

# XI REUNIÓN PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS XV REUNIÓN DEL GRUPO DE CRONICIDAD Y PLURIPATOLOGÍA

ALCALÁ DE HENARES  
PARADOR DE ALCALÁ DE HENARES

4 Y 5  
OCTUBRE 2024

17840

0

0.00XX

GK-100%

00000000000000000000.02341

7593-3923-2305-1103-4051

GLK-OFF ///



LIBRO DE  
CASOS  
CLÍNICOS



PATROCINADO POR





# ÍNDICE

	<b>Página</b>
<b>CC-01</b> — Un gran abanico de posibilidades tras la valoración integral .....	4
<b>CC-02</b> — El problema invisible e ¿inevitable?.....	6
<b>CC-03</b> — Paciente anciana pluripatológica con múltiples ingresos: las oportunidades perdidas .....	8
<b>CC-04</b> — La importancia de una valoración integral y multidimensional del anciano con enfermedad oncológica.....	10
<b>CC-05</b> — La utilidad de las herramientas de valoración integral en los conflictos éticos paciente pluripatológico .....	12
<b>CC-06</b> — Tan lejos y tan cerca: la telepresencia como complemento a la atención de los pacientes pluripatológicos.....	14
<b>CC-07</b> — Nutrición enteral y una frecuente complicación en un paciente joven crónico complejo .....	16
<b>CC-08</b> — Mujeres con cronicidad y necesidades complejas que viven solas: las grandes olvidadas del sistema sociosanitario .....	18
<b>CC-09</b> — Integración multidisciplinaria: demanda clave en el manejo de un paciente pluripatológico.....	20
<b>CC-10</b> — Artritis en el paciente crónico, a propósito de un caso.....	22
<b>CC-11</b> — Impacto de la aplicación de los programas de atención integral de pacientes pluripatológicos en la consulta de Medicina Interna .....	24
<b>CC-12</b> — Cuando la disnea se convierte en un problema que "ahoga" al médico y al paciente.....	26
<b>CC-13</b> — Optimización del Tránsito por el Sistema Sanitario de Pacientes Pluripatológicos Crónicos: Estrategias y Herramientas Efectivas.....	28
<b>CC-14</b> — Caso clínico XI Reunión Pacientes Crónicos Complejos.....	30
<b>CC-15</b> — Neuralgia del trigémino. Ejemplo de polifarmacia y complejidad .....	32
<b>CC-16</b> — Manejo integral y abordaje de síndromes geriátricos: a propósito de un caso de insuficiencia cardíaca en paciente de edad avanzada con pluripatología.....	34
<b>CC-17</b> — Disnea, fragilidad y desnutrición en una mujer anciana: un abordaje integral en Medicina Interna.....	36
<b>CC-18</b> — ¿Es la hospitalización convencional la mejor opción para los pacientes complejos y pluripatológicos?.....	38
<b>CC-19</b> — La familia sanitaria, donde la vida nace y el amor nunca termina .....	40
<b>CC-20</b> — Deterioro cognitivo con alta reserva cognitiva: Un caso de intoxicación farmacológica.....	42
<b>CC-21</b> — Fibrilación auricular y paciente complejo. Evaluación individualizada del tratamiento.....	44
<b>CC-22</b> — Atención a la desnutrición inadvertida .....	46
<b>CC-23</b> — Doctor; ¿realmente necesito todos estos medicamentos?.....	48
<b>CC-24</b> — Celulitis bilateral, ¿o no?.....	50
<b>CC-25</b> — Proceso asistencial integrado del paciente crónico complejo en la consulta de Medicina Interna: resultados en salud y autonomía del paciente .....	52
<b>CC-26</b> — Paciente pluripatológico, hiperfrecuentador, en seguimiento por múltiples especialistas: la clave de facilitar al cuidador cuidar.....	54
<b>CC-27</b> — La toma de decisiones en el paciente crónico complejo: un arte médico .....	56
<b>CC-28</b> — La importancia de la autonomía del paciente y conciliación de la medicación .....	58
<b>CC-29</b> — Corazones de Hierro: Dos Casos de Toxicidad Cardiológica .....	60

## CC-01

## UN GRAN ABANICO DE POSIBILIDADES TRAS LA VALORACIÓN INTEGRAL

**Gil Abizanda, Ana Cristina; Castañeda Pastor, Ana; Saénz De Tejada, Andrea; Gimena Rodríguez, Francisco Javier; Saénz De Urturi Rodríguez, Alejandro; Fuentes Santos, Cristina; Barba Martín, Raquel.**

*Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Móstoles.*

Se trata de un varón de 81 años pluripatológico según la clasificación de M. Ollero (categorías A y C), con antecedentes de extabacismo, hipertensión, dislipemia y disnea NYHA III de origen multifactorial en contexto de obesidad mórbida (IMC 42), EPOC con patrón obstructivo severo (FEV1 49%) y cardiopatía hipertensiva con insuficiencia cardíaca FEVI preservada, así como fibrilación auricular CHADSVASC 3. Presenta situación de polifarmacia en tratamiento con acenocumarol, olmesartán, hidroclorotiazida, furosemida, atorvastatina y lorazepam.

Desde Atención Primaria, obtuvo un test de sangre oculta en heces positivo con anemia microcítica ferropénica (Hb 11.2g/dl, ferritina 14ng/ml, IST 4%), por lo que se realizó una colonoscopia con diagnóstico de adenocarcinoma de colon transversal proximal pT3N0M0 por invasión del tejido adiposo. Desde el comité de tumores del hospital, y ante la situación de elevada complejidad del paciente, se activó el circuito de valoración integral con el objetivo de evaluar la situación global del paciente de cara a elegir la mejor opción terapéutica.

En la consulta de prehabilitación quirúrgica se realizó una valoración integral del paciente. Presentaba una importante comorbilidad según Charlson, con una situación de fragilidad establecida debida sobre todo a la limitación funcional derivada de la deshabitación física y la disnea multifactorial dados los antecedentes descritos. Presentó una puntuación de 3 puntos en la escala FRAIL a expensas de fatiga, afectación de la deambulación y de la resistencia, con una limitación moderada para el desempeño físico según la escala SPPB que permitiría cierta mejoría de la situación basal con ejercicio físico. No presentaba deterioro cognitivo (Pfeiffer 0 puntos; GDS 1), era independiente para las actividades básicas de la vida diaria (Barthel 95 puntos), y mostraba dependencia moderada para las actividades instrumentales (Lawton y Brody 5 puntos), sobre todo por limitación en las actividades físicas. En el cribado nutricional, presentó riesgo moderado de malnutrición por pérdida de peso y diagnóstico reciente de enfermedad oncológica (MNA 9 puntos). El paciente contaba con buen apoyo social; convivía con su mujer en el domicilio particular con soporte diario por parte de sus hijos, gracias a lo que percibía una situación de autonomía que deseaba preservar y que manifestaba como relevante de cara a plantear la elección terapéutica oncológica.

Se trata por tanto de un paciente frágil, con gran desacondicionamiento físico por obesidad mórbida e inmovilidad, y disnea de moderados esfuerzos condicionada por su patología cardiopulmonar y agravada por la condición física. En la consulta, refirió además mareo de perfil ortostático posiblemente en relación con la anemia de origen tumoral así como por un excesivo control tensional, aunque el paciente se mostró reacio a adecuar el tratamiento en una primera visita. Se propusieron medidas de reacondicionamiento basadas en una dieta hipocalórica y ejercicio físico según las recomendaciones de Vivifrail Rueda A, que el paciente aceptó con ayuda de sus familiares. Con ello, se procuró mejorar la situación funcional física del paciente para fortalecer la salud del enfermo y mejorar su autonomía según sus deseos previos. Además, se reintrodujo el tratamiento inhalador con broncodilatadores de acción prolongada y corticoide inhalado de cara a mejorar la función respiratoria con el objetivo tanto de contribuir en su calidad de vida como de optimizar al paciente para la anestesia y el postoperatorio inmediato. Se gestionó la administración de hierro intravenoso en hospital de día con vistas a replecionar los depósitos de hierro, corregir la anemia ferropénica y optimizar la situación hemodinámica prequirúrgica. Debatimos la posibilidad de disminuir la terapia antihipertensiva, que el paciente denegó, pero tras la salida de la consulta sufrió un episodio sincopal de origen hipotensivo con fracaso renal prerrenal leve por lo que finalmente aceptó el ajuste de tratamiento. Además, de acorde a los criterios START/STOPP, se retiraron las benzodiacepinas y se inició trazodona para el control de la ansiedad. Con todo ello, se propuso un tratamiento oncológico adaptado, decidiendo realizar una hemicolecotomía derecha laparoscópica sin quimioterapia adyuvante ante la situación de fragilidad, que transcurrió sin incidencias. En las visitas de control, el paciente refirió mejor estado general de forma subjetiva. Había perdido peso, y si bien mantuvo una disnea grado III, salía a la calle salvando las escaleras y con menor grado de limitación física. Tras la corrección

de las cifras de hemoglobina y pese a la disminución de tratamiento diurético y antihipertensivo, no sufrió ningún episodio de descompensación de insuficiencia cardíaca. En la espirometría de control mantuvo la misma obstrucción grave al flujo aéreo pese a la reintroducción del tratamiento inhalador, aunque con mejoría subjetiva sobre la disnea y la limitación física según comentado. Como limitación en la visión retrospectiva, descubrimos que si bien el enfermo presentó riesgo de malnutrición en el cribado por MNA, únicamente evaluamos la fuerza muscular con el test de la silla y no medimos la masa muscular para completar el estudio de sarcopenia, por lo que quizás el paciente podría haberse beneficiado de suplementación nutricional.

Con este caso clínico se pretende resaltar la importancia de la valoración integral de los pacientes, de cara a poder evaluar la potenciar reversibilidad de la fragilidad de nuestros mayores. Es importante evaluar la situación cognitiva de los pacientes no solo para adecuar el plan de acción sino también para respetar sus decisiones y deseos. Además, se recomienda indagar en la capacidad funcional de los pacientes para establecer un plan terapéutico, fomentar las fortalezas de los pacientes y abordar las limitaciones tanto desarrolladas por el deterioro físico como inducidas por los tratamientos administrados. Por último, no debemos olvidarnos de la valoración de sarcopenia sobre la cual se puede intervenir para fortalecer la musculatura y disminuir la dependencia física. En este contexto, las consultas de prehabilitación quirúrgica suponen una excelente oportunidad para optimizar la situación de nuestros pacientes.

### Bibliografía

- ▶ Ollero M (Coord.), Álvarez M, Barón B y cols. Proceso asistencial integrado. Atención a pacientes pluripatológicos. 2ª Edición. Consejería de Salud. Andalucía. 2007.
- ▶ Vallejo Maroto I, et al. Recomendaciones sobre la valoración integral y multidimensional del anciano hospitalizado. Posicionamiento de la Sociedad Española de Medicina Interna. Rev Clin Esp. 2020. <https://doi.org/10.1016/j.rce.2020.10.003>

## CC-02

## EL PROBLEMA INVISIBLE E ¿INEVITABLE?

Martínez Rodríguez, Pablo; Moralejo Alonso, María Leticia.

Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca.

El presente caso versa sobre un varón de 90 años, independiente para las actividades de la vida diaria, con elevado nivel cultural (veterinario jubilado) que residía solo en su domicilio, sin ayuda y no tenía familiares. Cognitivamente preservado, Pfeiffer = 0 puntos, con Barthel de 90 puntos.

Sin alergias medicamentosas, como antecedentes relevantes constaban hipertensión, hipotiroidismo, colon irritable, enfermedad renal crónica en estadio G3a de etiología no establecida, anemia crónica y antecedentes de trastorno del ánimo desde el año 2006 (depresión endógena recurrente y ansiedad) con manejo desde Atención Primaria. Primer ingreso hospitalario en marzo de 2024 en el servicio de Digestivo por hemorragia digestiva alta en contexto de úlcera duodenal (Forrest Ia) de etiología no establecida, con buena evolución clínica tras tratamiento endoscópico. Durante el ingreso se detecta riesgo social mediante la escala Gijón y se propone al paciente ingreso en residencia, el cual no acepta, efectuándose alta el día 13/03/2024.

El paciente vuelve a domicilio, con polimedicación que él gestionaba y sin ningún tipo de ayuda (por rechazo del paciente). A los ocho días del alta acude al servicio de urgencias por dolor abdominal. Tras la exploración y analítica, se diagnostica al paciente de cólico biliar no complicado. Se interconsultó a medicina Interna para valoración, estando de guardia la médico responsable de la unidad de continuidad asistencial para pacientes pluripatológicos. Durante la anamnesis, llamó especialmente la atención que, aunque no tenía criterios de ingreso, el paciente quería quedar ingresado en el hospital y no marcharse a domicilio. Se le ofreció un ingreso social para buscar una residencia, pero volvió a declinar tal posibilidad, así como ayuda a domicilio y el servicio de catering que el ayuntamiento facilita a estos pacientes. Tras una larga entrevista, no se apreció ningún síntoma sugestivo de bajo ánimo; sí la percepción de que el paciente no quería perder su autonomía. Dada la edad y la pluripatología, se objetivó que había falta de higiene personal, de adherencia al tratamiento y de adecuada alimentación. Ante tal insistencia, se decidió mantenerle en urgencias esa noche y citarle en la Unidad de Continuidad Asistencial en una semana para mantener cierto seguimiento, informando a su médico de Atención Primaria y a su enfermera de la situación al día siguiente.

A los 7 días, el paciente no acude a su cita en consulta de medicina interna. Al entrar en la historia clínica de atención primaria, el paciente había fallecido días antes. En el informe del equipo de emergencias se detallaba que habían acudido al domicilio, encontrando al paciente en decúbito lateral, con livideces, ausencia de signos vitales y una soga atada al cuello. Había dejado una nota con voluntades previas.

### Cuestiones claves

1. ¿Cómo un médico con gran experiencia en estos pacientes no detectó el riesgo de suicidio?
2. ¿Pensamos en el suicidio en los pacientes pluripatológicos crónicos, especialmente en los ancianos?
3. ¿Se podría haber evitado este desenlace?

La depresión es una de las causas más importantes de sufrimiento emocional en los últimos años de la vida, asociándose con frecuencia a otras comorbilidades. La pérdida de autonomía y calidad de vida suelen ser condiciones concomitantes. La enfermedad crónica también se asocia con la ideación suicida y el suicidio consumado<sup>1</sup>.

Existe una infranotificación de casos que a día de hoy impide conocer la magnitud real del problema. Los médicos desconocemos que la franja en la que existen una tasa mayor de suicidios consumados es a partir de los 79 años. Los ancianos se caracterizan por realizar escasos intentos de suicidio, pero destacan por emplear metodología violenta como el ahorcamiento, la precipitación, la venosección profunda, etc. logrando así una mayor letalidad<sup>1</sup>.

Los síntomas son menos intensos, la auto y heterovaloración del estado anímico como reactivo y normal ante el problema presentado. Los cuadros oligosintomáticos y la apatía que puede atenuar la valoración de los síntomas como patológicos pueden inducir falsos negativos de depresión en la vejez<sup>2</sup>.

Las recomendaciones del documento de consenso de la SEMI nos muestran la importancia de tener en cuenta todos los aspectos que componen la esfera de la valoración integral multidimensional del anciano (VIMA). En especial, el estado emocional, que puede evaluarse de forma rápida con el Test de Yesavage de 4 ítems<sup>3</sup>.

### Conclusiones

---

1. Debemos ser conscientes de la posibilidad de suicidio en nuestros pacientes pluripatológicos.
2. La depresión presenta una alta prevalencia en estos pacientes asociándose a la pérdida de autonomía y calidad de por las enfermedades crónicas.
3. A diferencia de otros pacientes más jóvenes no suele haber avisos ni intentos si no suicidios consumados.

### Bibliografía

---

1. Casey DA. *Depression in older adults: A treatable medical condition. Prim Care [Internet]. 2017;44(3):499–510. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pop.2017.04.007>*
2. López-Álvarez J, Leonés-Torres I, Culebras A, Navas MJP. *Protocolo diagnóstico de depresión en ancianos. Medicine [Internet]. 2015;11(85):5103–6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.med.2015.08.006>.*
3. 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. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rce.2020.10.003>*

## CC-03

## PACIENTE ANCIANA PLURIPATOLÓGICA CON MÚLTIPLES INGRESOS: LAS OPORTUNIDADES PERDIDAS

Bohórquez Arcila, Tatiana; Alonso Claudio, Gloria María; Crisolino Pozas, Ángel Pedro.

Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca.

### Caso clínico

Presentamos el caso de Julia, una mujer de 97 años que vivía en domicilio, con su hija y yerno. La paciente presentaba criterios de pluripatología crónica: deterioro cognitivo, dependencia para las actividades básicas, Bartel <60 y fractura osteoporótica de cadera.

Nosotros tuvimos conocimiento de la paciente porque ingresó a nuestro cargo por orden judicial para soporte nutricional.

A la exploración presentaba mal estado general, signos de deshidratación, caquexia extrema, exploración cardiopulmonar normal, abdomen excavado, sin megalias, marcada sarcopenia y úlceras por presión en sacro, glúteo y hombro izquierdo.

Revisamos la historia previa de Julia. Su primer ingreso fue en mayo de 2023 por fractura pertrocantérea de cadera izquierda, posteriormente ingresó en medicina interna por infección urinaria en junio y julio de 2023, reingresó en julio 2023 por desorientación y deshidratación. Además, hay varias consultas en urgencias. No constaba ninguna VIMA (valoración integral multidimensional del anciano ingresado en medicina interna).

Revisamos los comentarios de enfermería y de los médicos que atendieron a la paciente. En los ingresos previos se describía desnutrición y deshidratación, incluso pedía de forma reiterada agua y comida. En una de las visitas a urgencias tras la fractura de cadera, en la exploración describen que los apósitos que cubren la herida están sucios. En ninguno de los ingresos hubo familiares que vinieran a informarse, tampoco solicitaban información por teléfono, cuando la paciente se iba de alta era difícil comunicarse con ellos, hubo una ocasión incluso que se trasladó en ambulancia y no había nadie en casa esperando. Nunca quisieron la ayuda de los servicios sociales.

Finalmente ingresó por orden judicial. No sabemos quién alertó a los servicios sociales, desde luego no parece que fuera ningún personal sanitario ya que no consta en el historial que se sospechara maltrato por abandono, a pesar de las múltiples pistas que nos había dejado la paciente en su largo peregrinar por urgencias y hospitalización.

Durante su último ingreso se colocó sonda nasogástrica para soporte nutricional, y se gestionó su traslado a una residencia. La paciente falleció pocos días después.

### Cuestiones claves: Maltrato en el anciano

El maltrato a los ancianos se puede presentar de varias formas: maltrato físico (agresiones), psicológico (manipulación, intimidación, amenazas), negligencia física (no satisfacer las necesidades básicas del anciano), maltrato emocional o abandono (negación de afecto, aislamiento, incomunicación), abuso económico y abuso sexual.

Los estudios estiman que alrededor del 10% de las personas mayores de 65 años experimentan alguna forma de maltrato. Estas tasas suelen ser más altas en centros de atención a largo plazo, a pesar de las regulaciones gubernamentales destinadas a abordar este problema. Debido a que los pacientes que sufren maltrato tienden a tener tasas más altas de hospitalización y mortalidad, es importante que los médicos puedan identificar con precisión los casos de abuso.

Hay descritas unas *banderas rojas* que deben alertarnos de que un anciano está sufriendo maltrato. Algunas de ellas serían: caídas frecuentes, explicaciones poco coherentes respecto al mecanismo de producción de las lesiones, retraso en solicitar asistencia, visitas reiteradas a los servicios de urgencias y hospitales por motivos cambiantes, administración involuntaria de medicamentos, ausencia de respuesta ante tratamientos adecuados,



mala evolución de las úlceras, desnutrición sin motivo aparente, deshidratación, alteración de estado de ánimo, depresión, ansiedad, miedo o confusión.

El sistema sanitario le falló a Julia. Muchas de estas banderas rojas se presentaron a lo largo de sus ingresos y visitas a urgencias pero ninguno denunciarnos la situación, tal vez por desconocimiento, tal vez por miedo a enfrentarnos a su familia, quizá por no saber cómo actuar.

## Conclusiones

---

- ▶ **Importancia de la realización de la VIMA en el paciente ingresado.** La VIMA puede ayudarnos, a detectar, entre otros, la dependencia, la fragilidad, el riesgo de caídas, el riesgo de sarcopenia, la desnutrición y el riesgo social. Seguramente nos habría ayudado a sospechar el maltrato.
- ▶ **Importancia de la detección temprana y la intervención coordinada:** La detección temprana del maltrato es fundamental para la protección de pacientes vulnerables. Es crucial una intervención médica y social coordinada, así como la participación activa de las autoridades judiciales y los servicios sociales, para implementar las medidas de soporte necesarias que permitan la recuperación del estado de salud de los pacientes.
- ▶ **Desafíos en el abordaje del maltrato en ancianos y pacientes vulnerables:** El maltrato en ancianos y pacientes vulnerables es una realidad compleja de abordar. Esto se debe en parte al desconocimiento sobre cómo identificar de manera clara las "Red Flags" y la falta de información sobre el procedimiento adecuado a seguir en estos casos.

## Bibliografía

---

1. Organización Mundial de la Salud (OMS), Red Internacional para la Prevención del Maltrato de las Personas Mayores (INPEA).
2. Maltrato en el anciano. Posibilidades de intervención desde la atención primaria (II). En: Fernández-Alonso MC, Herrero-Velázquez S, eds. Medicina de familia y maltrato.
3. Patel K, Bunachita S, Chiu H, Suresh P, Patel UK. Elder Abuse: A Comprehensive Overview and Physician-Associated Challenges. Medicine, Cooper Medical School, Camden, USA; Molecular and Cellular Biology, Johns Hopkins University, Baltimore, USA; Radiation Oncology, The University of Texas MD Anderson Cancer Center, Houston, USA; Public Health and Neurology, Icahn School of Medicine at Mount Sinai, New York, USA.

## CC-04

LA IMPORTANCIA DE UNA VALORACIÓN INTEGRAL Y MULTIDIMENSIONAL DEL ANCIANO  
CON ENFERMEDAD ONCOLÓGICA

Broco Villahoz, Nuria; Teigell Muñóz, Francisco Javier; Bernal Hertfelder, Elsa; Orgáz, María Lourdes; Nicás, Sandra; Sobrino, Maitane; Sevo, Sara; Beamonte, Blanca.

Hospital Infanta Cristina, Parla.

Varón de 85 años, con alergia a contrastes yodados no estudiada y exfumador. Antecedentes de hipertensión arterial y dislipemia, cardiopatía isquémica revascularizada (2016) y estenosis aórtica grave asintomática pendiente de decisión de TAVI, con FEVI preservada; anticoagulado por episodio único de fibrilación auricular postoperatorio, actualmente en ritmo sinusal. EPOC no agudizador con OCFA muy grave. Enfermedad renal crónica 3b y anemia crónica estables; hipotiroidismo subclínico. Estenosis del canal lumbar; prótesis de cadera izquierda. Faquectomizado. Tratamiento habitual: pantoprazol, hidroclorotiazida, bisoprolol, enalapril, rosuvastatina/ezetimiba, apixabán, budesonida/formoterol/glicopirronio, metamizol y paracetamol a demanda. Además, leuprorelina semestral, bicalutamida y fentanilo en parches.

