XIII REUNIÓN GRUPO DE TRABAJO

PACIENTE PLURIPATOLÓGICO Y EDAD AVANZADA

19 y 20 DE MAYO 2022

HOTEL VINCCI SOMA

MADRID

ORGANIZA:

SEMI
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA INTERNA

FEMI
FUNDACIÓN ESPAÑOLA DE MEDICINA INTERNA

PPP y EA
Paciente Pluripatológico y Edad Avanzada

ISBN: : 978-84-09-41423-9

Queda prohibida la reproducción total o parcial de los textos y gráficos contenidos en esta publicación, tanto en soportes digitales, electrónicos, mecánicos, como impresos sin previo conocimiento y autorización escrita de los editores.

XIII REUNIÓN GRUPO DE TRABAJO

PACIENTE PLURIPATOLÓGICO Y EDAD AVANZADA

19 y 20 DE MAYO 2022

HOTEL VINCCI SOMA

MADRID

ORGANIZA:

SEMI

FEMI

PPP y EA

Paciente Pluripatológico y Edad Avanzada

ÍNDICE

CO-01 "Declara el pasado, diagnostica el presente, pronostica el futuro…" 5

CO-02 Un equilibrio delicado 7

CO-03 Importancia del alta precoz y la continuidad de cuidados para evitar la pérdida de funcionalidad, identificar necesidades y tomar decisiones en el paciente crónico complejo 8

CO-04 Hipoglucemias de repetición en paciente pluripatologíco: Una valoración integral 10

CO-05 Caso clínico "paciente pluripatológico" 12

CO-06 Manejo médico orientado al paciente, no a la enfermedad 14

CC-01 Cuando el dolor no es lo que parece 16

CC-02 Intervención en el paciente pluripatológico complejo. Beneficio de los regímenes alternativos de hospitalización 18

CC-03 El punto clave: la coordinación 20

CC-04 Atención al paciente con pluripatología crónica compleja: un reto clínico 22

CC-05 *Deprescribir* para poder seguir 24

CC-06 Una causa infrecuente de debilidad de miembros inferiores en paciente de edad avanzada 26

CC-07 "Un deterioro cognitivo con edemas reversible" 28

CC-08 Importancia de la valoración integral de los pacientes crónicos complejos: a propósito de un caso 30

CC-09 La toma de decisiones en el paciente mayor 31

CC-10 Garantizar la calidad asistencial al paciente pluripatológico 33

CC-11 "Modificando la historia natural de la enfermedad en ancianos: Recuperacion funcional subsiguiente" 34

CC-12 La complejidad del manejo de comorbilidades en el ingreso 36

CO-01

"DECLARA EL PASADO, DIAGNOSTICA EL PRESENTE, PRONOSTICA EL FUTURO..."

Tejera Pérez, Rosa Juana; Alonso Claudio, Gloria María; Moralejo Alonso, María Leticia; Pérez García, María Luisa; Lorenzo Mateos, Catalina Del Mar; Rodrigo Martín, Ana Isabel.

Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca

Desarrollo del caso

Varón de 88 años, sin alergias medicamentosas conocidas, exfumador (IPA 35), sin hábito enólico, con hipertensión arterial esencial, diabetes mellitus tipo 2, dislipemia IIa, enfermedad renal crónica estadio 3bA1, polimialgia reumática de reciente diagnóstico, anemia moderada crónica, normocítica-normocrómica, de etiología multifactorial (procesos crónicos/inflamatoria, ferropénica y déficit de vitamina B12), con estudio endoscópico reciente y polipectomía múltiple (adenomas tubulares), prostatectomizado por hiperplasia prostática, portador de prótesis en rodilla y cadera izquierda desde 2020. Vive en domicilio particular bajo el cuidado de su hija, moderadamente dependiente para las actividades básicas de la vida diaria (índice Barthel 55 puntos); sin deterioro cognitivo, cumple criterios de pluripatología (categorías B, G, H), con índice Profund 15 puntos.

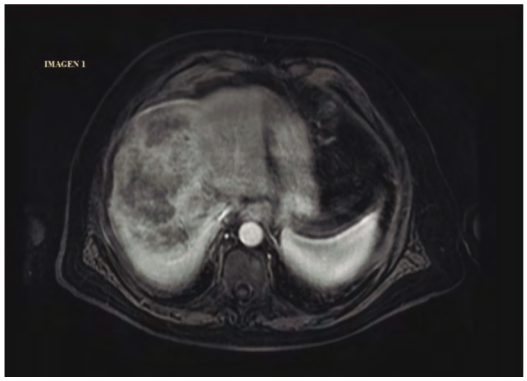
En tratamiento con prednisona 20 mg en pauta descendente, calcio/vitamina D 2500 mg/800UI al día, sulfato de hierro 105 mg al día, cianocobalamina 1000 mcg mensual, metformina/sitagliptina 1000/50 mg cada 12 horas, insulina glargina 32 UI en el desayuno, losartán/hidroclorotiazida 100/25 mg al día, amlodipino 10 mg al día, simvastatina 40 mg al día, omeprazol 20 mg al día.

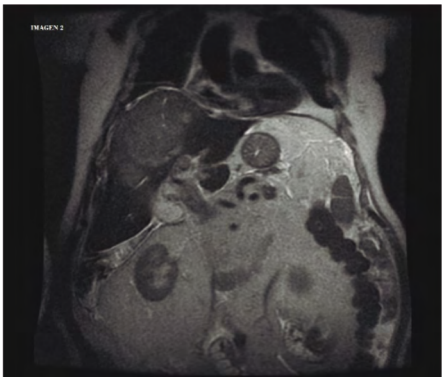
Dos ingresos hospitalarios en Medicina Interna en los últimos dos meses por deterioro del nivel de consciencia en contexto de síndrome confusional agudo hipoactivo asociado a infección del tracto urinario por *Proteus penneri*. El paciente presentaba estenosis uretral con residuo miccional por la que se colocó sondaje vesical permanente, estando pendiente de revisión por Urología. Reingresó de forma precoz en una tercera ocasión, de nuevo con deterioro del nivel de consciencia, afebril, sin clínica miccional, con elevación discreta de reactantes de fase aguda respecto a sus basales y sedimento/sistemático de orina patológico, con leucocituria y bacteriuria moderada. El diagnóstico primario al ingreso fue el mismo que en las ocasiones anteriores, iniciándose antibioterapia a la espera de resultados microbiológicos.

Se revisó el historial clínico del paciente. Se había realizado prueba de imagen cerebral en el Servicio de Urgencias, sin patología aguda. Destacaba la presencia de colestasis disociada mantenida desde el primer ingreso hospitalario (x2,5 LSN) y trombopenia leve. Se solicitó ecografía de abdomen y pelvis, en la que se evidenciaba hígado dishomogéneo, con líquido perihepático y periesplénico, con vena porta permeable, de calibre normal y flujo hepatópeto. Ante la posibilidad de enfermedad hepática no conocida, se solicitaron serologías básicas, perfil férrico, cobre y ceruloplasmina, y estudio de autoinmunidad hepática, que resultó negativo. En la gastroscopia reciente no se describían varices esofágicas o gastropatía de hipertensión portal. El pro-BNP era normal para su edad y función renal, y la ecocardiografía no mostró alteración estructural relevante. Se realizó paracentesis diagnóstica, sin datos de peritonitis bacteriana espontánea, GASA ≥ 1,1 g/dL, con citología negativa para células malignas. Se recibió resultado de alfa-fetoproteína > 1200 ng/mL, completándose estudio con colangio-RMN, que describía extensa tumoración (13x12x13 cm APxTxCC) centrada en lóbulo hepático derecho con epicentro en segmentos VIII-V y afectación de segmentos I, IV, VI y VII de vecindad, con patrón de señal heterogéneo. La lesión asociaba ocupación de similar patrón y realce de venas portales con extensión a porta principal condicionando expansión de las mismas compatible con trombosis tumoral. No se apreciaban adenopatías de tamaño significativo en cadenas ganglionares visualizadas ni dilatación de vía biliar intra ni extrahepática *(imágenes 1 y 2)*.

Se ajustó tratamiento diurético durante el ingreso, con buena respuesta clínica a furosemida 120 mg y espironolactona 50 mg, manteniendo su función renal basal estable, y se pautaron laxantes osmóticos cada 8 horas para realizar una deposición diaria. La encefalopatía del paciente mejoró de forma progresiva. En los ingresos previos, el paciente también había recibido pauta de laxantes y enemas de limpieza en reiteradas ocasiones por ausente deposición. Es probable que la mejoría clínica previo al alta también estuviera en relación con estos tratamientos, y que la encefalopatía empeorara de nuevo en domicilio por el insuficiente aclaramiento hepático de sustancias neurotóxicas de origen intestinal.

Se comunicó al paciente los hallazgos descritos y fue valorado en consultas externas de Hepatología tras el alta hospitalaria. Decidió continuar tratamiento sintomático y manejo conservador de su proceso en domicilio. El paciente falleció tres meses después, no requiriendo nuevos ingresos hospitalarios.





Diagnóstico

- Neoformación hepática compatible con hepatocarcinoma asociando trombosis tumoral portal e hipertensión portal y ascitis, sobre cirrosis hepática con hipertensión portal, de probable causa metabólica-MAFLD. CHILD B8, MELD12. Encefalopatía hepática grado 2, resuelta.
- Pluripatología crónica compleja (categorías B, D, G, H).

Cuestiones claves

- Diagnóstico diferencial del síndrome confusional agudo en el paciente de edad avanzada.
- Deseos del paciente de permanencia en domicilio con tratamiento sintomático y manejo conservador.
- Importancia de un buen apoyo socio-familiar.

Preguntas y conclusiones

Los ancianos presentan problemas de salud complejos y múltiples, pudiendo requerir varios fármacos (eventual polimedicación) y mayor probabilidad de prescripción de un fármaco de alto riesgo. El diagnóstico de una enfermedad nueva puede ser complicado por su presentación atípica o concurrencia con otras comorbilidades, generando demoras, que pasen desapercibidas o que acarreen diagnósticos equivocados con el consecuente empleo de fármacos inadecuados. La detección temprana permite la intervención precoz, evitando el deterioro multimodal y mejorando la calidad de vida, con frecuencia mediante intervenciones pequeñas y de bajo costo.

La valoración integral del paciente de edad avanzada constituye un proceso diagnóstico multidimensional e interdisciplinario, que tiene como objetivos identificar y calificar los problemas físicos, funcionales, psíquicos y sociales que pueda presentar, con vistas a desarrollar un plan de tratamiento y seguimiento de los mismos, así como la óptima utilización de recursos socio-sanitarios con los que afrontarlos. Es conveniente realizar una valoración del pronóstico en los pacientes ancianos hospitalizados para adecuar junto al paciente y su familia, los objetivos y la intensidad de los cuidados, los estudios diagnósticos y los tratamientos.

Bibliografía

Vallejo I, Cubo P, Mafé MC, et al. Recomendaciones sobre la valoración integral y multidimensional del anciano hospitalizado. Posicionamiento de la SEMI. Rev Clin Esp. 2021;221(6):347-358.

CO-02

UN EQUILIBRIO DELICADO

Bolzoni, Martina; Domínguez Sepúlveda, María Alejandra; Arrondo Turrado, Marta; Rodríguez Sáenz De Urturi, Alejandro; Gimena Rodríguez, Francisco Javier; Gil Abizanda, Ana Cristina; Castañeda Pastor, Ana; De Peralta García, Paula.

Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Móstoles.

Se trata de un varón de 76 años, con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, fibrilación auricular paroxística (anticoagulada con Apixabán 5 mg cada 12 horas), angiodisplasias de intestino delgado en duodeno distal y yeyuno (descritas en cápsula endoscópica en 12/2019), anemia crónica multifactorial (ferropenia, déficit de vitamina B12 y trastorno crónico) con tres ingresos y hasta nueve visitas a Urgencias en un año por reagudización por sangrado digestivo secundarios a la anticoagulación con necesidad de transfusión, insuficiencia cardíaca con fracción de eyección preservada, ictus isquémico cardioembólico, gastritis crónica, adenocarcinoma de próstata estadio IV (enfermedad estable en noviembre 2018) y espondiloartropatía HLA-B27+.

Ingresa por objetivar en una analítica de control anemia con hemoglobina de 5.3 g/dL con perfil de ferropenia, sin referir datos de sangrado macroscópico. Únicamente comenta tener leves molestias en las piernas con los esfuerzos, sin otra sintomatología. Niega datos o clínica de insuficiencia cardíaca. Se procede a transfusión de 2 concentrados de hematíes y administración de hierro intravenoso, alcanzando cifras de hemoglobina de 8.7 g/dL e, inicialmente, se decide manejo conservador del sangrado digestivo con octreótido por dificultad de tratamiento endoscópico de las angiodisplasias y se modifica la anticoagulación a un anticoagulante de acción directa, Apixabán 2.5 mg cada 12 horas. Se trata de un paciente pluripatológico (cumple con las categorías A, E y G de la clasificación de Ollero) y con un índice PROFUND de 6 (riesgo bajo-intermedio, con mortalidad a 12 meses estimada entre 21.5% y 31.5%), con una buena situación basal: un índice de Barthel de 80/100, 2 fallos en el cuestionario de Pfeiffer y no frágil (según la escala FRAIL). Por este motivo y considerando el alto riesgo embolígeno (CHA_2DS_2-VASc:5), resulta importante mantener la anticoagulación. Ante el fracaso terapéutico del tratamiento con octreótido, se suspendió el mismo y se optó por iniciar la administración periódica de eritropoyetina y hierro intravenoso; sin embargo, a pesar de estas medidas, persistió anemización, por lo que finalmente se decidió realizar una enteroscopia, consiguiéndose la fulguración solamente de algunas de las lesiones. En un segundo plano, se comentó el caso con Cardiología para plantear un tratamiento más invasivo: el cierre de la orejuela izquierda. Las indicaciones de este procedimiento son la presencia de un elevado riesgo hemorrágico y la falta de adherencia o intolerancia al tratamiento anticoagulante. Hay que tener en cuenta los riesgos del mismo, entre los cuales se incluyen la trombosis relacionada con el dispositivo y todos los que derivan de la indicación de doble antiagregación/anticoagulación entre 1-6 meses posteriormente. Se realizó el procedimiento sin incidentes, pero presentó de nuevo anemización importante con dudosas melenas (no objetivadas en Urgencias, pero descritas en domicilio) que se atribuyeron a la doble antiagregación, por lo que se decidió la suspensión de AAS a las dos semanas del procedimiento. Se mantuvo exclusivamente Clopidogrel que también hubo que retirar al mes por presentar de nuevo hemoglobina de 6.7 g/dL. Posteriormente, las cifras de hemoglobina se mantuvieron estables con necesidad periódica de la administración de hierro intravenoso.

