

En la implicación del farmacéutico en la farmacoterapia del paciente anciano polimedcado, los mejores resultados se obtienen cuando el farmacéutico realiza la revisión de forma activa, estructurada y en el contexto de un abordaje interdisciplinar³⁻⁵. Esta suma de esfuerzos es imprescindible en pacientes con regímenes de tratamiento complejos, múltiples comorbilidades y otros factores de riesgo de morbilidad asociada a medicamentos^{6,7}.

La paciente del caso descrito tenía poca confianza en la efectividad de los medicamentos que tomaba, y una adherencia dudosa. Cuando se consiguió reducir el número de principios activos y las dosis diarias, la paciente manifestó su satisfacción por poder tomar menos medicación, y su estado clínico y anímico mejoró notablemente. Las visitas secuenciales a domicilio de la EGC para explicar el nuevo plan terapéutico, dar información sobre la administración de medicamentos y hacer un seguimiento de los resultados resultaron muy útiles. Todo esto llevó a acordar un equilibrio entre los objetivos terapéuticos del médico y la calidad de vida y las expectativas de la paciente. Gracias a ello la paciente ha pasado de ser una paciente dependiente y domiciliaria, a prescindir de cuidador y poder acudir al centro de salud por ella misma.

El objetivo del programa específico del paciente crónico de nuestra área es mejorar la calidad de la atención a los pacientes crónicos complejos y pacientes crónicos avanzados, consiguiendo proporcionar atención adecuada y continuada con especial atención a la proactividad y resolución de crisis. Los farmacéuticos que forman parte de este equipo juegan un papel importante como clínico para coordinar la atención relacionada con los medicamentos. La intervención farmacéutica, junto al equipo médico responsable, permite resolver de forma significativa los PRM y RNM asociados a la medicación y, por tanto, contribuye a mejorar la calidad de la farmacoterapia de este tipo de pacientes.

Bibliografía

1. Hilmer SN, Gnjidic D. The Effects of Polypharmacy in Older Adults. *Clin Pharmacol Ther.* 2009;85:86-88. [consultado 25 Feb 2017]. Disponible en: <http://www.isdbweb.org/documents/file/1486.4.pdf>.
2. Torres-García RM. Polimedcación en personas mayores, ¿se asocia con un incremento de la mortalidad? *Blog SEFAP.* [consultado 25 Feb 2017]. Disponible en: <http://bit.ly/2k6wiLQ>.
3. Spinewine A, Fialová D, Byrne S. The role of the pharmacist in optimizing pharmacotherapy in older people. *Drugs Aging.* 2012;29:495-510.
4. Halvorsen KH, Ruths S, Granas AG, Viktil KK. Multidisciplinary intervention to identify and resolve drug-related problems in Norwegian nursing homes. *Scand J Prim Health Care.* 2010;28:82-8.
5. Patterson SM, Cadogan SA, Kerse N, Cardwell CR, Bradley MC, Ryan C, et al. Interventions to improve the appropriate use of polypharmacy for older people. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD008165.pub3>. CD008165.
6. Santos-Ramos B, Otero-López MJ, Galván-Banqueri M, Alfaro-Lara ER, Vega-Coca MD, Nieto-Martín MD, et al. Modelos de atención al paciente pluripatológico y el papel de la farmacia hospitalaria. *Farm Hosp.* 2012;36:506-17.
7. Delgado-Silveira E, María Fernández-Villalba E, García-Mina Freire M, Albiñana Pérez MS, Casajús Lagranja MP, Peris Martí JF. Impacto de la Intervención Farmacéutica en el tratamiento del paciente mayor pluripatológico. *Farm Hosp.* 2015;39:192-202.

Carla Liñana Granell^{a,*}, Jose Antonio Amo Fernandez^b,
Mireia García Orellana^b e Ignacio Blasco Mascaró^a

^a Servicio de Farmacia, Hospital Mateu Orfila, Menorca, España

^b Atención Primaria, Área de Salud de Menorca, Menorca, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: carlalinana@gmail.com (C. Liñana Granell).