Tras diagnóstico de **adenocarcinoma de próstata** diseminado con afectación metastásica ósea extensa, sensible a castración, el paciente es derivado a Medicina Interna (MI) desde Oncología para valoración de fragilidad previo inicio de tratamiento antineoplásico. Dada la edad y pluripatología del paciente, Oncología duda de la idoneidad de terapia oncológica sistémica estándar en ese momento.

En la consulta de MI se realiza un cribado inicial de fragilidad mediante FRAIL (1 punto: pluripatología) y escala G8 específica de paciente oncológico (12 puntos, siendo una puntuación  $\leq 14$  indicativa de riesgo de fragilidad).

Se realiza entonces una valoración multidimensional completa. El paciente es independiente para las actividades básicas (Barthel simplificado  $> 90$ ) e instrumentales (Lawton-Brody 8 puntos, maneja su propia medicación). No presenta datos de deterioro cognitivo (Pfeiffer simplificado sin errores), ni depresión (escala de Yesavage simplificada normal). Tampoco riesgo nutricional, descartado en el cribado nutricional por MST y Nutriscore (específica de paciente oncológico), ni de sarcopenia (SARC-F negativo), con dinamometría de prensión manual media de 18 kg y velocidad de la marcha normal. Viudo desde 2022, vive con una de sus dos hijas y ambas están muy pendientes. Cumple criterios de polifarmacia y suma 8 puntos en el índice de Charlson, aunque 6 debidos a neoplasia. Refiere disnea basal grado 1 de la mMRC, sin angor habitual, y buen control tensional. En cuanto a los síndromes geriátricos, no presenta incontinencia, alteraciones auditivas, úlceras cutáneas, ni insomnio. Sin embargo, precisa lupa para la lectura y presenta riesgo de caídas elevado según la escala Downtown (5 puntos).

El estudio se completó con escalas pronósticas y de toxicidad. Seis puntos en el índice Profund pronosticaron riesgo bajo-intermedio de fallecimiento a 12 meses, y los resultados en las escalas CARG y CRASH indicaron bajo riesgo de toxicidad oncológica.

Se concluyó que, a pesar de las múltiples comorbilidades y edad avanzada, era un paciente robusto/prefrágil. Como factores potencialmente corregibles se identificaron la polifarmacia y el riesgo de caídas. Se recomendó plantear tanto el tratamiento oncológico estándar como la colocación de una válvula aórtica percutánea (TAVI). Además, se simplificó su medicación habitual con coformulaciones y se recomendó el uso de bastón, extremar el cuidado con las caídas, vigilar peso e ingesta y realizar ejercicio físico habitual (aportando las recomendaciones de Vivifrail® para paciente prefrágil con riesgo de caídas).

### Cuestiones claves

- ▶ El paciente, a pesar de su edad avanzada y pluripatología, es robusto-prefrágil con un buen estado de salud.
- ▶ Es, por tanto, candidato al tratamiento oncológico estándar (no especialmente tóxico) y con altas expectativas de respuesta a largo plazo (años).
- ▶ La VIMA nos ayudó a la toma de decisiones oncológicas y cardíacas, evitando privar al paciente de los tratamientos óptimos en dichos campos solo por su edad avanzada y pluripatología.
- ▶ Además, la VIMA nos permitió detectar factores de vulnerabilidad potencialmente reversibles y actuar sobre ellos (en este caso, la polifarmacia y el riesgo de caídas), optimizando aún más su manejo.

## Conclusiones

---

La VIMA en un paciente anciano y/o pluripatológico con enfermedad oncológica activa permite discernir de forma objetiva entre pacientes dependientes, frágiles, prefrágiles y robustos, y con ello optimizar las decisiones terapéuticas oncológicas y no oncológicas. De esta manera se evita que pacientes robustos o prefrágiles pierdan la oportunidad de recibir la mejor opción terapéutica disponible, y que los pacientes frágiles o dependientes reciban tratamientos con toxicidades que no van a ser capaces de tolerar.

Por ende, el trabajo conjunto entre internistas y oncólogos es importante en el abordaje del paciente anciano oncológico.

“Solo una valoración integral del anciano asegura una atención adecuada. La VIMA es la principal herramienta de evaluación del anciano y su uso se ha extendido también al campo de la Oncogeriatría”. “La importancia de la VIMA es tal que permite estimar la esperanza de vida del anciano y facilita la toma de decisiones.”

## Bibliografía

---

1. Vallejo. I, Cubo. P, Mafé M.C., 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 (6): 347-358. doi: 10.1016/j.rceng.2020.10.007
2. Gironés R, Antonio M, Molina MJ, et al. General recommendations paper on the management of older patients with cancer: the SEOM geriatric oncology task force's position statement. *Clin Transl Oncol.* 2018; 20 (10): 1246-1251. doi:10.1007/s12094-018-1856-x
3. Molina M.J., Guillén C. Oncogeriatría: una forma de optimizar la atención global del paciente anciano con cáncer. *Nutr. Hosp.* [Internet]. 2016; 33 (Supl 1): 31-39. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112016000700005&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112016000700005&lng=es).

## CC-05

LA UTILIDAD DE LAS HERRAMIENTAS DE VALORACIÓN INTEGRAL EN LOS CONFLICTOS ÉTICOS  
PACIENTE PLURIPATOLÓGICO

Mencía Chirinos, Heysa Estefany; Salinero Delgado, Teresa; Alonso De Los Santos, José María; Martín Rodríguez, Sonia; De Pablo Esteban, Antonio; Nielsen Martínez, Karen.

Hospital General, Segovia.

## Desarrollo del caso

Mujer de 93 años con antecedentes de interés de Insuficiencia cardiaca congestiva con ecocardiograma transtorácico 2022; insuficiencia aórtica moderada e insuficiencia mitral leve con fracción de eyección del ventrículo izquierdo deprimida con disfunción del VD moderada, insuficiencia renal crónica AKI I, hipotiroidismo, gammapatía monoclonal de cadenas ligeras no estudiada, trombo mural en iliaca en 2022 anticoagulado. En cuanto a sus antecedentes quirúrgicos colectomía subtotal por neoplasia de ángulo esplénico en 2011.

Situación basal realizada mediante VIMA WEB APP:

- ▶ **¿Es un paciente con enfermedad crónica avanzada y necesidad de cuidados paliativos? Si ¿Cumple criterios de paciente pluripatológico?** ES UN PACIENTE PLURIPATOLÓGICO.
- ▶ **¿Es un paciente crónico con necesidades complejas?** Es un paciente crónico CON NECESIDADES COMPLEJAS.
- ▶ **¿Se ha evaluado la capacidad para realizar las ABVD?** El paciente tiene una puntuación de 50 en la escala Barthel, por lo que TIENE DEPENDENCIA FUNCIONAL SEVERA.
- ▶ **¿Es un paciente con criterios de fragilidad?** El paciente CUMPLE CRITERIOS DE FRAGILIDAD.
- ▶ **¿Hay riesgo de caídas?** El paciente TIENE RIESGO DE CAÍDAS.
- ▶ **¿Tiene sarcopenia?** El paciente TIENE BAJO RIESGO DE SARCOPENIA.
- ▶ **¿Se ha evaluado la función cognitiva?** El paciente tiene una puntuación de 1 en la escala Pfeiffer, por lo que NO TIENE DETERIORO COGNITIVO.
- ▶ **¿Está desnutrido?** El paciente tiene una puntuación de 6 en la escala MNA SF, por lo que ESTÁ DESNUTRIDO.
- ▶ **¿Se ha evaluado el pronóstico del paciente?** El paciente tiene una puntuación del 17 en la escala Profund, por lo que TIENE RIESGO ALTO de mortalidad.
- ▶ **¿Hay sospecha de síndrome depresivo?** El paciente TIENE YESAVAGE POSITIVO. Probable síndrome depresivo.
- ▶ **¿Hay riesgo de úlceras por presión?** El paciente tiene una puntuación del 11 en la escala Norton, por lo que TIENE ALTO RIESGO de desarrollar UPP **¿Tiene o ha tenido el paciente delirium durante el ingreso?** El paciente NO TIENE DELIRIUM **¿Está el paciente institucionalizado?** Si.

Paciente que acude a urgencias por anemia macrocítica, donde la transfundieron 3 concentrados de hematies refiriendo astenia y anorexia, pero sin pérdida de peso. Deposiciones de color oscuras (en tratamiento con hierro). No otra sintomatología asociada.

Después de este proceso, seguimiento por la Unidad de Continuidad Asistencial (UCA), con revisiones periódicas de la paciente y un seguimiento estrecho desde el 20 de junio del 2023 al 24 del de mayo de 2024, controlando las hemoglobinas, signos de sangrado y estado de la paciente. La paciente se encontraba asintomática, solo melenas puntuales sin embargo, analíticamente se encontraba una anemia marcada (Hg hasta de 5g/dl y 3,9g/dl) precisando en este tiempo de hasta 55 transfusiones puesto que la paciente mostraba su negación a pruebas invasivas. Ante la precisión de tantas transfusiones, al final se realizó colonoscopia donde se presenció diverticulosis colónicas y hemorroides internas. También recibió tratamiento con eritropoyetina sin respuesta.

En una de estas múltiples consultas, la paciente se encontró con Hg 3,9g/dl por lo que aparte de transfusión preciso de ingreso para vigilancia, la paciente se le realizó gastroscopia de urgencia con ectasias vascular antral fulgurada. Sin embargo, a pesar de este tratamiento, las anemias seguían y la paciente cada vez estaba más cansada de ir a consulta (eran con un intervalo de 2-3 días), se le intentó controlar con otros tratamientos alternativos como octeótrido sin respuesta y finalmente como última opción por petición del hijo se le aplicó bevacizumab (indicada telangiectasia hemorrágica hereditaria) con el que controló la anemia parcialmente.

A pesar de esto, la paciente comenzó con empeoramiento del estado general, indicando que los traslados al hospital la deterioran, pérdida de peso, alto riesgo de broncoaspiración y debilidad hasta el punto de no poder caminar. Debido a todo esto, se decidió conjuntamente seguimiento por Unidad De Cuidados Paliativos (UDCP). Esta medida se le ofreció al hijo en múltiples ocasiones en todo este proceso, el cual lo rechazó indicando que quería tratamiento activo en todas las consultas sin embargo, la paciente poco a poco era más recidente a ir al hospital.

### Exposición de cuestiones clave

---

Estas situaciones son muy comunes en el día a día, es complicado con el médico decidir hasta donde llegar con el tratamiento activo. Esto nos plantea uno de tantos conflictos éticos que se nos da a los médicos en la práctica clínica continuamente. En este caso el conflicto ético principal sería:

¿Debemos seguir tratando las anemias con transfusiones o métodos invasivos en una paciente con esa edad y que verbaliza estar cansada de esta situación, aunque el hijo desee tratamiento activo?

Los cursos de acción extremos serían; no aplicar ningún tipo de tratamiento vs seguir usando todos los tratamientos que estén en nuestra mano. Pensando en los cursos de acción intermedios podríamos pensar en intentar tratar los síntomas que produzcan disconfort y conciliar con la paciente los tratamientos a los que quiere someterse y hacer "documento de instrucciones previas". Dentro de esto, tenemos que plantearnos el marco legal Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente donde también permite la negativa a recibir tratamiento."

Por todo esto, usando las escalas que tenemos disponibles como son PROFUND 2 (escasa supervivencia al año), un NECPAL positivo, con los datos recogidos gracias VIMA y hablando con la paciente sobre sus deseos, decimos conjuntamente curso de acción óptimo sería el seguimiento de los síntomas con Unidad de Cuidado Paliativos.

### Conclusión

---

El realizar y actualizar la valoración multidisciplinaria de los pacientes pluripatológicos puede ayudar a tomar a decisiones y conflictos éticos como el que mostramos.

## CC-06

TAN LEJOS Y TAN CERCA: LA TELEPRESENCIA COMO COMPLEMENTO A LA ATENCIÓN DE LOS  
PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS

Moreno Corrales, Guillermo; Moralejo Alonso, María Leticia.

Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca.

Nuestra paciente es una mujer de 87 años con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, obesidad, fibrilación auricular permanente con cierre de orejuela izquierda, insuficiencia cardíaca crónica con fracción de eyección del ventrículo izquierdo preservada, hepatopatía crónica Child B-C de etiología no filiada (probable origen enólico) con varices esofágicas, encefalopatía hepática grado I-II, deterioro cognitivo, neoplasia y artrosis, por lo que no deambula.

A fecha de febrero de 2024 realiza tratamiento con: lactulosa (1-1-1), rifaximina 200 mg (2-2-2), linagliptina 5 mg (1-0-0), insulina glargina (32-0-0), propranolol 10 mg (1-0-1), espironolactona 25 mg (0-2-0), furosemida 40 mg (1-0-0), pantoprazol (1-0-0), quetiapina 25 mg (0,5-1-2,5), paracetamol 1 g si precisa, formoterol/beclometasona (1-0-1), apixaban 2,5 mg (1-0-1).

Cumple criterios de pluripatología crónica (categorías A, D, E y H) y de complejidad (>2 ingresos en el último año y >10 medicamentos crónicos). Vive en domicilio con su marido e hija, la cual es su cuidadora principal, sabe perfectamente la medicación y es la que se la proporciona. En la valoración integral multidimensional presenta: Barthel de 5 puntos, Pfeiffer de 7 errores, Yesavage no realizado por deterioro cognitivo, escala Gijón 5 puntos y un índice PROFUND de 16 puntos. Durante el año anterior la paciente había acudido a urgencias hospitalarias, a pesar de vivir en un pueblo a 80 km del hospital, en 8 ocasiones y había ingresado 5 veces.

Es derivada, por su médico de atención primaria, a una consulta específica de continuidad asistencial para pacientes pluripatológicos por sus múltiples comorbilidades y la elevada frecuentación a urgencias. En la primera consulta el diagnóstico fue de disnea de moderados-mínimos esfuerzos de causa multifactorial por insuficiencia cardíaca y componente restrictivo por obesidad. Inicialmente se inició semaglutida por ganancia ponderal y se trató su insuficiencia cardíaca con hierro, bloqueo secuencial de la nefrona y furosemida intravenosa. Posteriormente, debido a la mala evolución de la clínica de sobrecarga hídrica, fue tratada con infusor subcutáneo de furosemida.

A pesar del seguimiento de la paciente y que estas consultas están diseñadas para evitar la frecuentación de los pluripatológicos a urgencias y evitar ingresos hospitalarios, en este caso no se consiguió y desde el inicio del seguimiento en febrero la paciente volvió a acudir en tres ocasiones a urgencias. En esta paciente multifrecuentadora y multiingresadora, con un buen apoyo socio-familiar, se ha intentado evitar la frecuentación mediante el estrecho seguimiento en una consulta específica, sin conseguir el objetivo buscado. ¿Hay alguna otra opción? ¿Hay algún aspecto de la paciente, que influye en esta situación y no logremos diagnosticar?

En nuestro hospital tenemos la posibilidad de realizar consultas de telepresencia con equipos de alta calidad, que permiten transmisión de imagen y sonido con la sensación de presencialidad. El paciente está acompañado, en su centro de salud, por profesionales sanitarios (enfermero o médico de AP del paciente) que interactúan "in situ" tanto con el paciente como con el internista de la unidad de continuidad asistencial. Planteamos esta opción con varios objetivos:

1. Conocer la opinión del médico y de la enfermera de AP de la paciente y su análisis de la situación.
2. Encontrar la mejor manera de establecer un plan terapéutico.
3. Evitar desplazamientos innecesarios.
4. Aumentar la confianza en ambos niveles asistenciales, si el paciente aprecia que trabajamos en la misma dirección.

En estas consultas nos informaron que tanto el marido de la paciente como su hija presentaban patología psiquiátrica, desconfiando de la atención sanitaria en el centro de salud rural, por lo que siempre acuden, por decisión propia, a urgencias hospitalarias. También tienen dudas de si el tratamiento prescrito a la paciente es suministrado por su cuidadora. En la consulta de telepresencia nos mostramos ante la paciente y su cuidadora como un equipo unido y con el mismo objetivo; el bienestar de la paciente en ambos ámbitos sanitarios. Tras lo expuesto, estas son nuestras conclusiones sobre la telepresencia:

1. No sustituye a la atención presencial, sino que la complementa.
2. Aporta la ventaja de poder ver al paciente e interactuar a distancia con él y con el profesional sanitario que le acompaña.
3. Asegura una asistencia coordinada, compartida, colaborativa y comprometida.
4. Mejora la comunicación entre ambos niveles asistenciales, mejorando por lo tanto la continuidad asistencial.
5. Evita desplazamientos de los pacientes pluripatológicos.

### Bibliografía

---

1. Pascual de la Pisa, B et al. Aspectos legales de la telemedicina. FMC. 2021; 28(10);544-50.
2. Marcos Fernández M et al. La Telemedicina en España en la época de la postpandemia Covid-19. Tokoginecología práctica. 771. Julio-Agosto 2020.
3. E Casariego-Vales, R. Palencia-Vizcarra, J. Bolaño et al. Resumen ejecutivo sobre el uso de la telemedicina en el ámbito hospitalario: recomendaciones del Foro Internacional de Medicina Interna. Rev Clin Esp. 2022;223(1);50-55.

## CC-07

## NUTRICIÓN ENTERAL Y UNA FRECUENTE COMPLICACIÓN EN UN PACIENTE JOVEN CRÓNICO COMPLEJO

Palacios Morenilla, Clara; Rico López, Dolores; Tórner Divieso, María Lucía.

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

### Caso clínico

Presentamos el caso de un paciente de 20 años con antecedentes personales de parálisis cerebral infantil y encefalopatía anóxica, síndrome de West, hipotiroidismo subclínico y dislipemia. Totalmente dependiente para las ABVD, con nutrición enteral a través de gastroyeyunostomía desde hace 3 años por disfagia y desnutrición severa (criterios MUST). Con múltiples ingresos en Medicina Interna durante el último año por infecciones respiratorias de repetición y cuadros de dolor abdominal con reflujo gastroesofágico. En tratamiento habitual con ácido valproico, pregabalina, baclofeno, diazepam y cleboprida. La anamnesis es realizada a su cuidador principal. Se trata de un paciente derivado a urgencias por cuadro de náuseas, distensión abdominal, incremento de reflujo gástrico y regurgitaciones alimentarias de una semana de evolución junto con diarrea líquida, de coloración clara sin productos patológicos. Esta sintomatología era desencadenada por la administración de alimentación enteral con importante inquietud psicomotriz acompañante, aparente dolor abdominal y disconfort. A la exploración física destaca abdomen excavado, depresible, aparentemente no doloroso a la palpación sin signos de defensa abdominal con RHA exaltados. En las pruebas complementarias la analítica sanguínea no aporta datos de interés con función renal normal, enzimas hepáticas, proteína c reactiva levemente aumentada (20,1 mg/dL) con procalcitonina normal. Gasometría venosa dentro de la normalidad. Se obtiene muestra de heces en el área de urgencias para determinación de toxina de Clostridioides difficile que resulta negativa. La radiografía de abdomen en decúbito que muestra distensión significativa de asas de intestino delgado. Sin signos de perforación de asas ni sufrimiento de las mismas. Ante la sospecha de obstrucción intestinal incompleta secundaria a malposicionamiento de sonda de gastroyeyunostomía se decide ingreso en planta de Medicina Interna ante la sospecha de obstrucción intestinal incompleta por malposicionamiento de sonda de gastroyeyunostomía. En planta de hospitalización se solicita TC abdominal con contraste que muestra sonda correctamente posicionada con resto de imágenes sin hallazgos relevantes y que descarta obstrucción intestinal. En este momento se plantea el diagnóstico de fenómeno de Dumping precoz. El cuestionario: "The Dumping Symptom Rating Scale" tiene en cuenta nueve síntomas que forman parte de un índice de riesgo del síndrome de Dumping. Esta escala ha demostrado en una cohorte su utilidad para el diagnóstico clínico. La prueba de provocación puede ser útil en confirmar el diagnóstico en aquellos casos en los que el diagnóstico es incierto. Dadas las características del paciente, la normalidad iónica y la ausencia de hipoglucemias graves el diagnóstico se realiza únicamente con criterios clínicos (Score >7). El tratamiento del síndrome de Dumping consiste en modificaciones de la dieta y el estilo de vida. Por este motivo se realiza interconsulta al servicio de Nutrición para un mejor abordaje del tratamiento. Este paso es fundamental y suele bastar para el control de la sintomatología en pacientes con síntomas leves-moderados.

### Cuestiones clave

- ▶ **Nutrición en el paciente crónico complejo:** el paciente crónico complejo es aquel que presenta mayor complejidad en su manejo al presentar necesidades cambiantes que obligan a revaloraciones continuas. La importancia de un adecuado cribado nutricional y soporte en los pacientes crónicos no solo se traduce en una menor morbimortalidad sino también en una reducción significativa de los costes, una mejor calidad de vida para el paciente y para sus cuidadores principales.
- ▶ **Síndrome de dumping en pacientes portadores de sondas para la nutrición enteral.** En los pacientes portadores de sondas de alimentación enteral la aparición del fenómeno de Dumping es un riesgo de malnutrición. Este fenómeno a menudo pasa desapercibido, no solo por la dificultad intrínseca en la atención al paciente crónico complejo sino también por el desconocimiento de los síntomas, la variabilidad de presentación y la ausencia de criterios diagnósticos definidos.



## Conclusiones

---

La desnutrición en el paciente crónico complejo es una comorbilidad frecuente asociada con mayor riesgo de mortalidad y disminución de la calidad de vida. El síndrome de Dumping, aunque desconocido, es un fenómeno frecuente entre los pacientes con nutrición enteral y puede tener implicaciones relevantes en la adherencia a la misma y en el manejo nutricional de estos pacientes.

## Bibliografía

---

- ▶ Masclee GMC, Masclee AAM. Dumping Syndrome: Pragmatic Treatment Options and Experimental Approaches for Improving Clinical Outcomes. Clin Exp Gastroenterol. 2023 Nov 6;16:197-21.

## CC-08

## MUJERES CON CRONICIDAD Y NECESIDADES COMPLEJAS QUE VIVEN SOLAS: LAS GRANDES OLVIDADAS DEL SISTEMA SOCIOSANITARIO

Rueda Cala, Darling Vanessa; Alonso Claudio, Gloria María; Moralejo Alonso, Leticia.

Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca.

### Introducción

El aislamiento social y la soledad son riesgos de salud pública graves pero subestimados que afectan a una parte importante de la población de adultos mayores. Soledad significa sentirse solo independientemente de la cantidad de contactos sociales mientras que el aislamiento social es la falta de conexiones sociales.

La soledad mata: un estudio reciente de la universidad de Glasgow revela que las personas que viven solas tienen un riesgo de muerte de un 39% mayor. Vivir sin compañía a edades avanzadas está asociado con un mayor aislamiento social y riesgo de enfermedades así como menores niveles de bienestar psicológico, satisfacción personal y calidad de vida percibida.

