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

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

Beatriz Fernández Gómez
R2 Medicina Interna
Hospital Universitario Infanta Leonor (Madrid)

Varón de 99 años

Motivo de consulta: Disnea

Antecedentes personales:
- No alergias medicamentosas conocidas
- FRVC: HTA, no DM, no DL
- FA paroxística, BCRD+HBAIHH + BAV completo (marcapasos VVI 2019)
- Estenosis aórtica severa con FEVI 45%. HVI severa, derrame pericárdico crónico, posible miocardiopatía infiltrativa (¿Amiloidosis?) ----> 2019 se decide manejo conservador
- Neumonía Covid noviembre 2021
- Enfermedad renal crónica estadio 3
- Ansiedad crónica + situación de duelo
- Espondiloartrosis.
- Cirugías previas: neo recto-sigma 2000. Faquectomía bilateral. Hernioplastia inguinal bilateral.

Tratamiento habitual:
Alprozalam 1mg (0-0-1) Alprazolam 0.5mg (1-1-0) Quetiapina 25 mg (0-0-1) Omeprazol 20mg (1-0-0-0) Amlodipino 5mg (1-0-0), Acenocumarol 4mg (DTS: 16), Furosemida 40 (1-0-0), Paracetamol 1g (1-0-0), Metamizol 575 mg (1-1-1)

Situación basal: ---> Barthel 85
Vive en su domicilio, segundo piso sin ascensor, no sale a la calle desde hace 3 meses. Viudo desde hace casi un año. Tiene 3 hijos, una hija reside en Madrid que supervisa cuidados, el resto en otras provincias. Cuidadora 24 horas.
Independiente para la comida. Ayuda parcial para el vestido. Dependiente para la ducha. Deambula por casa sin ayuda.

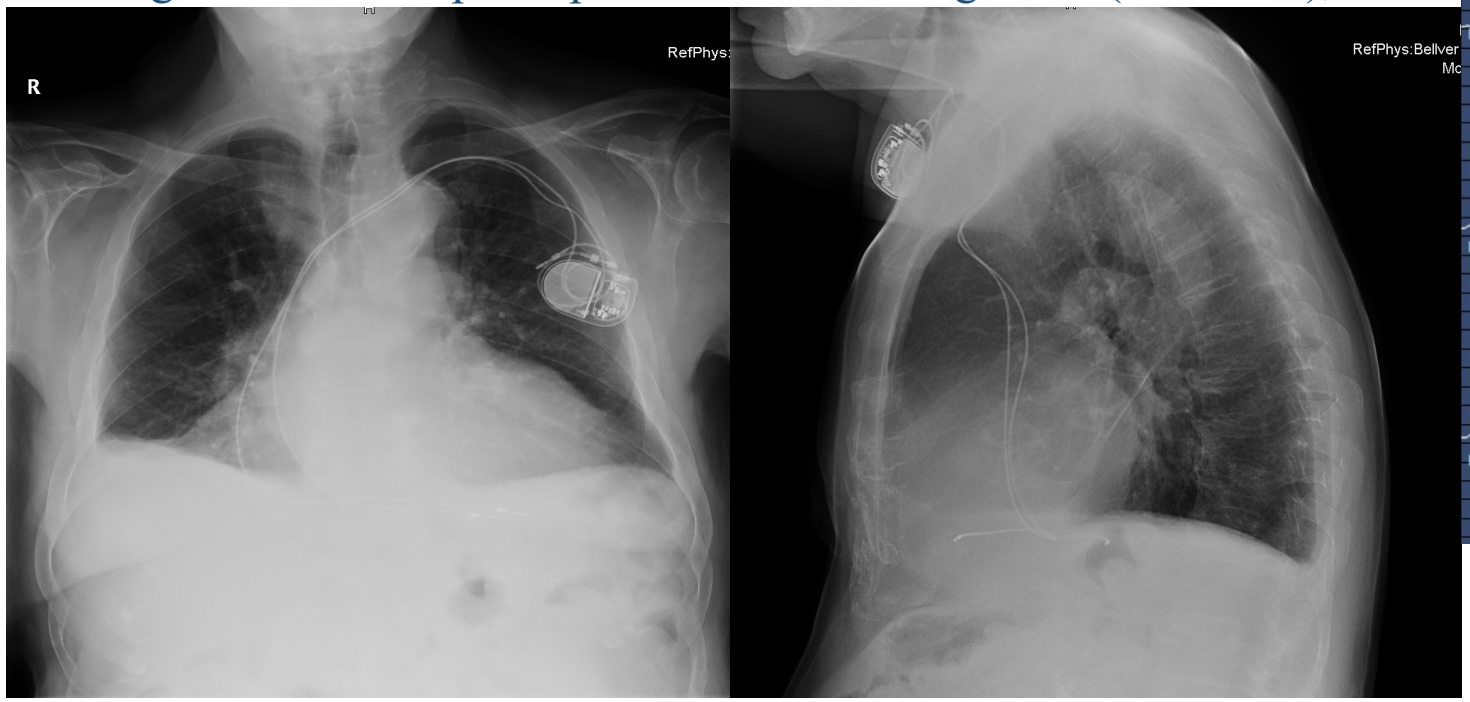
Enfermedad actual:
Remitido a Urgencias por su MAP, tras realizar RX tórax con datos de derrame pleural bilateral.
Refiere desde hace aproximadamente 4 semanas disnea progresiva hasta hacerse de mínimos esfuerzos, aumento de edemas en MMII, y en la ultima semana DPN, ortopnea y marcada disminución de diuresis.