En conclusión, a la hora de decidir el manejo en un paciente con sangrado digestivo crónico sin posibilidad de tratamiento endoscópico óptimo, debemos tener en cuenta varios factores: en primer lugar, sin duda, los riesgos y beneficios de la anticoagulación oral, así como el fármaco más idóneo[(1)]. Por otro lado, resulta importante realizar una valoración integral y multidimensional para la elaboración de un plan de tratamiento y seguimiento individualizado, con el fin de garantizar un manejo óptimo de la enfermedad y adaptado a la situación del paciente[(2)]. Un índice PROFUND de 6 puntos junto a una buena situación funcional y cognitiva, nos apoyaron a la realización de un procedimiento invasivo, a pesar de la comorbilidad del paciente, tras el fracaso de otras opciones terapéuticas no invasivas.

El paciente se pudo mantener sin anticoagulación oral, sin volver a presentar sangrado y manteniendo buena calidad de vida sin presentar complicaciones hasta la fecha de hoy.

1. Hindricks G, Potpara T, Dagres N, Bax JJ, Boriani G, Dan GA, et al. 2020 ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). Eur Heart J. 2021;42(5):373–498.
2. De P, Espa S, Medicina D, Matesanz-fernández M, Pérez-belmonte LM, Criado IS, et al. Revista Clínica Española Recomendaciones sobre la valoración integral y multidimensional del anciano hospitalizado. 2020;(xx).

CO-03

IMPORTANCIA DEL ALTA PRECOZ Y LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS PARA EVITAR LA PÉRDIDA DE FUNCIONALIDAD, IDENTIFICAR NECESIDADES Y TOMAR DECISIONES EN EL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO

Fernández Gómez, Beatriz; Manzano Varela, Samuel; Estévez Alonso, Samuel; Brown Lavalle, David Esteban; Bellver Álvarez, Mayte; Franco Moreno, Anabel; Moya Mateo, Eva María; Bustamante Fermosel, Ana.

Hospital Infanta Leonor, Madrid.

Varón 99 años de edad, identificado en AP como NIA (Nivel de intervención alto), que ingresa por disnea.

Antecedentes personales: NAMC.FRV: HTA, no DM, no DL. FA paroxística. Portador de marcapasos desde 2019 por BAV completo. ETT realizado en 2019: EAo severa. HVI severa. FEVI ligeramente deprimida (FEVI 45%). Posibilidad de amiloidosis cardiaca senil con HVI severa y derrame pericárdico crónico. En la última revisión realizada por Cardiología se decide manejo conservador. ERC G3. Ansiedad crónica. Espondiloartrosis. Intervenciones quirúrgicas: neo recto-sigma 2000.

Tratamiento habitual: Alprazolam 0.5-0.5-1mg, Amlodipino 5mg/24h, Sintrom 4 MG (DTS: 16), Metamizol 575 s/p, Furosemida 40mg/24h, Paracetamol (1-0-0), Omeprazol 20mg/24h.

Situación basal: FSC. Vive en su domicilio, 2° piso sin ascensor, no sale a la calle desde hace 3 meses. Cuidadora 24 horas. Viudo. 3 hijos, una de ellos reside en Madrid y supervisa cuidados. Independiente para la comida. Ayuda parcial para el vestido. Dependiente para la ducha. Deambula por casa sin ayuda. Valoración antes del ingreso Barthel 85.

Enfermedad actual: Acude al servicio de urgencias remitido por MAP por presentar desde hace 4 semanas disnea progresiva y tos sin expectoración, así como aumento de edemas en MMII. En la última semana presenta DPN, ortopnea y oliguria. No transgresiones dietético-farmacológicas. No asocia otra sintomatología.

Exploración física: SatO2 basal a su llegada: 88%, SatO2 con GN a 3 lpm: 95%, TA 164/75 mmHg, FC: 90 lpm, T: 36.3°C. BEG, CyOx3. Eupneico en reposo. PVY normal AC: arrítmico, soplo sistólico panfocal. AP: hipofonesis en ambas bases. Abdomen: RHA+, no datos de irritación peritoneal, no visceromegalias. MMII: pulsos pedios presentes y simétricos, edemas bilaterales hasta rodillas. No signos de TVP.

Pruebas complementarias al ingreso: Hemograma Hb 10.7 g/dL Hcrito 34.7 %, V.C.M 86.7 fl, Coag: I.N.R. 2.50 Bioquímica: Glucosa 112 mg/dl, Urea 103 mg/dl, Creatinina 1.68 mg/dl, Filtrado Glomerular Estimado [CKD-EPI] 33.0 ml/min/1.73m2, proBNP 9066.0.

ECG: Ritmo de marcapasos a 60 lpm con morfología de HBAI.

Rx tórax; Derrame pleural bilateral con atelectasia compresiva subyacente de ambos lóbulos inferiores sin poder descartar sobreinfección u otras etiologías. Cardiomegalia global.

Evolución: El paciente ingresa en planta de MI por ICC descompensada, con derrame pleural bilateral, insuficiencia respiratoria secundaria, anemia normocítica con ferropenia e insuficiencia renal crónica reagudizada. Se inicia tratamiento con medidas de soporte, oxigenoterapia, y furosemida iv con mejoría clínica. Como complicación desarrolla un cuadro confusional que se controla con trazodona y haloperidol. Ingresa a cargo de Hospitalizacion a domicilio (HAD). Buena evolución clínica, permitiendo pasar diurético a vía oral y prescindir de la oxigenoterapia, si bien radiológicamente persiste derrame pleural importante. Dada su patología de base y edad, se decide, de acuerdo con la familia y el paciente, no realizar más pruebas diagnósticas, y se procede al alta hospitalaria con seguimiento estrecho en Hospital de Día de M.Interna (HDM).

En la primera visita de control, ante el aumento de los edemas en MMII y tendencia a cifras de TA justas en domicilio, se ajusta el tratamiento farmacológico y se administra ferroterapia iv. Se revisa a los 5 días, objetivando mejoría clínica, radiológica y estabilidad de la función renal que persiste 1 semana después. El paciente actualmente continua en seguimiento en HDM.

Nueva valoración integral tras el alta: Barthel 65, Pfeiffer 2, Charlson 5, Profund 11, Yesavage <10, MNA 5. NECPAL positivo: pregunta sorpresa respuesta positiva (no nos sorprendería el fallecimiento del paciente en los próximos 12 meses) + en este caso cumple varios de los items requeridos (pérdida funcional progresión Barthel de 85 a 65 + deterioro nutricional sostenido por MNA 5 + multimorbilidad + uso de recursos sanitarios + enfermedad crónica avanzada, representa estadio III con mediana de supervivencia de 3.6 meses)

Juicio clínico: Descompensación de IC en paciente anciano con estenosis aórtica severa con decisión de manejo conservador. Derrame pleural bilateral probablemente en el contexto de lo anterior. Insuficiencia respiratoria

hipoxémica secundaria resuelta al alta. Otros: Sd. confusional agudo en contexto de la hospitalización. Anemia ferropénica. Los Previos

Cuestiones claves

- Efectos de la hospitalización en la pérdida de funcionalidad del paciente anciano (pasando de un Barthel de 85 a uno de 65) asi como el desarrollo de delirium, destacando para su prevención la importancia del alta precoz y la continuación del ingreso en HAD y seguimiento ambulatorio (continuidad de cuidados) por unidades especializadas como HDM y/o ESAD en coordinación con AP.
- Relevancia en la toma de decisiones de unidades como HAD con el apoyo de HDM,ESAD Y AP para la sostenibilidad de la adecuación del esfuerzo y ajuste de la atención a las necesidades del paciente es preciso una red de atención estructurada como ocurrió en el presente caso.
- Importancia de la aplicación del instrumento NECPAL a paciente NIA (paciente crónico), con el fin de identificar necesidades paliativas de cualquier tipo, no contraindicado el tratamiento y seguimiento activo, pero sí condicionándolo.

Bibliografía

1. Vallejo Maroto, P. Cubo Romano,M.C. Mafé Nogueroles, M. Matesanz-Fernández, L.M. Pérez-Belmonte, I. Said Criado, R et al. Recomendaciones sobre la valoración integral y multidimensional del anciano hospitalizado. Posicionamiento de la Sociedad Española de Medicina Interna. Rev Clin Esp. 2021:221:347-58
2. Informe Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud 2019.
3. Xavier Gómez-Batiste, Jordi Amblàs, Pamela Turrillas, Cristian Tebé, Judit Peñafiel, Agnès Calsina et al. Recomendaciones prácticas para la identificación y la aproximación pronóstica de personas con enfermedades crónicas avanzadas y necesidades paliativas en servicios de salud y sociales NECPAL'4.0 pronóstico 2021.
4. Diez-Manglano J, del Corral Beamonte E, Ramos Ibáñez R, Lambán Aranda MP, Toyas Miazza C, Rodero Roldán MM, et al., en nombre de los investigadores del estudio PLUPAR Utilidad del índice PROFUND para predecir la mortalidad a los 4 años en pacientes pluripatológicos. Med Clin (Barc). 2016; 147(6): 238-244.

CO-04

HIPOGLUCEMIAS DE REPETICIÓN EN PACIENTE PLURIPATOLOGÍCO: UNA VALORACIÓN INTEGRAL

Peña Zalbidea, Rebecca Rowena; Cañabate Figuerola, Ana Isabel; Villalonga Comas, María.
Hospital Universitario Son Espases, Palma.

Varón de 78 años sin alergias medicamentosas conocidas, exfumador (DTA 30 paquetes/año), exenolismo moderado, con antecedentes médicos de hipertensión arterial, parkinsonismo atípico (posible parálisis supranuclear progresiva), y estenosis de canal L4-L5 con artrodesis vertebral. Se trata de un paciente parcialmente dependiente para las actividades básicas de la vida diaria, Barthel 55, con un posible deterioro cognitivo incipiente (Pfeiffer sin errores, Minimental de 26), con una desnutrición proteica severa por disfagia secundaria a la progresión natural de su enfermedad neurodegenerativa, que vive con un cuidador, sin soporte familiar. Su tratamiento habitual incluye bisoprolol 1,25mg, clorazepato dipotásico 5mg, levodopa/carbidopa 250/25mg, fluticasona furoato 55mcg y colecalciferol.

Se trata de un paciente con múltiples patologías, dependiente y con un deterioro marcado de su situación funcional debido a su enfermedad neurodegenerativa de base. En un periodo de tres meses requiere tres hospitalizaciones por episodios de hipoglucemia sintomática, ingresando finalmente en la Unidad de Pacientes Pluripatológicos de nuestro hospital para un manejo integral y un estudio diagnóstico definitivo. El paciente refiere clínica de sudoración fría y escalofríos, la cual mejora con la toma de zumos azucarados; anorexia y pérdida de peso no cuantificada de meses de evolución. El cuidador organiza la toma de su medicación asegurando una correcta adherencia al tratamiento pautado, y el paciente niega consumo de tóxicos, otros fármacos, insulina ni antidiabéticos orales.

Durante el ingreso se realizan las siguientes pruebas complementarias:

- Analítica sanguínea: Leucocitos 4005/uL, neutrófilos 2980/uL, linfocitos 620/uL, hemoglobina 12,6g/dL, hematocrito 40,9%, plaquetas 170.000/ul, glucosa 39mg/dL, creatinina 0,67mg/dL, urea 4,7mg/dL, bilirrubina total 1,2mg/dL, AST 19U/L, ALT 7U/L, GGT 26U/L, fosfatasa alcalina 61U/L, proteínas totales 53,8g/L, albúmina 33,7g/L, sodio 142mEq/L, potasio 4mEq/L, PCR 0,14mg/dL, hormonas tiroideas, cortisol, hormona del crecimiento, ACTH dentro de los rangos de referencia.
- Estudio dirigido episodio de hipoglucemia: Glucosa 39mg/dL, insulina 4,8UI/ml, péptido C 2,26ng/ml, proinsulina 1,6, hidroxibutirato <0,01mmol/L, anticuerpos anti-insulina y su receptor negativos, test de ayuno de 48 horas negativo, detección de glimepirida en muestras remitidas a laboratorio externo de referencia.
- Estudio de disfagia por videoendoscopia en la que se objetiva retención en seno piriforme derecho sin signos de aspiración a distintas consistencias.
- En consultas externas de Medicina Interna había estado recientemente bajo estudio por síndrome constitucional, realizándose TC de cuello y toracoabdominal sin hallazgos significativos, dándose de alta de estas consultas.

Tras haber completado el estudio diagnóstico de episodios de hipoglucemia sintomática en un paciente no diabético, las pruebas complementarias y la clínica presentada orientan hacia un diagnóstico de hipoglucemia facticia por sulfonilureas. Ante estos hallazgos se revisan registros medicación antigua del paciente, el cual había recibido en el 2016 durante un mes tratamiento con glimepirida y retirándose finalmente por no precisarlo, debido a pérdida peso secundaria a la progresión de su patología neurodegenerativa. Se solicita una valoración por parte de Psiquiatría para evaluar el estado afectivo del paciente y filiar posible depresión reactiva a su enfermedad de Parkinson, descartándose ideación autolítica. Se abordó el caso de forma conjunta con la enfermera gestora de casos, y la trabajadora social, y se contacta con Atención Primaria, coordinando un plan de acción de cara al alta, incluyendo al paciente en el programa de Pacientes Crónicos Complejos. Se revisa con el cuidador toda la medicación hallada en domicilio, retirándose ésta. Adicionalmente, se organiza recogida supervisada de medicación de farmacia, con plan de observación directa de su toma por parte del cuidador principal del paciente y seguimiento estrecho en el centro de salud. Finalmente, se consensúa alta a domicilio, sin presentar hasta la fecha nuevos ingresos por este motivo.

Conclusiones

- La importancia de una valoración integral del paciente, conociendo la situación funcional, la situación cognitiva, el estado nutricional y el apoyo social del paciente previo al ingreso.

- Trabajar con un equipo multidisciplinar que incluya enfermera gestora de casos, trabajadora social, nutricionista, rehabilitador, otros especialistas, etc. abordando de forma conjunta cada paciente con su contexto.
- Coordinar el cuidado hospitalario y al alta con Atención Primaria para asegurar la continuidad asistencial, optimización de tratamientos y situación funcional para prevenir, en la medida de lo posible, reingresos.
- La relación médico-paciente y su correlación con una correcta adherencia terapéutica.
- Los pacientes de edad avanzada son vulnerables a la polifarmacia. A lo largo de su vida reciben múltiples tratamientos, que en ocasiones pueden quedar almacenados en sus domicilios. Esto puede derivar a errores de medicación con el riesgo que eso conlleva.