Presentamos 3 casos de mujeres crónicas con necesidades complejas que ingresaron con enfermedades graves avanzadas y discutimos posteriormente las consecuencias del aislamiento social y qué medidas podrían implementarse para reducir el impacto de la enfermedad en esta población.

### Casos clínicos

#### Caso 1

Carmen era una mujer de 82 años que vivía sola. Antecedentes de hipertensión arterial, enfermedad renal crónica (clcre <30ml/min) e hipotiroidismo. No deterioro cognitivo, Barthel >60. Desde el punto de vista social tenía una hija que vivía fuera del país y acudían a casa dos mujeres por las mañanas a días alternos, las tardes y las noches estaba sola. Cumplía criterios de paciente crónica con necesidades complejas (enfermedad renal y escala Gijón >10 puntos). La paciente acudió a urgencias acompañada de una cuidadora porque llevaba una semana con disminución del nivel de conciencia y disartria, en la anamnesis dirigida referían además pérdida de peso y de apetito desde hacía meses. Nunca habían consultado a su médico por este motivo. La paciente presentaba en la analítica una hipercalcemia grave y en la radiografía de tórax metástasis en suelta de globos. Diagnóstico final: adenocarcinoma de endometrio con metástasis pulmonares e hiperparatiroidismo primario.

#### Caso 2

Avelina era una mujer de 85 años. Estaba ciega por glaucoma bilateral. No presentaba deterioro cognitivo, Barthel <60 por enfermedad osteomuscular degenerativa. Vive sola, no tiene hijos, un sobrino la visita de forma ocasional. Una mujer iba a casa a hacer la limpieza tres días a la semana. Cumplía criterios de paciente crónica con necesidades complejas (Barthel <60 y Escala Gijón >10 puntos). Acudió a urgencias por disnea. A la exploración presentaba una masa ulcerada en la mama derecha, derrame pleural y pericárdico. La paciente sabía que tenía "un bulto en la mama" pero no le había dado importancia y nunca había consultado por este motivo.

#### Caso 3

Ángeles tenía 81 años. Diagnosticada de parálisis supranuclear progresiva hacia 10 años, actualmente con deterioro cognitivo grave y dependencia para las actividades de la vida diaria. Vivía con una cuidadora. Los hijos la visitaban 1 vez a la semana. Acudió a urgencias por deterioro del estado general. Llevaba una semana en la que apenas comía ni bebía, la cuidadora no le había dado importancia; cuando acudió una hija a la visita semanal encontró a la paciente muy postrada y con fiebre, decidió llevarla a urgencias. Tenía una neumonía por neumococo e hipernatremia grave con insuficiencia renal prerrenal.

## Cuestiones claves

---

Según datos del INE en España, casi 1,5 millones de mujeres mayores de 65 años viven solas frente a 600,000 hombres. Por otro lado, el 28% de los mayores de 65 años tiene alguna enfermedad crónica. Lo cual supondría que unas 450.000 mujeres con al menos una enfermedad crónica viven solas.

Hemos presentado 3 casos diferentes de mujeres con enfermedades crónicas y necesidades complejas, que tienen un nexo común: la falta de una red social adecuada. Cumplen un perfil de riesgo que las hace más vulnerables: se trata de mujeres mayores de 80 años, con ingresos y nivel de estudios bajos, con pluripatología y con barreras de comunicación con sus profesionales sanitarios que limitan su auto cuidado. Todo ello provoca una menor asistencia a consultas médicas, dificultades para acceder a recursos sociales y menos ayuda de su entorno familiar y profesional, aun necesiéndola.

## Conclusiones

---

1. El sistema sociosanitario debe implementar medidas que ayuden a identificar a mujeres que cumplan este perfil de riesgo.
2. La siguiente cuestión es cómo hacer visible en el sistema sanitario la invisibilidad de estas mujeres. Se trata de una cuestión multidisciplinar en la que deben intervenir los servicios sociales, los médicos de atención primaria y hospitalarios, especialmente internistas.

## Bibliografía

---

1. Bernabeu Wittel M\*, García Romero L, Murcia Zaragoza J, Gámez Mancera R, Aparicio Santos R, Díez Manglano J, López de la Fuente M, Vogt Sánchez EA, Villarino Marzo M, Aquilino Tarí A, Herranz Martínez S, Díaz Jiménez P, Ollero Baturone M, Rosich Peris MP, Cronicom Project researcher. Characterization of Patients with Chronic Diseases and Complex Care Needs: A New High-Risk Emergent Population. 2022 Nov 21; 3(11): 1321-1336 .
2. Arranz, L., Giménez-Llort, L., De Castro, N. M., Baeza, I., & De la Fuente, M. (2009). El aislamiento social durante la vejez empeora el deterioro cognitivo, conductual e inmunitario. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 44(3), 137-142. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2008.12.001>
3. Foster, H. M. E., Gill, J. M. R., Mair, F. S., Celis-Morales, C. A., Jani, B. D., Nicholl, B. I., Lee, D., & O'Donnell, C. A. (2023). Social connection and mortality in UK Biobank: a prospective cohort analysis. *BMC Medicine*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12916-023-03055-7>

## CC-09

## INTEGRACIÓN MULTIDISCIPLINARIA: DEMANDA CLAVE EN EL MANEJO DE UN PACIENTE PLURIPATOLÓGICO

Ávila Royón, Daniel; Martín Cortés, Salvador; Urbaneja Zumaquera, Víctor.

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

### Antecedentes personales

Varón de 76 años. Alergia a penicilina. Hipertensión arterial. Portador de marcapasos por FA con episodios de bradicardia sintomática revertida a ritmo sinusal (CHA2DS2VASc: 2 puntos). Ablación de venas pulmonares con éxito. SAHS. Adenoma tubular microscópico con atipia de bajo grado en colon. Hiperplasia benigna de próstata. Último ingreso en Medicina Interna por infección del tracto urinario complicada por E. coli BLEE.

Intervenciones quirúrgicas: Hernia umbilical. Hernia cervical intervenida. Meniscopatía. Tabique nasal. Seguimiento de re-artrodesis L1-L4.

Situación basal mediante la valoración integral y multidisciplinar del anciano (VIMA) realizada durante ingreso actual: a nivel funcional dependencia moderada en Barthel (80), sin deterioro cognitivo documentado. Presenta baja probabilidad de depresión (test de Yesavage negativo). Vive con su esposa que se ocupa parcialmente de su cuidado y administra sus fármacos, en una zona rural, con ayuda de sus dos hijas que acuden a diario a visitarlos. Asimismo, puntúa 3 en Clinical Frailty Score, presenta riesgo de desnutrición (MNS-SF 11 puntos) y caídas (Downton 3, alto riesgo). En cuanto a la evaluación pronóstica, riesgo medio de desarrollar UPP mediante escala de Norton, así como puntuación de 9 en índice PROFUND, traduciendo un intermedio-alto riesgo de mortalidad a los 12 meses (45%). Cumple criterios de polifarmacia y pluripatología crónica con necesidades complejas.

Tratamiento habitual: Rivaroxaban 20 mg; Flecainida 100 mg; Bisoprolol 5mg; Alfuzosina 5 mg; Pregabalina 150 mg; Midazolam 7,50 mg; Lidocaína 700 mg; Nitroglicerina 400 mcg; Fentanilo 50 mcg; Paracetamol/codeína 500/30 mg; Metamizol 575 mg; Omeprazol 20 mg; Furosemida 20 mg.

**Enfermedad actual:** Varón de 76 años que acude a Urgencias por cuadro de bradipsiquia y bradicinesia de instauración subaguda de inicio desde el día anterior en el contexto de pico febril de hasta 37.5°C y además TCE sin pérdida de conocimiento secundario al cuadro neurológico previamente descrito. A su llegada a urgencias, febril, pautándose tratamiento con mejoría significativa del estado neurológico tras defervescencia. Se realiza TC de cráneo sin alteraciones. En relación al síndrome febril, se objetiva celulitis de miembro inferior izquierdo con bacteriemia por *Streptococcus dysgalactiae* asociada por lo que se inicia antibioterapia con vancomicina endovenosa que posteriormente se desescala hacia ceftriaxona. Se ingresa a cargo de Medicina Interna para continuar tratamiento antibiótico y vigilar evolución.

**Exploración física:** TA 118/53 mmHg; FC 86 lpm; Febrícula 37.4 °C; SatO2 96% basal; Diuresis 850 cc en dos turnos. Aceptable estado general, consciente y orientado, colaborador. Eupneico en reposo. ACP: tonos rítmicos a normofrecuencia sin soplos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos sobreañadidos. Abdomen: blando, depresible, no doloroso, sin signos de peritonismo. MMII con edemas sin fóvea en tercio distal, destaca en miembro inferior izquierdo placa eritematosa, caliente y con bordes mal definidos en zona pretibial.

### Evolución y manejo hospitalario

Desde el punto de vista infeccioso se ha iniciado tratamiento antibiótico endovenoso con ceftriaxona desde el ingreso y posterior negativización de la bacteriemia en hemocultivos de control. Como complicación añadida ha presentado herpes mucocutáneo facial por el que ha recibido tratamiento con aciclovir endovenoso con mejoría de las lesiones cutáneas.

Además en relación a lo anterior, descompensación de insuficiencia cardiaca con importante edematización periférica refractaria a tratamiento diurético intensivo que requirió suero salino hipertónico. Ha presentado artritis gotosa aguda de rodilla derecha por este uso intensivo de diuréticos.

Por otro lado, el paciente presentaba dolor mal controlado a nivel de la cadera derecha de no claro ritmo inflamatorio y algunas características neuropáticas. Como antecedente relevante sufre un estado postartrodesis lumbar con hasta cuatro cirugías sobre dicha zona habiendo quedado un dolor refractario con nula mejoría a pesar de la valoración por unidad del dolor ambulatoria. Asimismo, los familiares refieren caída accidental hace más de una semana con impacto sobre la misma cadera sin afectación de la deambulacion ya limitada basalmente por lo comentado anteriormente. Ante empeoramiento de la algesia con necesidad de 3º escalón y múltiples rescates nocturnos, y en vistas a la bacteriemia se solicita TC de columna dorsolumbar y de cadera, descartándose espondilodiscitis así como fractura, por lo que se consulta con Unidad del dolor para infiltración a nivel de cadera derecha por ser punto de mayor dolor, y con Rehabilitación por empeoramiento de dicha limitación debido al desuso secundario a la estancia hospitalaria.

Durante el ingreso ha presentado cuadro de delirium de difícil manejo con neurolépticos que ha requerido valoración por Salud Mental para ajuste del tratamiento, autorizándose salidas supervisadas en silla de ruedas por la planta para optimización de la orientación. No obstante, presentó episodio aislado de disminución del nivel de consciencia con mejoría del cuadro tras inicio de perfusión de naloxona, por lo que se atribuyó a intoxicación por opioides; así como discinesias por parkinsonismo farmacológico y empeoramiento clínico con agitación importante de difícil control que requirió punción lumbar, EEG y nuevo TC de cráneo ante sospecha de encefalitis aguda con hallazgos no concluyentes aunque sí proteinorraquia y mínima elevación de linfocitos en LCR, por lo que se inicia aciclovir a dosis de encefalitis. Coincidiendo con el empeoramiento neurológico ha presentado analíticamente elevación de RFA y deterioro de la función renal, iniciándose cobertura antibiótica de amplio espectro con meropenem y daptomicina. A partir de entonces, mejoría global tanto clínica como analítica. Se solicita RNM de cráneo y columna lumbar para mejor filiación del cuadro sin hallazgos de lesiones ni datos de infección.

Se realiza PET-TC evidenciándose captación sospechosa de endocarditis de cable de MP en aurícula derecha y a nivel rectal. Se realiza ETE que lo confirma, así como colonoscopia con biopsia de úlcera rectal sin datos de malignidad.

Ante la buena evolución clínica, se decide alta con antibioterapia oral y posterior recambio de MP por Unidad de arritmias en seguimiento conjunto con Enfermedades Infecciosas.

### Juicio clínico

- ▶ Celulitis de miembro inferior izquierdo; bacteriemia por *S. dysgalactiae*; endocarditis de cable de MP en dicho contexto; reactivación de VHS-1 mucocutáneo; insuficiencia cardiaca descompensada por proceso infeccioso subyacente; síndrome confusional agudo a filiar; úlcera rectal sin evidencia de malignidad.
- ▶ Otros diagnósticos: dolor mal controlado a nivel de cadera derecha sin causa identificada; artritis microcristalina de rodilla derecha; intoxicación por opiáceos; parkinsonismo secundario; descondicionamiento motor por desuso.

### Cuestiones claves y conclusiones

El manejo de pacientes crónicos pluripatológicos es complejo y demanda un enfoque holístico y multidisciplinario. Este caso subraya la importancia de la coordinación entre diferentes especialidades médicas, la personalización del tratamiento, la prevención y manejo de complicaciones, y el apoyo integral al paciente y su entorno familiar. La atención a estos detalles puede mejorar significativamente los resultados clínicos y la calidad de vida de los pacientes.

### Bibliografía

- ▶ 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.

## CC-10

## ARTRITIS EN EL PACIENTE CRÓNICO, A PROPÓSITO DE UN CASO

Torrecilla Ugarte, Amaia; Aparicio Cordero, Laura; Arnedo Hernández, Sergio; Valderas Monge, Laura.

*Hospital de Navarra, Pamplona.*

**Desarrollo del caso**

Varón de 85 años con antecedentes personales a destacar de hipertensión arterial y dislipemia en tratamiento, diabetes tipo 2 insulino dependiente de larga evolución con buen control crónico, cardiopatía hipertensivo-valvular degenerativa con fracción de eyección preservada, fibrilación auricular anticoagulada con anticoagulantes de acción directa, ictus isquémico cardioembólico de la arteria cerebral media izquierda sin déficits residuales y enfermedad renal crónica estadio G3aA2.

En cuanto a su situación funcional basal, reside con su esposa (cuidadora principal) en ámbito urbano con buen núcleo familiar, es independiente para actividades de la vida diaria, camina con bastón, es doble continente y mantiene funciones superiores preservadas.

Desde inicios del año 2023, ha presentado episodios repetidos de monoartritis aguda, de perfil bacteriano, todas ellas sin documentación microbiológica y sin claro foco embólico. El primer episodio consistió en un cuadro de artropatía séptica con focos de probable osteomielitis sobre artropatía gotosa de 1ª articulación metatarsal-falángica confirmada mediante resonancia magnética, tratada con antibioterapia empírica endovenosa. Posteriormente, presenta otros tres episodios de monoartritis aguda (rodilla, pie y codo), tratados con antibioterapia oral con buena evolución, dos de ellos precisando de ingreso hospitalario por mal control de síntomas.

En noviembre de 2023, ingresa por nuevo episodio de monoartritis aguda, localizada en este caso en rodilla izquierda. Se solicita valoración de artrocentesis diagnóstica urgente para intentar aclarar la etiología del cuadro, declinándose su realización por probable baja rentabilidad de la técnica en el caso concreto del paciente. Ante la recurrencia de los episodios de artritis de perfil infeccioso sin documentación microbiológica, se solicita PET para despistaje de posibles focos infecciosos embólicos extra articulares y se instauro antibioterapia empírica. Los hallazgos del PET informan de un patrón metabólico de artritis poli articular (pies, tobillos y rodillas) con hipermetabolismo focal óseo en la cabeza del tercer metatarsiano y base del cuarto metatarsiano derechos que obliga a descartar osteomielitis. Por ello se solicita nueva resonancia magnética que descarta dicha entidad, informando de cambios de sobrecarga en dichas localizaciones. En dicho momento, y con los resultados del PET, se inicia tratamiento empírico con esteroides orales y se suspende la antibioterapia, tras lo cual el paciente presenta una resolución progresiva de la sintomatología. Ante el deterioro funcional del paciente secundario a múltiples ingresos se decide traslado a un hospital de estancia media con unidad de rehabilitación funcional con posterior seguimiento habitual en unidad de crónico pluripatológico de Medicina Interna.

Tras el alta hospitalaria el paciente había recuperado prácticamente su situación basal previa, realizando vida habitual sin limitaciones, dado de alta con medicación habitual sin tratamiento esteroideo.

Estando en dicha situación, en diciembre de 2023 presenta nuevo episodio de monoartritis aguda. Dada la evolución tórpida general en relación a las múltiples atenciones por episodios de repetición, así como la claudicación familiar y funcional secundaria a los episodios de artritis, el equipo de atención primaria contacta con la unidad de crónicos de Medicina Interna y se decide derivación urgente a las urgencias de crónico pluripatológico para revaloración presencial. En esta ocasión se realiza artrocentesis diagnóstica con hallazgos compatibles con artropatía gotosa. Es tratado con corticoterapia prolongada en dosis descendente con resolución progresiva de la sintomatología. Posteriormente se continúa seguimiento periódico en la unidad de crónicos con intensificación de tratamiento hipouricemiente, manteniendo estabilidad clínica sin presentar nuevos episodios de artritis hasta la fecha y con recuperación funcional completa.

## Exposición de las cuestiones clave

---

A lo largo de los eventos agudos e ingresos hospitalarios, el paciente presentó un marcado empeoramiento funcional precisando de un ingreso prolongado en una unidad de media estancia para lograr recuperar la situación basal previa, además de la marcada distocia familiar que supuso todo el proceso. Con el fin de evitar o minimizar los ingresos hospitalarios, así como poder tener la posibilidad de valoración urgente en el momento de presentar los episodios de artritis aguda, se activó el circuito del paciente crónico-pluripatológico. En la unidad se realizó un seguimiento estrecho tanto en modalidad presencial como telefónica durante todo el proceso, otorgando un soporte estructurado y de ágil acceso al paciente y a la familia en caso de precisarlo, consiguiendo en este caso el diagnóstico y el control de la enfermedad.

Cabe destacar así mismo la importancia de realizar procedimientos técnicos en el circuito de crónicos, en nuestro caso una artrocentesis diagnóstica que puedan modificar el curso de la enfermedad del paciente, evitando ingresos hospitalarios o incluso logrando un diagnóstico y control de enfermedad.

## Conclusiones

---

En relación a nuestro caso, destacar que los cuadros de artritis gotosa pueden tener diferentes presentaciones clínicas y por tanto dificultar el diagnóstico, por lo que es crucial valorar e individualizar el riesgo-beneficio de la realización de pruebas diagnósticas, como puede ser una artrocentesis diagnóstica.

Los circuitos de ingreso en planta de hospitalización convencional para estudio y/o tratamiento, sobre todo si es implican una estancia prolongada, puede suponer una pérdida de funcionalidad para el paciente. En concreto, el paciente crónico pluripatológico, por sus características, tiene otras necesidades y por tanto se beneficia ampliamente de un seguimiento estrecho ambulatorio, o no presencial, para detectar descompensaciones y poder evitar ingresos hospitalarios.

## Bibliografía

---

- ▶ Mirzoyev S, Anavekar N. Gout, have we met before? ¿No, not like this? J Gen Intern Med [Internet]. 2006;21(12):C5–7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00606.x>
- ▶ Zhang J, Zhao C, Wu T, Su J, Wu X, Liu J, et al. Procalcitonin may not be a differential diagnostic marker for bacterial infection in febrile patients with chronic gouty arthritis. J Int Med Res [Internet]. 2018;46(10):4197–206. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/0300060518791093>

## CC-11

## IMPACTO DE LA APLICACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE ATENCIÓN INTEGRAL DE PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS EN LA CONSULTA DE MEDICINA INTERNA

León Cobos, Elena; Gutiérrez García, Aída; Navarro López, Jorge; Vacas Córdoba, Miguel; López Requejo, Lucas; Pérez Chico, Zaida; Vega Requena, Leticia.

*Hospital Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares.*

Exponemos el caso de un varón de 89 años cuyos principales antecedentes personales son: insuficiencia cardíaca crónica con FEVI deprimida (35-40%) con una clase funcional III de la NYHA; así como una enfermedad renal crónica G3aA1. Seguía un tratamiento habitual al inicio del seguimiento ambulatorio con: Ácido Acetilsalicílico (AAS) 100mg/día, Sintrom 4mg (DTS 16); Furosemida 80mg/día y Bisoprolol 1,25mg/día, Alopurinol 100mg/día, Sacubitrilo/Valsarán 24/26mg/ 12 horas.

Previo al seguimiento en consultas de Medicina Interna (MI) tenía múltiples ingresos y visitas a urgencias por descompensación de insuficiencia cardíaca, sin un claro seguimiento posterior, y tras las cuales se modifica el tratamiento tanto hipotensor como diurético, pero sin realizar seguimiento médico del mismo.

En julio/2020 ingresa en planta de Medicina Interna por insuficiencia respiratoria en relación con neumonía necrotizante en LII con derrame pleural secundario y descompensación de su insuficiencia cardíaca crónica en este contexto. Precisa toracocentesis y posterior colocación de tubo de drenaje, así como antibioterapia de amplio espectro y tratamiento depletivo. Al alta, se deriva a consultas de Medicina Interna. En las primeras visitas se evalúa su situación basal: paciente parcialmente para las actividades básicas vida diaria (precisa ayuda para control medicación y aseo diario), vive con su mujer en domicilio siendo ésta la cuidadora principal, tiene buen soporte familiar y ayuda privada por las mañanas en domicilio. Como escalas básicas para evaluar al paciente se realiza: escala Barthel con una puntuación de 60 (siendo una dependencia grave, precisando ayuda parcial para el aseo, caminando con andador y supervisión de otra persona e incontinente para la orina); Lawton y Brody de 3; Pfeiffer de 2 (al no tener estudios superiores, objetivamos que el paciente no mostraba deterioro cognitivo); Frail de 2 (anciano frágil) y Downton 5 (alto riesgo). Se decide entonces la inclusión como paciente de nivel de intervención alto (NIA).

Al inicio de dicho seguimiento, el paciente presenta mejoría progresiva a nivel respiratorio, se decide seguimiento estrecho presencial donde se realiza entrenamiento de familiares para control de síntomas y signos clínicos de empeoramiento. En noviembre/20, tras contacto familiar por signos de descompensación, es citado en las siguientes 24 horas para valoración preferente. En consulta se realiza analítica (con evidencia de deterioro brusco de la función renal y hemoglobina), así como hipotensión severa (TA 70/40 mmHg) y ecografía pulmonar (sin datos de descompensación ni empeoramiento a nivel infeccioso) impresionando de ser secundario a bajo gasto de origen farmacológico. Se reajusta el tratamiento dada la polifarmacia, por lo que se suspende parte de la medicación diurética y cardiológica con vigilancia estrecha en consulta con buena tolerancia al tratamiento y excelente evolución.

Desde entonces, al reducir la polifarmacia y reforzar el entrenamiento de familiares, las consultas presenciales se van espaciando y una vez conseguida la estabilidad clínica se deciden consultas telefónicas con analíticas de control gestionadas con atención primaria y seguimiento por las enfermeras de la Unidad de Continuidad asistencial.

Tras la implementación de este programa tanto el paciente como familia y personal sanitario refieren un elevado nivel de satisfacción dada la baja necesidad de acudir a urgencias con un excelente control de la sintomatología.

