

X REUNIÓN PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS

XIV REUNIÓN DEL GRUPO DE CRONICIDAD Y PLURIPATOLOGÍA

6 - 7
OCTUBRE
2023

ALCALÁ DE HENARES
Parador de Alcalá de Henares

ORGANIZA



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA INTERNA



FUNDACIÓN ESPAÑOLA DE MEDICINA INTERNA



CRONICIDAD
Y
PLURIPATOLOGÍA

PATROCINADO POR



Boehringer
Ingelheim

ISBN: 978-84-09-56306-7

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.

ÍNDICE

CC-01	Estrecho seguimiento y adecuación del tratamiento: un equilibrio perfecto	5
CC-02	Pacientes crónicos complejos en el sistema sanitario, ¿pacientes de segunda clase?.....	7
CC-03	Hacer o no hacer: podemos hacerlo, pero ¿debemos?	9
CC-04	Obesidad sarcopénica. Un problema cada vez más frecuente.....	11
CC-05	Utilidad de la continuidad asistencial entre niveles asistenciales en el manejo del paciente frágil.....	13
CC-06	Fractura de cadera: una caída lo cambia todo	15
CC-07	La atención al paciente dependiente del hospital. ¿Un fracaso del sistema sanitario?.....	17
CC-08	La importancia de incluir la valoración emocional en un ingreso prolongado con múltiples complicaciones	19
CC-09	Más allá de la celulitis	21
CC-10	La invaluable mejora en la calidad de vida del paciente pluripatológico mediante el seguimiento domiciliario especializado	23
CC-11	La importancia del uso de la vía subcutánea para síntomas de difícil control en el paciente pluripatológico complejo.....	25
CC-12	Toma de decisiones al final de la vida en el paciente pluripatológico complejo: la necesidad de aclarar conceptos	27
CC-13	Paciente frágil hospitalizado ¿qué podemos hacer?.....	29
CC-14	Romper la dinámica de las guías y la inercia terapéutica: a veces menos es mejor	31

ORGANIZA



PATROCINADO POR



CC-01

ESTRECHO SEGUIMIENTO Y ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO: UN EQUILIBRIO PERFECTO

Diez-Saez, Miriam; Hurtado Carrillo, Laura.

Hospital San Pedro de la Rioja, Logroño.

Caso clínico

Varón de 83 años que ingresa en Medicina Interna en enero de 2022 para estudio de anemia y episodio de insuficiencia cardiaca (IC) con FEVI preservada. Como antecedentes destacan cardiopatía isquémica crónica, fibrilación auricular (FA) bloqueada que requirió marcapasos en 2021, enfermedad renal crónica (G3b-4a1) (ERC), hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2. Presenta funciones superiores conservadas (Pfeiffer 0 errores), es independiente para las actividades básicas de la vida diaria (Barthel: 100; clase funcional NYHA I/IV; FRAIL: 2) y vive en su domicilio con su esposa. Su tratamiento es el que sigue: Insulina glargina 26UI en desayuno, Acenocumarol según pauta, Nitroglicerina 15mg parche, Furosemida 40 mg 3 comprimidos/día, Valsartán 80mg/día, Simvastatina 40 mg/día, Febuxostat 80 mg 0.5c./día, Formoterol/Beclometasona 100/6mcg 2/12 horas, Proteinsuccinilo de hierro 40mg 2c./día.

Se trata de una anemia ferropénica (hemoglobina (Hb) 7,0 g/dl, VCM 90,5 fL, HCM 26,7 pg, ferritina 44.0 ng/mL, transferrina 316.0 mg/dL, índice de saturación de transferrina 7%), que en el estudio endoscópico resulta secundaria a angiodisplasias aisladas y a ectasia vascular antral gástrica (GAVE en inglés); ambas lesiones son tratadas mediante hemostasia endoscópica con láser argón. Se transfunden 2 concentrados de hematíes (CH) y se administra furosemida iv con mejoría de los parámetros analíticos y de la IC. A los 6 meses reingresa por infección por SARS-CoV-2 y nueva anemización. Se completa estudio con cápsula endoscópica con resultado de GAVE, así como hemorragia digestiva alta (HDA) activa en bulbo duodenal y nuevas angiodisplasias en yeyuno, por lo que, además de fulguración endoscópica, se modifica el tratamiento anticoagulante previo con acenocumarol por apixaban (2.5 mg/ 12 horas) debido a controles subóptimos (TRT 16,93%) y sangrado activo. En menos de 3 meses, presenta 2 ingresos más (agosto y septiembre) por anemización severa (Hb 5,8 g/dl) en contexto de HDA, con descompensación de IC y agudización de insuficiencia renal asociadas. En ambos ingresos precisa fulguración endoscópica y transfusión de varios CH. Dadas las numerosas angiodisplasias en todo el tracto digestivo se inicia octreotide 10 mg/mes en agosto, que se aumenta a 20 mg/mes en septiembre. Se comenta con Cardiología para valoración de cierre de orejuela, intervención para la que ingresa de forma programada en octubre de 2022. Sin embargo, se suspende dada la enésima anemización que presenta y se inicia Epoetina mensual por ERC.

En noviembre ingresa por anemia e IC, siendo valorado de nuevo por Cardiología para cierre de orejuela, pero dada la fragilidad clínica entonces se desestima tal intervención y se opta por la reducción de la dosis de apixaban (2.5 mg/ 24 horas), sin retirada completa del anticoagulante y control en consulta externa. En diciembre de 2022, vuelve al hospital por infección respiratoria e IC requiriendo ingreso prolongado con hospitalización domiciliaria.

Tras esta última estancia en el hospital, comienza en diciembre de 2022 seguimiento por la Unidad del Paciente Pluripatológico (UPP), donde se realiza valoración integral del paciente: presenta una puntuación de 6 en la escala Profund y mantiene 100 puntos en la de Barthel y una CF NYHA I/IV. Tras unas semanas en seguimiento estrecho por esta unidad, el paciente mantiene anemización, que requiere la intensificación de la ferroterapia (eritropoyetina 30000 UI /15 días, hierro carboximaltosa iv y transfusiones de hemoderivados periódicas (1 o 2 CH semanales)), y la suspensión total del anticoagulante siendo sustituido por ácido acetilsalicílico (AAS) (100 mg/día) para realización ulterior de cierre de orejuela por Cardiología. Pese a ello, las cifras de hemoglobina no mejoran y en varias ocasiones se ha de reducir el tiempo entre transfusiones (2 CH en menos de 5 días), por lo que se desestima definitivamente el cierre de orejuela dado el alto riesgo hemorrágico.

Dada la refractariedad de la hemorragia digestiva, los altos requerimientos de la anemia y la necesidad de suspender anticoagulación a pesar de su indicación por FA (CHA2DS2-VASc: 5 puntos), se estudia el uso compasivo de bevacizumab. Este es iniciado en marzo de 2023 por la UPP con dosis de inducción a dosis de 5 mg/kg cada 2 semanas durante 2 meses, y posteriormente dosis de mantenimiento mensual hasta completar un año. A medida que se suceden las consultas médicas en la unidad y la correspondiente administración del anticuerpo monoclonal en cada una de ellas, se logra mejora de la hemoglobina (hasta 12.7 g/dl), se suspenden progresivamente octreotide, epoetina y AAS, y se reinicia anticoagulación (apixaban 2.5mg /12 horas). Desde el

inicio del seguimiento en la unidad el paciente no ha precisado transfusión de CH ni ingresos por IC, aunque sí ha requerido tratamiento con hierro carboximaltosa cada 1-2 meses.

Cuestiones claves

Se trata de un paciente con buena calidad de vida (Índice de Barthel 100, NYHA I/IV y sin deterioro cognitivo), cuyo manejo resulta complejo debido a las demandas en sentidos opuestos de la anemia secundaria a angiodisplasias y de la fibrilación auricular (1). Los buenos resultados obtenidos tras una valoración integral y multidimensional (VIMA) motivan a la UPP a probar diferentes terapias (reducción de anticoagulación, uso de AAS, intensificación de feroterapia...), sin embargo, ninguna de las opciones consigue un adecuado equilibrio. Por esta razón, y dados los buenos resultados en pacientes con síndrome de Rendu-Oslu-Weber y síndrome de Heyde, se solicita el uso compasivo de bevacizumab (2–4). Una valoración estrecha de la evolución del paciente tras el inicio del anticuerpo monoclonal ha permitido incrementar su calidad de vida, mermada tras repetidos ingresos hospitalarios. Así, en la actualidad, el paciente ha permanecido 9 meses sin requerir ingreso hospitalario, se ha podido simplificar su tratamiento domiciliario y se ha iniciado anticoagulación de la FA manteniendo cifras de hemoglobina estables.

Conclusiones

- La valoración integral y multifactorial del anciano (VIMA) es importante en todos los pacientes ancianos ingresados en Medicina Interna ya que esta puede modificar las actuaciones llevadas a cabo durante el ingreso y seguimiento mejorando la calidad de vida de los pacientes, ajustando la asistencia médica a sus necesidades y su pronóstico.
- El seguimiento en las Unidades de pacientes pluripatológicos supone una disminución de las descompensaciones de su patología crónica lo que implica una mejora en la calidad de vida y deterioro funcional del paciente (5).

Bibliografía

1. Hindricks G, Potpara T, Dagres N, Arbelo E, Bax JJ, Blomström-Lundqvist C, et al. Guía ESC 2020 sobre el diagnóstico y tratamiento de la fibrilación auricular, desarrollada en colaboración de la European Association of Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). *Rev Esp Cardiol.* mayo de 2021;74(5):437.e1-437.e116.
2. Faughnan ME, Mager JJ, Hetts SW, Palda VA, Lang-Robertson K, Buscarini E, et al. Second International Guidelines for the Diagnosis and Management of Hereditary Hemorrhagic Telangiectasia. *Ann Intern Med.* diciembre de 2020;173(12):989-1001.
3. Cutillas BV, Iglesias RT, Serra PC, Grimalt EG. 663 - Respuesta al tratamiento con bevacizumab en pacientes con telangiectasia hemorrágica hereditaria y afectación digestiva. *Rev Clínica Esp.* 223(Suplemento 1):S48.
4. Virk ZM, Song AB, Badran YR, Al-Samkari H. Systemic bevacizumab as salvage therapy for persistent severe bleeding and anemia in heyde syndrome following aortic valve replacement. *J Thromb Thrombolysis.* agosto de 2022;54(2):255-9.
5. Vallejo Maroto I, Cubo Romano P, Mafé Nogueroles MC, Matesanz-Fernández M, Pérez-Belmonte LM, Said Criado I, et al. Recomendaciones sobre la valoración integral y multidimensional del anciano hospitalizado. Posicionamiento de la Sociedad Española de Medicina Interna. *Rev Clínica Esp.* junio de 2021;221(6):347-58.

CC-02

PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS EN EL SISTEMA SANITARIO, ¿PACIENTES DE SEGUNDA CLASE?

Campo Lobato, Fabiola; Alonso Claudio, Gloria; Moralejo Alonso, Leticia.

Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca.

Vamos a presentar cuatro casos de pacientes crónicos complejos (PCC), valorados en diferentes niveles asistenciales antes de ser remitidos a la Unidad de Continuidad Asistencial de pacientes PCC (UCA) de un hospital de cuarto nivel por un motivo de consulta común: **“he dejado de caminar”**.