Bibliografía

1. Ortiz J. Valoración y atención del paciente pluripatológico y de edad avanzada. Valoración Geriátrica Integral. Grupo Menarini. Sociedad Española de Medicina Interna.
2. Crum R. Population-Based Norms for the Mini-Mental State Examination by Age and Educational Level. JAMA: The Journal of the American Medical Association. 1993;269(18):2386.
3. De PE Cryer et al. J Clin Endocrinol Metab 94: 709, 2009. The Endocrine Society, 2009.
4. PE Cryer. Hypoglycemia in Diabetes, 3rd ed. Alexandria, VA, American Diabetes Association, 2016.
5. Murad MH, Coto-Yglesias F, Wang AT, Sheidaee N, Mullan RJ, Elamin MB, et al.. Drug-Induced Hypoglycemia: A Systematic Review. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism [Internet]. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism; 2009;94(3):741.
6. Vallejo Maroto I, Cubo Romano P, Mafé Nogueroles M, Matesanz-Fernández M, Pérez-Belmonte L, Said Criado I et al. Recomendaciones sobre la valoración integral y multidimensional del anciano hospitalizado. Posicionamiento de la Sociedad Española de Medicina Interna. Revista Clínica Española. 2021;221(6):347-358.

CO-05

CASO CLÍNICO "PACIENTE PLURIPATOLÓGICO"

Martín Ramos, Beatriz; Ruiz Lucena, Carlos; Ruz Zafra, Aurora; Veredas Galdeano, Carla; González Benítez, Maria De Los Ángeles.

Hospital Serranía de Ronda, Málaga.

Objetivos

- Dimensionar el problema de las caídas en el paciente anciano.
- Valorar los riesgos y beneficios de la anticoagulación en el paciente mayor
- Intervenciones: desprescripción, conciliación terapéutica, prevención y actuación sobre problemas clínicos (anemia, hiponatremia, fibrilación auricular, insuficiencia respiratoria crónica, herpes oftálmico…).

Caso clínico

Antecedentes personales

Mujer de 85 años, natural de Algatocín. Trabajó en el campo y posteriormente ama de casa. Niega consumo de tóxicos.

- HTA de larga data.
- Enfermedad renal crónica estadío III y déficit de vitamina D.
- Hiperreactividad bronquial y asma bronquial leve.
- Insuficiencia cardiaca congestiva en 2018 con una clase funcional II-III de la NYHA. FEVI en 2017 del 65% con disfunción diastólica y dilatación aurícula izquierda.
- Diverticulosis colónica.
- Intervenciones quirúrgicas: prótesis total de cadera derecha, septoplastia por desviación del tabique nasal, laminectomía descompresiva a nivel de espacios L3-L4-L5-S1 y hernioplastia abdominal.
- Barthel 40 puntos. Fallos de memoria ocasionales. Vive con su esposo de 90 años. Tiene la ayuda de sus hijos y una cuidadora.
- 2 caídas en el último mes.
- ¿Cumple criterios de paciente pluripatológico?
- Tratamiento domiciliario: ácido acetilsalicílico 100 mg, enalapril 20 mg cada 24h, furosemida 20 mg al día, rifaximina 200 mg diario, omeprazol 20 mg cada 24h, sertralina 50 mg cada 24 horas, betahistina 16 mg día, vitamina D mensual, calcio oral 1 comprimido día, sulpiride 50 mg y metacarbamol a demanda.

Enfermedad actual

Traída a urgencias por varios episodios de caídas en el último mes con sensación de inestabilidad, dudoso giro de objetos y sin cortejo vegetativo asociado. Ha consultado varias veces por este motivo en urgencias de centro de salud prescribiéndose sulpiride y relajante muscular y ante la ausencia de mejoría vuelve a consultar.

Además la paciente refiere ortopnea de 2 almohadas desde hace meses.

Está pendiente de valoración en consulta de digestivo por anemia microcítica e hipocroma. A su ingreso presenta ojo rojo izquierdo con aparición a las pocas horas del ingreso de lesiones eritematosas en zona supraocular con extensión al cuero cabelludo y ante la sospecha de herpes zóster oftálmico se pauta aciclovir intravenoso.

Pruebas complementarias

- Analítica: en la que destaca Hb 12.1, neutrófilos 82%, Cr 1.2 y GFR 43, sodio 129, PCR en 19.9 .Vitamina B12 177 y fólico en 8 y e IST 10.7%.

- ECG: ritmo sinusal a 72 lpm. BIRDHH. Sin alteraciones de la repolarización.
- Radiografía de tórax: Cardiomegalia. Patrón de redistribución vascular.
- AngioTC de tórax: sin datos de tromboembolismo pulmonar.
- TC sin contraste de cráneo y RMN de cráneo: lesiones hipodensas corticosubcorticales compatibles con microangiopatía isquémico/degenerativa.
- Ecocardiograma: hipertrofia ventricular izquierda. FEVI conservada. Patrón de alteración en la relajación.
- HolterECG: ritmo sinusal a 74 lpm. Extrasistolia supraventricular frecuente y trazado con fibrilación auricular paroxística.

Evolución

Hemodinámicamente estable con tratamiento antihipertensivo y diuresis conservada sin tratamiento diurético. Durante el ingreso alterna ritmo sinusal con FA paroxística con respuesta ventricular controlada sin tratamiento betabloqueante. Desde el punto de vista respiratorio, persiste insuficiencia respiratoria hipoxémica a pesar de tratamiento pautado por lo que se cursa oxigenoterapia domiciliaria. A nivel infeccioso permanece afebril y ha completado ciclo de aciclovir i.v con descenso progresivo de reactantes de fase aguda. Ha sido valorada por oftalmología quien además prescribe ciclopléjico y corticoide tópico. En cuanto a medio interno correción de natremia tras retirada de sertralina y furosemida. Ha recibido tratamiento con hierro sulfato oral y se ha pautado vitamina B12.

Cuestiones a discutir

1) Valoración de caídas.
2) Desprescripción y conciliación terapéutica.
3) Evaluación de la anticoagulación en el paciente anciano.
4) Tratamiento al alta:
    - Medidas higiénico dietéticas.
    - Oxígeno domiciliario y tratamiento médico.

Bibliografía

Ollero Baturone M, (coord). Atención al paciente pluripatológico: proceso asistencial integrado [Internet].3ª ed. Sevilla: Consejería de Salud; 2018 [consultado 15 de abril de 2022]. Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/organismos/saludyfamilias/areas/calidad-investigacion-conocimiento/gestion-conocimiento/paginas/pai-pluripatologicos.html

O'Mahony D. STOPP/START criteria for potentially inappropriate medications/potential prescribing omissions in older people: origin and progress. Expert Rev Clin Pharmacol. 2020[Internet];13(1):15-22.Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31790317/

Santos Volgman A, Nair G, Lyubarova R, Merchant FM, Mason P, Curtis AB et al. Management of Atrial Fibrillation in patients 75 years and Older. J Am Coll Cardiol.2022[Internet].2022;79(2):166-179. Disponible en: https://www.jacc.org/doi/10.1016/j.jacc.2021.10.037

CO-06

MANEJO MÉDICO ORIENTADO AL PACIENTE, NO A LA ENFERMEDAD

Sevo Spahiu, Sara; Roteta García, Lorea; Beamonte Vela, Blanca; Sobrino Alonso, Maitane; Casado Lopez, Irene; Cortés Troncoso, Andres; Cubo Romano, Pilar.

Hospital Infanta Cristina, Parla.

Manejo médico orientado al paciente, no a la enfermedad

Presentamos el caso de un varón de 75 años, como antecedentes personales a destacar, era alérgico a contrastes yodados, ex-fumador, hipertenso, diabético tipo dos, cardiopatía isquémica revascularizada e insuficiencia cardíaca crónica. En mayo 2020 precisa de ingreso hospitalario por parada cardiorrespiratoria recuperada secundaria a progresión de estenosis valvular aórtica severa, con implante de prótesis aórtica biológica. Como complicación, presentó ictus con transformación hemorrágica en territorio ACP izquierda cursando con hemiplejia derecha, afasia sensitiva y hemianopsia. Se trata de un paciente institucionalizado en residencia desde julio de 2020. Al ingreso actual el paciente, en su situación basal, deambula de forma autónoma, precisa ayuda para la ducha, vestido y aseo personal, así como supervisión para las actividades instrumentales como la toma de medicación (Barthel 60) . Es continente fecal e incontinente urinario. Deterioro cognitivo moderado-severo de inicio posterior a ACV con lenguaje reiterativo (MEC:11. GDS 5-6) Como único apoyo social cuenta con una sobrina.

Nuestro paciente es derivado al servicio de Urgencias por traumatismo craneoencefálico tras agresión por parte de otro residente. A la valoración inicial presenta buen estado general, desorientado, pero con nivel de consciencia mantenido. Se realiza TC craneal y ante dudas sobre higroma agudo/crónico se mantiene en observación durante 24 h, repitiendo TC al día siguiente que confirma estabilidad del hallazgo. De forma intercurrente, el paciente presenta episodio de desaturación, por lo que se realiza radiografía de tórax apreciándose datos de congestión vascular, derrame pleural derecho y proBNP elevado.Con diagnóstico de descompensación aguda de insuficiencia cardiaca se procede a sondaje vesical, inicio de tratamiento diurético, y se cursa ingreso en medicina interna. Durante su estancia en urgencias comienza con síntomas de agitación psicomotriz, precisando medicación antipsicótica y contenciones. A la valoración en planta el paciente presenta episodio de disminución del nivel de conciencia, taquipnea, hipotensión y fiebre. Se realiza un TC craneal urgente sin hallazgos agudos. Ante la sospecha de cuadro de broncoaspiración, se inicia antibioterapia. A pesar de mejoría progresiva del nivel de consciencia persiste empeoramiento respiratorio con aumento de los requerimientos de oxígeno, aumento de los reactantes de fase aguda en los controles analíticos y fiebre por lo que se amplía espectro antibiótico, con lo que se consigue estabilización del proceso infeccioso y resolución de la clínica respiratoria, manteniéndose varios días estable y sin nuevas complicaciones. Al onceavo día de ingreso el paciente presenta nuevamente episodio de bajo nivel de conciencia y empeoramiento respiratorio, por lo que ante sospecha de nueva broncoaspiración se inicia nuevo ciclo antibiótico pero el paciente fallece en las siguientes 24 horas.

Discusión

La hospitalización, en múltiples ocasiones, supone un deterioro de la situación funcional en pacientes ancianos, frágiles o dependientes. En estos pacientes debemos plantearnos si el proceso agudo requiere realmente de hospitalización o no, valorando el riesgo/beneficio de la misma, así como la posibilidad de manejo ambulatorio con seguimiento estrecho (1). En los pacientes que precisen ingreso hospitalario, es imprescindible realizar una valoración integral de su situación basal para realizar un tratamiento dirigido y una planificación de cuidados para evitar dicha pérdida funcional durante su estancia hospitalaria (2). En nuestro caso, se trata de un paciente con una situación de dependencia moderada, institucionalizado y con deterioro cognitivo severo, por lo que nuestro plan de cuidados debe ir dirigido a que mantenga la máxima funcionalidad posible.

Además, ante un paciente con diagnóstico de deterioro cognitivo es fundamental establecer el riesgo de delirium y aplicar medidas preventivas. El diagnóstico del síndrome confusional o delirium se establece con los datos de la historia clínica, que puede complementarse con algunas herramientas específicas como el Confusion Assessment Method (CAM) o el Delirium Rating Scale (DRS). El CAM, publicado en el año 1990, probablemente continúa siendo la escala más empleada, y es considerada en algunos estudios como la mejor herramienta de evaluación «a pie de cama» (3). El delirium durante la hospitalización supone un mayor riesgo de caídas, broncoaspiración, alteración del nivel de conciencia y aumento de la mortalidad durante la hospitalización (4).

En el caso de nuestro paciente, se describen síntomas de agitación psicomotriz, pero en ningún momento se aplica una escala para establecer diagnóstico de delirium. Además, describen mal control a pesar de medicación antipsicótica, sin embargo, las medidas más importantes para evitar o tratar el síndrome confusional son las

no farmacológicas. Estas medidas están encaminadas a facilitar que el paciente esté orientado, entre ellas estarían por ejemplo: la corrección de limitaciones sensoriales, rodearlo de objetos y personas conocidas, recibir explicaciones claras y sencillas sobre su estado, poder acercarse a una ventana para saber si es de día o de noche, mantener una iluminación tenue de noche, poder realizar alguna pequeña actividad, asegurar la hidratación y nutrición, etc. Las restricciones físicas deben ser utilizadas lo mínimo posible, limitándose a momentos en los que el paciente no se encuentre acompañado, de cara a evitar riesgos como caídas o auto-retirada de vías o sondas. Estas medidas, por su carácter agresivo, deben emplearse con el máximo respeto hacia el paciente, el menor tiempo necesario, siguiendo protocolos de seguridad y con el consentimiento informado (a menudo se tendrá que solicitar a posteriori al familiar responsable, hasta que el paciente recupere sus capacidades cognitivas) (5).

Por todo lo anterior, concluimos que ante nuestro paciente, con una dependencia física moderada, deterioro cognitivo y alto riesgo de síndrome confusional, era imprescindible haber realizado una valoración multidimensional al ingreso, así como haber priorizado una actitud conservadora en el manejo hospitalario, minimizando las medidas intervencionistas y la posibilidad temprana de un manejo extrahospitalario.

Bibliografía

1. Covinsky KE, Pierluissi E, Johnston CB. Hospitalization-Associated Disability. JAMA. 2011 Oct 26;306(16).
2. Formiga F, Chivite D. Es básico realizar una valoración e intervención geriátricas en el paciente anciano hospitalizado. Revista Clínica Española. 2018 May;218(4):187–9.
3. Wei LA, Fearing MA, Sternberg EJ, Inouye SK. The Confusion Assessment Method: A Systematic Review of Current Usage. Journal of the American Geriatrics Society. 2008 May;56(5):823–30.
4. Sillner AY, Holle CL, Rudolph JL. The Overlap Between Falls and Delirium in Hospitalized Older Adults. Clinics in Geriatric Medicine. 2019 May;35(2):221–36.
5. Hshieh TT, Yue J, Oh E, Puelle M, Dowal S, Travison T, et al. Effectiveness of Multicomponent Nonpharmacological Delirium Interventions. JAMA Internal Medicine. 2015 Apr 1;175(4):512.

CC-01

CUANDO EL DOLOR NO ES LO QUE PARECE.

Herrero Lafuente, Ismael; Martín Rodriguez, Sonia; Monge Monge, Daniel; Iglesias Gómez, Lydia; Alonso De Los Santos, José María; Martínez Pardo, Rodrigo; Goicoechea Núñez, Paula; González Tena, Cristina.

Hospital General, Segovia.

Caso clínico

paciente mujer de 87 años con hipertensión arterial e hipercolesterolemia como factores de riesgo cardiovascular. Entre los antecedentes médicos destacan EPOC por bronquiectasias y oxigenoterapia domiciliaria con múltiples ingresos por sobreinfección de las mismas; fibromialgia de difícil control; hipoacusia.

En su situación basal la paciente vive en domicilio con buen apoyo familiar. Dependencia parcial para alguna de las actividades básicas de la vida diaria. No deterioro cognitivo. Actualmente estado anímico depresivo en relación con su empeoramiento clínico.