Previo a su inclusión como NIA se registraron 4 episodios de urgencias, y 2 hospitalizaciones (Abril/19 a julio/20) con un **gasto estimado de 10.000** en base a GDR publicado en el BOCM -20170821-1 (666.6€ mensuales). En los siguientes 22 meses (hasta junio/2022) de seguimiento estrecho en consulta, se registraron 19 consultas no presenciales y 3 consultas presenciales con gestión de 8 analíticas con un **gasto estimado de 1.606 € (73€ mensuales)**. Posterior empeoramiento de su enfermedad de base que ha precisado 2 ingresos y su traslado a centro socio-sanitario.



## Conclusiones

---

Las estrategias a partir de la aplicación de los Programas asistenciales integrados del paciente crónico complejo son fundamentales para abordar la atención a pacientes NIA, mejorando su calidad de vida, control de comorbilidades y reducción del gasto sanitario. El entrenamiento en cuidados al paciente/familia (vigilancia de constantes y signos/síntomas de descompensación) y establecer vías ágiles de comunicación (resolución de dudas, solicitud de valoración preferente, etc.) posibilitan el diagnóstico y tratamiento precoz de las descompensaciones, así como la reducción eficaz de la polifarmacia.

## 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. Revista Clínica Española [Internet]. 2021 Jun 1 [cited 2022 Mar 9]; 221(6):347–58. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0014256520302733>
2. Wittel M B, Romero L G, Zaragoza J M, Mancera R G, Santos R A, Manglano J D, et al. Characterization of Patients with Chronic Diseases and Complex Care Needs: A New High-Risk Emergent Population. Journal of Biomedical Research & Environmental Sciences [Internet]. 2022 Nov [cited 2024 Feb 5]; 3(12):1321–36. Available from: <https://www.ielsciences.com/articles/jbres1601.pdf>
3. Jyrkkä J, Mursu J, Enlund H, Lönnroos E. Polypharmacy and nutritional status in elderly people. Curr Opin Clin Nutr Metab Care. 2012 Jan; 15(1):1-6. Doi: 10.1097/MCO.0b013e32834d155a. PMID: 22108093.

## CC-12

## CUANDO LA DISNEA SE CONVIERTE EN UN PROBLEMA QUE "AHOGA" AL MÉDICO Y AL PACIENTE

Hergueta González, Javier; Sevillano Gandía, Montserrat; Chacón Testor, Paula; Machín Lázaro, José Manuel.  
*Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara.*

**Desarrollo del caso**

Presentamos el caso clínico de un paciente varón de 79 años, con antecedentes de HTA, DM, DL, obesidad, cardiopatía isquémica crónica con FEVI ligeramente deprimida (47%), FA anticoagulada, EPOC tipo BC, SAHS y enfermedad renal crónica (Ccr 30-40ml/min). Este paciente está en tratamiento con 13 fármacos para sus patologías crónicas además de oxigenoterapia domiciliaria y cPAP nocturna. El paciente es derivado por su MAP a la Unidad de Continuidad Asistencial Primaria-Interna (UCAPI) de nuestro hospital en marzo de 2016 por clínica de disnea crónica multifactorial con múltiples episodios de descompensación (IC, infecciones respiratorias, agudizaciones de EPOC...), por la cual el paciente ha precisado varios ingresos y está en seguimiento por diferentes especialidades (Cardiología-Unidad de IC, Neumología, Nefrología, Endocrinología...). El paciente vive sólo en área rural, no tiene familiares cercanos. Es autosuficiente pero la disnea le limita su actividad diaria, con varias visitas a Urgencias por agudización de la misma y con revisiones periódicas en los diferentes especialistas.

Desde el inicio del seguimiento del paciente en la UCAPI, se realiza una valoración integral detectando que nos encontramos ante un paciente crónico complejo, que es independiente para las actividades básicas e instrumentales (Barthel 100/100, Lawton-Brody 8/17), sin deterioro cognitivo (Pffeifer 10/11) pero con depresión leve (Yessavage 8/15) reactiva a las limitaciones que le produce la disnea, y en situación de riesgo social (15 puntos en la escala de Gijon) que influye en el manejo de su patologías crónicas siendo la disnea el principal limitante para su vida diaria, y que requiere de una abordaje multidimensional dado que son varios los factores causales.

Se establecen junto con el paciente cuales son las prioridades en la estrategia para el manejo de su pluripatología: 1) conocer sintomatología principal limitante (disnea) y establecer cuál es la capacidad de mejora objetiva de la misma, así como aprender a identificar precozmente las descompensaciones. 2) Fomentar el autocuidado y manejo de las descompensaciones leves. 3) Proceso de desprescripción, manteniendo el tratamiento indispensable evitando interacciones y efectos adversos indeseables. 4) Informar de la labor de coordinación entre AP-UCAPI para la continuidad asistencial del proceso y unificación del seguimiento. 5) Valoración de la situación social y plantear ayudas en domicilio.

**Exposición de las cuestiones claves sobre las que se articula la presentación**

El caso clínico propuesto pone de manifiesto la peculiaridad en el manejo de los pacientes crónicos complejos en los que un síntoma principal puede tener una multicausalidad para lo que es necesario una visión global e integradora en el proceso asistencial, dado que la actuación de cada uno de los factores precipitantes por separado puede no dar lugar a la resolución del problema clínico que se nos plantea.

El caso es además de especial relevancia por la importancia del factor social en la evolución del cuadro, dado que en un área sanitaria con una dispersión geográfica como la nuestra hace que el difícil acceso a la atención especializada y el aislamiento social sean escollos en el manejo y la evolución de este tipo de pacientes, para lo que las unidades de continuidad asistencial de coordinación entre Atención Primaria, Medicina Interna y los Servicios Sociales surgen como respuesta al reto planteado.

**Conclusiones**

El caso clínico que hemos presentado es un claro ejemplo de que los pacientes crónicos complejos se benefician de un modelo asistencial tipo UCAPI. Este tipo de modelo asistencial destaca por la visión holística e integradora, realizando una valoración por procesos no sólo centrándose en la atención del cuadro clínico,

sino también en la capacitación de los pacientes/cuidadores, la conciliación de la medicación, valoración social y sobre todo esa continuidad asistencial que permita adaptar la atención sanitaria a la evolución del paciente crónico.

### Bibliografía

---

- ▶ Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad; 2012. Disponible en: [http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA\\_ABORDAJE\\_CRONICIDAD.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf)
- ▶ Fernández Moyano A, Machín Lázaro JM, Martín Escalante MD, Aller Hernández MB, Vallejo Maroto I. Modelos de atención al paciente pluripatológico. Rev Clin Esp. 2017;217(6):351-8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rce.2017.03.003>
- ▶ Román P, Ruiz-Cantero A. La pluripatología, un fenómeno emergente y un reto para los sistemas sanitarios. Rev Clin Esp. 2017;217(4):229-37. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rce.2017.01.007>
- ▶ Recomendaciones sobre la valoración integral y multidimensional del anciano hospitalizado” publicado en junio de 2021 en Revista Clínica Española. <https://doi.org/10.1016/j.rce.2020.10.003>

## CC-13

OPTIMIZACIÓN DEL TRÁNSITO POR EL SISTEMA SANITARIO DE PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS  
CRÓNICOS: ESTRATEGIAS Y HERRAMIENTAS EFECTIVAS

Jiménez González, Sara; Alonso Claudio, Gloria María; Moralejo Alonso, Leticia.

Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca.

### Desarrollo del caso

**Casos 1 y 2:** *pacientes atendidos en consulta de Medicina Interna.*

**Caso 1:** Tomás era un paciente de 92 años que vivía con una hija, no tenía deterioro cognitivo, era independiente, tenía un Barthel de 95. Antecedentes de un ictus sin secuelas y arteriopatía periférica (categoría E y categoría F de los criterios de pluripatología). Derivado a consulta externa de Medicina Interna por síndrome general. A la exploración presentaba una masa dura e indolora en epigastrio. Se solicitó un TC en el que se apreciaba una gran tumoración epigástrica que contactaba con el hígado junto con datos de perforación. El mismo día que se realizó la prueba ingresó con la internista que le atendió en consulta. No hubo necesidad ni de que le viera otro internista ni de derivar al paciente a urgencias.

**Caso 2:** Marina era una paciente de 85 años que vivía con un hijo. No tenía deterioro cognitivo, Barthel >60. Nunca había estado ingresada. Antecedentes de insuficiencia cardiaca y fractura de cadera (categorías A y F). Derivada a la consulta externa por pérdida de peso, vómitos y ascitis. En el TC solicitado en consulta presentaba una tumoración ovárica, ascitis y un tromboembolismo pulmonar. La paciente ingresó con la misma internista que la vio en consulta. No fue preciso que la paciente acudiera a urgencias.

**Casos 3 y 4:** *pacientes atendidos en la Unidad de Continuidad Asistencial (UCA) de Medicina Interna:*

**Caso 3:** Laurencio era un varón de 96 años con cardiopatía isquémica crónica y un adenocarcinoma de próstata activo (categorías A y G). Era independiente (BARTHEL 95 puntos), prefrágil (FRAIL 1) y con alto riesgo de caídas (Downtown 3). No tenía deterioro cognitivo (PFEIFFER 0 errores) ni síntomas depresivos (Yesavaje 2). Vivía en domicilio con su hija (cuidadora principal) y tenía bajo riesgo de exclusión social. Su estado nutricional era normal (MNA 13). Tenía un índice Profund de 11 puntos. Recibía tratamiento crónico con un anticoagulante, tratamiento antihipertensivo y diurético. Inicialmente fue derivado a la UCA desde Atención Primaria por ictericia, dolor torácico y anemia con datos de hemólisis. Se diagnosticó de AHAI, y cardiopatía isquémica tipo angina inestable secundaria. Se instauró tratamiento con corticoides con rápida mejoría clínica. Un año después vuelve a ser derivado por ictericia, pero asociada a fiebre. En la UCA se objetiva abdomen doloroso y en la ecografía dilatación de la vía biliar extrahepática. El diagnóstico fue colangitis aguda, ingresó en el servicio de Digestivo directamente desde la consulta de la UCA, se realizó CPRE al día siguiente y tras una semana de antibioterapia el cuadro se resolvió y el paciente volvió a su domicilio.

**Caso 4:** Manuel era un varón de 87 años con antecedentes personales de insuficiencia cardíaca crónica en clase funcional NYHA III por cardiopatía valvular con prótesis mecánica mitral, enfermedad renal crónica (ERC) probablemente secundaria a nefroangioesclerosis estadio 4 A2 y adenocarcinoma de próstata (categorías A, B y G). Era independiente para la mayoría de las ABVD (BARTHEL 85 puntos), aunque precisaba la ayuda ocasional de su mujer (cuidadora principal) con la que vivía en el domicilio familiar. No salía de casa y deambulaba con andador, tenía alto riesgo de caídas (Downtown 5). No tenía deterioro cognitivo (PFEIFFER 0 errores), aunque presentaba síntomas depresivos moderados (Yesavaje 7). Tenía riesgo de desnutrición (MNA 8) y riesgo medio de desarrollar UPP (Norton 13). El índice Profund fue de 9 puntos. Tratamiento habitual con más de 10 fármacos entre los que destacaban acenocumarol, antidiabéticos y diuréticos. Derivado inicialmente a la UCA desde Nefrología por anemia asociada a la ERC con anemización progresiva. Se diagnosticó de anemia ferropénica por pérdidas digestivas y hemólisis mecánica por la valvulopatía. Derivado ocho meses más tarde por melenas y anemia grave de perfil ferropénico, con aumento de los requerimientos transfusionales. Ante la sospecha de hemorragia digestiva, desde la consulta, se realizó gastroscopia urgente con hallazgo de gastroduodenitis erosiva con sangrado activo, tratada endoscópicamente; e inmediatamente después el paciente ingresó directamente en planta de hospitalización de Medicina Interna, donde recibió soporte transfusional.

## Cuestiones clave

---

Se presentan cuatro casos de paciente PPC atendidos en dos consultas diferentes, general y UCA, de Medicina Interna con un resultado final común: cuando necesitaron ingresar no hubo necesidad de que fueran atendidos en el Servicio de Urgencias. La presentación de la enfermedad en el PPC en urgencias es a menudo atípica, combinada con pluripatología y polifarmacia, constituyendo un desafío en la gestión de la atención que requiere conocimientos y competencias especializados. Además, la pérdida de visión o audición, que a menudo acompaña al deterioro físico y cognitivo, requiere una interacción y comunicación más lenta y puede contrarrestar la comunicación rápida y orientada a la acción en el servicio de urgencias. Y por último, el entorno de "alto estímulo" puede desencadenar o empeorar la confusión, la demencia o el delirio<sup>1</sup>. En nuestro servicio se dispone de herramientas y medidas para que los pacientes PPC tengan continuidad asistencial y una vía de acceso al hospital ágil y rápida<sup>2</sup>; tales como un busca de contacto para las consultas desde Atención Primaria u otros especialistas y la atención directa y rápida desde la UCA a los PCC que precisan atención inmediata, evitando las visitas a urgencias y, si fuera preciso, gestionando directamente el ingreso en planta.

## Conclusión

---

La creación de unidades especializadas, el uso de estrategias para mejorar la comunicación y la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales son claves para optimizar el tránsito de estos pacientes por el sistema sanitario, mejorando la eficiencia y la calidad de la atención recibida, y evitando visitas innecesarias a urgencias.

## Bibliografía

---

1. Venema D, Vervoort SCJM, de Man-van Ginkel JM, Bleijenberg N, Schoonhoven L, Ham WHW. What are the needs of frail older patients in the emergency department? A qualitative study. *Int Emerg Nurs*. 2023;67:101263.
2. 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. *Revista Clínica Española* 221 (2021): 347-358.

## CC-14

## CASO CLÍNICO XI REUNIÓN PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS

Valderas Monge, Laura; Serrano Frontaura, Ana; Torrecilla Ugarte, Amaia; Aparicio Cordero, Laura; Arnedo Hernández, Sergio; Ariño Pérez De Zabala, Irene Beatriz; Ruiz Castellano, María.

Hospital de Navarra, Pamplona.

### Desarrollo del caso

Se trata de un varón de 90 años de edad, sin alergias medicamentosas conocidas ni antecedentes familiares a destacar. Entre cuyos **antecedentes personales** destacan factores de riesgo cardiovascular como HTA esencial, DM tipo 2 sin afectación micro ni macrovascular. Exfumador desde 2014 con IPA 20 y EPOC moderado no agudizador con oxigenoterapia domiciliar a 1.5L/min, a temporadas. Presenta insuficiencia cardíaca con FEVI preservada (56% marzo 2022) de etiología hipertensiva y valvular por estenosis aórtica moderada-severa, insuficiencia aórtica leve e insuficiencia mitral ligera degenerativa. Ingresó en febrero de 2022 por hemorragia digestiva alta en relación a toma de AINEs. Desde abril de 2022 presenta anemia en relación a pérdidas sanguíneas por angiодisplasias generalizadas a nivel digestivo (gástricas, duodenales y yeyunales), precisando de forma recurrente soporte transfusional y procedimientos endoscópicos. **Intervenciones quirúrgicas:** colecistectomía laparoscópica, 2016, artroplastia de rodilla izquierda con prótesis total, 2013.

#### Valoración integral (junio de 2024):

- ▶ Funcional: Barthel 80/100. Para trayectos cortos utiliza bastón; andador para los más largos o salir a la calle. Portador de pañal nocturno.
- ▶ Cognitiva: sin deterioro cognitivo previo.
- ▶ Emocional: ansioso en las entrevistas, aunque su hijo refiere que es su forma de ser. Justifica su enfermedad con la edad. Le gusta recibir información y da su consentimiento para informar también a su familia.
- ▶ Sociofamiliar: Viudo en 2012. Vive con una hija, Pili y su marido (ella ejerce como cuidadora principal). Tiene otros cuatro hijos más que forman unidades familiares independientes, tres dentro de nuestra comunidad autónoma. No tienen apoyos formales externos.

### Exposición de las cuestiones claves sobre las que se articula la presentación

El paciente de nuestro caso clínico ha precisado varios ingresos en los últimos dos años (marzo/22, abril/22, octubre/22, noviembre/22 y abril/23) por anemia en contexto de sangrados de angiодisplasias (gástricas, duodenales y yeyunales), junto con descompensación de la insuficiencia cardíaca asociada. Se han realizado hasta seis endoscopias durante este tiempo para coagular con argón las angiодisplasias, pero el sangrado de las mismas recidivaba en las siguientes 24 horas. Asimismo, se administraron todo tipo de tratamientos médicos para frenar el sangrado (octreótide<sup>1</sup>, antifibrinolíticos...); todos ellos sin éxito.

Ante la baja rentabilidad de las endoscopias, la persistencia de la anemia y la necesidad de ingresos recurrentes con el impacto negativo que esto supone, se decide iniciar seguimiento por el Equipo de Crónicos-Pluripatológicos y Soporte Paliativo en abril de 2023.

Se establece una adecuada relación médico-paciente donde se aborda la enfermedad actual y las consecuencias derivadas de la misma, incluyendo el fallecimiento. Se acuerda, junto con paciente y familiares, no realizar más procedimientos invasivos y priorizar el control sintomático. Se exploran los deseos del paciente y se reflejan las decisiones acordadas en la historia clínica, para asegurar que todos los profesionales mantengamos los mismos criterios de atención, evitando medidas desproporcionadas o innecesarias<sup>2</sup>. Se inicia tratamiento con Ácido Tranexámico con excelente respuesta clínica y se ha conseguido aliviar con Morfina de liberación retardada de 10mg diaria la disnea de mínimos esfuerzos que presentaba en las descompensaciones y que impactaba negativamente en su calidad de vida (etiología multifactorial).

Desde el inicio del seguimiento, no ha precisado nuevos ingresos. Sin embargo, en febrero de 2024 comienza con melenas diarias, sin respuesta al aumento de dosis de Ácido Tranexámico, por lo que precisó de nuevas transfusiones y ferroterapia endovenosa de forma recurrente. Por este motivo, se inicia tratamiento con Talidomida<sup>3</sup> 100mg/24h para disminuir los sangrados y, con ello, evitar la reagudización de su pluripatología. No se han objetivado efectos adversos. En estos últimos tres meses ha disminuido la frecuencia de las melenas y no ha precisado transfusiones.

### Conclusiones

---

Gracias a la actuación de este equipo de profesionales, el paciente ha evitado realizarse múltiples endoscopias y no ha requerido ingresos en el último año y medio. De esta forma, se ha conseguido que el paciente lleve a cabo una vida autónoma con buena calidad de vida. Ha sido posible adaptar las medidas tomadas a las condiciones particulares y deseos del paciente.

La atención de pacientes pluripatológicos con enfermedades crónicas y necesidades complejas requiere una valoración multidimensional, llevada a cabo por un equipo de profesionales instruidos en la materia, en la que se tenga en cuenta las circunstancias particulares de cada paciente y entorno.

### Bibliografía

---

1. Lourdes Ruiz Rebollo M, Barrio Andrés J, Fernández-Orcajo P, Prada Lobato J, Mena Martín FJ, Velicia Llamas R, et al. Octreótida en el sangrado por angiodisplasias intestinales. *Gastroenterol Hepatol [Internet]*. 2008;31(10):713–4. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s0210-5705\(08\)75826-6](http://dx.doi.org/10.1016/s0210-5705(08)75826-6)
2. Redondo Moralo MJ. Manual de cuidados paliativos de Extremadura. Ed. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Junta de Extremadura; 2019. p. 341-345.
3. Chen H, Wu S, Tang M, Zhao R, Zhang Q, Dai Z, et al. Thalidomide for recurrent bleeding due to small-intestinal angiodysplasia. *N Engl J Med [Internet]*. 2023;389(18):1649–59. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1056/nejmoa2303706>

## CC-15

## NEURALGIA DEL TRIGÉMINO. EJEMPLO DE POLIFARMACIA Y COMPLEJIDAD

Herrero Lafuente, Ismael; Alonso De Los Santos, José María; Mencía Chirinos, Heysa Estefany; Bedoya Riofrio, Pamela Dennisse; Guamán Sánchez, Ximena Alexandra; Martín Rodríguez, Sonia; Monge Monge, Daniel; González Rozas, Marta.

*Hospital General, Segovia.*

### Desarrollo del caso

Mujer de 79 años de edad con hipertensión arterial de difícil control que ha requerido triple terapia para conseguir cifras objetivo. Se encuentra en seguimiento por Neurología por neuralgia del trigémino (NT) y temblor esencial, por lo cual recibe medicación habitual con carbamazepina y propranolol.

Acude a urgencias por mareo inespecífico, sin síncope pero que ha precipitado caídas accidentales atribuibles, en principio, al aumento de dosis de carbamazepina por incremento de los episodios de NT. En la valoración en urgencias llama la atención una hiponatremia hipoosmolar euvolémica y valores de Frecuencia cardiaca de 60lpm. Dados los hallazgos, se decide cambiar la medicación a eslicarbazepina y retirar betabloqueante. Días más tarde se necesita nueva valoración por dolor lumbar progresivo secundario a la caída accidental ya mencionada previamente, motivo por el cual se le realiza TAC de columna con hallazgo de fractura subaguda en L2 que provoca dolor (EVA 8) resistente a analgesia de primer escalón. En esta situación se decide valoración por la Unidad de Continuidad Asistencial (UCA).

En la UCA nos encontramos con una paciente con una previa adecuada situación basal. Vive sola en su domicilio siendo independiente para las actividades básicas de la vida diaria y para actividades instrumentales (Índice de Barthel 100 y Escala de Lawton y Brody 8 puntos). No tiene deterioro cognitivo (Mini-Mental sin errores), presenta ansiedad reactiva al proceso de salud al que se está enfrentando, y tiene un buen apoyo familiar (tiene un hijo que vive en la misma ciudad, siendo éste su cuidador principal). Presenta adecuada tolerancia oral, la cual es variada, siguiendo un estilo de alimentación saludable. Se calcula un PROFUND, siendo de bajo riesgo de mortalidad al año. La paciente tiene alto riesgo de caídas según la escala DOWNTON.

### Exposición de las cuestiones clave sobre las que se articula la presentación

Se nos plantean varios problemas a intentar solucionar, para algunos de ellos necesitamos colaboración y trabajo en equipo, algo interiorizado en la filosofía de nuestra Unidad.

- 1. Un temblor esencial de larga data** nos llama la atención, dado que es en reposo, unilateral y no ha mejorado con altas dosis de propranolol. En nuestra valoración no podemos evaluar bradicinesias, pero sí consideramos oportuna la reevaluación por Neurología para descartar otros diagnósticos alternativos. Tras la retirada del propranolol, mejora la clínica de mareo inespecífico y no se vuelven a repetir los episodios de caídas. En este problema de salud identificamos un problema de polifarmacia que ha condicionado efectos secundarios graves, así como la posibilidad de que nuestros pacientes puedan tener, con el tiempo, diagnósticos alternativos, de ahí la importancia de la reevaluación y adecuación de la prescripción y desprescripción en cada visita médica.
- 2. Neuralgia del trigémino (NT)** de difícil control, con empeoramiento tras cambios en la medicación por hiponatremia. Todos los cambios se realizaron manteniendo terapia hipotensora que incluía tiazidas. Tras su retirada, los valores de sodio aumentaron de 117 a 133 mmol/L. Tras la optimización del tratamiento para la NT, adicionando gabapentina mejoran los episodios. No obstante, nos planteamos diagnósticos alternativos y tras presenciar un brote de NT descartamos síntomas autonómicos que orienten a cefaleas autonómicas trigeminales (1).
- 3. Osteoporosis** con fractura crónica en D12 por fragilidad ya conocida sin tratamiento, con un nuevo episodio de fractura en L2 tras caída accidental. En esta situación se nos plantean dos retos: el manejo de la osteoporosis en una paciente con clara indicación y el adecuado control del dolor de la fractura aguda que requiere opioides de alta potencia.