Exploración física en Urgencias:
SatO2 a su llegada: 88% basal, remonta con GN a 3 lpm a 95%
TA 174/75 mmHg, FC: 90 lpm, T: 36.3ºC.
BEG, NH,NP,NC. Levemente taquipneico en reposo.
AC: arrítmico, con soplo sistólico panfocal, más audible en foco aórtico.
AP: hipofonesis en ambas bases.
Abdomen: hernia supraumbilical no complicada, RH+, blando, depresible, no doloroso a la palpación, no datos de irritación peritoneal, no masas ni visceromegalias.
MMII: pulsos pedios presentes y simétricos, edemas hasta rodilla con escasa fóvea

Analítica:

* Hemograma: Leucocitos 7.65 10E3/mcL (3.6 - 10.5), Neutrófilos 6.6 10E3/mcL (1.5 - 7.7), Linfocitos 0.4 10E3/ÂµL (1.1 - 4.0), Hematíes 4.01 10E6/ÂµL (4.0 - 5.65), Hemoglobina 10.7 g/dL (12.5 - 17.2), Hematocrito 34.7 % (37.0 - 49.0), V.C.M 86.7 fL (80.0 - 101.0), H.C.M 26.6 pg (27.0 - 34.0), C.H.C.M 30.7 g/dL (31.5 - 36.0), Plaquetas 166 10E3/mcL (140.0 - 370.0)

* Coagulación: Tiempo de protrombina 27.7 segundos (9.0 - 13.0), Activi



A lo largo del ingreso:

- Tratamiento depletivo IV con buen evolución
- Por las noches inquieto, refiere levantarse de forma habitual al sillón en domicilio.

Se comienza tratamiento con gotas de haloperidol sin mejoría, precisando sujeciones blandas y trazodona.

En todo momento consciente y orientado en las 3 esferas, recuerda lo ocurrido "como si estuviera fuera de sí mismo", lo vive con intensa angustia vital, teniendo terror a la noche.

Por mejoría clínica, dada su patología de base y edad, se decide, de acuerdo con la familia y el paciente, no realizar más pruebas diagnósticas. Se continua el ingreso en Hospital a Domicilio y tras el alta comienza seguimiento en Hospital de Día de Medicina Interna

Valoración integral en Hospital de Día tras el alta:

Pfeiffer 2

Charlson 6 (insuficiencia cardiaca, edad)

Profund 11 (edad > 85, delirium, cuidador diferente al cónyuge): mo

Yesavage <10

MNA 5: malnutrición

Barthel 65 (pérdida de movilidad e independencia)

NECPAL positivo (pregunta sorpresa positiva + pérdida funcional progresión Barthel de 85 a 65 + deterioro nutricional sostenido por MNA 5 + multimorbilidad + uso de recursos sanitarios + enfermedad crónica avanzada): estadio III, mediana de supervivencia de 3.6 meses

- ✓ Efectos de la hospitalización en la pérdida de funcionalidad del paciente anciano

  Prevención ---> 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

- ✓ Identificar las necesidades del paciente crónico introduciendo el concepto de atención paliativa

  Sin criterio de terminalidad, sin contraindicación de tratamiento activo

  Instrumento NECPAL

- ✓ Ajuste de la atención del paciente a sus necesidades

  Necesidad de una red de apoyo estructurada con unidades como HAD, HDM,ESAD Y AP para el seguimiento y la toma de decisiones

Gracias