La paciente ha acudido a urgencias en cuatro ocasiones en el contexto de aumento de su disnea habitual hasta hacerse de pequeños esfuerzos y molestias precordiales tipo presión irradiadas a epigastrio. Todo ello mejora con el reposo. Sin datos congestivos ni de bajo gasto. En todas las ocasiones se ha asumido el empeoramiento en el contexto de su pluripatología respiratoria y se ha ajustado el tratamiento corticoideo, así como antibioterapia por vía oral. Ante la persistencia del cuadro clínico se decide ingreso hospitalario en planta de Medicina Interna para estudio de disnea incluyendo varias posibilidades diagnósticas dentro del diagnóstico diferencial. En ese sentido se decide, ante la presencia durante el ingreso de dolor torácico atípico sin alteraciones significativas en los electrocardiogramas, la realización de ecocardiograma y programación de cateterismo cardiaco. El ecocardiograma informa de hipertrofia concéntrica moderada con fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) preservada y sin anomalías de la contractilidad segmentaria, con respecto al cateterismo presenta enfermedad de tres vasos con revascularización percutánea parcial de la coronaria derecha sin posibilidad de tratamiento y optando por manejo médico de la circunfleja y de la descendente anterior, ésta última por oclusión crónica calcificada. Al alta mejoría clínica con tratamiento vasodilatador, aunque persisten episodios autolimitados de dolor torácico por lo que se decide seguimiento clínico en la Unidad de Continuidad Asistencial (UCA). Estamos ante una paciente con múltiples patologías de difícil manejo con la necesidad de abordaje conjunto de la afectación cardiaca y pulmonar. En este contexto ha presentado episodios reiterados de angina y disnea que han precipitado asistencia sanitaria semanal en la UCA consiguiendo mejoría clínica tras la optimización del tratamiento médico, consistiendo este en triple terapia broncodilatadora inhalada, antianginosos y analgesia del tercer escalón con necesidad de titulación de dosis hasta la mejoría clínica manifiesta.

Cuestiones claves/conclusiones

(1) El progresivo envejecimiento de la población provoca una elevada prevalencia de personas, algunas de ellas frágiles, con dos o más enfermedades crónicas. Estos pacientes demandan una elevada utilización de recursos sanitarios que obliga a realizar una asistencia metódica e integral. Nuestro caso clínico está basado en una paciente con múltiples enfermedades crónicas de difícil manejo. En este tipo de perfil de paciente es fundamental realizar (2) una valoración integral que incluya las áreas clínicas, funcional, psicoafectiva y social. En este sentido, el médico internista juega un papel relevante por su perfil de médico generalista que debe llevar a cabo la prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades que implican todos los sistemas y órganos, y especialmente la atención a pacientes con necesidades médicas complejas. Identificar a los pacientes con enfermedades crónicas complejas es fundamental para una adecuada asistencia sanitaria evitando, como hemos visto en el caso clínico presentado, asistencias repetidas a los servicios a urgencias sin haber resuelto de forma efectiva las necesidades del paciente.

Sin duda, con el envejecimiento progresivo de población, las necesidades asistenciales han cambiado y con ellos la reorganización de los recursos. Por ello, es necesario (2) potenciar la coordinación entre niveles y la integralidad para generar un marco de atención compartida en entre distintos ámbitos asistenciales. A su vez, sería conveniente que los pacientes con enfermedad crónica avanzada o pacientes pluripatológicos, cuenten en sus informes de alta con sus correspondientes índices pronósticos: PALIAR y PROFUND, respectivamente.

Nuestro caso clínico pone de relieve la necesidad de unos cuidados paliativos de calidad. En una paciente con cardiopatía isquémica con imposibilidad de tratamiento revascularizador y persistencia de clínica anginosa se hace fundamental un adecuado control de los síntomas que requiere, en muchas ocasiones, de una continuidad asistencial más estrecha hasta conseguir un adecuado control de los síntomas.

(3) El abordaje de la cronicidad implica adecuar los planes de cuidados a cada caso individual garantizando una continuidad asistencial.En este sentido, los cuidados y el enfoque paliativo se deben de integrar desde el principio del diagnóstico de una enfermedad incurable y progresiva.

Bibliografía

(1) Unidad de Pacientes Pluripatológicos. Estándares y Recomendaciones. Informes, estudios e investigación. Ministerio de Sanidad y política social; 2009.

(2) Documento de trabajo presentado por las sociedades científicas Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI), Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFYC) y Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria (FAECAP); Proceso asistencial de pacientes con enfermedades crónicas complejas y pluripatológicos; 2013.

(3) Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre atención paliativa al adulto en situación de últimos días. Guía de Práctica Clínica sobre atención paliativa al adulto en situación de últimos días. Madrid: Ministerio de Sanidad; Santiago de Compostela: Agencia de Conocimiento en Salud (ACIS). Unidad de Asesoramiento Científico-técnico, Avalia-t; 2021. Guías de Práctica Clínica en el SNS.

CC-02

INTERVENCIÓN EN EL PACIENTE PLURIPATOLÓGICO COMPLEJO. BENEFICIO DE LOS REGÍMENES ALTERNATIVOS DE HOSPITALIZACIÓN

Ruiz Cabrera, Diana; De Pablo Esteban, Antonio; Villanueva Martínez, Javier; González Anglada, María Isabel.
Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Alarcón.

Presentación del caso

Varón de 85 años, sin alergias conocidas. Hipertensión arterial de larga evolución con miocardiopatía dilatada secundaria a cardiopatía hipertensiva e insuficiencia aórtica moderada, FEVI conservada. Hipertensión pulmonar severa 01/2021. Clase funcional NYHA II-III. Dislipemia. Fibrilación auricular permanente anticoagulada con sintrom, con dilatación biauricular. Diabetes mellitus tipo I LADA (Ac antiGAD positivos) diagnosticada a los 49 años con inicio de insulinización a los 62 años con buen control metabólico (HbA1c 6.5-7%) sin complicaciones macrovasculares. Complicaciones microvasculares en forma de retinopatía diabética no proliferativa leve-moderada, polineuropatía diabética y enfermedad renal crónica estadio 3bA3 por nefropatía diabética + riñón izquierdo atrófico con cicatrices. Creatininas basales en torno a 3 mg/dl, urea 180 mg/dl. Intervenido en Enero 2015 de carcinoma urotelial de bajo grado pTaG1 con RTU vesical. Recidiva en Diciembre 2018, nuevamente TaG1. Varios episodios de hematuria macroscópica con coágulos que han precisado sondaje vesical. Gastritis atrófica activa por *H. pylori* con anemia perniciosa. Psoriasis vulgar. Penfigoide tóxico por tiazidas y linagliptina.

En seguimiento habitual en consultas por Nefrología, Endocrinología, Urología y Hematología-Anticoagulación. Primer ingreso por descompensación de insuficiencia cardiaca con FEVI conservada en Febrero 2018. Seguimiento por Cardiología hasta Noviembre 2020, cuando se decide control ambulatorio.

El paciente ingresa en Diciembre 2020 y Octubre 2021 en Medicina Interna- Geriatría por nuevos episodios de descompensación de ICC.

Al alta del último ingreso en tratamiento con: Suplementos nutricionales Nepro LP; Hibor 3500 UI al día; Insulina tresiba 22 UI; Insulina FIASP 6-8-8; Valsartan 160 mg 1-0-1; Doxazosina 8 mg 1-0-2; Carvedilol 25 mg 1-0-1; Lercanidipino 10 mg 1-0-1; Furosemida 40 mg 1-1-0; Simvastatina 20 mg 0-0-1; Optovite B12 1 ampolla/mes; Ferogradumet 0-1-0; Rocaltrol 0.25 mcg lunes-miercoles y viernes; Tamsulosina 0.4 mg 0-0-1; EPO 10000 UI sc/semana. Adventan, clobisdin y ebastina 20 mg/día si precisa por lesiones psoriásicas/penfigoide.

El paciente reingresa en Noviembre 2021 a nuestro cargo por un nuevo episodio de descompensación de ICC sin claro desencadenante, no se evidencia durante el ingreso anemización, no transgresión dietética, buena adherencia terapéutica, se descarta proceso infeccioso intercurrente. Fibrilación auricular con respuesta ventricular controlada. Se actualiza ecocardiografía transtorácica sin cambios respecto a previa 01/2021 (VI ligeramente dilatado con HVI moderada y FEVI conservada sin alteraciones segmentarias, IM ligera, IAo ligera, presiones izquierdas elevadas E/E'16, VD ligeramente dilatado, función conservada, HTP severa pSAP estimada 45+15 60 mmHg).

Cuestiones clave: Problemas detectados → Intervención

- Multimorbilidad y pluripatología (5 categorías). Paciente crónico complejo → Actualización de diagnósticos y pronóstico (**Índice de Charlson** modificado 12 puntos, supervivencia 10 años 0%; **Índice de Barthel** dependencia leve 95 puntos; **Índice Profund** riesgo alto 11 puntos, mortalidad a los 4 años 92%). Adecuación del esfuerzo terapéutico.
- Polifarmacia → Desprescripción. **Criterios STOPP-Frail**. Suspensión de alfa-bloqueante por control extremo de HTA y caídas. Disminución de dosis de beta-bloqueante, no respondedor. Ajuste diurético.
- Paciente cuidador principal de su esposa con demencia tipo alzheimer → Detección de situación de fragilidad social. Valoración de preferencias y valores.
- Seguimiento por múltiples especialistas → Simplificación y reunión de citas. Integración de tratamientos de diferentes especialidades.
- Reingresos y percepción por parte del paciente de hospitalización excesiva de sus procesos →
  - Inclusión en la unidad de Insuficiencia Cardiaca Crónica (seguimiento telefónico semanal, educación sanitaria por Enfermería especializada en medidas higiénico-dietéticas, detección de síntomas de descompensación y manejo de la medicación).
  - Regímenes alternativos de hospitalización, con seguimiento mensual en Hospital de día Médico y ambulatorización de los ingresos con hospitalización domiciliaria.

Conclusiones

- Resultado de las intervenciones: ahorro de ingresos, mejora de la percepción de salud y calidad de vida, mejoría adherencia.
- La valoración integral de nuestros pacientes de acuerdo a su comorbilidad y complejidad, la integración de sus tratamientos y la estructuración de un plan terapéutico y de seguimiento de acuerdo a su pronóstico vital, que facilite la adherencia y evite la hospitalización excesiva de sus procesos, aporta beneficios clínicos y mejora la satisfacción del paciente.

Bibliografía

- Ollero M, Barón B, Bernaneu-Wittel M, Mendoza D, Nieto MD, Fernández A et al. Abordaje clínico del paciente pluripatológico. Área de formación SEMI [Internet].
- Ollero Baturone M, coord. Atención a pacientes pluripatológicos. Proceso asistencial in-tegrado. 3.ª ed.Sevilla: Consejeríade Salud;2018.
- Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. J Chronic Dis.1987;40:373-83.
- Bernabeu-Wittel M, Ollero-Baturone M, Moreno-Gaviño L, Barón-Franco B, Fuertes A, Murcia-Zaragoza J, Ramos-Cantos C, Alemán A, Fernández-Moyano A. Development of a new predictive model for polypathological patients. The PROFUND index. Eur J Intern Med.2011;22:311-317.
- Lavan AH, Gallagher P, Parsons C, O'Mahony D. STOPPFrail (Screening Tool of Older Persons Prescriptions in Frail adults with limited life expectancy): consensus validation. Age Ageing. 2017;46:600-7.

CC-03

EL PUNTO CLAVE: LA COORDINACIÓN

Liebana Gomez, Monica; Hergueta Gonzalez, Javier; Machín Lázaro, Jose Manuel; Salillas Hernandez, Juan; Gilaberte Reyzabal, Sergio; Lobato González, Miriam; Fernández Rodriguez, Sara; Varela Plaza, Alvaro.

Hospital Universitario, Guadalajara.

Presentación del caso

Mujer de 79 años de edad. Como antecedentes de interés, fue diagnosticada en el año 2005 de un carcinoma de endometrio G1 estadío IC intervenido mediante histerectomía radical en el mismo año y tratada posteriormente con QT-RT adyuvante. Como consecuencia del tratamiento radioterápico desarrolló una fibrosis peritoneal postradioterapica, con suboclusión intestinal crónica secundaria, realizándose resección del ileon terminal en un primer tiempo y posteriormente debido a la estenosis de la anastomosis, se realizó resección de la misma y anastomosis enterocólica en el año 2013. Desde entonces presenta síndrome de intestino corto en seguimiento por Endocrinología.

Por otro lado, presentó uropatía obstructiva bilateral por litiasis renal y ureteral bilateral, tratada mediante catéter J-J en un inicio y posteriormente realizada nefrostomía bilateral ante estenosis recurrente de ambos catéteres, con deterioro de función renal en Febrero del año 2015. Así mismo, presentaba anemia de trastorno crónico en el contexto de lo anterior y estaba en seguimiento por Neurología con diagnóstico de neuropatía axonal de fibra fina.

En cuanto a la situación basal de la paciente, es independiente para las actividades de la vida diaria, mantiene una vida activa y convive en domicilio con su marido. Tiene tres hijos que le aportan buen apoyo familiar. No tiene deterioro cognitivo.

La paciente ingresa por primera vez a cargo de Medicina Interna en Noviembre de 2015 por cuadro de astenia y debilidad de miembros inferiores. Al ingreso presentaba agudización de anemia crónica de origen multifactorial para la que estaba en tratamiento con EPO, se realiza estudio de anemia sin hallazgos relevantes, se trasfunden dos concentrados de hematíes y se aumenta la dosis de EPO.

La paciente tenía programado de forma ambulatoria el recambio de las nefrostomías. Dado que la paciente estaba estable se realiza durante el ingreso hospitalario, sin que durante el procedimiento se objetivasen complicaciones. A las 24 horas del recambio de las nefrostomías la paciente presenta una disminución brusca del nivel de consciencia, sin claro origen, con TC craneal normal y llamando únicamente la atención una acidosis metabólica hiperclorémica severa, no presente en control previo.

El cuadro impresiona de una encefalopatía metabólica por acidosis metabólica en relación con pérdidas de bicarbonato tanto renales por diuresis masiva tras desobstrucción de vía urinaria y digestivas debido al síndrome de intestino corto. Se inicia reposición de bicarbonato con mejoría clínica y analítica y se decide alta hospitalaria.

Dos meses más tarde, la paciente ingresa a cargo de Urología por mal funcionamiento de nefrostomías, procediéndose a su recambio de forma urgente. A las 48 horas, la paciente comienza de nuevo con clínica neurológica consistente en debilidad y mareo, objetivándose de nuevo acidosis metabólica como único hallazgo en el estudio realizado. Pasa a cargo de Medicina Interna, se pauta bicarbonato con evolución favorable y la paciente es dada de alta con seguimiento en Unidad de Continuidad Asistencial Primaria-Interna (UCAPI) de nuestro centro.