## Conclusiones

---

1. El caso ilustra los riesgos asociados a la polifarmacia en los pacientes mayores que presentan múltiples condiciones médicas cuyo abordaje requiere de un enfoque integral.
2. Desde la Unidad de Continuidad asistencial se pretende realizar una valoración integral, considerando el estado funcional, nutricional, afectivo, cognitivo, y evaluar también el riesgo de caídas.
3. Es fundamental la reevaluación y ajuste del tratamiento para evitar la polifarmacia y los efectos adversos no deseados.

## Bibliografía

---

1. Spanish Society of Neurology's Headache Study Group. Diagnosis and treatment of trigeminal neuralgia: Consensus statement. Neurology. 2024.
2. Spanish Society of Internal Medicine. Recommendations on the comprehensive, multidimensional assessment of hospitalized elderly people. Position statement. Rev Clin Esp. 2024.

## CC-16

## MANEJO INTEGRAL Y ABORDAJE DE SÍNDROMES GERIÁTRICOS: A PROPÓSITO DE UN CASO DE INSUFICIENCIA CARDÍACA EN PACIENTE DE EDAD AVANZADA CON PLURIPATOLOGÍA

Jufresa Michavila, Belén; Bustamante Maldonado, Eva; Rivero Santana, Sergio; Serrano Sánchez, Andrea María; Rodrigues Caldeira, Erick Jonathan; Crespo Casal, Manuel.

ALTHAIA Xarxa Assistencial de Manresa - Fundació Privada, Manresa.

## Desarrollo del caso

Mujer de 82 años sin AMC, exfumadora (IPA 9 paq/año) y sin hábito enólico.

## Valoración geriátrica:

- ▶ **Social:** Vive con su marido en domicilio sin barreras arquitectónicas, soporte por parte de dos hijos y nietas.
- ▶ **Funcional:** Independencia para ABVD (Barthel 100) e instrumentales (Lawton-Brody 6). Sin caídas previas. Doble continencia.
- ▶ **Cognitivo:** Pfeiffer 0 errores. Sin déficits sensoriales.
- ▶ **Psicológico:** No alteraciones objetivadas, no insomnio.
- ▶ **Nutrición:** No disfagia previa, portadora de prótesis dental. Peso 65 kg, altura 1,58 m, IMC 26 kg/m<sup>2</sup>. MNA<sup>®</sup>-SF 14p. SARC-F 3p.
- ▶ **Fragilidad:** Clinical Frailty Scale 4. Índice frágil-VIG 2/25 (0,08).
- ▶ **Comorbilidad:** Índice Charlson 7p (11p ajustado por edad).

## Antecedentes patológicos:

- ▶ FRCV: HTA, dislipemia, DM tipo II (última HbA1c 7,4%), sobrepeso.
- ▶ Ictus isquémico territorio distal ACM derecha (01/2018) de probable mecanismo cardioembólico. Actualmente sin secuelas funcionales.
- ▶ Vasculopatía periférica con estenosis del 70-80% de ACI izquierda. Valorada por Cirugía vascular como no abordable quirúrgicamente.
- ▶ Enfermedad renal crónica (ERC) estadio 3b.
- ▶ Fibrilación auricular permanente.
- ▶ Cardiopatía isquémica crónica silente (descubierta en 2018 a raíz de estudio etiológico de ictus). Se planteó coronariografía pero la rechazó.
- ▶ Insuficiencia cardíaca con FEmr (43%). NYHA clase I.

**Tratamiento habitual:** Alopurinol 100 mg, 1/24h. Insulina glargina 100 U/ml, 0-0-14 UI. Atorvastatina 80 mg, 1/24h. Bisoprolol 2,5 mg, 1/24h. Sacubitril/valsartán 24/26 mg, 1/12h. Dapagliflozina 10 mg, 1/24h. Torasemida 10 mg, 1-0-1. Acenocumarol 1 mg, según pauta TAO. Amiodarona 200 mg, 1/24h. Paracetamol 1 g, 1/8h si dolor.

Paciente que inicialmente ingresa durante 25/4-3/5/24 por primer episodio de **edema agudo de pulmón**, sin claro desencadenante identificado, que requiere VMNI durante 24h y bomba de furosemida durante 48h. Al alta se suspenden temporalmente ARNI y iSGLT2 por empeoramiento renal y se intensifica diurético.

Reconsulta el día 7/5/24 (72h después del alta médica), por clínica de disnea, edemas en EEII y ortopnea, con crepitantes a la exploración y reingresa como nueva **descompensación de su insuficiencia cardíaca**. Analíticamente destacan Probnp 22686 pg/mL y Ca125 86.3 U/mL iniciales, función renal estable. Se instaura tratamiento diurético, con inicial evolución tórpida (natriuresis de 33 mmol) por lo que se acaba instaurando BIC de furosemida con SS hipertónico sin respuesta clínica valorable. Se opta pues por estrategia con triple terapia diurética (furosemida, espironolactona, tiazida) con mejoría franca. Se completa estudio con nuevo ETT

que muestra **IM severa con rotura de cuerda en velo anterior** y FEVI levemente reducida (44%). Se valora por Cardiología que, por comorbilidad y estado basal, recomiendan manejo conservador. Al alta se encuentra con buen estado general, prácticamente sin edemas (peso 65 kg y Probnp 12292 pg/mL).

Se realizan **controles precoces multidisciplinares** en Hospital de Día de Complejidad donde la paciente permanece asintomática y con buena adherencia.

### Exposición de las cuestiones claves

Se trata de una paciente de edad avanzada con pluripatología y polifarmacia. Resulta importante la evaluación de la presencia de síndromes geriátricos ya que en este caso, sobre todo, aparecen durante el ingreso:

- ▶ **Inmovilidad:** declive funcional que precisa rehabilitación por parte del equipo de fisioterapia durante su estancia hospitalaria. Disminución del Índice de Barthel de 100 a 65, precisando caminador para la deambulación al alta.
- ▶ **Desnutrición:** durante el ingreso analíticamente presenta hipoalbuminemia (3.3 g/dL), con MNA al ingreso correcto, por lo que se realiza intervención por parte de equipo de nutrición con dieta hiperproteica.
- ▶ **Delirium hiperactivo:** comporta el inicio de medicación hipnótica/sedante y hasta contenciones físicas. Empleo de medidas no farmacológicas (acompañamiento de la familia, evitar sondajes innecesarios, uso de reloj...).

Además, también destacaríamos la **adecuación del tratamiento:** se trata de una paciente con IC con FEVI moderadamente reducida tributaria a tratamiento modificador de enfermedad pero que su instauración se ve condicionada por empeoramiento de su ERC (queda pendiente su inicio al alta ambulatoriamente). Destacar también la importancia de tener **check-lists** validados internamente para ayudar en el manejo de ciertas patologías prevalentes como la IC. También nos gustaría señalar la importancia de los **controles precoces** en este tipo de pacientes, tanto para evaluación clínica como para titulación de dosis de los fármacos y asegurar una correcta adherencia terapéutica. Pensamos que el Hospital de Día de Complejidad es un dispositivo de gran ayuda en el manejo de estos pacientes para evitar reingresos (a pesar de tener factores de riesgo para ello) y mejorar la calidad de vida. Por último, remarcar la relevancia del **abordaje multidisciplinar** así como el trabajo en equipo, tanto entre enfermería/medicina, como entre especialidades (como Atención primaria) u otros profesionales sanitarios (como Nutrición y Fisioterapia). La coordinación entre todos asegura el correcto manejo de estos pacientes.

### Conclusiones

Este caso pone especial atención en los síndromes geriátricos que pueden aparecer en los pacientes de edad avanzada pluripatológicos que ingresan en el hospital. Destacar el delirium por su implicación en pronóstico y mortalidad. En estos pacientes también es importante adecuar el plan de tratamiento de forma multidisciplinar y en estrecha relación con Atención Primaria, ofrecer un seguimiento individualizado y empoderarles en su autocuidado, para así evitar reingresos y favorecer su calidad de vida.

### Bibliografía

- ▶ Recomendaciones sobre la valoración integral y multidimensional del Anciano Hospitalizado.
- ▶ Amblàs-Novellas J, Martori JC, Molist Brunet N, Oller R, Gómez-Batiste X, Espauella Panicot J. Índice Frágil-Vig: Diseño Y Evaluación de un índice de fragilidad basado en la valoración integral geriátrica. Revista Española de Geriatria y Gerontología. 2017 Mayo;52(3):119–27.
- ▶ Manzano Espinosa L, Aldudo Avilés C. Manual Práctico de Manejo integral del paciente con insuficiencia cardíaca crónica. Madrid: IMC; 2018.
- ▶ Inouye SK, Westendorp RGJ, Saczynski JS. Delirium in elderly people. Lancet. 2014 Marzo;383: 911–22.

## CC-17

## DISNEA, FRAGILIDAD Y DESNUTRICIÓN EN UNA MUJER ANCIANA: UN ABORDAJE INTEGRAL EN MEDICINA INTERNA

Urbietta Mancisidor, Josu<sup>1</sup>; Treviño Theriot, Jesús Martín<sup>2</sup>; Urrutia Izaguirre, Eneritz<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Hospital de Santa Marina, Bilbao; <sup>2</sup>Hospital de Cruces, Barakaldo.

### Caso clínico

Mujer de 89 años, hipertensa desde al menos 2003 y sin cardiopatías conocidas. Refiere antecedente de tuberculosis pulmonar (TBC) a los 30 años, por la que aparentemente no recibió tratamiento. Además, la paciente nunca fue fumadora pero relata una importante exposición al humo de tabaco en la vivienda familiar. El último y único ingreso hospitalario de la paciente fue en noviembre de 2023 por una infección respiratoria.

En mayo de 2024, debido a una clínica de disnea progresiva de 72 horas hasta hacerse de pequeños esfuerzos, es llevada por la familia a Urgencias del hospital de referencia. Los reactantes de fase aguda y el dímero D estaban elevados, y se realizó un AngioTC de arterias pulmonares. Se observaron infiltrados fibróticos cicatriciales biapicales, los cuales, ya eran conocidos. También se describió un infiltrado en lóbulo inferior izquierdo (LII) sugestivo de patología infecciosa/inflamatoria aguda. Además, se visualizaron 2 nódulos en lóbulo superior derecho (LSD) con halo en vidrio deslustrado, siendo recomendando por equipo de Radiología la valoración de los diagnósticos diferenciales con orden de probabilidad: aspergilosis invasiva, hongos, tuberculosis pulmonar, virus, granulomatosis con poliangitis, linfoma metastásico. Por último, también se observó una lesión renal de 4 cm de diámetro máximo sin poder determinar la naturaleza de la lesión por este estudio.

Inicialmente, se decidió el ingreso hospitalario en la planta de Medicina Interna para tratamiento y completar el estudio, pero al no disponer de camas en el hospital de referencia, fue trasladado con nuestro equipo, el cual está más dirigido a pacientes con pluripatología y edad avanzada. En nuestro centro ampliamos la anamnesis por aparatos, haciendo hincapié en los datos sugestivos de proceso infeccioso o reumatológico-sistémico, y realizamos una valoración integral de la paciente.

La paciente vive sola desde que enviudó, pero en el piso de abajo viven su hijo y su nieto, este último pasa las tardes con la abuela. Tiene dificultades para subir y bajar escaleras debido a la gonalgia bilateral y no cuenta con ascensor; en los últimos meses lo hace con ayuda de la familia. Es independiente para el resto de actividades básicas de la vida diaria, mantiene su casa limpia y cocina. Maneja el teléfono móvil, el dinero y la medicación.

La paciente informa que desde el alta hospitalaria del año pasado, se siente cansada la mayor parte del día, presenta episodios de disnea entre 3 y 5 veces por semana, requiriendo el uso de salbutamol para alivio. Debido a esto último y a la falta de ascensor, en los últimos 2 meses apenas sale a la calle. Además, ha perdido peso y tiene poco apetito.

En nuestra valoración, la paciente cumple criterios de fragilidad y desnutrición (7 puntos en la escala MNA SF), así como sarcopenia. La escala de Yesavage es negativa y el riesgo de úlceras por presión según la escala de Norton es bajo. No se observan datos de deterioro cognitivo ni delirio. La puntuación inicial en la escala *Deep* fue de 3 puntos (riesgo bajo-intermedio). La paciente no cumple criterios de paciente pluripatológico ni tiene necesidades complejas.

Se realizó una broncoscopia para citología y múltiples cultivos, siendo todos negativos. Nuestro hospital realiza atención especializada en pluripatología y paciente crónico, el servicio de radiología se encuentra a distancia y las analíticas se remiten a un laboratorio externo, por lo que se retrasó el estudio hasta 5 días. Durante este tiempo, la paciente recibió corticoterapia y antibioterapia empírica, y la respuesta al tratamiento fue completa. En el estudio de TC de extensión, se confirmó la lesión renal derecha de naturaleza sólida, probablemente neoplásica, sin afectación en otros órganos.

Un mes después del alta, la paciente fue citada en consulta de Medicina Interna con prueba de imagen. Los infiltrados y los nódulos pulmonares habían desaparecido por completo. Además, se confirmó la adecuada respuesta y adherencia a las múltiples intervenciones iniciadas en el hospital. La paciente rechazó la opción de cirugía y de realizar más estudios invasivos.

## Discusión/conclusión

---

En nuestro centro, la gran mayoría de los pacientes ingresados son pluripatológicos y presentan enfermedades crónicas en estadio avanzado o final de la vida. A menudo, el estudio diagnóstico no se realiza debido a su complejidad y al escaso beneficio clínico que proporciona. Sin embargo, en este caso, nuestra paciente podría beneficiarse de completar el estudio diagnóstico, ya que los datos recogidos en nuestra valoración integral así lo sugieren. Nuestro objetivo fue evitar adoptar una postura nihilista y no privarla de recursos a los que podría haber accedido si hubiera sido ingresada en su centro de referencia.

Iniciamos el abordaje de la fragilidad y la desnutrición de la paciente, con buena respuesta. Esto además nos permitió fortalecer nuestra relación con la paciente y su unidad familiar. El objetivo del ingreso era completar el diagnóstico, ya que en cualquier momento puede realizarse una valoración integral que supondrá un beneficio para los pacientes y posibilidad de intervención. Al alta, con todos los datos, actualizamos VIMA. Considerando altamente probable la neoplasia de órgano sólido, el valor en la escala Profound aumentó (9 puntos, riesgo medio-alto de mortalidad).

## Bibliografía

---

- ▶ Gericó Aseguiolaza M, Díez-Manglano J. La fatiga, un síntoma desatendido en la EPOC. *Rev Clin Esp.* 2021 Feb;221(2):99-100. doi: 10.1016/j.rce.2020.09.003.
- ▶ 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.* 2021 Jun-Jul;221(6):347-358. doi: 10.1016/j.rce.2020.10.003.
- ▶ Santus P, Radovanovic D, Saad M, et al. Acute dyspnea in the emergency department: a clinical review. *Intern Emerg Med.* 2023;18:1491-1507. <https://doi.org/10.1007/s11739-023-03322-8>

## CC-18

**¿ES LA HOSPITALIZACIÓN CONVENCIONAL LA MEJOR OPCIÓN PARA LOS PACIENTES COMPLEJOS Y PLURIPATOLÓGICOS?**

**Toma, Laura Cristina; Orgaz Salgado, María Lourdes; Nicás Jiménez, Sandra; Beamomente Vela, Blanca Nieves; Sobrino Alonso, Maitane; Sevo Spahiu, Sara; Shani Shani, Kirti Dayal; Guerra Dugarte, Cesar Alejandro.**

*Hospital Infanta Cristina, Parla.*

**Desarrollo del caso**

Varón de 80 años sin alergias medicamentosas conocidas, exfumador desde 2019, con antecedentes médicos de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo II. Cardiopatía isquémica crónica. Infarto agudo de miocardio con elevación del ST en 2004. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica con obstrucción (EPOC) moderada. Enfermedad de Parkinson idiopática. Síndrome de piernas Inquietas asociado. Hipertrofia benigna de próstata portador de sonda vesical permanente. Su tratamiento habitual incluye: Inhalador vilanterol/umeclidinio en desayuno, salbutamol inhalador si precisa, enalapril 10 mg/12h, Metformina/Empaglifozina 1000/5 mg/12 horas, Sitagliptina 100 mg/24h, Ácido acetilsalicílico 100 mg/12h, Furosemida 40 mg/24h, Levodopa/carbidopa 100/25 mg (1-2-1), Clonazepam 2,5 mg/ml (0-0-10 ml), Pramipexol 0.52 mg/24h, tamsulosina 0,4 mg/24h.

En cuanto a la valoración integral y multidimensional del paciente anciano hospitalizado (VIMA), presenta las siguientes características: A nivel cognitivo, no presenta deterioro, con escala Pfeiffer de 0. Ha cursado estudios elementales y trabajado como delineante. Precisa audífonos por hipoacusia. Vive con su mujer (cuidadora principal). Tiene dos hijas que viven lejos. Ambos tienen ayuda una hora al día para limpieza y compra. Presenta un índice de Barthel de 65 puntos, camina con andador, no salva escaleras, precisa ayuda para el aseo, pero es independiente para comer y vestirse, portador de sonda vesical permanente. Sale a la calle en silla de ruedas. Se encuentra en riesgo de desnutrición con Escala MNA-S de 11 puntos e IMC 23.5. Fuerza de presión mediante dinamometría patológica. Cumple criterios GLIM de desnutrición.

Ingresa en planta de Medicina Interna por agudización EPOC en contexto de infección por coronavirus con insuficiencia respiratoria. Es tratado con corticoterapia, remdesivir, broncodilatadores de acción corta y oxigenoterapia. Durante el ingreso presenta desorientación nocturna con regular descanso precisando rescates de haloperidol. Ulteriormente, desarrolla mejoría clínica de la disnea, así como analítica, con disminución de reactantes de fase aguda, aunque persistencia de insuficiencia respiratoria por lo que es dado de alta con oxigenoterapia y se realiza cambio de inhalador a triple terapia con bromuro de umeclidinio/vilanterol/fluticasona en polvo seco similar al dispositivo previo.

Veinte días tras el alta, acude a urgencias por malestar general y fiebre. Tras las pruebas complementarias realizadas es diagnosticado de prostatitis aguda, con urocultivo positivo para escherichia coli BLEE. Se objetiva un deterioro de su situación basal, apenas camina desde el alta y continua con insuficiencia respiratoria. En un primer momento se decide desde urgencias ingreso convencional en planta de hospitalización, pero, tras ser valorado por hospitalización a domicilio (HAD) se ingresa al paciente en este servicio para completar tratamiento antibiótico con ertapenem intravenoso. A la valoración integral del ingreso se detecta que el paciente apenas camina por debilidad (Barthel < 60 momento actual) y refiere persistencia de disnea desde el último ingreso. Desconoce nombres de medicación actual, y en domicilio se objetiva acumulo de fármacos. Para su consumo refieren guiarse por la receta electrónica. No ha cambiado el inhalador prescrito en el anterior ingreso. Además, se comprueba técnica inhalatoria, que no es efectiva. Se detecta riesgo social ya que su cuidadora principal también es de edad avanzada y tienen poco apoyo social (escala Gijón 15). Durante ingreso se instruye en técnica inhalatoria y se cambia a inhalador presurizado con cámara, se revisa tratamiento y se instruye en uso de pastillero para evitar duplicidades. Se realiza educación sanitaria para mejorar deambulación y en cuanto a ajuste de medicación, se suspende tamsulosina ya que el paciente es portador de sonda vesical permanente. Durante ingreso en HAD no presenta desorientación y refiere buen descanso nocturno. Al alta, se cita en consulta en la cual se comprueba que el paciente no ha precisado nuevos ingresos en dicho periodo. Ha vuelto a usar el andador (Índice de Barthel de 65) y no precisa oxigenoterapia.

## Cuestiones clave

---

El objetivo del presente caso es concienciar acerca de los efectos de la hospitalización convencional. El ingreso de personas ancianas, sobre todo si presentan pluripatología, se ha relacionado con mayor mortalidad, discapacidad e institucionalización al alta. El reingreso tras el alta es frecuente por ello es importante conocer las características y factores relacionados con él. La Hospitalización Domiciliaria presenta misma seguridad y eficacia que un ingreso convencional y es una buena alternativa para mejorar la calidad de vida en cuanto al bienestar, comodidad e intimidad. Mantiene la máxima funcionalidad y reduce los ingresos evitables. Asimismo, es importante actualizar en cada proceso asistencial la situación funcional, cognitiva y social del paciente mediante una valoración integral y multidimensional del paciente anciano hospitalizado (VIMA).

## Conclusiones

---

Dada la importancia de mantener la funcionalidad en los pacientes pluripatológicos, la hospitalización a domicilio es una excelente opción para el manejo de las descompensaciones de sus patologías crónicas y ayuda a empoderar al paciente sobre su enfermedad.

## Bibliografía

---

- ▶ Dharmarajan K, Han L, Gahbauer EA, Leo-Summers LS, Gill TM. Disability and recovery after hospitalization for medical illness among community-living older persons: a prospective cohort study. *J Am Geriatr Soc*
- ▶ Maroto, I. V., Romano, P. C., Nogueroles, M. M., Matesanz-Fernández, M., Pérez-Belmonte, L. M., Criado, I. S., ... & Manglano, J. D. (2021). Recomendaciones sobre la valoración integral y multidimensional del anciano hospitalizado. Posicionamiento de la Sociedad Española de Medicina Interna. *Revista Clínica Española*, 221(6), 347-358.
- ▶ Guerra Pajares, Marta. Dña Julia García Iglesias Junio. Beneficios de la Atención y Hospitalización Domiciliaria en pacientes geriátricos y crónicos [TFG]. Palencia. Escuela de Enfermería de Palencia. 2017.

## CC-19

## LA FAMILIA SANITARIA, DONDE LA VIDA NACE Y EL AMOR NUNCA TERMINA

Salmerón Pardo, Ignacio De Loyola; González Aguilar, Kelin Merary.

