrill-Romanillos PM. Clínica de inmunodeficiencias primarias en adultos. Experiencia en un hospital de tercer nivel. Rev Alerg Mex. 2016; 63(4): 334-341. doi: 10.29262/ram.v63i4.171.
3. Azizi G, Kiaee F, Hedayat E, Yazdani R, Dolatshahi E, Alinia T, et al. Rheumatologic complications in a cohort of 227 patients with common variable immunodeficiency. Scand J Immunol. 2018 May; 87(5): e12663. doi: 10.1111/sji.12663.
4. Proceso de Atención al Paciente Pluripatológico en Castilla y León [Recurso electrónico]. Valladolid. Gerencia Regional de Salud, 2015. Accesible en: <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/atencion-cronicos/atencion-paciente-cronico-castilla-leon> (último acceso febrero 2020).