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2019.02.005>

0211-139X/

© 2019 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Empiema pleural mixto por *Leuconostoc pseudomesenteroides* y *Streptococcus mitis/oralis*



Mixed pleural empyema due to *Leuconostoc pseudomesenteroides* and *Streptococcus mitis/oralis*

Varón de 86 años, sin hábitos tóxicos, con antecedentes personales de hipertensión arterial, deterioro cognitivo con parkinsonismo tremorónico e hipoacusia, y en tratamiento domiciliario con carbidopa/levodopa 25/100 mg, sertralina 50 mg y omeprazol 20 mg. Situación basal: dependencia leve para las actividades básicas de la vida diaria (índice de Barthel: 85/100), deterioro cognitivo leve, con empeoramiento en los últimos 6 meses, vivía con su mujer en una casa en medio rural, con apoyo de sus hijos y realizaba alguna tarea en el campo. Ingresó en nuestro servicio por neumonía derecha con derrame pleural ipsilateral (fig. 1). No tenía historia de ingresos hospitalarios previos, ni era portador de sonda gastrostomía para alimentación. Había estado en tratamiento con levofloxacino hasta 5 días antes por infección respiratoria, presentando desde el inicio del cuadro anorexia, adelgazamiento no cuantificado y astenia intensa. Se inició tratamiento empírico con piperacilina-tazobactam y, tras realizar una toracocentesis diagnóstica en la que las características bioquímicas del líquido pleural fueron compatibles con empiema pleural, se colocó un drenaje torácico. En el cultivo del líquido pleural se aislaron *Streptococcus mitis/oralis* y *Leuconostoc pseudomesenteroides* (sensible a ampicilina, clindamicina, linezolid, tetraciclinas y tigeciclina). En el estudio analítico efectuado durante el ingreso, se descartó enfermedad hematológica

o inmunodepresión. Aunque la evolución inicial fue favorable, y permitió modificar la antibioterapia para amoxicilina-clavulánico, posteriormente sufrió un empeoramiento clínico en relación con un episodio de broncoaspiración, falleciendo al 15.º día del ingreso, como consecuencia de una insuficiencia respiratoria.

Leuconostoc spp. es una bacteria grampositiva, catalasa negativa que se caracteriza por ser intrínsecamente resistente a la



Figura 1. Radiografía de tórax AP: neumonía derecha con derrame pleural ipsilateral.

vancomicina. Perteneciente a la familia *Leuconostocaceae*, plantea problemas de diferenciación con *Streptococcus*, *Lactobacillus*, *Pediococcus* o *Enterococcus*. Aunque no forma parte de la microbiota habitual del intestino humano, es un colonizador ocasional que se puede aislar en fluido gástrico, heces, secreción vaginal y leche materna. Es un microorganismo con amplia distribución en la naturaleza y bien conocido en la industria alimentaria desde tiempos inmemorables, dadas sus propiedades fermentadoras y su capacidad para generar compuestos odoríferos. Su importancia como patógeno humano se relaciona con el incremento del uso de la vancomicina en la práctica clínica. No obstante, si se considera su amplia distribución ambiental y las pocas infecciones que genera, es lógico pensar que tiene poca virulencia para los seres humanos sanos.

En 1985 se comunicó el primer caso de bacteriemia por *Leuconostoc* spp. en 2 pacientes inmunodeprimidos¹, catalogándose desde entonces como un patógeno oportunista emergente que puede causar infecciones en pacientes inmunocomprometidos^{2–4}, portadores de dispositivos invasivos (catéter venoso central, catéter peritoneal, tubo oro-traqueal, cánula de traqueostomía, gastrostomía, etc.), con enfermedades crónicas, necesidad de nutrición parenteral o enteral, quemaduras graves, tratamiento previo con antibióticos o recién nacidos prematuros. Presenta un perfil patogénico muy amplio, y puede provocar bacteriemias^{5,6}, infecciones asociadas a catéteres, endocarditis, meningitis, neumonías, empiemas y abscesos pleurales^{7–9}, infecciones intraabdominales y del tracto urinario, abscesos, osteomielitis, infecciones protésicas, endoftalmítis o incluso brotes institucionales¹⁰.

Todas las especies de *Leuconostoc* son resistentes a la vancomicina (MIC > 256 µg/ml) y generalmente presenta resistencia cruzada con la teicoplanina. El tratamiento de elección es la penicilina o ampicilina, siendo sensible también a clindamicina, macrólidos, aminoglicósidos, cefalosporinas, carbapenems, tetraciclinas, linezolid y daptomicina.

La infección por *Leuconostoc* spp. es muy poco frecuente y suele estar relacionada con la asistencia sanitaria, afectando predominantemente a pacientes inmunocomprometidos. Es por ello que nos parece oportuno comunicar un caso de empiema mixto en un paciente anciano, sin otras alteraciones de la inmunidad excepto las inherentes al proceso de envejecimiento, en el que el *Leuconostoc pseudomesenteroides* pudo jugar un papel crucial en el desenlace fatal del paciente.

Financiación

Los autores declaran no haber recibido financiación para la realización de este trabajo.