MARINO, 85 años. Clasificado por Atención Primaria (AP) desde 2020 como paciente pluripatológico crónico y por lo tanto, incluido en el plan para la atención a estos pacientes en nuestra comunidad (a pesar de lo cual no tiene seguimiento en AP). Consulta por lesiones vesiculosas en pie derecho. Se le diagnostica un herpes zoster y se indica brivudina. 5 días más tarde llama a su centro de salud diciendo que no puede caminar (no consta ninguna actuación). A los 4 días vuelve a llamar porque no puede orinar, acuden a domicilio y se le sonda por retención aguda de orina (RAO). Posteriormente se le retira la sonda y llama de nuevo a los 5 días por una nueva RAO (se le pone de nuevo sonda vesical).

A los 8 días llama su mujer al centro de salud diciendo que está muy agobiada, viven solos, “no tienen a nadie” y su marido de ser autónomo ha pasado a no caminar nada. Además, ahora está sondado y precisa cambios de bolsas y cuidados que no le puede realizar. Deciden retirar la sonda para facilitar los cuidados y al día siguiente avisan de nuevo por otra RAO. A los cuatro días Marino decide ir a urgencias, refiere que vive solo con su esposa (mayor que él) y que **“acude por debilidad de miembro inferior derecho de 15 días de evolución, que le impide mantenerse de pie”**. Se le realiza una analítica objetivando una hemoglobina de 9 gr/dL y leucopenia de 2000/uL. Le diagnostican de **bicitopenia** y le envían a la UCA para valoración de esta. A las 48 horas se le valora y se repasa su historia previa y actual. En la anamnesis (dificultosa por hipoacusia y porque éste acude solo), se objetiva que a pesar de ser una paciente PCC, hasta hace un mes era autónomo (Barthel 90 puntos) y sin deterioro cognitivo (Pfeiffer 1 punto), Pese a ello paciente desconoce la medicación que toma. En este mes, tras el inicio del zoster en pie derecho, de forma progresiva ha dejado de caminar “porque no tiene fuerza en la pierna derecha”, de tal manera que ahora es dependiente con un Barthel de 45 puntos (dependencia severa). Ahora su mujer que tiene 90 años con problemas de movilidad es su cuidadora principal. La escala Gijón es de 15 puntos: problema social. Exploración: presenta higiene deficiente y se objetiva pérdida de fuerza de miembro inferior derecho 2/5, sin dolor e hiporreflexia. El juicio diagnóstico es: incapacidad para la marcha secundaria a neuropatía motora por herpes zoster en pierna derecha y problema social.

Cuestiones

¿Por qué se obvia un motivo de consulta tan grave, tanto en primaria como en urgencias? Y por otro lado: el paciente refirió que vivían solos y que ahora era dependiente tanto en urgencias como en AP (estos incluso valoraron al paciente en domicilio en varias ocasiones), ¿por qué no se dio importancia al problema social del paciente?

JESÚS, 88 años. Paciente PCC consulta con su médico de AP por **debilidad generalizada**. Le aumenta dosis de antidepresivo. Al día siguiente acude a urgencias: **“antes caminaba y comía solo y ahora es dependiente”**. Se realiza una TAC craneal sin hallazgos agudos, una analítica sin alteraciones y se le da de alta con diagnóstico de **insuficiencia cardíaca**. Acude de nuevo a urgencias por el mismo motivo. Esta vez avisan a Neurología que realiza el diagnóstico de “deterioro del estado general en paciente dependiente pluripatológico”. El paciente es citado en la UCA a las 48 horas. Acude con una hija, que es la cuidadora principal. En la anamnesis detallada refieren que el paciente presentaba una dependencia moderada, caminaba con andador, comía solo, pero desde hacía unos 20 días, de forma progresiva comenzó con más dificultad para la deambulación y posteriormente para comer, de tal manera que actualmente presenta un Barthel de 10 puntos. No tiene deterioro cognitivo (Pfeiffer 2 errores) y en la exploración neurológica: paresia grave de todas las extremidades, no impresionan alteraciones en la sensibilidad, reflejos presentes, reflejo cutáneo plantar flexor bilateral, sin otros signos de piramidismo. El

diagnóstico es de tetraparesia subaguda, con lo que se decide el ingreso hospitalario para diagnóstico etiológico y tratamiento.

JOSÉ, 76 años. Consulta en urgencias por dolor lumbar de un mes de evolución refractario a paracetamol. En las últimas semanas también presenta dolor en piernas (sobre todo en la izquierda). El dolor es tan intenso que **le dificulta la deambulación**. El diagnóstico es de **crisis renoureteral**. A los 4 días acude de nuevo a urgencias y le remiten a consulta de la UCA donde tras realizar historia y exploración se diagnostica de radiculopatía L4-L5 con datos de alarma (síndrome general y fiebre). El paciente presentaba un absceso epidural y espondilodiscitis por *S. agalactiae*.

GRISELDA, 87 años. Paciente PCC. Acude a urgencias por debilidad en brazo derecho. Se la diagnostica de hipopotasemia (K: 2.9 mmol/L) y se la remite a domicilio. Acude de nuevo a urgencias por progresión de la debilidad, ahora no puede caminar y se deriva a la UCA con diagnóstico de **insuficiencia cardíaca**. En la UCA, tras anamnesis y exploración detallada se hace el diagnóstico de Guillain-Barré.

Conclusiones

1. Los PCC suelen ser mayores y con múltiples patologías, tal vez, esto haga que se les preste menor atención, incluso cuando el síntoma que nos refieren es potencialmente grave, cuando deberíamos de esforzarnos más porque son pacientes complejos a la hora de su valoración: tienen múltiples antecedentes, polifarmacia, fragilidad, a veces limitaciones sensoriales (hipoacusia), dificultad para expresarse...
2. En los distintos niveles asistenciales se tiene poco en cuenta la situación social del paciente, que influye en su enfermedad.
3. En las urgencias de los hospitales (donde la presión asistencial es creciente) es difícil valorar adecuadamente a estos pacientes que seguramente necesitan de un mayor tiempo de atención por su complejidad.

Bibliografía

1. I. Vallejo Maroto, 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: 347-358, <https://doi.org/10.1016/j.rce.2020.10.003>.
2. Estrategia de Atención al paciente crónico en Castilla y León. Sacyl 2020.

CC-03

HACER O NO HACER: PODEMOS HACERLO, PERO ¿DEBEMOS?

Milla Olaya, Belén; Vicente Mas, Josep.

Hospital Universitario del S.V.S. de San Juan, Sant Joan d'Alacant.

Varón de 82 años sin alergias conocidas. Antecedentes de HTA, dislipemia, ictus lacunar protuberancial y artrosis. Prótesis total de rodilla. Niega hábitos tóxicos. Natural de Alemania, vive con su mujer también anciana e independiente. Autónomo para actividades instrumentales y avanzadas de la vida diaria antes del ingreso. Sin deterioro cognitivo ni afectación en la esfera afectiva. Riesgo social bajo valorado por Escala de Gijón.

Ingresa en Medicina Interna para estudio de síndrome constitucional, refiere pérdida de 15kg en 2-3 meses, astenia y dolor abdominal postprandial. Sin hallazgos relevantes en la exploración física. En analítica urgente tan solo destaca fracaso renal agudo (Cr 1.39; FG 47.38 [previos Cr 0.5-0.7; FG>60])

Se realiza TC toraco-abdomino-pélvico en el que se visualiza una ectasia de radicales biliares intrahepáticos izquierdos que coincide con una probable estenosis de la confluencia de la vena porta izquierda, sin evidenciar causa obstructiva. Se completa estudio con RM en la que se observa lesión sospechosa de malignidad que condiciona la dilatación de la vía biliar intrahepática. Se plantea diagnóstico diferencial entre: colangiocarcinoma vs metástasis de tumor primario desconocido. Se decide biopsiar la lesión, pero al no poderse realizar mediante ecoendoscopia se decide solicitar un colangio-pancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), pero no se puede obtener muestra. Se decide seguimiento ambulatorio.

3 días tras la CPRE acude a Urgencias por malestar general y dolor abdominal. En la exploración física destaca dolor a la palpación en hipocondrio derecho, hipotensión arterial y taquicardia. En analítica presenta aumento de reactantes de fase aguda. Ingresa a cargo de Medicina Interna por sepsis de probable origen biliar. Se toman hemocultivos y se inicia tratamiento empírico con meropenem. Se aísla *E. coli* sensible a cefalosporinas y se desescala a ceftriaxona.

A los 4 días de ingreso presenta dolor lumbar de características inflamatorias, impotencia funcional y retención aguda de orina y persiste elevación de reactantes de fase aguda en controles analíticos. Se solicita RM columna en la que se visualiza espondilitis T8-T9 con un absceso epidural asociado. Neurocirugía indica tratamiento médico y ortésico. Evolución inicial favorable clínica y analítica. Pérdida funcional severa (Barthel: 50), negativa a la sedestación progresiva y rechazo del corsé por mala tolerancia. A los 39 días presenta dolor en cinturón de características neuropáticas por lo que se solicita un TC abdominal en el que describen aplastamiento de las vértebras afectas. Se programa fisioterapia para reeducar la marcha y potenciación la musculatura global, con evolución lentamente favorable.

Al alta presenta síntomas depresivos, un I.Barthel de 30, riesgo alto de caída (FRS 3/5) y riesgo moderado de úlcera por presión (Braden 13/23). No se pudo derivar a domicilio con la Unidad de Hospitalización a domicilio ya que la cuidadora es una anciana frágil que no puede asumir los cuidados. Es rechazado su traslado a Hospital de Larga Estancia para continuar tratamiento antibiótico y tratamiento fisioterápico. Se les propone traslado a centro sociosanitario. Se consigue plaza, finalizado el tratamiento antibiótico (6 semanas).

Cuestiones claves y conclusiones

A través de este caso se nos plantean varias cuestiones:

¿Se valoró adecuadamente el riesgo-beneficio? ¿Condiciona el pronóstico vital el estudio y tratamiento de la neoplasia o es una comorbilidad más? ¿Es la esperanza de vida suficientemente larga como para que la sintomatología de la neoplasia disminuya su calidad de vida en caso de no recibir tratamiento?

Los ancianos mayores de 80 años y aquellos con limitación funcional y/o con comorbilidades presentan mayor riesgo de complicaciones y efectos adversos al ser sometidos a ciertas técnicas diagnósticas y tratamientos (1,2). Una herramienta útil para realizar un adecuado balance riesgo-beneficio, es la valoración integral y multidimensional del anciano (VIMA), pudiendo identificar aquellos pacientes que se beneficiarían del diagnóstico y tratamiento del cáncer y aquellos en los que se debería plantear un tratamiento paliativo, ¿fue una valoración suficientemente exhaustiva? (3).

La hospitalización puede conllevar el deterioro funcional en los pacientes ancianos. En nuestro caso, un anciano robusto e independiente pasa a ser un anciano frágil y dependiente. Diversos factores influyen en este deterioro: edad, comorbilidades, estado funcional previo, deterioro cognitivo, situación nutricional, sarcopenia... Sin embargo, también se ha demostrado que las intervenciones basadas en necesidades detectadas a través de la VIMA y la estancia en unidades de convalecencia pueden reducir el impacto de la hospitalización.(3,4) Estas unidades en hospitales de agudos centradas en asegurar cuidados, prevención del deterioro y recuperación funcional son coste efectivas y permitirían limitar la saturación en los hospitales de media larga estancia. ¿Existen suficientes unidades de estas características? ¿Están sobrecargados los hospitales de media/larga estancia asumiendo el déficit de recursos socio-sanitarios para la atención a aquellos pacientes con falta de apoyo socio-familiar? ¿Disponemos de recursos sociales para atender situaciones en las que no hay apoyo sociofamiliar suficiente? ¿Es adecuada la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales y con los servicios sociales?