*Consorti Hospitalari de Vic, Vic.*

**Desarrollo del caso**

Varón de 75 años, ex-fumador y ex-enolismo crónico desde hace 4 años con los antecedentes patológicos a destacar de: hipertensión arterial, dislipidemia, diabetes mellitus tipo 2, enfermedad pulmonar obstructiva crónica GOLD IV enfermedad cerebrovascular crónica (estenosis carotídea izquierda grave) e ictus en arteria cerebral media y arteria cerebral posterior derecha en 2011, con una situación basal de: índice de Barthel (80/100), índice de fragilidad VIG Frágil (0,32), MNA-SF: 7 puntos (Malnutrición); situación social: presenta riesgo social, ya que vive solo y tiene dos hijos que no dan soporte familiar; situación cognitiva: no presenta deterioro cognitivo filiado; situación emocional: presenta un trastorno orgánico de la personalidad en tratamiento por depresión, acude al servicio de urgencias de nuestro hospital comarcal por presentar desde el mes pasado, deterioro del estado general caracterizado por astenia, apatía, pérdida de al menos 5Kg de peso y cese de actividades habituales. En el último mes, ha realizado múltiples consultas en urgencias por cuadros sindrómicos similares. Se ha sometido a una colonoscopia, objetivando una diverticulosis y tomografía axial computarizada de cráneo, que descartada patología aguda intracraneal. A pesar de los ajustes en la medicación y múltiples intervenciones, no se ha observado mejoría clínica.

Cursó ingreso en planta Psiquiatría por trastorno depresivo mayor agudizado, llegando a utilizar Olanzapina a dosis altas. Además de la sintomatología descrita, presentó hematoquecia y un episodio de rectorragia, motivo por el cual, se decidió realizar una segunda colonoscopia, que mostró diverticulosis y restos de sangre en colon izquierdo, sin evidencia de sangrado activo, manejado de forma conservadora. A la semana del ingreso, presenta una rectorragia asociada con hipotensión, disminución del nivel de consciencia (GCS 3) y anemia (Hb 4.8 g/dL, previa 8 g/dL), decidiéndose traslado a unidad de cuidados intensivos, necesitando intubación orotraqueal y soporte ventilatorio, además de inicio de drogas vasoactivas con noradrenalina a dosis bajas, manteniendo una tensión arterial media por encima de 86 mmHg. Realizan angio-TC abdominal, evidenciando sangrado activo en intestino delgado. Fue trasladado a nuestro hospital de tercer nivel de referencia, para posibilidad de manejo por angio-radiología, realizando un nuevo angio-TC abdominal, que no evidenció foco de sangrado activo, pero sí restos hemáticos en ciego y consolidaciones bibasales sugestivas de colapso atelectásico, posiblemente asociado a un fenómeno de broncoaspiración. Analíticamente destacó una Hb de 11.4 g/dL, plaquetas y TP en rango. Frente a estos hallazgos en las pruebas complementarias, deciden que el paciente no es tributario a embolización, trasladándose a UCI del hospital de tercer nivel. Durante estancia en UCI, las rectorragias persisten, con descenso de Hb a 6.5 g/dL, realizándose una transfusión de un concentrado de hematíes. Se solicitó un estudio endoscópico completo con Angio-TC abdominal, cápsula endoscópica y fibrocolonoscopia), descartándose de nuevo sangrado activo. A los cinco días se procede a la extubación, sin incidencias, pero esa misma tarde, el paciente comienza con lenguaje hipofluente, disartria y risas inmotivadas, siendo valorado por Neurología, presentado un NIHSS 6, solicitando una RMN y una angio-RMN cerebral, que mostraron múltiples infartos multiterritoriales bilaterales supratentoriales, antiguos y subagudos, mayoritariamente en centro semioval/corona radiata fronto-parietal izquierda. A tenor de los resultados obtenidos en las pruebas, antecedentes personales del enfermo, situación socio-familiar, cognición, situación basal y evolución de su proceso individual (15 días en UCI de tercer nivel), deciden traslado a centro sociosanitario para manejo conservador y convalecencia.

A su llegada a nuestro centro sociosanitario presenta un índice de Barthel (15/100), una miopatía del paciente encamado asociando una grave sarcopenia. A nivel cognitivo-emocional, presenta un deterioro cognitivo secundario a las lesiones vasculares. Valorado por Psiquiatría, los cuales plantean terapia electroconvulsiva, que ha quedado para un segundo tiempo, puesto que, a primado más la recuperación física, logrando la deambulacion con andadores. A nivel social, presenta un riesgo muy alto de abandono familiar. En las diferentes reuniones multidisciplinares se detectaron los posibles problemas que podría tener el paciente como: un alto riesgo de caídas, disfagia a sólidos y a líquidos, úlceras por decúbito, polifarmacia (altas dosis de psicofarmacos), desnutrición, entre otros, no presentado actualmente, ninguno de ellos.



### Exposición de las cuestiones claves sobre las que se articula la presentación

---

- 1. Evaluación Integral del Paciente Crónico Complejo:** La importancia de una evaluación médica integral para identificar y manejar múltiples patologías y problemas funcionales, cognitivos, emocionales y sociales.
- 2. Abordaje multidisciplinario:** la necesidad de un equipo multidisciplinario que incluya médicos, enfermeros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y trabajadores sociales para abordar la complejidad del paciente.
- 3. Manejo de la polifarmacia:** revisión y ajuste de la medicación para minimizar el riesgo de interacciones medicamentosas y efectos adversos.
- 4. Intervenciones de mejora del estado nutricional:** implementación de estrategias nutricionales para promover la recuperación funcional.
- 5. Prevención y manejo de síndromes del paciente crónico complejo:** identificación y manejo del riesgo de caídas, disfagia y úlceras de decúbito, entre otros, para mejorar la calidad de vida del paciente.
- 6. Transición y continuidad de cuidados:** la importancia de una transición adecuada entre el hospital y el centro sociosanitario para asegurar la continuidad de cuidados.

### Conclusiones

---

El manejo de pacientes crónicos complejos requiere una evaluación integral y un abordaje multidisciplinario para identificar las múltiples patologías y problemas asociados. La continuidad de cuidados y una adecuada transición entre los diferentes entornos asistenciales juegan un papel fundamental en el manejo eficaz de estos pacientes.

### Bibliografía

---

- ▶ Vallejo Maroto I, et al. Recomendaciones sobre la valoración integral y multidimensional del anciano hospitalizado. Posicionamiento de la Sociedad Española de Medicina Interna. Rev Clin Esp. 2020.

## CC-20

## DETERIORO COGNITIVO CON ALTA RESERVA COGNITIVA: UN CASO DE INTOXICACIÓN FARMACOLÓGICA

Peña Zalbidea, Rebecca Rowena; Villalonga Comas, María.

*Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca.*

Mujer de 74 años independiente para las actividades básicas de la vida diaria (Barthel 95, precisa de un andador desde hace un año tras una caída accidental), sin deterioro cognitivo conocido (Pfeiffer 0 errores). Reside en un piso tutelado, soporte familiar por parte de tres hijos que la visitan semanalmente (escala Gijón 8 puntos). Completó estudios universitarios, es bilingüe, y autodidacta en historia de la región. Ex-consumo de enol de 2 UBE diarias. Como antecedentes patológicos: Hipertensión arterial de un año de evolución en tratamiento con dos fármacos y sin daño de órganos diana, sin otros factores de riesgo vascular. A nivel neurológico epilepsia postraumática tras un intento autolítico en el 1984, tras 12 años sin presentar crisis se retira tratamiento anticrisis en el 2022. A nivel psiquiátrico antecedente de trastorno de la conducta alimentaria con dependencia alcohólica y rasgos histriónicos. Presenta dos intentos autolíticos (1984 y 2009) con el más grave en el 1984 tras precipitarse de un cuarto piso precisando ingreso en la UCI durante 3 meses. Sin tratamiento psiquiátrico desde 2012 por eutimia. A nivel osteoarticular portadora de prótesis de cadera bilaterales, presenta espondilolistesis y espondilodiscartrosis degenerativas. Como tratamiento habitual buena adherencia a tratamiento antihipertensivo con lisinopril/hidroclorotiazida.

Ingresa en medicina interna por un episodio de disminución del nivel de conciencia. Vista por última vez bien por su hijo esa misma mañana, al volver a visitarla a la tarde la encuentra prostrada en una butaca, poco reactiva y con un lenguaje confuso. Sospecha ingesta de fármacos como posible gesto autolítico, y como precipitante identifica conversaciones recientes sobre un posible traslado a un piso tutelado de menor coste al suyo actual, y la pérdida de capacidad funcional en el último año. Niega carta de despedida u otras acciones que haya realizado previamente en contexto de intención autolítica real. Cuando mejora el nivel de conciencia de la paciente esta niega otro tipo de sintomatología orgánica. Lo último que recuerda es sufrir un desvanecimiento (desconoce tiempo de duración, niega traumatismo, cree que no llegó a perder el conocimiento) y despertarse en el hospital. Mezcla acontecimientos sucedidos en el pasado, y el discurso se modifica en sucesivas entrevistas. Constata vitales mantenidas, sin alteraciones reseñables en la exploración neurológica y por aparatos. Se realiza TC craneal urgente que descarta patología intracraneal aguda, EEG que no visualiza actividad epileptiforme y pruebas de laboratorio, siendo lo único destacable un resultado preliminar positivo para anfetaminas en orina. Desde urgencias se inicia tratamiento antibiótico empírico ante sospecha de infección urinaria como precipitante del cuadro confusional, el cual se suspende en planta de hospitalización ante ausencia de pruebas analíticas o sintomatología compatible. Finalmente se obtienen resultados definitivos del laboratorio de toxicología que objetivan niveles potencialmente letales de trazodona en orina, siendo la determinación de anfetaminas un falso positivo. Ante este hallazgo se revisan prescripciones antiguas y consta la trazodona retirada hace meses, por lo que se sospecha de que tuviera alguna caja remanente en su posesión. Se solicita valoración por psiquiatría, que desestima intención autolítica real y sospecha un deterioro cognitivo incipiente con alteración conductual asociada, orientación compatible con la valoración subjetiva del equipo médico responsable. Se realiza un primer cribado de causas reversibles de deterioro cognitivo y se contacta con neurología para completar el estudio ambulatoriamente en el contexto habitual de la paciente. Durante el ingreso la paciente se mantiene orientada, pero con inconsistencias en su discurso sugestivas de un deterioro cognitivo en una paciente con alta reserva cognitiva. Se contacta con trabajo social y la enfermera gestora de casos para asegurar al alta una mayor supervisión, con revisión de la medicación y retirada de aquello que no precise, y continuidad asistencial por atención primaria, alertándoles de la sospecha diagnóstica. Se mantiene reunión con los hijos instándoles a una preparación familiar para progresión de un probable deterioro cognitivo incipiente con progresivo aumento de dependencia.

## Cuestiones claves

---

En este caso una de las cuestiones a destacar es la importancia de investigar la etiología del síndrome confusional pues este puede ser secundario no solo a un proceso intercurrente, sino que puede esconder un proceso subyacente progresivo y ser un estado pre-mórbido de condiciones de alta importancia como el deterioro cognitivo(1). En especial, es un reto detectar estados incipientes en personas con una alta reserva cognitiva, en los cuales las manifestaciones del deterioro pueden ser más tardías pero una vez se inicia pueden ser de una progresión más acelerada, por lo que hay que mantener un alto nivel de sospecha(2). Una vez identificada una situación de riesgo hay que establecer mecanismos preventivos, asegurar un acompañamiento y supervisión de las personas más vulnerables. Uno de los campos concretos donde esto cobra especial relevancia es en la medicación, la supervisión de la adherencia, de evitar su abuso y de retirar todo aquello que no sea necesario, con el objetivo de prevenir situaciones de alta peligrosidad(3). Para cumplir estos objetivos es esencial un trabajo en equipo interdisciplinar que garantice la valoración y cuidado multidimensional del paciente, para y con el paciente y su familia. (4)

## Conclusiones

---

Con este caso se reflejan varias cuestiones claves en el cuidado de nuestros pacientes, cuestiones que son de especial relevancia en personas de edad avanzada o con patología crónica y compleja: la dificultad de sospechar el deterioro cognitivo en personas con elevada reserva cognitiva, la importancia de investigar la etiología subyacente del síndrome confusional, la peligrosidad de la polifarmacia especialmente si no se asegura la capacidad de cumplimiento de cada paciente, y la necesidad de un trabajo en equipo interdisciplinar para poder cumplir los objetivos de cuidados. Todo ello se engloba en la realización de una valoración integral y multidimensional del paciente, la cual debe incluir una evaluación clínica, de la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria, de la función cognitiva, del estado afectivo, de la medicación, y de la situación social.

## Bibliografía

---

1. Sekhon S, Fischer MA, Marwaha R. Excited Delirium (Archived). 2024.
2. Coors A, Lee S, Gazes Y, Gacheru M, Habeck C, Stern Y. Brain reserve affects the expression of cognitive reserve networks. Hum Brain Mapp. 23 de abril de 2024;45(5).
3. Rozenfeld S. [Prevalence, associated factors, and misuse of medication in the elderly: a review]. Cad Saude Publica. 2003;19(3):717-24.
4. 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. junio de 2021;221(6):347-58.

## CC-21

## FIBRILACIÓN AURICULAR Y PACIENTE COMPLEJO. EVALUACIÓN INDIVIDUALIZADA DEL TRATAMIENTO

Pitarch Pavón, Nerea; Ceresuela Eito, Luis Miguel.

*Complejo Universitario Hospitalario Moisés Broggi, Sant Joan Despí, España, Barcelona.*

Presentamos a un paciente de 80 años, que como antecedentes destacables presenta HTA, obesidad grado I, insuficiencia cardiaca biventricular con FEVI reducida, FA anticoagulada con edoxaban desde hace más de cinco años, portador de marcapasos por BAV completo, EPOC grave y ERC estadio 3A.

A nivel global, se trata de un paciente independiente para las ABVD con limitación a la deambulaci3n por disnea a moderados esfuerzos (NYHA II) y claudicaci3n intermitente a unos 200m, con Barthel 95/100. Dependiente para AIVD (Lawton-Brody 2/8). Sin deterioro cognitivo ni alteraciones psico-afectivas. Desnutrici3n proteica leve. Vive en domicilio, un 4ª sin ascensor, con la esposa, quien es su cuidadora principal. Bueno soporte familiar por parte de sus 2 hijos. Se trata de un paciente frágil y pluripatol3gico, por lo que realiza seguimiento en unidad de paciente cr3nico complejo en hospital de d3a trimestral.

En el curso del seguimiento se constata una anemia normoc3tica y normocr3mica, por lo que se inicia estudio de anemia con sangre oculta en heces que resulta positiva. Durante el estudio, se realiza una fibrocolonoscopia donde se evidencian abundantes lesiones angiodisplasias sin signos de sangrado activo en colon, las cuales son tratadas con arg3n, y se inicia tratamiento con ferroterapia iv peri3dica.

Durante el seguimiento en los siguientes tres a3os, el paciente presenta un control de la anemia errático a pesar de la asociaci3n al tratamiento de Octre3tide subcutáneo mensual, para prevenir el sangrado de las angiodisplasias, y EPO en intervalos. Requiriendo ingreso hospitalario en tres ocasiones por anemizaci3n severa, con Hb <5g/dL. En el transcurso de las hospitalizaciones, se produjo un empeoramiento de su disnea basal, y empeoramiento de la calidad de vida. A nivel social enviud3, viviendo solo en domicilio.

En esta situaci3n, con el deterioro global del paciente, el aumento del riesgo social, el alto riesgo hemorrágico elevado (HAS-BLED 4) y tras las hospitalizaciones se valora la retirada de la anticoagulaci3n. De esta forma, se valora el riesgo-beneficio junto al paciente y los familiares y se decide la retirada, a pesar del CHADSVASC 4 (riesgo de ictus 4%). En este periodo, el paciente experimenta una gran mejoría funcional, con resoluci3n de la anemia y mejoría secundaria de la disnea, pudiendo salir de nuevo a la calle.

Sin embargo, 4 meses despu3s, el paciente reingresa con clínica de debilidad en hemicuerpo izquierdo y leve disartria al despertar. Se realiza TAC urgente que evidencia oclusi3n de la ACM con miss-match presente, por lo que se orienta como ICTUS del despertar. Dada la imposibilidad de realizar tratamiento fibrinolítico por tiempo, se decide trombectomía mecánica. En el TAC de control, el paciente presenta hemorragia subaracnoidea post-trombectomía, por lo que se mantiene sin anticoagulaci3n en los primeros 14 d3as tras el ICTUS. A nivel funcional presenta un declive muy importante, con un Barthel al ingreso de 50.

En esta situaci3n, se realiza una valoraci3n conjunta con Hemostasia, Neurovascular y se decide inicio de Dabigatrán dado su buen perfil antitromb3tico y bajo riesgo de sangrado a nivel intracraneal, ajustando la dosis por edad. Adem3s, se solicita de forma ambulatoria valoraci3n por Cardiología para el cierre de la orejuela como tratamiento definitivo.

Tras el ingres3, el paciente requiri3 una estancia en un centro sociosanitario para realizar rehabilitaci3n funcional, consiguiendo una gran mejoría, con un Barthel al alta similar al previo de 95.

Tres meses tras el alta, el paciente es sometido al cierre de la orejuela, pudiendo retirar de forma definitiva la anticoagulaci3n. De esta forma, se consigui3 estabilizaci3n analítica, de la clínica y mejoría en la calidad de vida con disminuci3n de la disnea, gracias al buen control de la anemia.

### Exposici3n

En el curso de la enfermedad, nos encontramos a un paciente que inicialmente presenta una buena situaci3n basal, con autonomía casi completa a pesar de la limitaci3n funcional por su disnea, que requiere anticoagulaci3n

permanente debido a la fibrilación auricular. A causa del tratamiento, el paciente presenta sangrado digestivo crónico por angiodisplasias colónicas. Se inicia tratamiento con ferroterapia y Octreótide con escasa mejoría y empeoramiento en la calidad de vida del paciente. En esta situación y dado el declive funcional, se decide conjuntamente con la familia la retirada de la anticoagulación, alcanzando estabilización clínica y mejoría del estado funcional.

A pesar de ello, a los pocos meses, se produce la complicación más frecuente en forma de ICTUS del despertar, produciendo un empeoramiento funcional súbito hasta un Barthel de 50 y Rankin 4.

En esta situación, se reinicia anticoagulación con un fármaco con buen perfil de protección secundaria y bajo riesgo de sangrado intracraneal (Dabigatrán), y se programa el cierre de la orejuela. Con todo esto y tras el ingreso del paciente en una unidad de convalecencia, se consigue la recuperación del paciente con un Barthel al alta de 95, control de la anemia, y mejoría de la disnea y la astenia que le limitaban.

### Conclusiones

---

La anticoagulación es una medida fundamental para la prevención de eventos embólicos con el consiguiente declive funcional que comportan, pero a su vez conllevan un riesgo de sangrado y por tanto de anemización que es mayor en personas ancianas. Esta anemización de nuevo puede condicionar un empeoramiento de la capacidad basal y en la calidad de vida. Así pues, es importante la evaluación integral del paciente con tal de aplicar tratamiento ajustados a sus necesidades y conocer los riesgos que estos pueden acarrear. De esta forma, se puede concluir que la búsqueda de medidas terapéuticas que prevengan la aparición de eventos embólicos sin aumentar el riesgo del sangrado puede comportar una mejoría en la calidad de vida de los pacientes.

### Bibliografía

---

- ▶ I Vallejo Maroto, P. Cubo Romano, M.C. Mafé Nogueroles et al. Recomendaciones sobre la valoración integral y multidimensional del anciano hospitalizado. Posicionamiento de la sociedad española de medicina interna. Revista clínica española 221 (2021) 347-358.
- ▶ R. Petidier Torregrossa, et al. Guía de anticoagulación en población anciana con fibrilación auricular no valvular. Sociedad española de geriatría y gerontología. Guía posicionamiento geriatría. ISBN:978-84-697-8487-7.

## CC-22

## ATENCIÓN A LA DESNUTRICIÓN INADVERTIDA

Aragónés Pequerul, Paula.

Hospital Royo Villanova, Zaragoza.

**Exposición del caso**

Varón de 91 años. Antecedentes personales de insuficiencia cardiaca crónica grado II de la NYHA, portador de bioprótesis aórtica, fibrilación auricular, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, insuficiencia renal crónica (categoría G4). Tratamiento habitual con Furosemida 40mg (1-1-1), Rivaroxaban 10mg (0-1-0), Pantoprazol 20mg (1-0-0), Bisoprolol 2.5mg (1-0-0), Zolpidem 10mg (0-0-0-1), Empaglifozina 10mg (1-0-0).

**Valoración multidimensional:** paciente crónico complejo (categorías A y B de los Criterios de Ollero), dependencia leve para las actividades básicas de la vida diaria (Índice de Barthel 95 puntos), sin deterioro cognitivo (Test de Pfeiffer 0 errores), desnutrición según el cribado de Mini Nutritional Assessment Short Form (6 puntos), sin síntomas de depresión (Test de Yesavage 4 puntos), buena situación sociofamiliar (Escala de Valoración Sociofamiliar de Gijón 7 puntos), mortalidad estimada al año entre 21'5-31'5% (Índice Profund 3 puntos), mínimo riesgo para el desarrollo de úlceras por presión (Escala Norton 17 puntos) y riesgo normal de caídas (Escala Downtown 2 puntos). Vive en domicilio con su esposa (quien es dependiente), su hijo (el cuidador principal) y su nuera.

Como evento reciente destacaba que fue dado de alta de nuestro servicio ocho días antes por edema agudo de pulmón que precisó ventilación mecánica no invasiva complicado con shock séptico por *S. aureus* meticilin sensible. Ingresó actualmente por insuficiencia cardiaca descompensada.

Las pruebas complementarias realizadas:

- ▶ Análítica sanguínea, destacaba: creatinina 2,78 mg/dl, FG (KDIGO) 19 ml/min/1'73m<sup>2</sup>, NtproBNP >35000 pg/ml, albúmina 3 g/dl, proteínas totales 5,2 g/dl, hemograma y coagulación sin alteraciones.
- ▶ Radiografía de tórax en urgencias: Cardiomegalia. Derrame pleural bilateral de escasa cuantía. Borrosidad peribroncovascular central bilateral sugestiva de edema.

Tras el resultado de cribado de desnutrición, junto con la hipoproteïnemia e hipoalbuminemia (las cuales estaban persistentemente alteradas antes del ingreso previo) y la comprobación de ingestas insuficientes al comienzo de la hospitalización, se iniciaron suplementos nutricionales orales. Se instauró tratamiento deplectivo y el paciente presentó una evolución favorable con buena tolerancia de los suplementos. Fue dado de alta a domicilio al quinto día manteniendo los suplementos y con indicaciones para el control domiciliario de la insuficiencia cardiaca y manejo de la furosemida.

**Exposición de cuestiones claves**

En España, un estudio multicéntrico observó que el 37% de las personas mayores de 70 años hospitalizadas tienen malnutrición (1). La malnutrición es más frecuente en aquellas personas con comorbilidad, dependencia funcional y fragilidad (2). Constituye un problema importante en los sujetos de edad avanzada, de tal manera que está indicado su cribado una vez al año y en las primeras 48 horas de una hospitalización (3,4).