Desde consultas, se coordina con Urología la administración de bicarbonato endovenoso previo a recambio de catéteres de nefrostomía. También se instruye al paciente y familiares en la necesidad de aumento de dosis de bicarbonato oral tanto antes como después del procedimiento. Durante el seguimiento a lo largo de los años en la UCAPI, se realizan ajustes de medicación en función de las necesidades de la paciente, reevaluando periódicamente la situación clínica y realizando controles analíticos, en coordinación con otros especialistas y con su médico de atención primaria, minimizando los ingresos hospitalarios y el número de consultas programadas, así como los inconvenientes derivados del traslado de la paciente al hospital.

Cuestiones clave

¿Mejoran el proceso asistencial las unidades de coordinación con Atención Primaria? ¿Disminuyen la necesidad de ingreso y las complicaciones derivadas del mismo?

Conclusiones

El crecimiento de las especialidades médicas y la tendencia a mayor subespecialización de las mismas conlleva una tendencia a la despersonalización del paciente, que no se contempla como un todo, sino como patologías aisladas sin correlación entre sí. Esto conlleva a duplicación de pruebas complementarias, en ocasiones contradicciones en el tratamiento y la ausencia de un médico de referencia, lo que genera mayor sobrecarga del sistema, peor adherencia y ausencia de confianza de los pacientes en el sistema sanitario.

El concepto de pluripatológicos ha nacido ante la necesidad de un abordaje integral de pacientes que presentan dos o más enfermedades crónicas que por lo general son equivalentemente complejas. Estos pacientes habitualmente están en seguimiento por varios especialistas sin que exista un médico coordinador.

En la unidad de Continuidad Asistencial Primaria-Interna centralizamos la atención de estos pacientes gracias a la coordinación con el resto de especialistas y Atención Primaria. Gracias al sistema de autogestión de citas, reevaluamos a los pacientes en función de las necesidades de los mismos y no basándonos en un criterio temporal aleatorio.

Así mismo, disponemos de Enfermería de Enlace en la consulta, lo cual permite realización de analíticas y administración de tratamiento en caso de necesidad. También, instruye a los pacientes y familiares en relación con cuidados y tratamientos farmacológicos.

Por último, en caso de ser necesario, programamos el ingreso hospitalario directamente desde la consulta, a fin de evitar el paso del paciente por el servicio de Urgencias.

La valoración global y coordinada de nuestros pacientes mejora la calidad de vida de los mismos, reduciendo las complicaciones de su patología y los ingresos hospitalarios.

Bibliografía

1. Ramírez-Duque N, Ollero Baturone M, Ortíz Camúñez MA, Bernabéu Wittel M, Codina Lanaspa A, Cuello Contreras JA. Evaluación de la satisfacción de un programa de colaboración entre Atención Primaria y Medicina Interna. Revista de Calidad Asistencial. 2010 Mar 1 [cited 2022 Apr 30];25(2):70–6.
2. Gamboa Antiñolo F, Gómez Camacho E, De Villar Conde, E, Vega Sanchez J, Mayoral Martín L, Lopez Alonso R. Un nuevo modelo para la asistencia a los pacientes multiingresadores. Rev Clin Esp. 2002; 202: 187-96.
3. Fernández Moyano A, Machín Lázaro JM, Martín Escalante MD, Aller Hernandez MB, Vallejo Maroto I. Modelos de atención al paciente pluripatológico. Revista Clínica Española [Internet]. 2017 Aug 1 [cited 2021 Dec 7];217(6):351–8.

CC-04

ATENCIÓN AL PACIENTE CON PLURIPATOLOGÍA CRÓNICA COMPLEJA: UN RETO CLÍNICO

Campo Lobato, Fabiola; Moralejo Alonso, Leticia
Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca.

Nos encontramos ante una mujer de 85 años derivada desde Digestivo a la Unidad de Continuidad Asistencial (UCA) de Medicina Interna por anemia crónica. Como **antecedentes personales** a destacar:

FRCV: hipertensión arterial, dislipemia, no diabetes melitus. Hipotiroidismo autoinmune. Enfermedad renal crónica estadio IIIb (creatinina basal 1.5 mg/dL junto a FG 32 mL/min/1.73m2). En cuanto a los **ingresos hospitalarios** ha presentado tres ingresos en Digestivo en los últimos dos años por hemorragia digestiva secundaria a angiodisplasias; y en Cardiología dos ingresos: el primero por fibrilación auricular y el segundo por insuficiencia cardiaca descompensada por anemia. En ETT: VI no dilatado ni hipertrófico con FEVI preservada. A. izquierda dilatada. IM leve con IT moderada y baja probabilidad de HTP.

No intervenciones quirúrgicas. No hábitos tóxicos. Residencia habitual: domicilio, junto a su marido que es su principal cuidador.

Como **tratamiento habitual,** la paciente refirió: metoprolol 100 mg ¼ por la noche, furosemida 40 mg 1-1-0, pantoprazol 20 mg 1-0-0, eutirox 100 microgramos 1-0-0, apixaban 2.5 mg 1-0-0, bemiparina 5000 UI cada 24 horas subcutáneo, octeótrido 50 microgramos subcutáneo una inyección al día. ¿Es cierto que tomaba apixabán y bemiparina a la vez? Efectivamente, ya que la paciente NO entendió el último informe de alta de Digestivo donde indicaban exclusivamente anticoagulación con bemiparina y suspender el apixabán, por lo que siguió tomando ambos.

Anamnesis

La paciente refiere intensa astenia y episodios autolimitados de deposiciones melénicas. Niega pirosis, náuseas o vómitos. A su vez presenta disnea de pequeños esfuerzos y ortopnea de dos almohadas. No disnea paroxística nocturna. En los últimos días disminución de diuresis y edema en extremidades inferiores. No dolor torácico ni palpitaciones.

Exploración física

Barthel: 95. Pfeiffer: 0 errores. Peso 53.4kg. Constantes: Sistólica: 102mm[Hg], Diastólica: 60mm[Hg], FC: 82/min, SatO2: 98%. Consciente, orientada. Bien hidratada. Palidez cutánea y de mucosas. Taquipnea. Cabeza y cuello: ingurgitación yugular a 45º. Auscultación cardiaca: ruidos cardiacos irregulares, refuerzo del segundo tono. Auscultación pulmonar: normoventilación con crepitantes bibasales. Abdomen: normal. Peristaltismo conservado. Extremidades inferiores: edema con fóvea bilateral hasta raíz de miembros.

Pruebas complementarias

Analítica: Glucosa 121. Urea 164. FG 18 mL/min/1.73 m2. Creatinina 2.42. Urato 11.8. Sodio 142. Potasio 3.2. Perfil hepático sin alteraciones. Vitamina B12 875. Ácido fólico 11.4. Hierro 31. Ferritina 31. Trasnferrina 344. IST 7.1%. NT-proBNP 3380. Hemoglobina 10.2. Hematocrito 31.4%. VCM 87.1. HCM 28.3. Leucocitos 3750. Plaquetas 122.000. Reticulocitos 1.4%. 53.10 x 10^9/L. **Radiografía de tórax**: cardiomegalia, aumento de redistribución venocapilar, mínimo derrame pleural bilateral.

¿Qué retos nos planteamos ante esta paciente? En primer lugar, estudiar en profundidad sus antecedentes e historia farmacoterapéutica para que, de acuerdo con su PROFUND, establecer así el tratamiento más óptimo y personalizado posible realizando una buena conciliación (detección y resolución de discrepancias con la medicación activa del paciente). Tras establecer el plan terapéutico, debemos asegurar que la paciente lo entienda y lo lleve a cabo gracias a un plan de formación (de la propia enferma y su cuidador (marido) en autocuidados).

Juicio clínico y tratamiento

1) **Anemia ferropénica crónica por hemorragia digestiva por angiodisplasias en paciente anticoagulada**. CHA_2DS_2-VASc: 5 puntos (riesgo moderado). HAS-BLED: 4 (riesgo alto). Se contacóa con Cardiología para realizar cierre de orejuela y ajustamos el tratamiento: Apixaban 2,5 mg cada 12 horas y octeótrido 50 microgramos cada 12 horas. A su vez, durante el seguimiento en la consulta precisó hierro intravenoso y varias transfusiones de

concentrados de hematíes. 2) **Empeoramiento de su insuficiencia renal, en el contexto de síndrome cardiorenal.** En relación al síndrome cardiorenal no hay terapias médicas que hayan demostrado aumentar directamente la TFG (manifestada clínicamente por una disminución de la creatinina sérica) en pacientes con insuficiencia cardiaca (IC). Aunque la extracción de líquidos puede dar lugar a aumentos en la creatinina sérica y el aumento de la creatinina sérica se asocia con un peor pronóstico en pacientes con IC, la descongestión agresiva que conduce a un empeoramiento de la función renal puede estar asociada con una mejor supervivencia. 3) **Insuficiencia cardiaca crónica descompensada con fracción de eyección preservada.** Beta bloqueante para control de frecuencia cardiaca y ajuste de tratamiento diurético.

Conclusiones

- La integración de cuidados y la continuidad asistencial son elementos claves para garantizar la atención integral de calidad acorde a las necesidades de estos pacientes ¿Por qué? Porque nuestra paciente ingresó en 5 ocasiones y acudió 6 veces a Urgencias previo seguimiento en la UCA (desde entonces no ha precisado ingreso hospitalario).
- Las Unidades de Continuidad Asistencial trabajan de forma estrecha con Atención Primaria realizando sesiones clínicas para el mejor manejo de pacientes pluripatológicos complejos. Además, el Hospital de Día apoya a este tipo de consulta gracias a los tratamientos pautados en él, evitando así ingresos.

Bibliografía

- Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) y la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC). Documento de consenso atención al paciente con enfermedades crónicas. 2011.
- Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de Pacientes Pluripatológicos: Estándares y Recomendaciones. Informes, estudios e investigación. Ministerio de Sanidad y Política Social. Madrid. 2009.
- Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud: APEAS 2008. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
- Protocolo de manejo de la insuficiencia cardiaca crónica: planificación estructurada ambulatoria. SEMI 2021.
- Luis Manzano Espinosa. Manual práctico de manejo integral del paciente con insuficiencia cardíaca crónica. 4ª edición.

CC-05

DEPRESCRIBIR PARA PODER SEGUIR

Sobrino Alonso, Maitane; Beamonte Vela, Blanca; Roteta García, Lorea; Sevo Spahiu, Sara; Casado López, Irene; Cortés Troncoso, Andrés; Teigell Muñoz, Francisco Javier

Hospital Infanta Cristina, Parla.

Descripción del caso

Un paciente de 71 años con antecedentes de infecciones urinarias de repetición acude a nuestro centro con síndrome miccional (disuria, polaquiuria y tenesmo vesical). Niega fiebre o hematuria. El paciente presenta múltiples antecedentes patológicos (hiperplasia benigna de próstata, diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, dislipemia, cardiopatía isquémica, EPOC y enfermedad renal crónica por nefropatía médica). Además, está en proceso de estudio por un adenocarcinoma de pulmón localmente avanzado pendiente de decisión terapéutica). Recibe múltiples tratamientos, incluyendo un antiagregante, tres antidiabéticos (canagliflozina, alogliptina y pioglitazona), una estatina, cinco antihipertensivos, varios analgésicos y varios inhaladores). En el último año, ha acudido en numerosas ocasiones al servicio de urgencias (hasta un total de 10) por síndrome miccional, precisando ingreso en dos ocasiones con criterios de sepsis urinaria. Entre los aislamientos microbiológicos de sus urocultivos encontramos: *Candida albicans*, *E.coli* BLEE y *Candida parapsilosis.* Ha recibido múltiples ciclos de antibioterapia, incluyendo cefalosporinas, ciprofloxacino y fosfomicina.

El paciente es parcialmente dependiente para las actividades diarias (se calcula un índice de Barthel de 70), tiene cierto grado de incontinencia y se moviliza con dificultad, por lo que sale poco a la calle. En la escala ECOG (*Eastern Cooperative Oncology Group*) tiene una puntuación de 2 (presenta capacidad de autocuidado, pero no es capaz de realizar todas las actividades domésticas, como usar el teléfono, hacer compras, preparar la comida, realizar tareas del hogar, utilizar transporte público, controlar la medicación o manejar asuntos económicos).

El paciente es ingresado con el diagnóstico de nueva infección urinaria y deterioro de la función renal asociada. Durante el ingreso requiere el uso de antibioterapia de amplio espectro (se elige ertapenem, dado que en un cultivo previo se había aislado *E. coli* productor de betalactamasas de espectro ampliado) y sondaje vesical, ya que presenta un episodio de retención aguda de orina. El urocultivo inicial es negativo para bacterias, por lo que se decide desescalar el antibiótico a ciprofloxacino. Como persisten las molestias y se observa un repunte de los reactantes de fase, se solicita una cistoscopia (sin evidencia de malignidad, aunque con signos irritativos) y un nuevo urocultivo, en el que se aisla *Candida glabrata*. Por esta razón, y dado que el paciente persiste sintomático, mantiene sondaje vesical y es diabético, se decide añadir fluconazol a dosis elevadas una vez comprobada su sensibilidad.

A partir de ese momento, el paciente evoluciona favorablemente, con desaparición de la sintomatología miccional y mejoría analítica. No obstante, dada la situación de fragilidad y reciente diagnóstico oncológico, se considera preceptivo el reajuste del tratamiento, sobre todo el antihipertensivo y el antidiabético. Durante el ingreso el paciente presenta glucemias controladas (100-150 mg/dL) sin hipoglucemiantes. Además se considera que el inhibidor del SGLT-2 (canagliflozina) pueda estar jugando un papel importante en las infecciones urinarias de repetición, por lo que se decide la retirada completa de estos fármacos. Por otro lado, presenta cifras de tensión arterial adecuadas sin tratamiento, por lo que se suspenden todos ellos a excepción del ARA-II, por su efecto nefroprotector.

Tras el alta, el paciente es valorado por Oncología, desestimándose para tratamiento quirúrgico y decidiéndose quimiorradioterapia. En los tres meses sucesivos no ha vuelto a presentar ninguna infección urinaria ni ha precisado ingreso.

Discusión

La *deprescripción* se puede definir como la retirada supervisada por un profesional médico de fármacos no indicados o no adecuados al contexto clínico del paciente [1,2,3]. Gavilán *et al.*[4] la definen como «el proceso de desmontaje de la prescripción de medicamentos por medio de su revisión, que concluye con la modificación de dosis, sustitución o eliminación de unos fármacos y adición de otros». En definitiva, constituye una herramienta fundamental para contrarrestar la inercia sobreterapéutica y la polimedicación. El caso aquí presentado es un ejemplo de cómo un cambio significativo en la realidad clínica de un paciente debe hacernos replantear sus objetivos terapéuticos. La nueva situación de fragilidad y el reciente diagnóstico oncológico obligan a priorizar la calidad de vida sobre la potencial prevención de complicaciones a largo plazo. Concretamente, los iSGLT2 (tan potencialmente beneficiosos en términos cardiovasculares y renales) suponían en este caso un factor de riesgo

para infecciones urinarias bacterianas y fúngicas [5], con el consiguiente deterioro de la calidad de vida y la necesidad de ingresos hospitalarios.