Bibliografía

1. Burdette-Radoux S, Muss HB. Adjuvant Chemotherapy in the Elderly: Whom to Treat, What Regimen? *The Oncologist*. 1 de marzo de 2006;11(3):234-42.
2. Galeazzi M, Mazzola P, Valcarcel B, Bellelli G, Dinelli M, Pasinetti GM, et al. Endoscopic retrograde cholangiopancreatography in the elderly: results of a retrospective study and a geriatricians' point of view. *BMC Gastroenterology*. 14 de marzo de 2018;18(1):38.
3. Palmer K, Onder G. Comprehensive geriatric assessment: Benefits and limitations. *European Journal of Internal Medicine*. 1 de agosto de 2018;54:e8-9.
4. Bakker FC, Olde Rikkert MGM. Hospital Care for Frail Elderly Adults: From Specialized Geriatric Units to Hospital-Wide Interventions. *Interdiscip Top Gerontol Geriatr*. 2015;41:95-106.

CC-04

OBESIDAD SARCOPEÁNICA. UN PROBLEMA CADA VEZ MÁS FRECUENTE

Sáenz De Urturi Rodríguez, Alejandro¹; Castañeda Pastor, Ana²; Nieto Fernández, Luis Alberto¹; Gimena Rodríguez, Francisco Javier¹; Domínguez Sepúlveda, María²; Teigel Prieto, Laura¹; Bermejo Acevedo, Paula¹.

¹Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Móstoles; ²Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Mostoles.

Desarrollo del caso

Se trata de una mujer de 84 años que ingresa en el Servicio de Medicina Interna por una descompensación de insuficiencia cardiaca desencadenada por un proceso infeccioso respiratorio por SARS COV2.

Como antecedentes personales presenta hipertensión arterial, hipercolesterolemia, asma e insuficiencia cardiaca por cardiopatía hiperetensiva. Es por tanto, una paciente con criterios de pluripatología, con dos categorías de la clasificación de Ollero (categorías A y C).

Se inició a su llegada tratamiento diurético intravenoso y nirmatrelvir/ritonavir (Paxlovid).

Al llegar a planta encontramos a una paciente obesa, sin ningún aparente déficit cognitivo, con buen estado general, que comenta ser muy activa en su residencia. Decidimos hacer una valoración integral multidimensional: Institucionalizada en residencia.

- Escala Pfeiffer: 4 puntos deterioro cognitivo leve.
- Lawton-Brody:1 punto; gran dependencia para las actividades instrumentales.
- Barthel 45; dependencia moderada para las actividades básicas de la vida diaria.
- Camina con andador y ha tenido 2 caídas en el último año.
- Short-MNA: 9: Riesgo de malnutrición. IMC: 36,4 (peso: 84 Kg y Altura: 152 cm. Sin disfagia).

Con estos datos, con una historia previa de caídas y deambulación con ayuda de andador, se decidió realizar un cribado de sarcopenia que resultó positivo: SARC-F 7 puntos.

Se completó la valoración con una dinamometría, con un resultado de 7kg (patológico en mujeres por debajo de 16kg) y una medición de masa muscular mediante ecografía del recto femoral anterior objetivando un grosor de 2,21 y un área de 0,65 cm².

A nivel analítico, presentaba una linfopenia que podemos atribuir a la infección por SARS COV 2, no presentaba anemia, ferropenia, déficits de B12 o fólico, las proteínas totales fueron normales y la albumina era de 2,9 g/dl (límite 3,5).

Se diagnosticó por tanto de una probable obesidad sarcopénica, que posiblemente fuese grave debido a que condiciona una dependencia moderada para las actividades básicas de la vida diaria, aunque no se realizaron los test específicos para determinarlo.

Para su tratamiento se calculó el gasto energético basal con la ecuación de Mifflin-St Jeor, que fue de 1546 Kcal/día para un estrés moderado. Se calculó una necesidad proteica de 98,4.

En el ingreso tenía una dieta "blanda" que contiene 2122kcal y 99,7g de proteínas. Se incentivó la deambulación por la planta con ayuda del personal y se le facilitaron ejercicios de fortalecimiento de miembros superiores e inferiores.

Con respecto a la patología que le hizo ingresar, inicialmente presentó mejoría de insuficiencia cardiaca pero deterioro posterior respiratorio en relación al SARS COV 2, con sobreinfección bacteriana con aparición de una posible neumonía de lóbulo inferior izquierdo. Se asociaron esteroides y antibioterapia con ceftriaxona y azitromicina, con una buena evolución clínica finalmente.

En el momento del alta se planteó la necesidad de suplementación nutricional. Surgió la dificultad de realizar unas recomendaciones de fortificación proteica, puesto que entendemos que las dietas en una residencia serán difícilmente personalizables y no disponemos la información nutricional de las mismas. Se administró un suplemento hiperproteico que aportaba 9g de proteínas diarias.

Conclusión

La obesidad sarcopénica es una entidad que frecuentemente olvidamos puesto que resulta paradójico pensar en obesidad y desnutrición. En ella se asocia la obesidad con la pérdida de fuerza y masa muscular, con presencia de infiltración grasa en el músculo frecuentemente. Además difícil de diagnosticar. Los biomarcadores de desnutrición en muchas ocasiones son normales y la valoración antropométrica clásica no es patológica. Tiene gran relevancia su diagnóstico puesto que se asocia a mortalidad, reingreso y dependencia.

En este caso, la realización de la VIMA nos ofreció datos que hacían sospechar la misma (riesgo alto de caídas, deambulación con andador, dependencia moderada...) y el aprendizaje de valoración morfofuncional mediante ecografía, nos ha permitido tener un dato más que apoye el diagnóstico de probable sarcopenia y realizar una intervención nutricional y de ejercicio.

Al alta, encontramos como barrera para la realización de una terapia adecuada el que la paciente se encontraba institucionalizada en una residencia. El conocimiento de aspectos básicos de las Residencias de personas mayores a las que atendemos nos permitiría, quizás, realizar unos programas de tratamiento para esta patología más adaptados.

Para concluir, aunque el objetivo esperado es modesto esperamos que la intervención sirva para mantener la funcionalidad actual de la paciente.

Bibliografía

1. Parra-Rodríguez L, Szlejf C, García-González AI, Malmstrom TK, Cruz-Arenas E, Rosas-Carrasco O. Cross-Cultural Adaptation and Validation of the Spanish-Language Version of the SARC-F to Assess Sarcopenia in Mexican Community-Dwelling Older Adults. *Journal of the American Medical Directors Association*. diciembre de 2016;17(12):1142-6.
2. Dent E, Morley JE, Cruz-Jentoft AJ, Arai H, Kritchevsky SB, Guralnik J, et al. International Clinical Practice Guidelines for Sarcopenia (ICFSR): Screening, Diagnosis and Management. *J Nutr Health Aging*. diciembre de 2018;22(10):1148-61.
3. Cruz-Jentoft AJ, Sayer AA. Sarcopenia. *The Lancet*. junio de 2019;393(10191):2636-46.
4. Bauer J, Morley JE, Schols AMWJ, Ferrucci L, Cruz-Jentoft AJ, Dent E, et al. Sarcopenia: A Time for Action. An SCWD Position Paper. *J cachexia sarcopenia muscle*. octubre de 2019;10(5):956-61.

CC-05

UTILIDAD DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL ENTRE NIVELES ASISTENCIALES EN EL MANEJO DEL PACIENTE FRÁGIL

Andreo Serrano, Irene; Polo Romero, Francisco Javier; Martínez Pagán, María Esperanza; Piqueras Martínez, Ana Nieves.

Hospital Universitario Morales Meseguer, Murcia.

Caso clínico

Paciente de 89 años, pluripatológico (PPP) [A1,A2,B2,F1,F2], con los siguientes antecedentes: HTA; DM tipo 2; Dislipemia; Insuficiencia cardiaca (ICC) con FEVI reducida (30%), con varios ingresos previos por descompensación; Cardiopatía isquémica crónica revascularizada con múltiples stent y mal lecho distal; Enfermedad renal crónica 3B; Arteriopatía periférica con claudicación clínica a pocos metros; SAHS en tratamiento con CPAP. Polifarmacia extrema con más de 15 fármacos diarios. En seguimiento por Cardiología hasta Octubre-22. En noviembre-22 ingresa a cargo de Medicina Interna (MI) por síndrome coronario (SCASEST) y deterioro de la ICC previa. Por asignación aleatoria de ingresos entra en contacto de forma casual con la Unidad de Continuidad Asistencial Atención Primaria-Atención Especializada (UCAPE) ya que pese a sus antecedentes no tenía ninguna alerta automatizada en la Historia Clínica Electrónica que indicara su pluripatología ni sus ingresos previos. A la vista de sus antecedentes se realiza valoración integral multidimensional del paciente al ingreso aplicando las escalas Barthel, Frágil-VIG (VF) y PROFUND (PF). Se obtuvo una puntuación Barthel de 65, VF de 0.36 (fragilidad leve) y PF 9. Se localiza a las cuidadoras principales del paciente, su cuidadora interna y sus dos hijas, se establece relación a través de la enfermera gestora de Casos (EGC) para mantener continuidad asistencial al alta. Durante el ingreso y atendiendo a la fragilidad leve que arrojaban las escalas se aplicó tratamiento activo del proceso. Presentó episodios de agitación nocturna y delirio manejado sintomáticamente. Al alta se realizó nueva valoración presentando entonces una puntuación de 40 en la escala Barthel y VF de 0.44 (fragilidad moderada). Se asoció iSGLT2 y quetiapina y se realizó seguimiento telefónico y también con videollamada por la EGC y el Internista de Referencia de la UCAPE. Se detecta que el paciente no acepta su nueva situación por la pérdida de funcionalidad y no termina de llevarlo bien desde un punto de vista psicológico, pasando este sentimiento a ser primordial para el paciente y familiares. Se van manejando las distintas sintomatologías del paciente (edemas, disnea, hipotensión, agitación nocturna) modificando dosis de fármacos que ya tenía el paciente y se consigue mantener al paciente en situación estable en domicilio hasta febrero-23 en que ingresa a cargo de Cardiología por un nuevo episodio de SCASEST. En ese ingreso no se nos comunica a la UCAPE el ingreso del paciente y tampoco aparece ninguna alerta en la historia clínica electrónica. Además, una de las hijas del paciente unilateralmente solicita la valoración por la Unidad de Paliativos, que asocia fentanilo transdérmico y rescates de morfina oral. Al alta del paciente nos comunican la incidencia para seguimiento por nuestra parte. Continuamos seguimiento por UCAPE y en marzo-23 ante la mala evolución se realiza valoración presencial en consulta. En ese momento el paciente presentaba ya una puntuación en la escala VF de 0.56 (fragilidad avanzada) y Barthel 15 y presentaba signos evidentes de descompensación de ICC. Se realiza ingreso programado de 4 días para depleción de volumen parenteral con buena respuesta. Durante este ingreso se aprovecha para comenzar una planificación de la atención futura del paciente con las hijas del paciente, estableciendo que en base a la pérdida funcional y la fragilidad avanzada hay que ir priorizando medidas encaminadas a favorecer el confort del paciente. Previo al alta se contactó también con su Enfermera de A. Primaria (EAP) para seguimiento estrecho en domicilio, realizando valoración presencial de forma semanal, manteniendo así la continuidad asistencial conjunta con la UCAPE, que seguía realizando contacto telefónico a través de la EGC. Con este seguimiento estrecho y conjunto con A. Primaria el paciente se mantiene estable durante los siguientes tres meses, e incluso mejorando funcionalmente (Barthel pasa de 15 a 40). En junio-23 el paciente sufre un IAM Killip IV e ingresa a cargo de la UCAPE. Dada la recuperación funcional que había presentado se decide manejo activo del cuadro, si bien la respuesta es nula y dada la edad y fragilidad del paciente se consensua con la familia desestimar finalmente tratamiento activo y manejar exclusivamente de forma paliativa para control de síntomas, falleciendo en el hospital.