La desnutrición se ha asociado con una mayor mortalidad durante la hospitalización en las unidades de medicina interna (5), con mayor duración y costes de la estancia hospitalaria y peor recuperación (6,7). También conlleva mayor riesgo para el desarrollo de fragilidad en sujetos de edad avanzada (8). Un estudio reciente realizado en dos hospitales catalanes, mostró mayor mortalidad durante el ingreso y a los cinco meses, pero también mayor necesidad de cuidados en el hogar tras el alta hospitalaria y tasa de reingreso (7).

Aquellos sujetos con desnutrición que son tratados con suplementos nutricionales durante el ingreso presentan menor riesgo de mortalidad intrahospitalaria y reingreso (9). La Sociedad Europea de Nutrición Clínica y Metabolismo (ESPEN), en su guía clínica sobre suplemento nutricional en paciente polimórbido hospitalizado (junio de 2023) (10) defiende con su mayor grado de recomendación la utilización de suplementos nutricionales

orales hipercalóricos e hiperproteicos en pacientes polimórbidos en alto riesgo o con desnutrición establecida. Tratándose, además, de una intervención costo-efectiva.

En el caso previamente expuesto, una intervención sobre la desnutrición en el ingreso previo podría haber contribuido a evitar complicaciones hospitalarias y evitar el reingreso precoz. El tratamiento actual tiene como objetivo mejorar el estado nutricional, disminuyendo el riesgo de desarrollar fragilidad y evitando nuevos reingresos.

## Conclusiones

- ▶ La desnutrición es un problema frecuente en el paciente pluripatológico, que debe ser detectado y tratado para evitar las complicaciones derivadas de la misma.
- ▶ La desnutrición se relaciona con mayor duración y costes de la estancia hospitalaria, mayor tasa de reingreso y mortalidad.
- ▶ La desnutrición conlleva mayor riesgo de desarrollo de fragilidad en pacientes de edad avanzada.
- ▶ El tratamiento con suplementos nutricionales es una intervención costo-efectiva que ha demostrado menor mortalidad y reingreso.

## Bibliografía

1. Álvarez Hernández J, Planas-Vila M, León-Sanz M, García de Lorenzo A, Celaya-Pérez S, García-Lorda P, et al. Prevalence and costs of malnutrition in hospitalized patients; PREDyCES Study. *Nutr Hosp.* 2012;27:1049-59.
2. Vallejo Maroto I, 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(6),347-58.
3. Drevet S, Gavazzi G. Dénutrition du sujet âgé [Undernutrition of the elderly]. *Rev Med Interne.* 2019;40:664-9.
4. Chenhuichen C, Moral-Cuesta D, Marin-Epelde I. Abstracts of the 17th Congress of the European Geriatric Medicine Society. *Eur Geriatr Med.* 2021;12:1-387.
5. Lama-Valdivia J, Cedillo-Ramirez L, Soto A. Factors associated with mortality in hospitalized elders in an internal medicine department. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 2021;38:284-90.
6. Sahli L, Hagenbuch N, Ballmer PE, et al. NRS-2002 components, nutritional score and severity of disease score, and their association with hospital length of stay and mortality. *Swiss Med Wkly.* 2021;151.
7. Burgos R, Joaquín C, Blay C, et al. Disease-related malnutrition in hospitalized chronic patients with complex needs. *Clin Nutr.* 2020;39:1447-53.
8. Valentini A, Federici M, Cianfarani M, et al. Frailty and nutritional status in older people: the Mini Nutritional Assessment as a screening tool for the identification of frail subjects. *Clin Interv Aging.* 2018;13:1237-44.
9. Kaegi-Braun N, Mueller M, Schuetz P, et al. Evaluation of Nutritional Support and In-Hospital Mortality in Patients With Malnutrition. *JAMA Netw Open.* 2021;4:2033-433.
10. Wunderle C, et al. Espen guideline on nutritional support for polymorbid medical inpatients. *Clin Nutr.* 2023;42(9):1545-68.

## CC-23

## DOCTOR; ¿REALMENTE NECESITO TODOS ESTOS MEDICAMENTOS?

Guamán Sánchez, Ximena Alexandra.

Hospital General, Segovia.

### Desarrollo del caso

**MOTIVO DE CONSULTA:** Dislipemia e intolerancia a estatinas y ezetimibe.

**ANAMNESIS Y EXAMEN FÍSICO:** Acude a la Unidad de Continuidad Asistencial (UCA) una paciente mujer de 89 años con antecedentes personales relevantes: hipertensión arterial, obesidad grado 2, dislipidemia mixta, hiperuricemia asintomática, insuficiencia cardiaca con FEVI conservada sin valvulopatías significativas con alta probabilidad de hipertensión pulmonar, asma intrínseca, hipoventilación en relación con alteración de la caja torácica, SAHS moderado con desaturación nocturna, poliartrosis y trastorno depresivo. No eventos cardiovasculares tipo MACE. Alergia a macrólidos y ácido clavulánico.

Referido por su Médico de Atención Primaria con analítica reciente que demuestra dislipidemia mixta además de clínica de abdominalgia, diarreas, mialgias, atribuidas a una intolerancia al tratamiento de atorvastatina 10mg y ezetimiba 10 mg añadidos hace 4 meses. La paciente previamente ha tomado de forma esporádica simvastatina con buena tolerancia.

Se utilizó la nueva aplicación web para la valoración integral y multidisciplinar del anciano hospitalizado: la paciente vive sola en su domicilio, sus hijos viven en un departamento arriba de ella por lo que tiene supervisión, siendo su hija su cuidadora principal (escala de Gijón 12 puntos). Basalmente a nivel funcional dependiente leve (Barthel 88 puntos), (Pffeifer 2 puntos) a nivel cognitivo normal, baja probabilidad de delirium (4AT 1 punto) a nivel emocional depresión leve (Yesavage 7 puntos), ligeramente frágil (Clinical Frailty Score 5 puntos), riesgo de malnutrición (MNA-SF 8 puntos), riesgo alto de caídas (Downton 6 puntos), riesgo bajo-intermedio de mortalidad (PROFOUND 3 puntos), paciente pluripatológica crónica.

Examen físico: Consciente, orientada en las 3 esferas. No deterioro cognitivo. Auscultación pulmonar murmullo vesicular conservado. Cardiaca rítmica, no soplos. Abdomen globuloso, blando depresible, no doloroso a la palpación. Sin edemas en extremidades.

**TRATAMIENTO ACTIVO:** Metamizol 575 mg/ 24h, Paracetamol 1000mg/12h, Ezetimiba 10mg/24h, Atorvastatina 10mg/24h, Furosemida 40mg/24h, Valsartan/Hidroclorotiazida 160/12,5mg/24h, Bisoprolol 2,5mg/24h, Bromazepam 1.5mg/8h, Mirtazapina 30mg/24h, Sertralina 100mg/12h, Betahistina 16mg/12h, Alopurinol 100mg/24h, Esomeprazol 40mg/24h, Ácido fólico 5mg/24h, Cianocobalamina 1000mcg/30días, Relvar Ellipta 92/22mcg/24h, auto CPAP a 8cmH2O durante el sueño con mascarilla oronasal.

**EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS Y RESULTADOS:** Urea 118mg/dl, dislipidemia mixta: colesterol total 281mg/dl, colesterol LDL 191 mg/dl, colesterol no HDL 231 mg/dl, colesterol HDL 50 mg/dl, triglicéridos 286 mg/dl, apolipoproteína B 153 mg/dl. TSH: 2,272 mUI/l. Función renal: Creatinina 1.29 mg/dl, Filtrado glomerular 37ml/min/1,74m2.

**DIAGNÓSTICO:** Dislipidemia mixta, Polifarmacia extrema.

### Exposición de las cuestiones claves sobre las que se articula la presentación

Un objetivo primordial en el abordaje del adulto mayor es recalcar la importancia de la valoración integral y multidisciplinar del anciano (VIMA). VIMA ayuda a seguir un correcto enfoque e identificar otros contextos que influyen en el estado de salud y enfermedad, así como para los diagnósticos, terapéuticos y seguimientos individualizados.

Es importante además conocer el concepto de polifarmacia como el consumo de 5 o más fármacos, considerándose extrema cuando superan los 10 fármacos, misma que está asociada a fragilidad, dependencia, deterioro cognitivo, riesgo nutricional, caídas y mayor mortalidad.



También es necesaria una evaluación de los criterios STOPP/START o LESS-CHRON de cara a valorar la necesidad de deprescripción de medicamentos por no ser necesarios o por riesgo/beneficio desfavorable y añadir aquellos que aportan un beneficio considerable, en nuestra paciente al realizar una valoración integral detectamos que no existe indicación de IBP y furosemida de forma crónica ya que tenemos una insuficiencia cardiaca compensada, además tiene hiperuricemia asintomática por lo que el alopurinol no está justificado, se plantea retirar benzodiazepinas de forma progresiva, por los efectos que producen estos en los ancianos y el alto riesgo de caídas que condiciona, importante también mencionar que no se cumple la indicación de tratamiento de la insuficiencia cardiaca de añadir al tratamiento iSGLT2 que ha demostrado un claro beneficio protector cardio-reno-metabólico, por lo que una opción sería añadir este tratamiento.

El riesgo de intolerancia a las estatinas se ve aumentado en pacientes ancianos polimedicados; sobre esta condición tener en consideración que: las tiazidas, la furosemida y los betabloqueantes pueden provocar hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia. Además, antes de escalar a un tratamiento farmacológico, es imperioso insistir en medidas higiénico dietéticas. En nuestro caso no ha presentado eventos cardiovasculares tipo MACE, al tener 89 años, se decidió aplicar un criterio STOPP suspendiendo estatinas por intolerancia y edad mayor de 80 años.

## Conclusiones

Si se aplicara el VIMA no solo en pacientes hospitalizados, sino también en ámbitos ambulatorios y domiciliarios se plantearía una prescripción más razonada de medicamentos y actuaciones oportunas en beneficio del paciente; que genera en ellos mayor satisfacción, disminuiríamos el número de hospitalizaciones y mejoramos la calidad de vida del adulto mayor.

Aplicar los criterios STOPP/START al valorar los riesgos y beneficios de cada medicamento prescrito en los pacientes nos ayuda a optimizar y racionalizar los tratamientos particularmente en pacientes pluripatológicos y polimedicados e igual de importante el prescribir fármacos que demuestran un claro beneficio a la patología de los pacientes.

## Bibliografía

1. David Galindo Rodriguez IAA. Trastornos lipídicos. 2024. Hospital Universitario 12 de octubre, Manual de diagnóstico y terapéutica médica [Internet]. 9na. [citado 05 de julio 2024]. Disponible en: <https://profesionales.msd.es/manual-12-de-octubre/endocrinologia-y-nutricion/trastornos-lipidicos/>.
2. Francois Mach CB, Alberico L. Catapano, Konstantinos C. Koskinas, Manuela Casula. Guía ESC/EAS 2019 sobre el tratamiento de las dislipemias: modificación de los lípidos para reducir el riesgo cardiovascular. Revista española de cardiología. 2020;73:403.e1-.e70.
3. Maroto Vallejo CR, Mafe Nogueroles, Matesanz Fernandez. Recomendaciones sobre la valoración integral y multidimensional del paciente anciano. Posicionamiento de la sociedad española de medicina interna. Revista clínica española. 2021;221:347-58.
4. Robert S Rosenson M. Statins: Actions, side effects, and administration 2024 [citado 05 julio 2024]. Disponible en: [https://uptodate.publicaciones.saludcastillayleon.es/contents/statins-actions-side-effects-and-administration?search=Statins%3A%20Actions%2C%20side%20effects%2C%20and%20administration&source=search\\_result&selectedTitle=1%7E150&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://uptodate.publicaciones.saludcastillayleon.es/contents/statins-actions-side-effects-and-administration?search=Statins%3A%20Actions%2C%20side%20effects%2C%20and%20administration&source=search_result&selectedTitle=1%7E150&usage_type=default&display_rank=1).
5. National Institute for Health and Care Excellence. Deprescripción en pacientes crónicos con multimorbilidad. Criterios LESS-CHRON [Internet]. Portal del medicamento: 2018 [actualizado 7 de mayo 2018; citado 8 de julio 2024]. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/portalmedicamento/es/noticias-destacados/destacados/deprescripcion-pacientes-cronicos-multimorbilidad-criterios>

## CC-24

## CELULITIS BILATERAL, ¿O NO?

Rodríguez García, Saray; Jorge Finnigan, Conrado; Yagüe Vallejo, Sandra.

Hospital de Santa Bárbara, Soria.

Mujer de 79 años con antecedentes personales de síndrome ansioso-depresivo, hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 con buen control domiciliario (HbA1c 6.9%), hipertrigliceridemia, obesidad tipo III, insuficiencia cardiaca con FEVI preservada, síndrome de apnea-hipopnea del sueño, enfermedad renal crónica estadio G3b por probable nefroangioesclerosis, anemia macrocítica secundaria y discoartropatía degenerativa lumbar. Como intervenciones quirúrgicas, amigdalectomía y síndrome del túnel del carpo derecho. Sigue tratamiento habitual con furosemida 40 mg (1-1-0), Ezetimiba 10 mg (0-1-0), Febuxostat 80 mg (0.5-0-0), Gabapentina 300 mg (1-1-1), Bromazepam 1.5 mg (1-1-1), Metformina/Dapaglifozina 850/5mg (1-0-1), Telmisartán 80 mg (1-0-0), Omeprazol 20 mg (1-0-0), Paracetamol 1 gr si precisa. Portadora de CPAP nocturno (10 cm H2O con O2 1.5 lpm).

Vive en domicilio particular con su marido, que es su cuidador principal; mantiene buena relación con su única hija, que se ocupa parcialmente de ella. Presenta graves problemas de movilidad, por lo que se mueve en silla de ruedas la mayor parte del tiempo, ocasionalmente utiliza andador. Realiza seguimiento en la Unidad de Continuidad Asistencial (UCA), donde se realiza de forma periódica una valoración integral multidimensional (VIMA)<sup>1</sup>. En su última visita, se objetiva una dependencia funcional moderada (índice de Barthel: 40), deterioro cognitivo leve (cuestionario de Pfeiffer: 3), fragilidad manifiesta (escala FRAIL: 3), y un riesgo de muerte al año alto (índice PROFUND: 7). Respecto a la valoración emocional, la paciente está diagnosticada de síndrome depresivo.

Ingresa a cargo de Medicina Interna por presentar cuadro de una semana de evolución de enrojecimiento a nivel distal de ambas extremidades inferiores y aparición de ligeros edemas, asocia dolor a la palpación. No ha presentado fiebre ni sensación distérmica. Niega traumatismos a ese nivel y clínica de insuficiencia cardiaca. En la exploración física destaca aumento de temperatura y rubor en extremidades inferiores, estasis venoso, signo de lipodistrofia (signo de botella de champagne invertida), así como leves edemas hasta la rodilla. No se objetiva despegamiento cutáneo ni crepitación. La analítica realizada al ingreso muestra anemia normocítica ya conocida, 11460 leucocitos/ml (PMN 65%), PCR 32 mg/L y NT-proBNP 223 pg/mL.

La impresión diagnóstica inicial fue de celulitis bilateral, por lo que se inició tratamiento antibiótico empírico. Sin embargo, ante el hecho de que la afectación fuera bilateral y la discrepancia clínica-analítica, se solicitaron hemocultivos, con resultado negativo; cultivo de exudado de la zona, positivo para *S. aureus* meticilin-sensible, interpretado como contaminación; e interconsulta al Servicio de Dermatología, quien realiza una biopsia, informada como inflamación aguda. Con todo ello, el diagnóstico final fue de lipodermatoesclerosis agudizada (dermatitis), instaurándose tratamiento con corticoide tópico de muy alta potencia, con resolución del cuadro cutáneo agudo. La paciente fue dada de alta, realizando posterior seguimiento en UCA y en consulta externa de Dermatología.

### Cuestiones clave

- ▶ La celulitis de las extremidades inferiores rara vez es bilateral y en caso de lesiones bilaterales en las piernas, el diagnóstico diferencial es amplio.
- ▶ El diagnóstico de la lipodermatoesclerosis se basa en la clínica, sin embargo, la fase aguda puede interpretarse como una infección de partes blandas. La ausencia de fiebre, síntomas sistémicos y la falta de respuesta a la antibioterapia debe hacernos dudar del origen infeccioso del cuadro.
- ▶ El abordaje multidisciplinar en ocasiones es fundamental para posibilitar el diagnóstico precoz de lesiones bilaterales que no mejoran con antibióticos, como en el caso de esta paciente, y así evitar tratamiento innecesarios o incluso deletéreos.
- ▶ Nos encontramos ante una paciente pluripatológica y polimedicada, que al ingreso se le añade un fármaco adicional de forma empírica. Según el informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) "Medicación sin daño"<sup>2</sup>, la prescripción inadecuada es la principal causa de daño evitable en los sistemas de salud.

- ▶ La administración inadecuada de antibióticos conlleva un aumento del riesgo de interacciones medicamentosas clínicamente relevantes y del desarrollo de efectos secundarios graves<sup>3</sup>, especialmente en los pacientes crónicos complejos, debido a la disminución de la reserva funcional y a los cambios farmacocinéticos y farmacodinámicos.
- ▶ Por ello, en este tipo de pacientes debemos poner especial atención en la correcta realización del diagnóstico diferencial y valorar la necesidad o no de iniciar tratamiento empírico, basándonos en las guías de práctica clínica.

### Conclusiones

---

Como especialistas en Medicina Interna, debemos realizar una valoración integral de los pacientes. Para ello, tenemos que valorar, en base a las posibilidades diagnósticas, los tratamientos indicados, teniendo en cuenta los beneficios y potenciales riesgos que éstos conllevan, especialmente en pacientes frágiles.

### 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. Medication Without Harm - Global Patient Safety Challenge on Medication Safety. Geneva: World Health Organization, 2017.
3. Boiko O, Burgess C, Fox R, et al. Risks of use and non-use of antibiotics in primary care: qualitative study of prescribers' views. BMJ Open 2020; 10: e038851. doi:10.1136/bmjopen-2020-038851.

## CC-25

PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO DEL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO EN LA CONSULTA DE  
MEDICINA INTERNA: RESULTADOS EN SALUD Y AUTONOMÍA DEL PACIENTE

López Requejo, Lucas María; León Cobos, Elena; Gutiérrez García, Aida; Navarro López, Jorge; Vacas Córdoba, Miguel; Pérez Chico, Zaida; Vega Requena, Leticia.

*Hospital Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares.*

Presentamos el caso de un varón de 86 años, cuyos antecedentes personales más relevantes son: insuficiencia cardíaca crónica con FEVI preservada (60-65%), con clase funcional I-II de la NYHA; fibrilación auricular paroxística (FAp); EPOC GOLD D, y SAHS severo. Su tratamiento habitual es el siguiente: Metformina 850mg/ 12h; Losartán 12.5mg/ 12h; Atorvastatina 20mg/día; Furosemida 40mg/día; Eliquis 5mg/12h y Clopidogrel 75mg/día, y Salbutamol 100mcg/demanda.

En abril/21, en el contexto de un ingreso por neumonía en el lóbulo inferior izquierdo, es diagnosticado de hemorragia cerebral aguda de localización en los ganglios basales y de etiología presumiblemente hipertensiva, favorecida por la anticoagulación crónica que recibía como parte del tratamiento de su FAp. Al alta es derivado a consultas de Medicina Interna para llevar a cabo un control estricto de los factores de riesgo cardiovascular.

En las primeras valoraciones presenciales en la consulta de Medicina Interna, pudimos constatar una historia previa de múltiples visitas al Servicio de Urgencias y múltiples ingresos hospitalarios por infecciones respiratorias recurrentes y descompensaciones de su insuficiencia cardíaca que habían provocado un gran deterioro funcional y una pérdida progresiva de la autonomía del paciente.

La situación basal de este paciente tras recibir el alta hospitalaria en el último ingreso de abril/21 está condicionada por una dependencia parcial para las actividades básicas de la vida diaria en su domicilio donde vive con su hija, siendo ella la cuidadora principal (precisa ayuda para el aseo, el vestido y los desplazamientos). Presentaba una escala de Barthel con una puntuación de 40 (dependencia severa con un deterioro físico elevado); Lawton y Brody de 0 (ayuda control medicación); Pfeiffer de 4 (indicando un deterioro cognitivo leve al no tener estudios superiores); Frail de 2 (anciano frágil); Downton 2 (alto riesgo) y Norton 14 (riesgo medio). Con esta valoración integral, se decide su inclusión en el programa de pacientes con Nivel de Intervención Alto (NIA) o Crónico Complejo (CC) en octubre/2021.

Al inicio del seguimiento, el paciente precisa silla de ruedas para el desplazamiento, planteando incluso su ingreso en un centro socio sanitario (Zarit 81). Iniciamos entonces un seguimiento estrecho tanto presencial como telefónico en la consulta para el control de los FRCV, así como para estimular la movilización del paciente. Además, dado que presentaba un gran soporte familiar, se llevó a cabo un entrenamiento tanto del paciente como de sus familiares para su concienciación ante posibles nuevas descompensaciones (control de peso, tensión arterial, vigilancia de síntomas, etc.).

En este tiempo de seguimiento estrecho, se objetivaron múltiples cuadros de infección respiratoria, algunos de ellos asociando infiltrados parenquimatosos, que fueron tratados de manera exitosa mediante una valoración y un inicio de antibioterapia precoz. Se completó el estudio con pruebas de imagen objetivando múltiples bronquiectasias que favorecerían las infecciones recurrentes. Se decidió, entonces, mantener un tratamiento empírico profiláctico con Azitromicina cada 72 horas, tras lo cual disminuyeron de manera significativa las necesidades de antibioterapia. Además, gracias al uso de la ecografía clínica en consulta se pudo valorar de manera precoz los signos de congestión, así como la presencia de derrame pleural, pudiendo optimizar el tratamiento ambulatorio con diuréticos según necesidades.

Tras el inicio del plan de cuidados integral (participación activa de familiares, internista, médico de atención primaria, así como enfermería de continuidad asistencial y de atención primaria), el paciente presenta una gran estabilidad clínica, con recuperación progresiva de su autonomía, acudiendo incluso a consulta con un único apoyo para la deambulación, y solo precisando ayuda para el control de la medicación. Esto ha supuesto un alto grado de satisfacción tanto para familiares como para profesionales sanitarios, así como un ahorro del gasto sanitario, dado que desde su inclusión como NIA hasta junio/24 solo ha precisado un ingreso por insuficiencia respiratoria secundaria a una infección por SARS COV2.

## Conclusiones

---

Consideramos que en nuestro ámbito de competencias, una de las propuestas de futuro puede ser la implementación de cuestionarios u otros métodos de evaluación sobre estos grupos de trabajo. Esto permitiría conocer, no sólo el ahorro del gasto sanitario, sino el grado de satisfacción del paciente y sus familiares en términos de ganancia en calidad de vida.

Por otro lado, creemos que es indispensable realizar una valoración integral de todos los pacientes que requieren algún cuidado sanitario, especialmente en aquellos que se consideran crónicos complejos. De esta forma lograremos no sólo optimizar el manejo terapéutico y disminuir el número de hospitalizaciones, sino que también mantendremos la autonomía de estos pacientes durante mayor tiempo, ralentizando su deterioro funcional inherente.