En resumen, el ajuste de fármacos en pacientes que se pueden considerar dentro del rango de anciano frágil o con expectativa de vida limitada, permite promover una mejoría en la calidad de vida, dado que reduce la cantidad de fármacos prescritos, y permite reducir la incidencia de efectos adversos asociados [6,7].

Bibliografía

1. Couteur DL, Gnjidic D, McLachlan A. Deprescribing. *Aust Prescr* 2011;34:182-5.
2. Woodward MC. Deprescribing: achieving better health outcomes for older people through reducing medications. *JPPR*. 2003 Dec;33(4):323-8.
3. Jiménez ÓE, Aniés MP, Caldentey CV, Rubio FG, Rodríguez MÁ, Manuel MS. Deprescribiendo para mejorar la salud de las personas o cuando deprescribir puede ser la mejor medicina. Atención Primaria. 2018 Nov 1;50:70-9.
4. Gavilán-Moral E, Villafaina-Barroso A, Jiménez-de Gracia L, Santana MD. Ancianos frágiles polimedicados: ¿Es la deprescripción de medicamentos la salida?. *Rev Esp Geriatr Geronto*. 2012 Jul 1;47(4):162-7.
5. Vázquez F. Infecciones urinarias asociadas al uso de iSGLT-2. Revista de la Sociedad Argentina de Diabetes. 2019 Aug 19;53(2):77-8.
6. Tilyard M. A practical guide to stopping medicines in older people. *BPJ*. 2010;27:10-23.
7. Wu H, O'Donnell LK, Fujita K, Masnoon N, Hilmer SN. Deprescribing in the older patient: a narrative review of challenges and solutions. *Inter J of Gen Med*. 2021;14:3793.

CC-06

UNA CAUSA INFRECUENTE DE DEBILIDAD DE MIEMBROS INFERIORES EN PACIENTE DE EDAD AVANZADA

Arroyo Álvarez, Cristina; Vázquez González, Maria; Abdelhady Kishta, Alaaeldeen; Ortega Andreu, Javier; González-Novelles Córdoba, Celia; Ortiz Pinto, Maira Alejandra; Budiño Sánchez, Marco Antonio; Molina Puente, Igor.

Hospital Nuestra Señora de Sonsoles Ávila.

Varón de 86 años con antecedentes personales de diabetes mellitus tipo 2, dislipemia, bloqueo AV de 1º grado. Cáncer de próstata en tratamiento con triptorelina semestral. Neuropatía de probable etiología isquémica del VI par derecho en paciente diabético. Insuficiencia renal crónica (Filtrado glomerular entorno a 50mil/min/1.73m2 hace un año). Cataratas en ambos ojos. Sin intervenciones quirúrgicas. Sin alergias medicamentosas conocidas. En tratamiento domiciliario con metformina 850mg/24h, atorvastatina 40mg/24h, omeprazol 20mg/24h, furosemida 40mg/24h. Independiente para las actividades básicas de la vida diaria. Vive solo en su domicilio.

Acude a Urgencias por síndrome constitucional consistente en astenia de 2 semanas de evolución, pérdida de peso de 10 kg en el último mes y poco apetito con escasa ingesta hídrica. Asocia disnea de moderados-mínimos esfuerzos, tos seca, oliguria, aumento de edema en miembros inferiores, ortopnea y disnea paroxística nocturna. Sin otra clínica de interés en la anamnesis por aparatos.

A la exploración: TA:127/68mmHg, FC:98lpm, Tª:36.4ºC y SatO2:98% basal.

Alerta, orientado y colaborador. Leve deshidratación de piel y mucosas. Palidez cutánea. Eupneico. Caquéctico Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado con crepitantes bibasales. Auscultación cardiaca: rítmica sin soplos. Abdomen blando y depresible. No doloroso a la palpación profunda. Sin signos de irritación peritoneal ni defensa abdominal. Extremidades inferiores: edema hasta rodillas.

- En analítica destaca: Creat:2.72mg/dl (FG:20mil/min/1.73m2), NT-proBNP 20.819, hipoalbuminemia 3.1 g/dL y NT-proBNP 20000 pg/ml, troponina alta sensibilidad 203 pg/ml.
- Orina, muestra aislada: proteinuria 9.3 g/L.
- ECG: Ritmo sinusal con BAV de primer grado. QRS estrecho con voltajes bajos, sin alteraciones de la repolarización.
- Rx de tórax: Cardiomegalia, datos de HVCP grado III. Derrame pleural bilateral.
- V-SCAN: VI dilatado con hipertrofia concéntrica importante. FSVI moderada-gravemente deprimida 35%. Ambas auriculas gravemente dilatadas. Insuficiencia tricuspidea moderada. Insuficiencia mitral moderada-grave. Válvula aórtica con insuficiencia moderada .

Se diagnostica de Sindrome constitucional a estudio. Insuficiencia cardiaca crónica. Probable amiloidosis cardiaca senil en fase avanzada (Disfunción VI moderada-grave 35%). Insuficiencia renal crónica, agudizada. Proteinuria en rango nefrótico.

Tras valoración por Cardiología se decide ingreso en Medicina Interna para estudio y optimización tratamiento médico.

Se amplía analítica con proteinograma que resulta alterado a expensas de hipoalbumina.

Se realiza valoración geriatrica general con: Índice de Barthel: 60 puntos (dependencia leve), Índice de actividades de la vida diaria (KATZ): 5 (incotinente), Índice de Lawton y Brody: 8 puntos (dependencia total). Test minimental: 28 puntos. Sin problemas de ansiedad ni depresión. Duerme bien pero se despierta muchas veces. No caídas. Hace años trabajó como conserje. Tiene estudios de Primaria. Vive solo. Tiene tres hijas que viven a 150km dos de ellas y la otra en Bruselas.

Como hallazgo casual, presenta en ECG fibrilación auricular que precisa iniciar tratamiento con anticoagulación.

Dada la buena respuesta a tratamiento durante hospitalización se considera seguimiento en consultas de Unidad de Continuidad Asistencial y realizar estudio ambulatorio. Se ajusta tratamiento pautando oxigenoterapia domiciliaria, enoxaparina 60mg/24h y control de INR para iniciar sintrom, acetazolamida 250mg/48h, carvedilol 6.25mg/medio comprimido/12h, eplerenona 25mg/24h y alogliptina 6,25mg/24h. Se suspende adiro

Se deriva a consulta de Hematología para descartar mieloma múltiple asociado a amiloidosis. Se solicita estudio analítico y gammagrafia cardiaca para valorar amiloidosis cardiaca senil.

También es valorado por Nefrología para estudio de Síndrome nefrótico y enfermedad renal crónica agudizada,

que solicitan estudio autoinmune, orina de 24h y ecografía renal, aun pendiente de resultado en el momento actual.

Pendiente aún de completar estudio, se mantiene en estudio de forma ambulatoria y en seguimiento estrecho por UCA para ajuste de tratamiento.

Cuestiones claves

¿Se considera importante la valoración geriátrica inicial para el manejo de un paciente anciano, frágil y pluripatologico, en estas circunstancias?

¿Qué importancia tienen los ítems de la valoración geriátrica de forma individualizada para valorar de forma generalizada al paciente?

Conclusiones

- Se hace necesario ante un paciente pluripatológico de estas características, el manejo integral ya que la dispersión de los esfuerzos en diferente áreas disciplinares conlleva una importante pérdida de tiempo, recursos y esfuerzo que derivan en una disminución del beneficio al paciente desde el punto de vista clínico y asistencial.
- La consulta de la Unidad de Continuidad Asistencial se hace indispensable para el seguimiento estrecho de pacientes que precisan ajuste de tratamiento frecuente y evaluación continua del estado clínico y diferentes esferas (mental, funcional y social).

Bibliografía

- Salgado A, Alargcón MT. Valoración del paciente anciano. Barcelona. Ediciones Masson;1993.
- Guillén Llera F, Pérez del Molino Martín J. Síndrome y cuidados en el paciente geriátrico. Barcelona: Ediciones Masson;2001.
- Midón Carmona J. Depresión en el anciano. En:Cuadernos multidisciplinares de depresión. Madrid: Saned;2003. P.41-58.
- Grupo de Demencias Socidad Española de Geriatría y Gerontología. Demencias en Geriatría. Madrid: Natural Ediciones; 2005.

CC-07

"UN DETERIORO COGNITIVO CON EDEMAS REVERSIBLE"

Martín Díaz, Juan Diego; Alonso Valdez, Santiago; Porcel Salud, Laura.
HU Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares.

Antecedentes Personales. Historia Actual

Varón de 74 años, con hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, EPOC Gold A, hiperuricemia, arteriopatía periférica y deterioro cognitivo no filiaddo subagudo de 2 años de evolución en probable relación a enfermedad cerebrovascular con imagen radiológica de leucoaraiosis, atrofia corticosubcortical y patología isquémica de pequeño vaso.

Sin alergias medicamentosas conocidas. Hábito tabáquico inactivo de 30 paquetes-año. Hábito enólico activo con 80 mg/24 h de alcohol. Ex-adicción a drogas por vía parenteral. Índice de Barthel de 70, índice de Lawton Brody de 3, con Pfeiffer de 2 y Escala de Gijón de 5, con esposa e hijo varón de 47 años conviventes en domicilio como cuidadores principales.

Tratamiento habitual: Doxazosina 4 mg 1-0-1. Metformina 850 mg 1-0-0, Salbutamol si precisa, Alopurinol 100 mg 0-0-1, Donapezilo 10 mg 0-0-1.

Acude a Urgencias por cuadro clínico de edemas en miembros inferiores, aumento de perímetro abdominal, coluria y acolia de aproximadamente 1 semana de evolución.

Exploración Física

TA 134/72. Sat 02: 93% basal. FC 97 lpm. Auscultación cardíaca rítmia sin soplos ni extratonos, con hipofonesis generalizada, hepatomeglia con matidez cambiante a la percusión, oleada ascítica positiva y edemas en miembros inferiores de predomino pretibial +/+++ con desorientación en 3 esferas sin otros signos de focalidad neurológica.

Pruebas Complementarias. Medidas Terapéuticas

Bioquímica: Bilirrubina Total de 1,9 mg/dL. FGR de 47 mL/min desde 68mL/min. Sin alteraciones iónicas. proBNP de 3.547. Hipoalbuminemia de 2,7 mg/d y GOT elevada. GPT de 237 U/L con GOT y fosfatasa alcalina normales.

Hemograma: Leucocitos 4.500 con hemoglobina de 10,7 y plaquetas de 97.000. Hemostasia: INR de 1,5 con fibrinógeno en rango.

Radiografía de tórax con signos de redistribución vascular. Electrocardiograma con ritmo sinusal a 77 lpm sin otros hallazgtos patológicos. Se completa estudio de extensión con TAC craneal con atrofia cortico-subcortical y patología isquémica de pequeño vaso sin hallazgos patológicos, TAC abdominal compatible con hepatopatía sin LOEs, autoinmunidad, destacando autoinmunidad hepática (anticélulas parietales, anti musculo liso...) sin hallazgos patológicos y perfil hormono-metabólico con ácido fólico, vitamina B12 y TSH en rango.

Se solicita ecografía de abdomen con hallazgos de esteatosis grado III como dato de hepatopatía y flujo reverso de la vena porta, sin LOEs hepáticas. Se solicita elastografía hepática con los hallazgos de áreas de F4 compatible con cirrosis hepática y gastroscopia con hallazgos de varices esofágicas grado III.

En serologías serología postiiva para sífilis con pruebas reagínica y no reagínicas (VRDL 1:128 en suero, FT-abs positivo) y serología VHC positiva con carga viral de 2.377.000 UI/mL identificando infección por genotipo 1. Se realiza punción lumbar con pruebas reagínicias de sífilis positivas (VRDL 1:64), PCR en LCR positiva para sífilis e hiperproteinorraquia (117 mg/dL) con mínimo aumento de celularidad (7u/uL), compatible con meningitis sifilítica.

Ecocardiograma con miocardiopatía dilatada (VTDVI 6,35 cm) con FEVI deprimida del 39% con hipoquinesia global, sin datos de hipertensión pulmonar ni alteración de ventrículo derecho, con probable diagnóstico miocardiopatía dilatada de probable origen enólico.

En subsiguiente estudio por Nefrología, hallazgos de proteinuria de 3.500 mg/24 horas persistente en el tiempo realizándose biospia renal con los hallazgos de engrosamiento uniforme y difuso de la pared de los capilares glomerulares, sin proliferación celular asociada y spikes con hipertrofia de podocitos, compatible con nefropatía membranosa estadío II y anticuerpos antifosfolipasa A2 negativos.

Ante desarrollo de neurosífilis meníngea y nefropatía membranosa secundaria a sífilis terciaria no tratada, se inicia tratamiento con penicilina G benzatina intravenosa durante 21 días, con aceptable evolución clínica, con descenso de pruebas reagínicas hasta VRDL 1:2 en suero y líquido cefalorraquídeo.

Se inicia tratamiento antiviral para VHC con velpatasvir-sofosbuvir durante 12 semanas con respuesta viral sostenida a las 4, 12 y 24 semanas y se inicia trataiento diurético con furosemida 40 mg cada 24 horas y espironolactona 100 mg cada 24 horas sin nuevas descompesaciones edemo-ascíticas.

Concomitante se produce abandono de hábito enólico e inicio de tratamiento betabloqueante con carvediol 6,25 mg/12h para modifación de historia natural de ICC con FEVI deprimida y profilaxis primaria de sangrado por varices esofágicas. Se inicia también por FEVI deprimida y proteinuria IECAs con enalapril 20 mg cada 24 horas.

En evaluaciones subsiguientes se comprueba mejoría de déficit neurológico hasta recuperación práctica de situación basal con Pfeiffer de 9 puntos, mejoría ecocardiográfica de FEVI con ascenso hasta 45%, desaparición de proteinuria nefrótica estabilizándose en torno a 300 mg/24h con FGR estable en torno a 60 mg/dL y ausencia de nuevas descompensaciones edemo-ascíticas.

Discusión. Conclusiones

En pacientes con historia subaguda de deterioro mental es importante filiar causas reversibles de deterioro cognitivo que incluyen fundamentalmente causas infecciosas (neurosífilis, encefalopatía por VIH) y alteraciones tóxico-metabólicas (saturnismo por plomo, déficit de ácido fólico y vitamina B12).