Cuestiones clave

Se trata de un PPP, pero con fragilidad leve al contacto inicial con nuestra Unidad, pese a lo que se decidió inclusión y seguimiento por el elevado riesgo de descompensación. El seguimiento inicial sin soporte conjunto por parte de A. Primaria, la falta de identificación en los sistemas de información y el ingreso en otra unidad distinta de la UCAPE hace que se “den palos de ciego” tanto por parte médica como por parte de los familiares en cuanto a la intensidad de la atención a prestar al paciente. Tras incorporar a la EAP en el seguimiento y elaborar una estrategia de cuidados con las cuidadoras del paciente se consigue estabilizar al paciente e incluso mejorar su situación funcional. Inevitablemente, la enfermedad del paciente hace que tenga un episodio final, pero en el que se ajusta la intensidad del tratamiento de forma consensuada con la familia sin ningún conflicto y con expresión de agradecimiento por la gestión global del caso.

Conclusiones

- La identificación de los pacientes con fragilidad en los sistemas de información sanitaria es básica para una mejor atención a los mismos.
- La valoración integral multidimensional debe realizarse en cada descompensación para adecuar la intensidad del tratamiento a la misma.
- El manejo del paciente frágil por el mismo equipo sanitario en todas las situaciones facilita y mejora el tránsito del paciente por las distintas fases evolutivas del proceso final de su enfermedad crónica.
- La incorporación de la A. Primaria es básica para el adecuado manejo de los pacientes frágiles, fomentando el cuidado en su ámbito comunitario.
- La planificación anticipada de la atención de forma conjunta con los cuidadores facilita el manejo de las descompensaciones.

Bibliografía

3. Vallejo Maroto I, Cubo Romano P, Mafé Nogueroles MC, et al. Recomendaciones sobre la valoración integral y multidimensional del anciano hospitalizado. Posicionamiento de la Sociedad Española de Medicina Interna. Rev Clin Esp 2021;221:347-358.
4. Amblàs-Novellas J, et al. Índice frágil-VIG: diseño y evaluación de un índice de fragilidad basado en la Valoración Integral Geriátrica. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2017. <http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2016.09.003>.
5. Varela J. Cómo superar el trabajo fragmentado de las unidades de hospitalización (2019). <https://medicinainternaaltovalor.fesemi.org/colaboraciones/como-superar-el-trabajo-fragmentado-de-las-unidades-de-hospitalizacion/>
6. Abizanda Soler P, Espinosa Almendro J, Juárez Vela R, et al. Consenso Sobre Prevención De Fragilidad Y Caídas En La Persona Mayor. (2014) MSSSI. https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/FragilidadyCaídas_personamayor.pdf

CC-06

FRACTURA DE CADERA: UNA CAÍDA LO CAMBIA TODO

Zidouh Jiménez, Alexandre; Moragues Palou De Comasema, Ana; Villalonga Comas, Maria.

Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca.

Varón de 91 años, fallecido en agosto de 2023. Sin alergias medicamentosas conocidas. Ex-fumador desde los 50 años (DTA 50 paquetes/año). No consumo de enol ni otros tóxicos. Antecedentes médicos de hipertensión arterial, dislipemia, diabetes mellitus tipo 2, cardiopatía hipertensiva, IAMSEST con enfermedad coronaria de 2 vasos y manejo conservador, ICC con disfunción ligera del VI, portador de MCP por bloqueo trifascicular sintomático, EPOC GOLD 2A con enfisema pulmonar severo, enfermedad renal crónica G4A2, aneurisma de aorta abdominal infrarrenal portador de endoprótesis, gastrectomizado por ulcus gástrico, anemia crónica multifactorial por déficit de hierro, ácido fólico y vitamina B12 y angiodisplasias, hiperplasia benigna de próstata, depresión mayor y espondiloartrosis cervical.

Se trata de un paciente con autonomía completa para las actividades básicas de la vida diaria hasta ingreso por infección por SARS-CoV 2 a inicios de este año, tras el cual empeoramiento funcional con Barthel de 65. Disnea basal a moderados esfuerzos, ortopnea basal de 2 almohadas, no disnea paroxística nocturna, no palpitaciones. En los últimos meses comentaba mayor limitación debido a falta de equilibrio, deambulaba con ayuda de caminador. Labilidad emocional, habitualmente estado de ánimo con tendencia a la depresión. Última valoración geriátrica global: Test de Barber de 6, Downton de 10, Pfeiffer de 1, Braden de 16. Viudo, vivía con su hija quien era su principal cuidadora. Usuario de centro de día dos veces a la semana. En programa de pacientes crónicos complejos (PCC), seguimiento periódico en Hospital de Día de Medicina Interna. Su tratamiento incluía alopurinol 100mg, bisoprolol 2.5mg, cianocobalamina/ ácido fólico 2/400 mcg, ciclosilato de sodio y zirconio 10g, colecalciferol c/15 días, edoxaban 30mg, espironolactona 25mg, furosemida 40mg, indacaterol/bromuro de glicopirronio 85/43mcg, insulina glargina 6UI, megestrol 160mg, nitroglicerina 10mg, omeprazol 20mg, paricalcitol 1mcg, rosuvastatina 20mg, sacubitrilo/valsartan 24/26mg, bicarbonato sódico 500mg, trazodona 100mg, darbopoetina alfa 20mcg c/15 días, empagliflozina 10mg.

Inició seguimiento en 2016 por parte de Medicina Interna en Hospital de Día de pacientes crónicos complejos tras ingreso por neumonía adquirida en la comunidad. Desde el punto de vista médico, precisó de varios ajustes de medicación por cuadros de hipotensión ortostática, transfusiones periódicas además de suplementación con vitamina B12 y ácido fólico por anemia crónica multifactorial. Varios ingresos en contexto de infección respiratoria e insuficiencia cardiaca descompensada. A mediados de este año sufre un episodio de caída desde su propia altura en vía pública con resultado de fractura pertrocantérea derecha. Ingresó a cargo de Traumatología para colocación de clavo endomedular y es incluido en vía clínica para el manejo conjunto de fractura de cadera por el servicio de Traumatología junto con el de Medicina Interna. No presenta complicaciones inmediatas. La semana posterior a la intervención el paciente inicia un deterioro respiratorio en contexto de neumonía aspirativa e insuficiencia cardiaca descompensada. Además, se acompaña de anemia crónica reagudizada y síndrome confusional. Inicialmente con tratamiento médico el paciente se estabiliza, aunque finalmente presenta un rápido deterioro siendo finalmente éxitus.

Desde un enfoque social, el paciente fue evaluado conjuntamente por Medicina Interna con la enfermera gestora de casos y las trabajadoras sociales del hospital y centro de salud. Durante las sucesivas visitas se intentaron tratar los problemas activos que presentaba desde varios abordajes. La trabajadora social realizó una valoración sociofamiliar del paciente. Se evaluaron tanto los recursos económicos como el soporte familiar, que resultaron favorables en ambos sentidos. Fue también evaluado por la enfermera gestora de casos e incluido en el programa de pacientes crónicos complejos. Se coordinó la continuidad asistencial al alta con el centro de salud. En agosto del 2022 se propuso al paciente y familiares acudir al servicio de Hospital de Día de la Cruz Roja con el objetivo de estar más tiempo acompañado y sobre todo estimulado, con muy buenos resultados objetivados por profesionales, familiares y el propio paciente. Acudió al centro hasta el último ingreso.

Conclusiones

- La importancia de conocer la etiología multifactorial (edad, pluripatología, soledad, polifarmacia, situación social...) de la fragilidad en el paciente anciano.
- Es fundamental una valoración geriátrica global para detectar pacientes en riesgo e implementar medidas correctoras. Debe ser adaptada al paciente y hacerle partícipe en decisiones relativas a diagnóstico y tratamientos.
- Formar equipos multidisciplinares (especialistas hospitalarios, atención primaria, enfermería, trabajo social, fisioterapia...) resulta en un abordaje integral del paciente y ello puede resultar en una disminución del número de ingresos y una menor pérdida funcional del paciente.
- Las fracturas de cadera traen consigo numerosas complicaciones como son las úlceras, infecciones, síndromes confusionales, pérdida de autonomía o empeoramiento de la funcionalidad o síndromes ansioso-depresivos. La mortalidad se sitúa entre un 14 y el 36% en el primer año.
- Las caídas tienen un origen multifactorial y es fundamental actuar sobre las distintas causas que pueden influir en éstas.

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. Franch Parella J. WITHDRAWN: Análisis de un programa de atención integral en pacientes con fractura de cadera mayores de 65 años. Rev Esp Cir Ortop Traumatol.
3. Díaz AR, Navas PZ. Factores de riesgo en fracturas de cadera trocantéricas y de cuello femoral. Rev Esp Cir Ortop Traumatol.
4. Sarasa-Roca M, Torres-Campos A, Redondo-Trasobares B, Angulo-Castaño MC, Gómez-Vallejo J, Albareda-Albareda J. Fractura de cadera en pacientes centenarios, ¿qué podemos esperar? Rev Esp Cir Ortop Traumatol.

CC-07

LA ATENCIÓN AL PACIENTE DEPENDIENTE DEL HOSPITAL. ¿UN FRACASO DEL SISTEMA SANITARIO?

Moreno Corrales, Guillermo; Alonso Claudio, Gloria Maria; Moralejo Alonso, María Leticia.

Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca.

Desarrollo del caso

Adoración es una mujer de 76 años con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia, diabetes mellitus tipo 2, temblor esencial, depresión, cálculos renales, lumbalgia mecánica crónica, anemia ferropénica, hipertensión arterial pulmonar con disfunción del ventrículo derecho y cáncer de mama.

En Agosto de 2023 realizaba tratamiento con Apixaban 5mg, Valsartán 80mg, Furosemida 40mg, Espironolactona 25mg, Esomeprazol 20mg, Pravastatina 20mg, Metformina 850mg, Citrato potásico 1080mg, Pregabalina 150mg, Primidona 250mg y Mirtazapina 15mg.

Cumplía criterios de pluripatología crónica (categorías A y G) y criterios de complejidad (más de 10 principios activos). Vivía en su domicilio con su marido, que era su cuidador principal. En la valoración integral multidimensional (VIMA) presentaba un Barthel de 65 (camina con un andador y no puede subir escaleras), sin deterioro cognitivo (Pfeiffer sin errores), no se hizo escala Yesavage porque ya tenía diagnóstico de depresión y un índice PROFUND de 6 puntos (disnea en clase funcional III-IV y más de 4 hospitalizaciones en el último año).

Ingresó en 2009 en otro hospital por un tromboembolismo pulmonar. Desde entonces había estado asintomática hasta 2021, cuando ingresa en Medicina Interna por disnea de meses de evolución, insuficiencia respiratoria y edema en extremidades inferiores. En el ecocardiograma presentaba dilatación del ventrículo derecho con función sistólica deprimida y alta probabilidad de hipertensión pulmonar. Con la sospecha de enfermedad tromboembólica residual se realizó una gammagrafía de V/Q que confirmó la sospecha clínica. La paciente se fue de alta con oxigenoterapia, anticoagulación con Acenocumarol, Furosemida y se derivó a la consulta multidisciplinar de hipertensión pulmonar, donde le hacen un seguimiento cada 6 meses.