Absceso piógeno en psoas como causa de deterioro funcional subagudo en el paciente anciano. A propósito de un caso



Pyogenic psoas abscess as a cause of subacute functional impairment in the elderly patient

Sr. Editor:

Se presenta el caso de una paciente de 94 años valorada por cuadro de lumbalgia de 3 meses de evolución, mal control del dolor y deterioro funcional reciente a pesar del tratamiento con antiinflamatorios y tramadol. El dolor era de características mecánicas en musculatura dorso-lumbar derecha, no irradiado a miembros inferiores.

Agradecimientos

Nuestros agradecimientos a los Servicios de Microbiología y Cirugía Torácica del Hospital Povisa, Vigo, Pontevedra.

Bibliografía

1. Buu-Hoï A, Branger C, Acar JF. Vancomycin-resistant streptococci or *Leuconostoc* sp. Antimicrob Agents Chemother. 1985;28:458–60.
2. Lin X, Jiang Q, Liu J, Zhao F, Chen W. *Leuconostoc pseudomesenteroides* associated hemophagocytic syndrome: A case report. Exp Ther Med. 2018;15:1199–202.
3. Ino K, Suzuki K, Nakase K, Nakamura A, Fujieda A, Katayama N. Bacteremia due to *Leuconostoc pseudomesenteroides* in a Patient with Acute Lymphoblastic Leukemia: Case Report and Review of the Literature. Case Rep Hematol. 2016;2016:7648628, <http://dx.doi.org/10.1155/2016/7648628>.
4. Sonia I. Cuevo M, Jorge Cortés L, Elizabeth Rodríguez R, Natan Hormaza A, Erwing Vargas S. *Leuconostoc* sp en pacientes con cáncer: estudio descriptivo. Rev Chil Infect. 2008;25:184–8.
5. Ballesteros Sanz MA, Ruiz De Alegría-Puig C, Fernández-Mazarrasa C, Gutiérrez-Cuadra M. Bacteriemia y sepsis por *Leuconostoc mesenteroides*. Med Clin (Barc). 2011;134:87–92.
6. Meneguetti MG, Gaspar GG, Laus AM, Basile-Filho A, Bellissimo-Rodrigues F, Auxiliadora-Martins M. Bacteremia by *Leuconostoc mesenteroides* in an immunocompetent patient with chronic Chagas disease: A case report. BMC Infect Dis. 2018;18:547.
7. Usta-Atmaca H, Akbas F, Karagoz Y, Piskinpas M. A rarely seen cause for empyema: *Leuconostoc mesenteroides*. J Infect Dev Ctries. 2015;9:425–7.
8. Borer A, Weber G, Avnon LS, Riesenberk K, Alkan M. Pleural empyema caused by *Leuconostoc* spp. Scand J Infect Dis. 1997;29:311–2.
9. Camarasa A, Chiner E, Sancho-Chust JN. Pulmonary abscess due to *Leuconostoc* species in an immunocompetent patient [Article in Spanish]. Arch Bronconeumol. 2009;45:471–2.
10. Bou G, Luis Saleta J, Sáez Nieto JA, Tomás M, Valdezate S, Sousa D, et al. Nosocomial Outbreaks Caused by *Leuconostoc mesenteroides* subsp. *mesenteroides*. Emerg Infect Dis. 2008;14:968–71.

María Luisa Valle Feijoo^{a,*},
José Ramón Bermúdez Sanjurjo^a,
Begoña Valle Feijoo^b y Javier de la Fuente Aguado^a

^a Servicio de Medicina Interna, Hospital Povisa, Vigo, Pontevedra, España

^b Servicio Medicina Interna, Hospital do Salnés, Vilagarcía de Arousa, Pontevedra, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lvalle@povisa.es (M.L. Valle Feijoo).

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2019.01.007>

0211-139X/

© 2019 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Entre sus antecedentes personales destacaba fractura en vértebra D12 con aplastamiento severo. En la valoración geriátrica integral no padecía deterioro cognitivo (MMSE Folstein 30/30), deambulaba previamente con bastón, precisaba ayuda para baño y era independiente para el resto de las ABVD (IB mod: 95/100). Tras la aparición del dolor, pasó a caminar con 2 personas trayectos menores a 50 m por lo que se cursó el ingreso en la unidad de agudos geriátricos para control sintomático y filiación de la causa desencadenante.

En su exploración física destacaba Lassegue positivo a 70°, no apofisalgias, manteniendo un balance muscular de 5/5 con movimiento de las 4 extremidades en contra de resistencia sin aparente fatiga.

En prueba de imagen de la TAC dorso-lumbar se objetivó fractura de L1 visualizándose fenómeno de vacío en el interior sugerente