El consumo de alcohol y drogras por vía parenteral se asocia a adquisición de enfermedades infecciosas que pueden desembocar en múltiples patologías por sistemas mediante mecanismos fisiopatológicos variados. Su identificación precoz y abordaje multidisciplinar permite el control de múltiples descompensaciones de procesos de base cardíaco, hepático, neurológico y nefrológico. La coinfección por VIH y sífilis supone un reto diagnóstico y terapéutico infradiagnosticado en nuestro medio y más aún en el paciente anciano con comorbilidades.

Bibliografía

Brito VOC, Parra D, Facchini R, Buchalla CM. HIV infection, hepatitis B and C and syphilis in homeless people, in the city of São Paulo, Brazil. Rev Saude Publica 2007 41 Suppl 2:47–56.

CC-08

IMPORTANCIA DE LA VALORACIÓN INTEGRAL DE LOS PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS: A PROPÓSITO DE UN CASO

Izquierdo Martínez, Aida; Madroñal Cerezo, Elena; Cristóbal Bilbao, Rafael; García De Viedma García, Vanesa; Lara Montes, Celia; Ayala Larrañaga, Ibone; Rodríguez Rodríguez, Jorge; Gonzalo Pascua, Sonia.

Hospital de Fuenlabrada, Fuenlabrada.

Presentamos el caso de una mujer de 84 años que inicia seguimiento por la Unidad de Paciente Crónico Complejo (UPCC) de nuestro hospital en mayo de 2019. Respecto a los antecedentes personales, destaca la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) con insuficiencia respiratoria crónica y necesidad de oxigenoterapia domiciliaria, siendo la paciente exfumadora importante. Además, es portadora de bronquiectasias sobreinfectadas por múltiples microorganismos (*Pseudomonas aeruginosa, Klebsiella pneumoniae, Stenotrophomonas. maltophilia, Staphylococcus aureus* oxacilín resistente*)* para lo cual ha recibido tratamiento antibiótico erradicador en cada aislamiento. Desde el punto de vista cardiovascular, es hipertensa y tiene una insuficiencia cardíaca crónica con un último ecocardiograma transtorácico (ETT) en 2018 que mostraba una estenosis aórtica moderada y una función sistólica normal. Presenta una enfermedad renal crónica estadio 3B secundaria a nefroangioesclerosis. Se trata de una paciente frágil con polifarmacia, considerada pluripatológica ya que cumple 3 criterios de Ollero. Es viuda y vive sola, tiene 2 hijos y precisa ayuda domiciliaria 2 horas diarias entre semana. Hasta mayo de 2021, contaba con 0 errores en el test de Pfeiffer, no había presentado caídas, contaba con un índice de Barthel de 85 puntos y un índice de Profund de 3 puntos.

Desde el inicio del seguimiento en la UPCC, la paciente presentó varias reagudizaciones de su EPOC que pudieron ser manejadas de manera ambulatoria, en contraste con los múltiples ingresos que había requerido en los años previos por dicho motivo.

En mayo de 2021 la paciente acude a consulta refiriendo empeoramiento de su clase funcional con avance de su disnea basal hasta hacerse de mínimos esfuerzos, además de haber presentado una caída desde la última revisión tres meses antes, que no le había ocurrido previamente. Ante el deterioro funcional detectado por los profesionales de la UPCC, se decide aumentar la dosis del tratamiento diurético y se solicita un nuevo ETT. En el plazo de un mes se realiza dicha prueba que muestra una estenosis aórtica ya conocida pero que ha progresado desde ser moderada en 2018 hasta hacerse severa.

Ante dichos hallazgos, se solicita valoración por Cardiología, quienes al inicio muestran ciertas dudas acerca de la indicación de intervención sobre la valvulopatía dada la pluripatología asociada de la paciente.

Mientras tanto, se continúa revisando a la paciente bimestralmente, objetivándose un progresivo deterioro funcional condicionado por un descenso del índice de Barthel de 85 a 80, episodios de descompensación de insuficiencia cardíaca que requieren tratamiento diurético intravenoso e incluso la sugerencia de la propia paciente de institucionalizarse dado que ya apenas puede realizar tareas domésticas y casi no sale de su domicilio debido al empeoramiento de la disnea.

Finalmente, Cardiología decide realizar una tomografía para calcular el Score de calcio de la válvula aórtica, con resultado de 1800, lo cual es compatible con una estenosis aórtica severa. Así, se decide que la paciente podría beneficiarse de la implantación de una válvula aórtica transcatéter (TAVI, por sus siglas en inglés), procedimiento del cual a día de hoy está pendiente.

En conclusión, nos hallamos ante un claro ejemplo de la importancia de realizar una valoración por esferas e integral para sopesar si los pacientes se benefician de una actitud más o menos intervencionista. A través de las unidades especializadas en el paciente crónico complejo se pueden detectar problemas solucionables mejorando la calidad de vida de dicha población e incluso evitando ingresos y la consecuente carga económica que suponen.

CC-09

LA TOMA DE DECISIONES EN EL PACIENTE MAYOR

Ochando Montes, Laura; Martín Carmona, Jésica; Hurtado Oliver, José Antonio; Millán García, Gloria; Gómez Hernández, Ana Isabel; Gómez Huelgas, Ricardo.

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Caso clínico

Se trata de una mujer de 80 años natural de Marruecos, parcialmente independiente para las actividades básicas de la vida diaria por ceguera. Con antecedentes personales de hipertensión arterial, diabetes mellitus, ceguera por glaucoma neovascular e hipotiroidismo, en tratamiento médico con acetazolamida, glicazida, hidrocortisona, sitagliptina, empaglifocina, metformina, domperidona, levotiroxina, paroxetina y trazodona. La paciente no colaboraba en la realización de la historia clínica y la exploración física, dificultada por la barrera idiomática al no disponer de intérprete.

A su ingreso presentaba una dependencia moderada con un Barthel de 40. No presentaba deterioro cognitivo ni alteración del estado de ánimo. Recientemente se había mudado con su hija, la cuidadora principal. Esta no conocía el tratamiento exacto de la paciente y afirmaba una adherencia irregular.

Acudió al servicio de urgencias por dolor abdominal, náuseas y vómitos de tres semanas de evolución. Una semana después del inicio del cuadro comenzó con disuria y posteriormente hematuria macroscópica. En el análisis sanguíneo destacaba una hiponatremia moderada, un leve deterioro de la función renal y una elevación de los reactantes de fase aguda. En el sistemático de orina se detectó la presencia de leucocitos con nitritos positivos por lo que se inició tratamiento empírico con ceftriaxona por sospecha de infección urinaria.

En las primeras horas de ingreso, la paciente comenzó con un episodio de taquicardia y dolor torácico acompañado de movilización de enzimas cardiacas sin elevación del ST, iniciándose tratamiento médico.

Se recibe el resultado de urocultivo positivo para Klebsiella pneumoniae resistente a ceftriaxona y se completa posteriormente una semana de tratamiento dirigido. Se solicitó una ecografía abdominal y un uro-TC en los que se evidenció una dilatación pielocalicial II/IV. Se contactó con Urología y se decidió no realizar nefrostomía en ese momento. Posteriormente, presenta un episodio de edema agudo de pulmón (EAP) con insuficiencia respiratoria aguda global secundaria que precisa de ventilación mecánica no invasiva (VMNI). Ante el empeoramiento clínico, se decidió realizar una nefrostomía bilateral con buena evolución clínica y analítica.

Días más tarde, la paciente presentó un episodio de fibrilación auricular de novo con respuesta ventricular rápida provocando un nuevo episodio de EAP con inestabilidad hemodinámica a pesar de optimización del tratamiento médico. Dada la mala evolución clínica, se descarta reinicio de VMNI.

Por todas las complicaciones desarrolladas durante el ingreso la paciente presentó un deterioro en su estado funcional previo, con puntuación de 0 en la escala de Barthel. Desde el principio del ingreso la paciente deseaba regresar a su ciudad de origen siendo reacia al tratamiento al que finalmente accedía a recibir por la mediación de sus hijos. Tras el fracaso del tratamiento médico y descartándose medidas más agresivas, se informó a sus hijos de la gravedad clínica y el mal pronóstico a corto plazo. Debido a la posibilidad de desenlace fatal y en consonancia con el deseo de la paciente, su hijo solicitó traslado de hospital para poder estar más cerca de sus familiares.

Discusión

El caso clínico expuesto permite revisar los conceptos de capacidad y competencia en el paciente hospitalizado. Esto es debido al rechazo inicial de la paciente tanto al ingreso como a los tratamientos con el riesgo evidente que suponía para su salud el rechazo de los mismos, tuvimos que plantearnos si era capaz y además competente para decidir. Hay que indicar que esto se vio aún más dificultado por factores como la barrera idiomática, las diferencias culturales, el nivel sociocultural, así como el déficit visual. Estas limitaciones supusieron una gran pérdida de autonomía de la paciente en la toma de decisiones al no poder expresar sus deseos e inquietudes y apuntando además que ejercían como traductores sus hijos, con el sesgo que esto podía conllevar.

La capacidad es un concepto jurídico, definido como la aptitud inherente de todo ser humano, por el mero hecho de serlo, para ser titular de derechos y adquirir obligaciones. Tiene, por ello, un carácter absoluto y está reconocida en España a toda persona que alcance la mayoría de edad jurídica. Sin embargo, la capacidad no es requisito suficiente para prestar válidamente el consentimiento. Además, la persona deber tener la competencia necesaria para formar y emitir un juicio en el momento en el que se precisa. La competencia puede fluctuar en

función de la situación clínica del paciente, por lo que debe ser continuamente revisada. Para evaluarla, debemos valorar ciertas cuestiones, como la comprensión del paciente de la información proporcionada, su capacidad de razonamiento o su habilidad comunicativa. Esta evaluación se puede realizar mediante una valoración clínica sistemática o una entrevista clínica estructurada.

Existen diferentes escalas o herramientas que valoran la competencia, siendo la más utilizada el McArthur Competence Asessment Test. En el caso de nuestra paciente, se trataba de una mujer doblemente vulnerable por la privación sensorial y la dificultad para la comunicación directa con el equipo sanitario. Al precisar traducción para la toma de decisiones, la interpretación de la información médica era modulada de manera bidireccional por parte de sus familiares, que proyectaban sus deseos en la mediación. En esta situación hay una limitación del consentimiento ajeno a la capacidad y competencia del paciente, llegando a encontrarnos con una situación en la que se solapan la toma de decisiones por representación por criterio del juicio sustitutivo y la del mayor beneficio (así entendido por sus familiares).

La barrera idiomática es un problema frecuente en la asistencia médica, así como lo son los déficits sensoriales. La falta o dificultad en el acceso a traductores e intérpretes de lenguajes de signos u otros sistemas de comunicación, así como la frecuente ausencia de pictogramas y formación en el uso de los mismos para facilitar la comunicación directa con el paciente, son hándicaps por desgracia aún comunes. Se debería trabajar en mejorar el acceso a estos medios para evitar o disminuir en la medida de lo posible estas situaciones.

Bibliografía

- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- Palacios GJ, Pinto P, Marquez O, Herreros B. Assessment of patient competence for making decisions. Rev Clin Esp (Barc). 2020 May;220(4):256-262.
- Barrio Cantalejo IM, Simón Lorda P. Criterios éticos para las decisiones sanitarias al final de la vida. Rev Esp Salud Pública [online]. 2006;80(4):303-315. ISSN 2173-9110.

CC-10

GARANTIZAR LA CALIDAD ASISTENCIAL AL PACIENTE PLURIPATOLÓGICO

Vicente Langarita, Carmen; Vela Valle, Laura; Pérez Gilaberte, Juan Blas; García Arceiz, Elisa; Solana Hidalgo, María Patricia; Aguirre Portu, Nerea; De Los Mozos Ruano, Andrea.

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

Presentamos un varón 80 años, sin alergias conocidas, exfumador desde hace 5 años, hipertensión arterial, cardiopatía isquémica crónica (SCACEST en 2004 con implante de stent sobre descendente anterior), insuficiencia cardiaca con disfunción sistólica y FEVI 45%, deterioro cognitivo, insuficiencia renal crónica estadio IV, EPOC moderado con 2 descompensaciones en el último año. En tratamiento con Omeprazol 20 mg/día, Adiro 100mg/día, Enalapril 10 mg/día, Bisoprolol 5 mg/día, Atorvastatina 40 mg/día, Salmeterol-Fluticasona, Bromuro de Tiotropio, Zolpidem 5mg/día.

En octubre de 2021 ingresa en el Servicio de Medicina Interna por neumonía adquirida en la comunidad y descompensación de insuficiencia cardiaca congestiva. La valoración geriátrica realizada en este episodio mostró: Barthel basal 80, fragilidad 5, GDS 2. El paciente cumple criterios de pluripatología. PROFUND de 11 puntos. Durante el ingreso, varios episodios de síndrome confusional hiperactivo precisando de tratamiento con neurolépticos. Tras buena respuesta al tratamiento depletivo y antibioterapia se procede al alta hospitalaria.

En los 6 meses posteriores, el paciente ingresa hasta en 3 ocasiones por cuadros de descompensación de insuficiencia cardiaca congestiva en contexto de infecciones como agentes precipitantes.

Preguntas clave

Ante esta situación, habitual en nuestra especialidad, en la que un paciente pluripatológico y frágil reingresa en numerosas ocasiones durante un periodo corto de tiempo debemos garantizar la calidad asistencial y por ello nos preguntamos:

- ¿Sería beneficioso la creación de la Unidad de Crónico Complejo para el seguimiento de estos pacientes? El seguimiento estrecho e individualizado en dichas unidades supone un gran avance facilitando una actuación temprana y personalizada sobre sus problemas de salud tanto crónicos como agudos evitando reingresos y deterioro funcional en este grupo de pacientes caracterizados por la pluripatología y la fragilidad.
- ¿Cuándo plantearnos los cuidados paliativos en pacientes con pluripatología? Los cuidados paliativos tienen como objetivo mejorar la calidad de vida de los pacientes y las familias mediante el control de síntomas, atendiendo a las necesidades físicas, psíquicas, sociales y espirituales. Deberían llegar de forma proactiva y para ello, existen herramientas en las que poder ayudarnos como son los índices pronósticos (PROFUND). Sin embargo, todavía siguen siendo un reto importante para los sistemas sanitarios.

Conclusiones

- La Unidad del Crónico Complejo, garantiza el seguimiento estrecho y protocolizado en los pacientes pluripatológicos y frágiles; en definitiva, la calidad asistencial.
- En todo paciente crónico complejo debemos introducir una mirada paliativa precoz que garantice una atención integral del paciente y de su familia.

Bibliografía

- Brinkman-Stoppelenburg A, Rietjens JA, van der Heide A. The effects of advance care planning on end-of-life care: a systematic review. Palliat Med. 2014 Sep;28(8):1000-25.
- Torres M, Fabrellas i Padrés N, Solá Pola M, Rubio Merchán A, Camañes García N, Berlanga-Fernández S. Un modelo de atención integral al paciente crónico complejo. Revista Española de Enfermería, 2015, vol. 38, num. 3, p. 42-46.