Ingresó un año después, el 01/12/2022, en Medicina Interna por insuficiencia cardiaca. En ese tiempo ha sido diagnosticada en la consulta de Neumología de síndrome de apnea/hipopnea del sueño con necesidad de CPAP nocturna. Se derivó para seguimiento por Neumología. Ya se describe en la historia clínica que precisa andador para caminar. Reingresó el 22/12/2022 en Neumología por somnolencia y aumento de la disnea. Presentaba acidosis respiratoria. Precisó ventilación mecánica no invasiva, tras la que se normaliza el pH y vuelve a su domicilio con CPAP.

Ingresó de nuevo en abril de 2023 en Neumología por edema en extremidades inferiores y somnolencia. Alta con CPAP. Se añade Hidroclorotiacida y Espironolactona a su tratamiento. Ingresó otra vez en junio de 2023 en Medicina Interna por disnea y aumento de edemas, sobredosificación de Acenocumarol. Se retira éste y se inicia Apixaban.

Y, por último, ingresó con nosotros en agosto de 2023 por nuevo episodio de insuficiencia cardiaca, sin clara causa de descompensación y con acidosis respiratoria grave. Contactamos con neumología para valorar VMNI y se va de alta con BiPAP y con una cita para la unidad de continuidad asistencial (UCA); pero no llega a la cita porque reingresa a los 15 días del alta.

Cuestiones clave

En nuestro servicio, el 20% de los PPC reingresa en los primeros 30 días tras el alta, la mayoría en la primera semana y por el mismo motivo (los tres motivos más frecuentes son infección respiratoria, insuficiencia cardiaca e infección urinaria). Los reingresos se han relacionado con muchos factores (alta prematura, soporte inadecuado, seguimiento insuficiente, errores terapéuticos...), pero solo en un 27%, los reingresos son evitables¹.

En esta paciente la atención ha sido fragmentada, los ingresos han solucionado sus problemas agudos pero no ha tenido continuidad asistencial, ya que cada vez ingresa con un médico diferente. Sin embargo, en el último

ingreso ya se propuso seguimiento por la UCA, pero reingresó antes de la consulta. Esta paciente presentaba una reserva funcional limitada, que ha ido empeorando con cada ingreso.

Queríamos introducir aquí la figura del “paciente dependiente del hospital”. En 2014 The New England Journal Of Medicine publicó un artículo de D. Reuben y M. Tinetti (The Hospital-Dependent Patient) analizando este perfil de personas que no pueden permanecer fuera del hospital².

El sistema sanitario ha promovido estrategias dirigidas intentar reducir estos reingresos prevenibles, aunque en el caso de los pacientes dependientes del hospital, sigue tratándose de un tema difícil³. La mayoría de estos pacientes tienen enfermedades crónicas avanzadas y, aunque son estabilizados durante el ingreso, su reserva funcional cada vez es más precaria y los tratamientos que antes eran eficaces ahora no lo son tanto.

Se hace necesario desarrollar un enfoque adecuado para este perfil de pacientes, siendo el primer paso el garantizar que el tratamiento en el hospital sea acorde con los objetivos y preferencias de los pacientes dependientes del hospital. Los médicos pueden suponer erróneamente que lo que los pacientes quieren es continuar con la atención aguda. La medicina aún tiene que reconocer el problema ético y práctico de haber creado una población de pacientes incurables, frágiles, pero que aún no tienen enfermedades terminales, sin desarrollar al mismo tiempo un sistema de atención médica que pueda satisfacer sus necesidades².

Conclusiones

1. La atención sanitaria del PPC sigue sin ser integral, continua y coordinada. Hay que insistir en las unidades de continuidad asistencial.
2. Aparece la figura del paciente dependiente del hospital como un paciente con baja reserva funcional y cuyo tratamiento no parece que pueda realizarse en un medio no hospitalario.
3. El sistema sanitario debe identificar a este tipo de pacientes y ofrecerles un enfoque adecuado a sus necesidades.

Bibliografía

1. Van Walraven C, Bennett C, Jennings A, Austin PC, Forster AJ. Proportion of hospital readmissions deemed avoidable: a systematic review. CMAJ. 2011 Apr 19;183(7):E391-402.
2. Reuben DB, Tinetti ME. The hospital-dependent patient. N Engl J Med. 2014 Feb 20;370(8):694-7
3. Vallejo N. Cuando la persona se hace dependiente del hospital. En: www.medicinadealtovalor.fesemi.org. 2019.

CC-08

LA IMPORTANCIA DE INCLUIR LA VALORACIÓN EMOCIONAL EN UN INGRESO PROLONGADO CON MÚLTIPLES COMPLICACIONES

Mencia Chirinos, Heysa Estefany; Martín Rodríguez, Sonia; Alonso De Los Santos, José María; Herrero Lafuente, Ismael; Bedoya Riofrio, Pamela Dennisse; Carrero Gras, Ana María; Martín Rodríguez, Elena.

Hospital General, Segovia.

Mujer de 74 años, sin alergias medicamentosas, con antecedentes de: hipertensión arterial, dislipemia, hiperuricemia y sobrepeso; portadora de prótesis mecánica mitroaórtica con anuloplastia tricúspide en 2015 por cardiopatía reumática, normofuncionantes, con hipertensión pulmonar y FEVI normal en 2019. Fibrilación auricular permanente. Anemia crónica (desde 2018) normocítica y normocrómica regenerativa compatible con trastornos crónicos y ferropenia subyacente leve. Trombopenia. Pico monoclonal IgA-kappa sugestivo de GMSI. Hernia discal L4-L5. Prótesis total de rodilla izquierda. Hiperparatiroidismo primario, exéresis de adenoma paratiroideo en 1997. Bocio nodular. Hemitiroidectomía derecha y exéresis de ganglios en 2000. Tratamiento habitual: Omeprazol 20mg/24 horas, Sintrom según pauta, Bisoprolol 2.5mg/12 horas, Olmesartán/Amlodipino/HCT 40/5/12.5mg/24 horas, Alopurinol 100mg/24 horas, Furosemida 40mg/24 horas, Simvastatina 20mg/24h, Metamizol 575mg si precisa, Paracetamol-tramadol 325/37.5mg/12 horas, Morfina 10mg si precisa, Fentanilo parches 25mcg/72 horas, Citalopram 10mg/24 horas y Sulfato de hierro 325mg/24 horas. Situación basal: vive en su domicilio en el medio rural con su marido e hija. Totalmente independiente para todas ABVD, doble continente, deambula a veces con bastón. Cognitivo conservado.

El 18/11/2022 ingresa por cuadro de descompensación cardiaca y dolor dorsolumbar de evolución tórpida en relación con cuadro de endocarditis aórtica tardía por *Corynebacterium amycolatum* con disfunción protésica significativa confirmada mediante ecocardiograma transesofágico y tratado de forma empírica con piperacilina-tazobactam y linezolid, además de diuréticos por fallo cardiaco. Precisó soporte transfusional por anemia agudizada sin sangrados externos y sin causa aclarada. Descartándose espondilodiscitis. El 29/11/2022 es remitida al hospital de referencia al servicio de Cirugía cardiaca para sustitución valvular aórtica, con postoperatorio complicado con reintervención por sangrado, derrame pleural masivo precisando drenaje, anemia persistente con necesidad de múltiples transfusiones, insuficiencia respiratoria hipercápnica que precisó intubación orotraqueal, fracaso renal agudo en este contexto que se manejó con diálisis, infección intrahospitalaria por covid19 y desnutrición calórico-proteica. Tras manejo por varios especialistas y precisando polifarmacia, es remitida de vuelta al hospital de origen el día 31/01/2023.

La situación cardiológica se estabiliza, con buena evolución de la volemia, estabilidad de la función renal, sin datos de endocarditis sobre la nueva válvula, pero con afectación periprotésica aórtica leve subsidiaria de manejo conservador. En ese momento consultan al servicio de M. Interna para valoración global de la paciente y optimización del tratamiento.

Cuestiones claves

- Se trata de una paciente con ingreso prolongado, múltiples complicaciones, situaciones de alto riesgo vital, deterioro físico, emocional de paciente y familiares. Seguida por múltiples especialidades médicas, pero sin una valoración global e integral hasta pasados los dos meses de ingreso, cuando se interconsulta al servicio de M. Interna.
- Funcionalmente, la paciente presentó un índice de Barthel de 100 al ingreso y que disminuyó a 25 durante el mismo. El enfoque global incluyendo soporte nutricional, rehabilitación y gran implicación de la paciente y de la hija (cuidadora principal) la paciente recuperó la situación hasta un valor de Barthel de 70.
- La paciente tuvo suplementación de la alimentación durante las partes del ingreso más complejas mediante nutrición parenteral total. Pero por la exigencia del ingreso, la sarcopenia y la falta de movilización, la paciente presentó desnutrición con albumina de hasta 2.8 con evidente pérdida de masa muscular, aunque no se valoró ecográficamente, se objetivó con el peso y medidas antropométricas

en la báscula. Reiniciada la tolerancia oral, con batidos complementarios se consiguió mejorar. En este contexto presento úlceras asociadas a los cuidados sanitarios, que bajo el manejo multidisciplinar con enfermería y TCAE se lograron curar.

- La paciente tenía previo al ingreso tendencia depresiva bajo tratamiento farmacológico. Cognitivamente estaba bien, con Pfeiffer de solo 1 fallo, mantenido durante el ingreso y no precisó valoración por delirium, aunque si presentó insomnio tratado con hipnóticos. El aspecto anímico no se valoró hasta la interconsulta, cuando simplemente con la Hª clínica la paciente manifestaba ganas de seguir luchando y recuperarse de su enfermedad, pero las noticias de gravedad, pronóstico infausto a corto plazo y la existencia de complicaciones médicas, la estaban consumiendo. Sentía que sus médicos pensaban que se iba a morir y que no querían tratarla, llegando a rechazarles, cosa que cambió en el momento que se consideró valorar toda la situación en su conjunto y poner soluciones de forma global. A sabiendas de la gravedad de la situación con índice Profund de 10 (alto) y de la incertidumbre con el pronóstico, por parte de la paciente y de la familia, se transmitió una intención de trabajo y lucha que se hizo efectivo al alta el 17/04/2023.

Conclusiones

Incluso en pacientes no tan ancianos como la nuestra, un ingreso puede suponer un punto de inflexión en la vida, de estar bien a verse en situación de riesgo mortal. El trabajo conjunto con otros especialistas y la visión global del paciente han significado su recuperación y mejoría clínica.

En el momento actual la paciente es seguida en la Unidad de Continuidad Asistencial de forma periódica, sin nueva necesidad de transfusión, con recuperación de la actividad funcional solo precisando un bastón para las movilizaciones, con mejoría anímica y en general buena evolución de los parámetros y circunstancias que en otro momento estaban tan alterados que hacían peligrar su pronóstico.

Bibliografía

Recomendaciones sobre la valoración integral y multidimensional del anciano hospitalizado. Posicionamiento de la Sociedad Española de Medicina Interna. A. Vallejo Maroto et al. Rev Clin Esp, 2021. Vol 221. Num 6. Páginas 347-358.

CC-09

MÁS ALLÁ DE LA CELULITIS

Restrepo Ochoa, Alejandra; Suárez Carantoña, Cecilia.

Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

Varón de 83 años con antecedentes de HTA, DL, ictus isquémicos lacunares sin secuelas, sin deterioro cognitivo, hepatopatía crónica enólica con neuropatía periférica y bicitopenia (anemia y trombocitopenia) en tratamiento con darbepoetina, insuficiencia venosa con úlceras crónicas en miembros inferiores. Prótesis parcial de cadera derecha y total de rodilla derecha. Consumo perjudicial de alcohol. Tratamiento habitual: esomeprazol 20mg, enalapril 20mg, furosemida 80mg, fentanilo 125mcg, tamsulosina 0.4mg, zolpidem 5mg, sertralina 100mg, gabapentina 300mg, paracetamol 1g, hidroferol 0.266mg.