## 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. Revista Clínica Española [Internet]. 2021 Jun 1;221(6):347–58. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0014256520302733>
2. Wittel M B, Romero L G, Zaragoza J M, Mancera R G, Santos R A, Manglano J D, et al. Characterization of Patients with Chronic Diseases and Complex Care Needs: A New High-Risk Emergent Population. Journal of Biomedical Research & Environmental Sciences [Internet]. 2022 Nov;3(12):1321–36. Available from: <https://www.jelsciences.com/articles/jbres1601.pdf>

## CC-26

## PACIENTE PLURIPATOLÓGICO, HIPERFRECIENTADOR, EN SEGUIMIENTO POR MÚLTIPLES ESPECIALISTAS: LA CLAVE DE FACILITAR AL CUIDADOR CUIDAR

Boya De Vicente, Ágata; Pacheco Tenza, Isabel; Roldán Valcárcel, M Dolores; Pérez Luján, Raquel.

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Varón de 83 años con los siguientes antecedentes de interés: hipertensión arterial, dislipemia, hiperuricemia, cardiopatía isquémica (con afectación de arteria diagonal y coronaria derecha, e implante de stent en coronaria derecha proximal y media), insuficiencia cardíaca con FEVI preservada, posible amiloidosis cardíaca (biopsia de grasa subcutánea negativa para rojo Congo, se decide no hacer estudios más invasivos), fibrilación auricular paroxística, ictus isquémico en territorio de la arteria cerebral media sin secuelas, enfermedad arterial periférica, EPOC grupo E y síndrome de apnea-hipopnea del sueño severo en tratamiento con CPAP nocturna y oxigenoterapia crónica domiciliaria, riñón en herradura, enfermedad renal crónica estadio 3 con proteinuria en rango nefrótico (posiblemente por glomerulonefritis. Se desestimó biopsia renal), gammapatía monoclonal de significado incierto IgA lambda, hipotiroidismo, anemia multifactorial (enfermedad renal crónica, angi displasia intestinal y colónica, atrofia de mucosa gástrica, hemorroides internas), cavernoma cerebeloso e hiperplasia benigna de próstata. Intervenido de carcinoma epidermoide de labio, carcinoma basocelular en brazo derecho, amígdalas, cataratas en ojo izquierdo y resección transuretral de próstata. Realiza tratamiento con furosemina, bisoprolol, doxazosina, atorvastatina, clopidogrel, triple terapia de inhaladores, levotiroxina, gabapentina, ácido fólico, hierro, calcio y vitamina D. Seguía revisiones en Nefrología, Cardiología y Hematología. Situación basal: vive con su mujer y tiene una hija. Clase funcional III de la NYHA y MMRC 2-3. Deambula por su domicilio sin ayuda. No síntomas sugestivos de depresión. Mantiene funciones cognitivas conservadas (0 errores en cuestionario de Pfeiffer) y dependencia leve para las actividades básicas de la vida diaria (Barthel 95) pero dependencia grave para las actividades instrumentales (Lawton y Brody 1). Índice Profund: 9 puntos (mortalidad a los 12 meses del 45-50%). Escala "Gijón" de valoración sociofamiliar: 9 puntos (buena situación social). Índice frágil VIG: fragilidad moderada en 0.50. En los últimos años ha ingresado más de seis veces por insuficiencia cardíaca descompensada y agudización de EPOC a cargo de Medicina Interna.

### Exposición de cuestiones claves

Se trata de un paciente crónico complejo de edad avanzada con pluripatología, polimedicado y sintomatología continua y limitante, que condiciona una hiperfrecuentación de los servicios hospitalarios (urgencias, ingresos, consultas por diferentes especialistas).

Desde una perspectiva asistencial, es importante evitar la fragmentación (es atendido por cuatro especialistas médicos) y reforzar la continuidad asistencial inteneveles, potenciando el papel de la enfermera gestora de casos. Desde el inicio del seguimiento en la Unidad del Paciente Crónico Complejo (UPCC) se decide centralizar el proceso reorganizando las citas de diferentes especialistas. Nefrología inicialmente continua seguimiento, pero tras valoración en comité formado por Geriátría, Nefrología, Medicina Interna y Unidad de Paliativos y por petición del paciente y su hija se decide de forma compartida que no es candidato a terapia renal sustitutiva y que el seguimiento será únicamente por Medicina Interna.

En la UPCC se realiza seguimiento de peso, contantes, educación en cuidados al familiar, enseñándole a distinguir signos de descompensación de forma precoz y revisado por teléfono por la enfermera gestora que deriva el caso a la médica internista cuando hay descompensación ya en inicio que no es manejable con titulación de diuréticos y tras control analítico en domicilio y valoración por su enfermero de atención primaria, según el plan establecido de continuidad de cuidados desde UPCC o en el ingreso, así ante posible descompensación ha permitido tener una respuesta rápida con ajuste de medicación domiciliaria y control precoz por su médico de Atención Primaria. Si finalmente el paciente termina en urgencias (en horario de no asistencia por UPCC o festivos) se recapta desde urgencias por la Enfermera Gestora de casos, para gestionar ingreso prioritario de nuevo con su personal de referencia, conocedores del caso, para garantizar continuidad de la atención sin fracturas. Otro aspecto es la dificultad al trasladarse al hospital (precisa de ambulancia) por lo que nuestra

enfermera gestora consigue conciliación de citas así como hacer coincidir la extracción de analíticas en su consultorio y en el domicilio así como intentar que las consultas sean vía telemática en la medida de la posible.

La cuidadora principal es su hija, que también es la cuidadora de su mujer. Según el resultado del cuestionario de Zarit presenta una sobrecarga leve (Zarit 52, en cambio en captación de hace un año era de 65 con sobrecarga intensa). Dado que ambos progenitores comparten la misma cuidadora, tras la petición de su hija se decide agrupar el seguimiento en la UPCC con la misma facultativa, pudiendo hacer un seguimiento conjunto, facilitando así en gran medida el trabajo de cuidadora. Además, en la medida de lo posible se intenta hacer coincidir las citas presenciales el mismo día, como juntar la extracción de analítica el mismo día o incluso en una ocasión aprovechando una cita presencial de su mujer se citó al paciente en hospital de día para administran hierro intravenoso, aprovechando de esa forma el mismo traslado.

Respecto a la conciliación terapéutica, en este caso se decidió retirar la anticoagulación con apixabán, por varios motivos: la fibrilación auricular fue un episodio aislado tras realizar un cateterismo, las ecocardiografías posteriores no evidencian dilatación auricular y el paciente tiene alto riesgo de sangrado puesto que en dos ocasiones en menos de un año ha precisado ingreso por anemia severa secundaria a sangrado digestivo.

## Conclusión

---

Desde el inicio del seguimiento de nuestro paciente en la UPCC se consigue disminuir el número de traslados al hospital, el número de visitas a urgencias e ingresos (cabe destacar que cuando ha acudido a urgencias o ha ingresado ha coincidido sobre todo con fines de semana y periodos vacacionales) y la adherencia a los tratamientos ha mejorado. Por otra parte, un aspecto fundamental es que la sensación de sobrecarga de su cuidadora principal se ha reducido pasando de sobrecarga intensa a leve, siendo este un punto clave en el éxito que hemos conseguido.

## Biografía

---

- ▶ I. Vallejo Maroto, P Cubo Romano, M. C. Mafé Nogueroles et all. Recomendaciones sobre la valoración integral y multidisciplinar del anciano hospitalizado. Posicionamiento de la Sociedad Española de Medicina Interna. Revista Clínica Española 221 (2021) 347- 358.

## CC-27

## LA TOMA DE DECISIONES EN EL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO: UN ARTE MÉDICO

González Aguilar, Kelin Merary; Salmerón Pardo, Ignacio De Loyola.

Consorti Hospitalari de Vic, Vic.

### Desarrollo del caso clínico

Presentamos el caso de una mujer de 68 años con antecedentes patológicos a destacar de: Síndrome de Good [SG] diagnosticado en 2002 a raíz de un ingreso por síndrome tóxico, cuadros bronquiales y sinusitis de repetición, asociados a déficit de inmunoglobulinas: IgG, IgM e IgA compatible con inmunodeficiencia común variable [IDCV] con evidencia del 0% linfocitos B, función linfoproliferativa normal frente PHA y frente anti-CD3, ratio invertido de CD4/CD8, detectándose una masa sólida en mediastino anterior compatible con un timoma linfocítico, realizándose timentomía, y, dada la persistencia de hipogammaglobulinemia después de la intervención, requirió tratamiento crónico sustitutivo con inmunoglobulinas endovenosas cada cuatro semanas y rapamicina 0,5 mg/día desde hace un año, además de una enteropatía con atrofia vellositaria secundaria a IDCV, bronquiectasias e infecciones respiratorias y gastrointestinales de repetición que han ido requiriendo antibioticoterapia oral e intravenosa. Acudió al servicio de urgencias por fiebre de 39°C de 24h de evolución y herida en el primer metatarsiano del pie derecho. Analíticamente destacó: elevación de linfocitos 9400 u/mL (Segmentados 52% Bandas 24% Metamielocitos 7% Linfocitos 15%) PCR 79,5 mg/L PCT 3 ng/mL. Registró TAM <60mmHg, iniciándose perfusión continua de noradrenalina endovenosa a 12 ml/h y antibioterapia empírica con meropenem, amikacina y linezolid. Orientamos el caso como shock séptico de origen desconocido e ingresa en medicina interna. Realizamos un TC de partes blandas donde no se evidencia hallazgos significativos. Los hemocultivos resultaron positivos para E. Coli y S. Gallolyticus, desescalándose a Ceftriaxona y manteniendo Amikacina. Al sexto día de ingreso, debutó con crisis generalizada tónico-clónica con disminución del nivel de consciencia, iniciándose sedoanalgesia, Levetiracetam e intubación oro-traqueal, ingresando en UCI. Realizan TC craneal urgente, que muestra una afectación gliótica secundaria a proceso infeccioso intercurrente, y punción lumbar, que objetiva pleocitosis linfocitaria y presencia de virus JC. En el siguiente TC de control a los tres días, muestra progresión rápida de las lesiones. Tras un cuarenta y cinco días de ingreso en UCI, reingresa en planta de medicina interna, completándose estudio con RMN Craneal evidenciando lesiones sugestivas de LMP, confirmando el diagnóstico. Como secuela la paciente presenta una hemiparesia izquierda y desviación a la derecha de la mirada. Comentamos el caso con Neurología de hospital terciario de referencia, recomendando manejo paliativo y conservador.

### Exposición de las cuestiones claves sobre las que se articula la presentación

Adecuar el esfuerzo terapéutico consiste en adaptar 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 mínima<sup>1</sup>. 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.

### Conclusiones

- ▶ El síndrome de Good es una enfermedad rara asociada un pronóstico desfavorable. La presentación de esta enfermedad es muy heterogénea, siendo lo más frecuente, cuadros infecciosos de repetición, no debiendo olvidar, la posibilidad de reactivaciones virales latentes<sup>2</sup>.
- ▶ La paciente presenta una alta complejidad clínica debido a la combinación de múltiples comorbilidades crónicas, deterioro cognitivo y situaciones sociales complicadas.



- ▶ Es crucial una aproximación multidisciplinaria para abordar las necesidades médicas, sociales y emocionales de la paciente.
- ▶ La implementación de un plan de cuidados paliativos podría ser beneficiosa para mejorar la calidad de vida de la paciente y reducir la carga familiar.
- ▶ Se puede considerar una evaluación exhaustiva de las necesidades sociales y posibles intervenciones para proporcionar un soporte adecuado tanto a la paciente como a su familia.

### Bibliografía

---

1. Vallejo Maroto I, et al. Recomendaciones sobre la valoración integral y multidimensional del anciano hospitalizado. Posicionamiento de la Sociedad Española de Medicina Interna. Rev Clin Esp. 2020.
2. Deng Q, Yan Z, Yang Y, Wang J, Han Y, Feng X, Wang M, Zhang L, Wang M. Progressive multifocal leukoencephalopathy and peripheral neuropathy in a patient with Good's syndrome. J Neurovirol. 2022 Feb;28(1):177-180. doi: 10.1007/s13365-021-01041-4. Epub 2022 Jan 17. PMID: 35040090.

## CC-28

## LA IMPORTANCIA DE LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE Y CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN

Bedoya Riofrío, Pamela Dennisse; Monge Monge, Daniel; Alonso De Los Santos, José María; Herrero Lafuente, Ismael; Mencía Chirinos, Heysa Estefany; Guamán Sánchez, Ximena Alexandra; Martín Rodríguez, Sonia.

Hospital General, Segovia.

## Desarrollo del caso

Mujer de 87 años, con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, coxartrosis, fibrilación auricular crónica, insuficiencia cardiaca congestiva (último ingreso en junio 2024). Tratamiento habitual: enalapril 5mg (1-1-1), furosemida 40mg (2-1-0), hierro sulfato 100mg (1-0-0), carvedilol 25 mg (1/2-0-1/2), apixaban 5mg (1-0-1), dapagliflozina 10 mg (0-1-0). Situación basal: institucionalizada, dependiente parcial para las ABVD (ayuda para el aseo). No deterioro cognitivo. No camina por miedo a caerse.

El 21/10/2023 ingresa en neurología por sospecha de ictus isquémico con debilidad en miembro inferior derecho y dificultad de la marcha súbita de forma aguda. Durante su estancia realiza fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida y se inicia estrategia de frecuencia y anticoagulación con apixaban. En el ecocardiograma reporta ausencia de cardiopatía estructural significativa. Fue valorada por rehabilitación y se movilizaba con andador por los pasillos, previo al ictus presentaba coxartrosis derecha y caminaba con apoyo en domicilio, fue dada de alta sin incidencias el 31/10/2023. El 11/02/2024 es remitida desde atención primaria, por disnea y aumento de edemas de extremidades inferiores por incumplimiento terapéutico de dos semanas de evolución porque refiere mala tolerancia gástrica. Tras tratamiento con diuréticos, oxigenoterapia y frenadores es dada de alta el 20/02/2024. En marzo ingresa por infección respiratoria tratada con amoxicilina-clavulánico y descompensación de insuficiencia cardiaca en ese contexto, con estreñimiento que precisó de enemas y laxantes durante su estancia. El 16/06/2024 ingresa por cuadro de descompensación cardiaca con edemas e insuficiencia respiratoria, como desencadenante puede encontrarse la frecuencia cardiaca rápida de su fibrilación auricular. Se objetivó anemia leve con ferropenia por lo que se inició hierro oral, fue dada de alta el 19/06. Tras varios episodios de descompensación de su insuficiencia cardiaca se solicita valoración global de la paciente y optimización de tratamiento por la Unidad de Continuidad Asistencial del servicio de M. interna.

## Puntos claves

Se trata de una paciente pluripatológica compleja con múltiples ingresos en el último año por descompensación de insuficiencia cardiaca con mala adherencia terapéutica por presentar cuadros de mareo inespecífico que orientan a episodios de hipotensión sin síncope.

Desde el punto de vista funcional presentó un Barthel de 70/100, no deterioro cognitivo, institucionalizada, pero con el apoyo y supervisión de su hijo para el manejo de medicación. Respecto al riesgo de caídas presentó un Downton de 3 y un FRAIL de 3. Se informó al hijo la importancia de los dispositivos de ayuda para moverse, modificación del ambiente para minimizar peligros y riesgos.

Tomando en cuenta la autonomía de la paciente y los efectos secundarios que pueden surgir en el adulto mayor, tras la correcta conciliación de la medicación, se explicó a la paciente los beneficios que tiene el tratamiento instaurado en su enfermedad, quien comprendió su función y aceptó intentar alguna modificación de dosis sin necesidad de suspenderlo. Se realizó un ajuste de antihipertensivos, reduciendo enalapril a 2.5mg un comprimido al desayuno (objetivos en torno a 130-139 mmhg), con los diuréticos ajustando furosemida de 40 mg a un comprimido desayuno y comida. En relación a la anemia se realizó el aporte intravenoso de hierro, y posteriormente se pautó a domicilio un comprimido de 100 mg al día.

## Conclusiones

La conciliación de la medicación y su adherencia en el paciente adulto mayor es relevante de cara a obtener los resultados esperados y mejorar su calidad de vida. Se trata de un trabajo en conjunto al escuchar y resolver

sus dudas, explicar posibles efectos secundarios y beneficios a largo plazo. Es un desafío multidisciplinar que involucra a la familia, cuidadores y personal sanitario a cargo, ofreciendo un manejo flexible y alternativo.

Tras el ajuste no han ocurrido incidencias y se realiza un control estrecho con médico de atención primaria para control de tensión arterial y seguimiento periódico en la Unidad de Continuidad Asistencial.

### Referencias Bibliográficas

---

- ▶ 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-29

## CORAZONES DE HIERRO: DOS CASOS DE TOXICIDAD CARDIOLÓGICA

Mencía Chirinos, Heysa Estefany; Herrero Lafuente, Ismael; Bedoya Riofrio, Pamela Dennisse; Guamán Sánchez, Ximena Alexandra; Salinero Delgado, Teresa; Alonso De Los Santos, José María; Martín Rodríguez, Sonia.

Hospital General, Segovia.

## Desarrollo del caso

El primer caso corresponde a una mujer de 70 años sin alergias conocidas, hipercolesterolemia, Síndrome de Rendu-Osler-Weber (hemangiomas nasales, hepáticos, esplénicos y pulmonares), anemia ferropénica secundaria a pérdidas crónicas (por hemangiomas), liquen plano, síndrome depresivo, hipoacusia neurosensorial bilateral con prótesis auditiva, dermatoplastia endonasal en 1993, fractura bimalleolar de tobillo derecho intervenida en 2019, prótesis de rodilla derecha. Su tratamiento habitual: ebastina 20mg/24h, simvastatina 10mg/24h, paracetamol 1g si precisa, colecalciferol (vitamina D3) 25.000 UI/mensual.

En seguimiento por la Unidad de Continuidad Asistencial (UCA) por anemia ferropénica secundaria a sangrados de hemangiomas por Enfermedad de Rendu Osler Weber con necesidad de transfusiones e hierro endovenoso periódicamente, sin complicaciones inmediatas pero en dos ocasiones tras la administración de hierro endovenoso presentó dolor torácico a las horas de administración, autolimitado y que en una ocasión requirió valoración por parte del equipo de Urgencias con electrocardiograma sin hallazgos significativos con Troponina T de 15 pg/ml. Posteriormente en consulta sucesiva, tras transfusión de hierro carboximaltosa 1g comienza con clínica de dolor centrotorácico opresivo irradiado a brazo izquierdo con sudoración fría y náuseas, hemodinámicamente estable y en electrocardiograma con ritmo sinusal, PR 140ms, QRS 85 ms, hemibloqueo anterior izquierdo, T aplanada en I y negativa en aVL, V1 y V2. En analítica destaca Troponina I hs 3 pg/ml con pico 265 pg/ml por lo que se realiza cateterismo con arterias coronarias epicárdicas sin lesiones angiográficas significativas y en ecocardiograma ausencia de cardiopatía estructural significativa con FEVI normal, con diagnóstico final de síndrome coronario agudo sin elevación del ST en probable relación con infusión de hierro intravenoso, por posible mecanismo inmunológico.

El segundo caso es una mujer de 82 años con antecedentes de osteoporosis y con intervención de prótesis de cadera bilateral en los años 2014 y 2015. Sin antecedentes cardiológicos previos, quien se encuentra en estudio ambulatorio por anemia microcítica e hipocromía severa que ha requerido transfusión y síndrome constitucional, remitido a la UCA para tratamiento con hierro intravenoso por ferropenia. Su tratamiento habitual: hierro III ferrimanitol ovoalbúmina 600 mg por vía oral cada 24 horas y paracetamol 1 g si fuera necesario.

Durante la infusión de hierro carboximaltosa 1g advierten de bradicardia progresiva hasta 38 lpm estando la paciente completamente asintomática. Se realizan varios ECG que sugieren fibrilación auricular lenta con fugas ganglionares versus bloqueo auriculoventricular completo, compatible con disfunción sinusal. Ante estos resultados, tras valoración conjunta con UCI y Cardiología se implanta marcapasos 2 días después. La paciente acude a consulta de alergia a los 20 días donde se le realizó una prueba cutánea y pruebas intradérmicas de carboximaltosa de hierro, las cuales resultaron negativas. La prueba de tolerancia al hierro Carboximaltosa, tolerando hasta dosis de 1g.

## Cuestiones claves

La deficiencia de hierro (con o sin anemia) es común en pacientes con enfermedades crónicas, inflamación, infección o cáncer. El aumento de la síntesis hepática de hepcidina en estos procesos contribuye a una mala absorción del hierro oral, siendo necesaria su administración por vía intravenosa.

En las fichas técnicas de la carboximaltosa de hierro aparecen los siguientes efectos adversos cardíacos y vasculares: sofocos e hipertensión (frecuentes), taquicardia e hipotensión (poco común), presíncope, síncope y flebitis (raro). No se relaciona con efecto pro inflamatorio per se. Si está descrita (se desconoce la frecuencia) la posibilidad de reacciones anafilácticas o anafilactoides que pueden progresar a síndrome de Kounis (espasmo agudo de arterias coronarias que puede resultar en infarto de miocardio), con mayor riesgo en pacientes con otras alergias medicamentosas o trastornos inmunitarios o inflamatorios.

Estos efectos adversos graves secundarios a la administración de hierro intravenoso están descritos escasamente en la literatura al ser poco frecuente pero que no nos exime de encontrarnos con ello en nuestra consulta, sobre todo cuando cada vez son más los pacientes crónicos que tienen la necesidad de administración de hierro intravenoso. Por lo que debemos ser conocedores de estos posibles efectos y estar atentos a las posibles complicaciones.

### Conclusiones

---

Es importante valorar de forma precisa la necesidad de todos los fármacos que prescribimos a nuestros pacientes, incluyendo el hierro intravenoso, además de que sea una valoración continua y sucesiva en cada consulta. Aunque es cierto que las reacciones adversas graves asociadas al mismo son escasas, no son nulas y con el hecho de que probablemente sean más las situaciones clínicas en las cuales esté indicado debemos valorar su necesidad integralmente y recomendándose además tener especial precaución en la administración de dosis elevadas de hierro intravenoso.

### 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. Jara Vidal M, López García MC, Quílez Toboso RP. Síndrome de Kounis tras administración de hierro intravenoso. Med Clin (Barc). 2023;161(3):130–1. <http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2023.02.020>

# XI REUNIÓN PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS XV REUNIÓN DEL GRUPO DE CRONICIDAD Y PLURIPATOLOGÍA

ALCALÁ DE HENARES  
PARADOR DE ALCALÁ DE HENARES

4 Y 5  
OCTUBRE 2024

17840

0

0.00XX

GK-100%

██████████

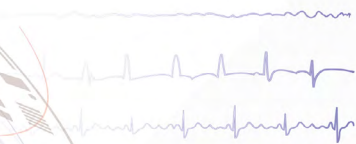
00000000000000000000.02341

7593-3923-2305-1103-4051

GLK-OFF    ///



SEMI  
FEMI  
CRONICIDAD Y PLURIPATOLOGÍA



PATROCINADO POR



Boehringer  
Ingelheim