CC-11

"MODIFICANDO LA HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD EN ANCIANOS: RECUPERACION FUNCIONAL SUBSIGUIENTE"

Martín Díaz, Juan Diego; Dávila Arias, Sarah; Ramírez Rico, Silvana.

HU Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares.

Antecedentes Personales. Tratamiento Habitual. Historia Actual

Varón de 81 años con antecedentes personales de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, insuficiencia cardíaca no filiada, EPOC Gold C y Enfermedad Renal Crónica estadío III no filiada. Presentó 3 ingresos en los últimos 6 meses por insuficiencia cardíaca congestiva descompensada/ reagudización de EPOC tratados mediante tratamiento diurético y antibiótico. Al ingreso índice Barthel de 80 (dependencia leve), puntuación en Escala Lawton Brody de 3, índice Pfeiffer de 3 (deterioro cognitivo leve) y puntuación de 9 en escala Social de Gijón.

Tto: Amlodipino 10 mg 0-0-1, enalapril 10 mg 1-0-0, metformina 850 mg 1-0-0.

Acude a Urgencias por cuadro clínico de edemas en miembros inferiores de 72 horas de evolución, asociado a ortopnea, aumento de tos con expectoración mucopurulenta y autoescucha de sibilancias.

Exploración Física. Pruebas Complementarias

TA 172/83. Sat 02: 87% basal. FC: 107 lpm. Auscultación cardíaca: Soplo sistólico II/IV en foco mitral, auscultación pulmonar: Hipofonesis y crepitantes bibasales húmedos inspiratorios y edemas en miembros inferiores con fóvea.

Hemograma con leucocitosis de 17.000 u/uL con desviación izquierda, hemoglobina de 13,1 mg/dL, plaquetas de 247.000 u/uL. Bioquímica con función renal deteriorada con FGR de 31,17 mL/min (previo de 57 y basales en torno a 60) sin alteraciones iónicas secundarias y elevación de proBNP hasta 7.319 pg/mL. Radiografía de tórax con derrame pleural bilateral con afectación intersticial perihiliar como datos de congestión pulmonar y electrocardiograma con ritmo sinusal a 67 lpm con bloqueo de rama derecha.

Diagnóstico/Medidas Terapéuticas

Cardiológico: Ecocardiograma con hallazgos de ventrículo izquierdo ligeramente dilatado (VTDVI de 6,1 cm) con función sistólica deprimida (FEVI por Simpson biplano de 41%) con insuficiencia mitral leve-moderada. Ante FEVI deprimida se realiza coronariografía diagnóstica con lesión distal en descendente anterior no subsidiaria de revascularización. Se inicia tratamiento diurético depletivo con diuréticos de asa hasta alcanzar euvolemia, con posterior tratamiento betabloqueante con bisoprolol inicial 2,5 mg y titulación hasta 5 mg/24h. para frecuencia cardíaca en reposo de 60-70 lpm, sustitución de enalapril por sacubitril-valsartán y titulación hasta 49/51 mg/12h, así como adición de espironolactona 25 mg/24h. Por ferropenia relativa (ferritina 123 e IST 9), administación ferroterapia intravenosa con hierro carboximaltosa.

Neumológico: Se inicia corticoterapia intravenosa y aerosolterapia con anticolinérgicos y β2 agonistas y tratamiento antibiótico con levofloxacino con satisfactoria respuesta clínica. Estabilizado, se realiza espirometría con los hallazgos de FEV 1 47%, FEV1/FVC 0,53 DLCO 86% y prueba broncodilatadora negativa, sin eosinofilia periférica en analítica y niveles normales de alfa-1 antitripsina, catalogando al paciente como EPOC Gold C fenotipo reagudizador no eosinofílico de alto riesgo (mMRC 2 basal; 3 hospitalizaciones en el último año previo) optimizándose tratamiento brocodilatador al alta con triple terapia LABA+LABA+CI (fluticasona/vilanterol/umeclidinio) y azitromicina ambulatoria.

Endocrinológico y Renal: Se objetivó hemoglobina glicosilada de 9,7%, añadiéndose al tratamiento antidiabético oral inhibidores de la dipeptil-peptidasa 4 (sitagliptina) e inhibidores de SGLT 2 (empaglifozina) al alta. Se asumió diagnóstico de fracaso renal agudo de probable origen prerrenal AKIN II sobre Enfermedad Renal Crónica estadío III en relación a nefropatía diabética/nefroangiosclerótica con recuperación parcial de función renal hasta FGR al alta de 48,5 mL/min. Se objetivó además proteinuria de 1.900 mg/24h en orina de 24 horas, incrementándose sacubitrilo-valsartán hasta 97/102 mg/12h.

En subsiguiente seguimiento de 2 años no presentó nuevas hospitalizaciones por EPOC o insuficiencia cardíaca. En control a los 24 meses se objetivó en ecocardiograma recuperación de FEVI hasta el 48% (Simpson

biplano) con disminución de regurgitación mitral hasta leve, descenso de la hemoglobina glicosilada hasta 6,7%, recuperación del filtrado glomerular (67 mg/dL/1,73m2) y caída de proteinuria a 300 mg/24 horas. En la nueva valoración funcional se objetivó incremento de puntuaciones en Escala de Barthel y Lawton Brody hasta 90 y 4 con mayor independencia para actividades básicas e instrumentales de la vida diaria tras mejoría funcional.

Discusión/ Conclusiones

La rápida identificación de **insuficiencia cardíaca con FEVI deprimida** de origen isquémico permitió su optimización mediante introducción de 3 nuevos fármacos modificadores del pronóstico a largo plazo (betabloqueante, antialdosterónico e ISGLT 2) con sustitución también de IECA por ARA2-inhibidor de neprilisina adoptando esquema horizontal de tratamiento característico de las últimas guías clínicas. Las medidas descritas permitieron una recuperación de función cardíaca ecocardiográfica, en consonancia con las descritas en la literatura científica en estudios como PROVE-HF[1]. Concomitantemente la categorización de **EPOC en fenotipo agudizador no eosinofílico de alto riesgo** tras espirometría y confirmación de **Gold C** permitió la optimización de tratamiento broncodilatador con triple terapia según últimas guías clínicas añadiéndose además azitromicina por mecanismo antiinflamatorios de macrólidos. Por último, el mayor control tensional y diabético, incremento de mecanismos nefroprotectores con ARA2 a dosis más altas, con control/disminución de la proteinuria y la introducción de ISGLT2 permitieron la recuperación funcional renal con frenado de la caída de filtrado glomerular objetivada en los últimos años.

En la práctica clínica diaria, dada edad avanzada y comorbilidades con limitación de esfuerzo terapéutico/ diagnóstico, puede renunciarse a la aplicación estricta de los nuevos métodos diagnósticos y terapéuticos en desarrollo en el paciente anciano. Sin embargo, es precisamente este grupo etario el más beneficiado de las mismas dada su alta morbilidad y tasas de reingreso. La identificación y correcta categorización en grupos pronósticos y fisiopatológicos de dichas comorbilidades, permiten la introducción de nuevos fármacos modificadores de la enfermedad y del pronóstico, que en muchas ocasiones presentan un mecanismo sinérgico y bidireccional cardio, neumo y nefroprotector (especialmente ARA2-inhibidores de la neprilisina; inhibidores de ISGLT2) permitiendo la recuperación funcional cardíaca, neumológica y nefrológica y en última instancia la recuperación funcional del paciente (reflejado en escalas de dependencia para actividades básicas e instrumentales como Barthel y Lawton-Brody) con correspondiente aumento en su calidad y esperanza de vida.

Bibliografía

[1]Januzzi JL Jr, Prescott MF, Butler J, Felker GM, Maisel AS, McCague K, et al. Association of change in N-terminal pro-B-type natriuretic peptide following initiation of sacubitril-valsartan treatment with cardiac structure and function in patients with heart failure with reduced ejection fraction. JAMA [Internet]. 2019;322(1):1085–95.

CC-12

LA COMPLEJIDAD DEL MANEJO DE COMORBILIDADES EN EL INGRESO

Antonio Hurtado, José; Martín Carmona, Jésica; Ochando Montes, Laura; Prieto Laín, Nuria; Villarejo Elena, Cristina; Gómez Huelgas, Ricardo.

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Caso clínico

Se trata de una mujer de 73 años hipertensa, diabética en tratamiento con insulina, dislipémica y obesa grado 3. Como antecedentes médicos relevantes presenta enfermedad renal crónica G3b por nefroangioesclerosis y nefropatía diabética, insuficiencia cardiaca tras cardiopatía isquémica tipo IAM revascularizada en 1998, panhipopituitarismo post parto en probable relación a Síndrome de Sheehan y anemia multifactorial con leve macrocitosis (ERC, ferropenia y déficit de vitamina B12).

La paciente vive en Málaga con su pareja, que es el cuidador principal con apoyo de su sobrina. Vida limitada en domicilio, con deambulación escasa por desacondicionamiento físico y gonalgia, precisando andador. A su ingreso presenta un Barthel de 80. La paciente se encuentra eutímica y sin problemas de insomnio. En la valoración inicial presentaba un riesgo bajo en la escala Braden de lesión por presión y sin riesgo de caídas en el cribado.

Paciente polimedicada buena cumplidora de tratamiento, según el test Morisky-Green; en tratamiento con hierro oral, Irbesartan 150mg/24h, Omeprazol 40mg/24h, Levotiroxina 112µg/24h, Rosuvastatina 10mg/24h, Triflusal 600mg/24h, Linagliptina 5mg/24h, Alopurinol 100mg/24h, Colchicina 500µg/24h, insulina basal 8 UI/24h, insulina bolo según glucemia capilar, Hidrocortisona 20-10-0mg, Cianocobalamina, Ácido Fólico, Calcifediol 266 µg mensual, Furosemida 240mg/24h y Esteres de Ácidos Omega 3.

Acude a urgencias por un cuadro de debilidad, sensación febril no termometrada, recorte de diuresis con coluria sin clara sintomatología miccional asociada, edemas en miembros inferiores e hipoxemia leve. Se ingresa para tratamiento deplectivo y antibioterapia tras objetivar sedimento urinario patológico.

Tras ingresar en planta la paciente presentó varias complicaciones. Tuvo varios episodios de sibilancias con hipoxemia que requirieron tratamiento con aerosoles y corticoides así como dependencia de oxigenoterapia (con la que se fue de alta a domicilio). En su cuarto día en planta desarrolló dolor abdominal con distensión, vómitos fecaloideos y ausencia de ruidos hidroaéreos. En este cuadro se escaló de Ceftriaxona a Piperacilina-Tazobactam (hasta completar 7 días), se indicó sonda de descarga, laxantes y procinéticos sin éxito requiriendo finalmente Neostigmina para conseguir tránsito intestinal. A pesar de tránsito con tratamiento médico no se consiguió buena tolerancia oral por lo que se mantuvo el sondaje de descarga. El 20/08/2021 presentó débito hemático por sonda, llevándose a cabo endoscopia digestiva alta de urgencia hallando Ulcus gástrico antral Forrest III, gastritis antral, cardias incompetente y gastroparesia de origen diabético. El sangrado se controló mediante perfusión de Pantoprazol no presentando mas episodios y a pesar de que se inició nutrición parenteral, la paciente perdió > 5 kg de peso durante el ingreso. Por otro lado la paciente tuvo mal control de la glucemia requiriendo en numerosas ocasiones insulina subcutánea y/o en perfusión debido tanto a descompensación por su patología aguda como a la necesidad de corticoterapia en contexto de disnea y por su panhipopituitarismo de base. Por último cabe reseñar la necesidad de sondaje vesical por globo, metrorragia en contexto de anticoagulación profiláctica, aumento de requerimientos de levotiroxina por hipotiroidismo sintomático a pesar de tratamiento de base, necesidad de ferroterapia iv para corrección de anemia y varios episodios de desorientación nocturna de origen multifactorial que junto con lo prolongado del ingreso mermaron su estado de ánimo.

Durante los 42 días que la paciente estuvo ingresada se resolvieron las patologías citadas y se procedió al alta con oxigenoterapia domiciliaria tras contactar con enfermería de enlace para adecuación de situación en domicilio ya que su estado funcional quedó disminuido, con un Barthel al alta de 40 y presentaba una lesión por presión que requirió continuación de curas que su cuidador no podía realizar. Se reajustó su tratamiento domiciliario, suspendiendo medicación fútil al valorar riesgo-beneficio. En domicilio, su grado funcional mejoró discretamente, junto a su ánimo y se resolvió el síndrome confusional.

Cuestiones clave

- El motivo principal de la prolongación del ingreso de la paciente fue debido a los vómitos causados por su gastroparesia diabética en una paciente con más de 20 años de enfermedad diabética. La parte más ardua del tratamiento fue la modificación de los hábitos dietéticos ya que la paciente realizaba comidas copiosas y con alto contenido graso en el momento que se iniciaba tolerancia oral. El tratamiento

incluye la hidratación y corrección de déficits de nutricionales. Es importante el control glucémico debido a que las hiperglucemias enlentecen el vaciamiento gástrico a la par que atenúa la eficacia de los procinéticos. Cuando los procinéticos clásicos no son suficientes, se puede iniciar eritromicina o azitromicina para incrementar el vaciamiento gástrico junto el Ondansetron como antiemético. En pacientes con síntomas refractarios se puede considerar la inyección de toxina botulínica endoscópica y la estimulación eléctrica gástrica. Opciones no contempladas en este caso por la agresividad de las técnicas. Es importante evitar los análogos de GLP1, que pueden empeorar la sintomatología.

- A los 6 meses de su ingreso, la paciente presenta una dependencia grave, con una puntuación de 35 en la escala Barthel. Además, presenta un deterioro cognitivo moderado con una puntuación de 6 en el test de Pfeiffer, congruente con los resultados de los últimos estudios que afirman que el síndrome confusional puede preceder el inicio de una demencia en pacientes ancianos.

Conclusiones

Las complicaciones de la diabetes evolucionada suponen un reto terapéutico, especialmente en el paciente anciano que habitualmente presenta otras comorbilidades así como un mayor riesgo de desarrollo de estados confusionales, sobre todo durante ingresos hospitalarios. Así mismo en este tipo de pacientes puede suponer un desafío adicional conseguir adherencia al tratamiento y los cambios necesarios en el estilo de vida.

Bibliografía

Camilleri M. Clinical practice. Diabetic gastroparesis. N Engl J Med. 2007 Feb 22;356(8):820-9.

Marcantonio ER. Delirium in Hospitalized Older Adults. N Engl J Med. 2017 Oct 12;377(15):1456-1466.

XIII REUNIÓN GRUPO DE TRABAJO

PACIENTE PLURIPATOLÓGICO Y EDAD AVANZADA

19 y 20 DE MAYO 2022

HOTEL VINCCI SOMA

MADRID

ORGANIZA:

SEMI

FEMI

PPP y EA

Paciente Pluripatológico y Edad Avanzada