Hasta hace unos meses independiente (Barthel 95), ha experimentado deterioro funcional por dolor en miembros inferiores con disminución de su independencia (Barthel 75). Muestra dificultad para el aseo, deficiente a la exploración física, sin incontinencia. Depende de una muleta para deambular. Padece de hipoacusia con corrección auditiva subóptima mediante audífono y presenta presbicia.

Vive con su esposa que tiene deterioro cognitivo, sin buena relación entre ellos. Tienen dos hijos que se ocupan parcialmente de su cuidado. No cuentan con teleasistencia. El paciente no cocina, sus hijos realizan la compra. Él mismo administra sus fármacos, pero en la anamnesis desconoce su tratamiento y acude al hospital con 6 parches de fentanilo en el tórax y uno en la rodilla con una suma de 325 mcg. No es posible determinar si se ha puesto todos o no ha despegado los previos. A pesar de estas limitaciones, el paciente utiliza el teléfono (Lawton 3 puntos). Minimal sin alteraciones.

Refiere que su alimentación se basa principalmente en yogures y natillas; su evaluación nutricional por MNA y criterios GLIM (IMC <22 y disminución de la ingesta en la última semana) indica malnutrición. Además, el paciente cumple con todos los criterios de fragilidad.

Ingresó en Medicina Interna por sepsis de origen cutáneo (SOFA 5 puntos): celulitis extensa en miembro inferior derecho cuya puerta de entrada parecían las úlceras vasculares. Tratado con piperacilina/tazobactam y daptomicina empíricos durante 14 días, evolucionando de forma favorable. Llamaba la atención la presencia de edema en miembros inferiores de predominio derecho por lo que se realizó ecoscopia a pie de cama que descartó TVP asociada. Se inició furosemida a dosis bajas por sobrecarga hídrica en el contexto de la resucitación inicial con cristaloides. El paciente presentó mejoría franca clínica y defervescencia de los reactantes de fase aguda. Tras la retirada del antibiótico comenzó a presentar dolor en la parte posterior de la pierna derecha con aparición de una masa fluctuante confirmándose la presencia de un absceso de 6x4 cm. Se realizó drenaje por parte de traumatología, que además sospecharon compromiso protésico de la rodilla por lo que realizaron lavado artroscópico sin recambio de polietileno. Se aisló *E.coli* BLEE en las muestras microbiológicas y se inició tratamiento dirigido con ertapenem con intención de cumplir 8 semanas.

Como otras incidencias durante el ingreso presentó:

- Fracaso renal agudo AKIN 2 al ingreso, resuelto con sueroterapia.
- Insuficiencia respiratoria parcial con necesidad de oxígeno a bajo flujo en el contexto de probable aspiración por debilidad. Se inició dieta de disfagia (test de MECV-V con tolerancia completa a consistencia néctar y 5ml de líquido).
- Monoartritis de muñeca izquierda secundaria a condrocalcinosis, tratada satisfactoriamente con prednisona a dosis bajas que se retiró.
- Se completó estudio de la bicitopenia: se objetivó déficit de ácido fólico y hierro que se suplementaron.
- Diarrea por *Clostridiodes difficile* PCR positivo, toxina negativa. Se trató con vancomicina oral en pauta convencional.
- Desnutrición calórico-proteica con hipoalbuminemia grave y edema distal, se iniciaron suplementos nutricionales orales con buena tolerancia.
- Síndrome de inmovilidad del anciano, se inició fisioterapia durante el ingreso, siendo capaz de bipedestación con ayuda y pequeños pasos con andador.

- Polifarmacia con altas dosis de opioides que se fueron disminuyendo a lo largo del ingreso.
- Fue valorado por trabajo social para tramitar ayudas en domicilio.

Finalmente, tras la estabilización clínica se trasladó a una Unidad de Media Estancia con seguimiento telefónico para rehabilitación funcional y continuidad de tratamiento antibiótico. Será revisado en consultas.

Destacamos varios puntos clave: 1. La multimorbilidad y condición de fragilidad se refleja en la pérdida de independencia funcional y malnutrición que condicionan un curso evolutivo de las patologías agudas con mayor probabilidad de complicaciones derivadas de la propia patología o descompensación de las previas. Esto condiciona un manejo complejo no reflejado en las guías clínicas. 2. El entorno social del paciente también contribuye a su complejidad. 3. La polifarmacia debe ser revisada periódicamente para evitar efectos secundarios a estos pacientes tan vulnerables.

Este caso subraya la complejidad de la atención médica a pacientes con pluripatología. La valoración integral y multidimensional del anciano son esenciales para abordar eficazmente las necesidades médicas y sociales, ya que forman parte de las principales causas de mortalidad en estos pacientes.^{1,2}

Conclusión

Se ilustra la importancia de adoptar un enfoque holístico en la atención a personas mayores con múltiples condiciones médicas y desafíos sociales con el objetivo de garantizar un buen cuidado y mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

Bibliografía

1. Vallejo Maroto I, Cubo Romano P, Mafé Nogueroles MC, Matesanz-Fernández M, Pérez-Belmonte LM, Said Criado I, et al. Recomendaciones sobre la valoración integral y multidimensional del anciano hospitalizado. Posicionamiento de la Sociedad Española de Medicina Interna. Rev Clin Esp [Internet]. 2021;221(6):347–58. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rce.2020.10.003>
2. Morley JE. Rapid Geriatric Assessment: Secondary prevention to stop age-associated disability. Clin Geriatr Med [Internet]. 2017;33(3):431–40. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cger.2017.03.006>

CC-10

LA INVALUABLE MEJORA EN LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE PLURIPATOLÓGICO MEDIANTE EL SEGUIMIENTO DOMICILIARIO ESPECIALIZADO

Mora Delgado, Juan¹; Lojo Cruz, Cristina¹; Fernández Caballero, Dolores².

¹Unidad de Gestión Clínica de Medicina Interna y Cuidados Paliativos. Hospital Universitario de Jerez de la Frontera, Jerez de la Frontera; ²Unidad de Gestión Clínica de Medicina Interna y Cuidados Paliativos. Hospital Universitario de Puerto Real, Puerto Real.

Presentación del caso

Presentamos el caso de una mujer de 83 años, sin alergias medicamentosas conocidas. Entre sus antecedentes personales destacan hipertensión arterial grado 2 con cardiopatía hipertensiva asociada y fracción de eyección preservada, hipercolesterolemia primaria, diabetes mellitus tipo 2 no insulinrequiriente, fibrilación auricular permanente y temblor esencial. Fue diagnosticada de carcinoma ductal invasivo de mama hormonsensible en 2008, tratado mediante cirugía (mastectomía izquierda y linfadenectomía axial) junto a quimioterapia adyuvante con docetaxel y esquema FEC (5-fluoruracilo, epirrubicina y ciclofosfamida) hasta marzo de 2009, posteriormente con letrozol durante 5 años. En 2016 se diagnosticó adenocarcinoma de colon IIIA (T2N1) tras sigmoidectomía programada, rechazando la paciente tratamiento sistémico tras ser informada de la enfermedad. Conviviente con una de sus hijas y una cuidadora. Deterioro cognitivo leve. Vida cama-sillón limitada por disnea clase III de la NYHA y astenia.

Fue derivada desde Oncología a Medicina Interna/Cuidados Paliativos para seguimiento evolutivo. En nuestra primera valoración realizaba tratamiento con furosemida 40 mg un comprimido en almuerzo, apixabán 2.5 mg en desayuno y cena, fluoxetina 20 mg en desayuno, sacubitrilo/valsartán 49/51 mg en desayuno y cena, amiodarona 200 mg en desayuno, metformina 850 mg en desayuno, omeprazol 20 mg en desayuno y paracetamol 1 g si dolor hasta cada 8 horas. Se realizó TC de control tras ser derivada a nuestras consultas, objetivándose dilatación del tronco de la arteria pulmonar de 38 mm, en probable relación a hipertensión pulmonar, derrame pulmonar bilateral en mayor cuantía respecto a estudios previos, signos de hepatopatía crónica, moderada cantidad de líquido ascítico intraabdominal e imágenes compatibles con carcinomatosis peritoneal. Precisó de paracentesis evacuadora en Hospital de Día Médico, extrayéndose un total de 6 litros sin incidencias de líquido claro ambarino. Debido a la dificultad en el traslado para la paciente, con un deterioro importante de su estado general y el importante estrés que generaban los traslados (habitante de una aldea de unos 300 habitantes a más de hora y cuarto de su hospital de referencia), se consensuó seguimiento por el Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos Domiciliario. A su valoración en domicilio, se modificó tratamiento, retirándose amiodarona y añadiendo propranolol 40 mg en desayuno y almuerzo, se modificó metformina por linagliptina 5 mg, se redujo dosis de sacubitrilo/valsartán por hipotensión sintomática y se añadió eplerenona 25 mg, logrando mejoría parcial de los edemas y de la hipotensión, pero persistiendo ascitis a tensión. Se consensuó con la paciente, previa retirada programada de anticoagulación, realización de paracentesis domiciliaria ecoguiada mediante dispositivo portátil, sin incidencias con extracción de hasta 10 litros. Precisó valoración domiciliaria cada 3 semanas, acompañándose de paracentesis evacuadoras. Para mayor confortabilidad, se realizó colocación ecoguiada de catéter pig-tail en cavidad peritoneal, sin complicaciones, drenándose unos 3-4 litros semanalmente. Desde entonces, la paciente ha mantenido una situación clínica estacionaria, sin precisar ingresos hospitalarios por descompensación en los últimos 9 meses.

Cuestiones clave y conclusiones

El seguimiento domiciliario ha demostrado ser una estrategia eficaz en el manejo de pacientes pluripatológicos con dificultades de movilidad y estrés asociado a los traslados¹. La adaptación continua del tratamiento farmacológico en la fase final de la vida es esencial en pacientes pluripatológicos para optimizar el control de síntomas y mejorar la calidad de vida. La realización de procedimientos como paracentesis domiciliarias y colocación de catéteres pueden ser opciones viables para el manejo clínico sin necesidad de hospitalización². El

trabajo interdisciplinario entre equipos médicos, enfermería de enlace, cuidadores y pacientes es esencial para garantizar un seguimiento exitoso en pacientes con enfermedades complejas.

Bibliografía

1. Tang C, Guss D, Tanaka MJ, Lubberts B. Portable ultrasound devices: A method to improve access to medical imaging, barriers to implementation, and the need for future advancements. Vol. 81, Clinical imaging. United States; 2022. p. 147–9.
2. Reymond L, Parker G, Gilles L, Cooper K. Home-based palliative care. Aust J Gen Pract. 2018 Nov;47(11):747–52.

CC-11

LA IMPORTANCIA DEL USO DE LA VÍA SUBCUTÁNEA PARA SÍNTOMAS DE DIFÍCIL CONTROL EN EL PACIENTE PLURIPATOLÓGICO COMPLEJO

Mora Delgado, Juan; Lojo Cruz, Cristina; Rivas Jiménez, Víctor.

Unidad de Gestión Clínica de Medicina Interna y Cuidados Paliativos. Hospital Universitario de Jerez de la Frontera, Jerez de la Frontera.

Presentación del caso

Presentamos el caso de un hombre de 82 años, sin alergias medicamentosas conocidas, exfumador (índice paquete/año 60), con antecedentes personales de hipertensión arterial e insuficiencia cardíaca con hipertrofia ventricular concéntrica izquierda severa (descartada miocardiopatía infiltrativa) y fracción de eyección preservada. Casado con 2 hijos, siendo la cuidadora principal su esposa. Vida cama-sillón con disnea de mínimo esfuerzo. Bradipsíquico aunque orientado. Paciente y familiares conocedores de diagnósticos y pronóstico.

Fue ingresado inicialmente a cargo de Cardiología por dolor interescapular acompañando disnea a mínimos esfuerzos, objetivándose enfermedad severa de 3 vasos (arteria descendente anterior media, coronaria derecha distal y descendente posterior), con revascularización incompleta mediante 2 stents farmacoactivos en descendente anterior media y 4 stents farmacoactivos en coronaria derecha distal-descendente posterior. Acudió a Urgencias por deterioro rápidamente progresivo, bradipsiquia, episodios de desorientación con insomnio e inquietud, decidiéndose ingreso en Medicina Interna por su elevada comorbilidad. En el análisis destacó anemia normocítica normocroma de 9.9 g/dL, creatinina de 3.81 mg/dL, pro-Péptido natriurético cerebral 63824 pg/mL y sodio de 120 mEq/L. La radiografía de tórax reveló derrame pleural bilateral moderado, mientras que el electrocardiograma mostró un ritmo sinusal a 80 latidos por minuto sin signos de isquemia. Ante un delirium en relación a hiponatremia hipervolémica normoosmolar asociado a insuficiencia cardíaca descompensada e insuficiencia renal crónica agudizada debido a nefropatía por contraste tras coronariografía, se inició sueroterapia y terapia deplectiva, con mejoría parcial de la natremia pero persistiendo cierto empeoramiento clínico con delirium especialmente nocturno que impedía el descanso.

Dada la situación del paciente se consensuó valoración por Cuidados Paliativos, ajustando el tratamiento de cara a seguimiento por el Equipo de Soporte Domiciliario, con midazolam vía oral por la noche en caso de agitación. Tras dos semanas de seguimiento, precisó nuevo ingreso debido a persistencia de la inversión de ritmo del sueño con delirium mixto de muy difícil control. Inicialmente mejoró con perfusión nocturna de midazolam, luego precisó perfusión nocturna de levomepromacina y finalmente clorpromazina. Tras mejoría del cuadro, se procedió al alta con vía subcutánea, instruyendo a familiares en el uso nocturno de levomepromazina y midazolam, además de morfina de liberación modificada vía oral para el control de la disnea. Desde entonces continuó seguimiento manteniendo disnea basal controlada y delirium con fluctuaciones controladas con medicación oral y subcutánea. Un mes y medio después precisó ingreso debido a empeoramiento de la disnea y del delirium, provocando disminución de la ingesta e imposibilidad de la toma de medicación oral. El cuadro cardio-respiratorio mejoró a las 48 horas de perfusión de furosemida, aunque mantuvo un estado general de gran fragilidad con delirium hipo-hiperactivo fluctuante que obligó a continuar la hospitalización para un adecuado control consensuado con la familia que es consciente de la proximidad del final, redefiniendo de los objetivos del confort. Se logró mantener al paciente con un aceptable control del delirium, manteniendo un nivel de conciencia que permitiera compartir tiempo con su familia, hasta que, debido a su refractariedad, precisó sedación paliativa.

Aspectos clave y conclusiones

El uso de la vía subcutánea para el control de síntomas en pacientes con tolerancia oral limitada es un recurso infravalorado, y que puede permitir una mejora en la calidad de vida del paciente así como la posibilidad de una mejor experiencia y convivencia en domicilio con su familia, siempre y cuando se desarrolle una educación adecuada sobre la administración de fármacos para el control de síntomas a través de dicha vía¹. En el caso del

delirium refractario y con nivel de conciencia fluctuante, el uso de midazolam, levomepromazina y clorpromazina está indicado vía subcutánea en este contexto².

Bibliografía

1. Romero Cebrián M, Lázaro Bermejo C, López-Casero Beltrán N, Valle Apastegui R del, Callado Pérez D, Arriba Méndez JJ de. Cuidados paliativos en Atención Primaria: abordaje del delirium y manejo de la vía subcutánea. *Rev Clínica Med Fam.* 2021;14(1):18–25.
2. Boland JW, Lawlor PG, Bush SH. Delirium: non-pharmacological and pharmacological management. *BMJ Support Palliat Care.* 2019 Dec;9(4):482–4.

CC-12

TOMA DE DECISIONES AL FINAL DE LA VIDA EN EL PACIENTE PLURIPATOLÓGICO COMPLEJO: LA NECESIDAD DE ACLARAR CONCEPTOS

Mora Delgado, Juan; Lojo Cruz, Cristina; Rivas Jiménez, Víctor.

Unidad de Gestión Clínica de Medicina Interna y Cuidados Paliativos. Hospital *Universitario de Jerez de la Frontera, Jerez de la Frontera.*

Caso Clínico

Presentamos el caso de un hombre de 66 años sin alergias medicamentosas conocidas, fumador de un paquete diario desde los 15 años, con antecedentes de hipercolesterolemia primaria, hipertensión arterial grado 3 e hiperuricemia. Realizaba tratamiento con losartán 100 mg en desayuno, furosemida 40 mg en desayuno, alopurinol 100 mg en desayuno, bisoprolol 2.5 mg en almuerzo, atorvastatina 40 mg en cena y alprazolam 0.5 mg por la noche. Respecto a su situación sociofamiliar, convivía con su esposa con la que tenía 3 hijos (uno en el extranjero y 2 con ellos). Presentaba indemnidad cognitiva y a nivel funcional era independiente para las actividades básicas de la vida diaria. No presentaba documento de voluntad vital anticipada.

Fue trasladado a urgencias hospitalarias por disnea y palpitations detectándose fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida con shock cardiogénico, secundaria a insuficiencia mitral severa isquémica, procediéndose a cirugía de sustitución valvular y doble bypass. En Cuidados Intensivos presentó dificultad para el destete de ventilación mecánica, precisando traqueostomía tras un mes de ingreso. Se trasladó a Neumología con ventilación mecánica modo presión-soporte con secuelas secundarias al encamamiento, shock séptico y disfunción ventricular severa. Tras tres semanas en planta, extremadamente frágil, dependiente de ventilación y sonda nasogástrica, se consultó a Cuidados Paliativos por solicitud de eutanasia. Manifestó deseo de finalizar su estado de sufrimiento. Como motivos esgrimía disnea refractaria, mal control de dolor y sufrimiento vital. Expresó negación a conexión al respirador y alimentación por sonda. Mostraba preocupación por no ser una carga para su esposa. En la primera valoración aclaramos con el paciente diferencias entre eutanasia, adecuación de esfuerzo terapéutico y renuncia a tratamiento. Tras esto, el paciente en plenas facultades, ratificó su deseo de renuncia a tratamiento y adecuación del esfuerzo terapéutico con retirada de medicación fútil, incluida sonda, y administrar únicamente medicación de alivio con retirada de ventilación previo sedación paliativa, tras conseguir sedación profunda para evitar sufrimiento. El paciente ratificó dicha decisión tres días consecutivos con valoración diaria por el equipo facultativo/psicológico, realizando reunión familiar con sus hijos (una de ellas de 16 años). Ante situación de fragilidad extrema, irreversible y aparición de síntomas refractarios (disnea, dolor y sufrimiento vital) a pesar de medicación optimizada, el paciente en situación de capacidad, dio consentimiento para iniciar sedación paliativa a pie de cama previa inducción con midazolam, seguida de perfusión de midazolam/mórfico, con la idea de una vez conseguido Ramsay VI, proceder a retirar ventilación con fecha acordada para que estuviera presente su familia. El paciente falleció a las 48 horas tras inicio de sedación, acompañado de sus familiares y conectado aún a ventilación.

Aspectos claves

La adecuación del esfuerzo terapéutico consiste en la adaptación de medidas diagnóstico-terapéuticas indicadas al paciente de acuerdo a su situación clínica y pronóstico. Supone aceptar la irreversibilidad de una enfermedad o situación clínica y la conveniencia de suspender o no iniciar tratamientos que tengan escasa posibilidad de éxito o cuya finalidad única sea prolongar la vida biológica, sin posibilidad de recuperación funcional o mantener una calidad de vida mínima¹. En cuanto a la renuncia de tratamiento, cuando se trate de decidir sobre la estrategia terapéutica más adecuada y determinar el nivel de intensidad de las intervenciones diagnósticas y terapéuticas, sólo el paciente puede valorar el balance beneficio/riesgo de las decisiones según el significado que tenga desde su perspectiva y en las condiciones de competencia adecuadas. Finalmente, la eutanasia se define como el acto deliberado de dar fin a la vida de una persona, por voluntad expresa de la propia persona, con el objeto de evitar un sufrimiento².

Conclusiones

Poseer claridad conceptual en torno a estos términos es indispensable para evitar confusiones y abordar los dilemas morales a los que se enfrenta el equipo de salud en su quehacer diario respecto a la toma de decisiones, en la que entran en juego conflictos de valores, especialmente en pacientes pluripatológicos complejos.

Bibliografía

1. Fontecha BJ, Navarri L. Adecuación del esfuerzo terapéutico. Un reto en camino. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2016;51(2):66–7.
2. Pascual Matellán L. Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. 2022.

CC-13

PACIENTE FRÁGIL HOSPITALIZADO ¿QUÉ PODEMOS HACER?

Orgaz Salgado, María Lourdes; Nicás Jimenez, Sandra; Toma, Laura Cristina; Broco Villahoz, Nuria; Sevo Spahiu, Sara; Sobrino Alonso, Maitane; Beamonte Vela, Blanca; Roteta García, Lorea; Casado López, Irene.

Hospital Infanta Cristina, Parla.

Antecedentes personales

Mujer de 93 años.

No alergias a medicamentos conocidas- Hipertensión arterial- Hipotiroidismo- ICC con fracción de eyección conservada. Estenosis aórtica degenerativa moderada e hipertrofia ventricular izquierda moderada-severa. Tres ingresos en el último año por cuadro de neumonía eosinofílica, valorada por neumología que dan de alta de consultas en agosto 2023.

Situación basal (realizada durante ingreso actual).

- **Funcional:** Barthel de 90/100. Camina con andador, salva escalones pero con ayuda, doble continente. Para el resto de actividades es independiente. Frail de 4. Paciente frágil.
- **Cognitivo:** no deterioro cognitivo documentado. Pfeiffer al ingreso 1-2 errores (falla en cálculo y presidente).
- **Social:** vive sola, no tiene hijos. Recibe una ayuda a domicilio 3 días en la semana. Sus sobrinos acuden a visitarla. Cuidador principal su sobrino.

Tratamiento habitual: Oxígeno crónico a 2lpm. Eutirox 112; Adiro; Bisoprolol; Losartan/hidroclorotiazida; Amlodipino; Atorvastatina; Uniket retard; Lormetazepam si precisa

Enfermedad actual: Mujer de 93 años acude disnea de 3 días de evolución hasta hacerse de reposo. Tiene un pulsioxímetro en casa y marcaba 85%. Niega fiebre, tos o dolor torácico. Refiere cierta ortopnea (duerme con dos almohadas), no sabe determinar si ha aumentado o no el edema en miembro inferiores. Acompañada por su sobrino, refiere que le suspendieron la prednisona recientemente, y que siempre que se la suspenden empeora.

Exploración física: Normotensión sin taquicardia con saturación de oxígeno (gafas nasales a 2L) de 87%. Auscultación cardíaca rítmica y crepitantes bilaterales hasta campos medios. Además, edema con fóvea pretibial bilateral.

Pruebas complementarias

Analítica: Leucocitos: $15.97 \cdot 10^3/\mu\text{L}$; Neutrófilos: $11.8 \cdot 10^3/\mu\text{L}$ Eosinófilos: $1.4 \cdot 10^3/\mu\text{L}$ Proteína c reactiva: 179.2 mg/L; Hemoglobina: 11.4 g/dL Creatinina: 0.91 mg/dl Filtrado Glomerular estimado 55 ml/min/1.73m².

ECG: Ritmo sinusal a 61 lpm. BRD. T negativa/isométrica en DIII, AVF y V3.

Radiografía de tórax: Aumento de densidad parahiliar bilateral con signos redistribución vascular, compatible con ICC. Imágenes de aumento de densidad en ambos lóbulos, que podrían corresponder con infiltrados.

Juicio clínico

- Infiltrados pulmonares bilaterales. Como causas:
 - Neumonía eosinofílica.
 - Insuficiencia cardiaca aguda.
- Insuficiencia respiratoria crónica agudizada.

Evolución y manejo hospitalario

Se inicia tratamiento con Ceftriaxona, prednisona 30 mg/día y furosemida. Buena respuesta clínica, sobre todo tras inicio de diurético, lo que orienta más hacia insuficiencia cardiaca aguda.

A su ingreso en planta la paciente tiene prescrito reposo en cama hasta mejoría de la insuficiencia respiratoria y le han colocado pañal. Se trata de una paciente mayor, que vive sola, y según la escala de Barthel es independiente, precisando solo ayuda para la deambulación y salvar escaleras. Durante el primer día de ingreso en planta, a parte del tratamiento médico descrito anteriormente, se entrega a paciente y familiar díptico con recomendaciones para pacientes con fragilidad.

Se realiza movilización precoz, se aporta andador del hospital, se coloca alargadera de oxigenoterapia y se retira pañal incorporando compresa por pérdidas. Por otro lado, se ajusta medicación diurética para evitar administración nocturna y garantizar descanso nocturno. Finalmente, la paciente es dada de alta sin deterioro de su situación funcional.

Cuestiones clave y conclusiones

La fragilidad¹ es un síndrome geriátrico que se caracteriza por una menor reserva funcional y, por tanto, mayor vulnerabilidad ante situaciones de estrés como puede ser la hospitalización. Por tanto, se asocia con un mayor riesgo de resultados adversos de salud y progresión a dependencia (limitación de la movilidad, deterioro funcional y cognitivo). Se trata de un estado **previo a la dependencia y puede ser reversible**; esta es la razón por la que es de suma importancia entender qué es la fragilidad, poder identificarla y evaluarla correctamente, y posteriormente implementar medidas preventivas.

En nuestro centro contamos con un programa de implantación reciente dirigido a identificar pacientes frágiles, como nuestra paciente, y poner en marcha medidas centradas en evitar la inmovilización y el desarrollo de *delirium*. A través de estas intervenciones y con la implicación de la familia, no sufrió deterioro funcional durante ingreso.

Existe bibliografía² que apoya este tipo de manejo de la fragilidad durante la hospitalización para disminuir complicaciones y deterioro y/o dependencia alta. Podría ser de utilidad, en nuestro caso, analizar si nuestro protocolo consigue mejoras en este sentido, de manera que se puede continuar trabajando sobre un síndrome frecuente en nuestra práctica clínica, y que previsiblemente continuará aumentando a medida que continúa el envejecimiento de nuestra población.

Bibliografía

1. Morley JE, Vellas B, van Kan GA, Anker SD, Bauer JM, Bernabei R, Cesari M, Chumlea WC, Doehner W, Evans J, Fried LP, Guralnik JM, Katz PR, Malmstrom TK, McCarter RJ, Gutierrez Robledo LM, Rockwood K, von Haehling S, Vandewoude MF, Walston J. Frailty consensus: a call to action. *J Am Med Dir Assoc.* 2013 Jun;14(6):392-7. doi: 10.1016/j.jamda.2013.03.022.
2. Rezaei-Shahsavarloo Z, Atashzadeh-Shoorideh F, Gobbens RJJ, Ebadi A, Ghaedamini Harouni G. The impact of interventions on management of frailty in hospitalized frail older adults: a systematic review and meta-analysis. *BMC Geriatr.* 2020 Dec 3;20(1):526. doi: 10.1186/s12877-020-01935-8.

CC-14

ROMPER LA DINÁMICA DE LAS GUÍAS Y LA INERCIA TERAPÉUTICA: A VECES MENOS ES MEJOR

Alonso De Los Santos, José María; Herrero Lafuente, Ismael; Mencía Chirinos, Heysa Estefany; Bedoya Riofrio, Pamela; Aguilar González, Alba; Cillanueva Ortiz, Marina Esther; Arribas Arribas, Clara; Martín Rodríguez, Elena; Ferreira Pasos, Eva María; Martín Rodríguez, Sonia.

Complejo Asistencial de Segovia, Segovia.

Desarrollo del caso

Varón de 75 años con algunos antecedentes personales relevantes:

- Hipertensión arterial con buen control ambulatorio. Diabetes mellitus tipo 2 con buen control metabólico. Exfumador y exconsumidor de alcohol.
- Miocardiopatía dilatada isquémica (2009) con disfunción moderada sistólica y trombo apical en anticoagulación. Enfermedad coronaria de 3 vasos tratada con angioplastia y stent con revascularización completa.
- Estenosis del canal lumbar con subóptimo control del dolor.
- Múltiples consultas recientes: Dermatología (lesiones hipopigmentadas), Neumología (SAOS), Cardiología (cardiopatía isquémica), Reumatología (dolor articular), Cirugía (control del dolor por claudicación y estenosis).

Tratamiento: amlodipino 5mg/24h, atorvastatina 80mg/24h, formoterol/aclidinio 1 inhalación/12h, lorazepam 1mg/24h, pantoprazol 20mg/24h, acenocumarol, etoricoxib 60mg/24h, metformina 850mg/8h, furosemida 40mg/8h, dapagliflozina 10mg/24h, paracetamol 1g/24h, parche de nitroglicerina 10mg/24h, sacubitrilo/valsartan 97/103mg/12h, metoclopramida si náuseas.

Varias consultas recientes por artralgias inespecíficas tras estudio, recibiendo 10 días de corticoides sistémicos. Ha presentado mayor hipertensión, tratada con amlodipino y náuseas introduciendo metoclopramida. Es remitido a M. Interna para evaluación de un cuadro de deterioro de 2 meses de evolución, con astenia, hiporexia y pérdida de peso de 8 kg (actualmente 62.4 kg, IMC 23).

Sin hallazgos relevantes en las constantes vitales (113/63 mmHg) ni en la exploración física, se inicia estudio analítico objetivando leve anemia normocítica normocrómica (hemoglobina 11.1 g/dl), fracaso renal agudo AKI-III no oligúrico (creatinina 3.6 mg/dl) y HbA1c 11.55% (previa hace 7 meses 6.2%).

En cuanto a la Valoración Integral y Multidisciplinar del Anciano (VIMA), previo al ingreso a nivel funcional dependencia leve en Barthel (70), a nivel cognitivo 3 errores en Pfeifer (leve). Presenta poca probabilidad de delirium (4AT con 0 puntos) y de depresión (test de Yesavage normal). El paciente vive solo en su domicilio, en una zona rural, con supervisión y apoyo de sus dos hijos (uno de ellos cuidador referente) y hermana (escala de Gijón de 7). Así mismo, puntúa 3 en Clinical Frailty Score, presenta riesgo de malnutrición (MNA-SF 9 puntos) y caídas (Downton 3, alto riesgo). En cuanto a la evaluación pronóstica, puntuación de 5 en índice PROFUND, traduciendo un bajo-intermedio riesgo de mortalidad a los 12 meses (21.5%) y sin reunir los criterios de la escala NECPAL (negativo).

Cumple criterios de polifarmacia extrema y pluripatología compleja. En la revisión sistemática de la medicación, se realizaron algunos cambios: suspensión de potenciales nefrotóxicos, ajuste hipoglucemiante (bolo basal plus y posterior iDPP4), cambio en analgesia (combinación de 1º y 2º escalón suspendiendo AINEs) y prevención de delirium (con alternativas a benzodiacepinas).

Con ello, elevación del filtrado glomerular progresivo (cercano a 30 ml/min/m²) y permanece normotenso tras reducción de nitroglicerina por no dolor, suspensión de amlodipino y buena tolerancia a betabloqueante a dosis bajas, teniendo en cuenta la secuencia de reintroducción de medicación cardiológica recomendada pasa por reintroducir ARNI e ISGLT-2 por filtrado y normopotasemia. Así mismo, evaluadas las interacciones farmacológicas, debe monitorizarse el efecto de bisoprolol, quedando reducido por inducción del CYP3A4 por la rifampicina.

Actualmente, tras la primera valoración inicial, el paciente se encuentra en los primeros días de hospitalización con juicio clínico de Tuberculosis pulmonar. A pesar de ser pronto para una re-evaluación de VIMA completa, por el momento, no ha desarrollado delirium a pesar de suspensión de benzodiacepina y tratamiento según necesidades con trazodona, sin pérdida de peso significativa ni otros signos de malnutrición y el Barthel continúa siendo leve. Al alta, tendrá seguimiento en una Unidad de Continuidad Asistencial.

Cuestiones clave

Realizar la VIMA en nuestros pacientes puede ser determinante en su manejo. La valoración integral y multidimensional, incluyendo aspectos funcionales, cognitivos y de la medicación han sido relevantes (recomendaciones 1, 2 y 3).

El paciente no ha desarrollado delirium intrahospitalario, a pesar de bajo riesgo en VIMA, se ha suspendido benzodiacepinas según los criterios de deprescripción y recomendaciones de no uso de benzodiacepinas STOPP/START y Less-Chron, manteniéndose ese cambio al alta (recomendación 5 y 12).

Así mismo, se han identificado varias cascadas de prescripción. Se ha tratado una hipertensión empeorada en parte por prescripción inadecuada de AINEs, así como náuseas tratadas con benzamidas con un componente temporal con toma de AINEs y corticoides. Quizás también el aumento temporal de furosemida en ausencia de descompensación de insuficiencia cardíaca pueda deberse a amlodipino.

De cara al seguimiento posterior, una unidad multidisciplinar, con Enfermería, Farmacia y Medicina puede ayudar a la correcta identificación de estos problemas presentados y poder adelantarlos a múltiples complicaciones (recomendaciones 8, 11 y 15), además de reevaluar estos aspectos relevantes (recomendación 17).

Conclusiones

Recomendamos continuar teniendo presente la incorporación al manejo puramente médico-clínico de aspectos relevantes que se recogen en la VIMA, con especial interés en la identificación precoz de cascadas terapéuticas, criterios de deprescripción y prescripción inadecuada, así como la importancia de su reevaluación periódica en unidades multidisciplinarias y dimensionales, como Unidades de Continuidad Asistencial.

Bibliografía

1. Vallejo Maroto I, Cubo Romano P, et al. Recomendaciones sobre la valoración integral y multidimensional del anciano hospitalizado. Posicionamiento de la Sociedad Española de Medicina Interna. Revista Clínica Española. 2021 Jun 1;221(6):347–58.
2. Pagán Núñez Francisco Tomás, Tejada Cifuentes Francisco. Prescripción en Cascada y Deprescripción. Rev Clin Med Fam. 2012 Jun; 5(2): 111-119.



ORGANIZA



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA INTERNA



FUNDACION ESPAÑOLA DE MEDICINA INTERNA



PATROCINADO POR

