

CASO CLINICO

Paciente de 79 años de edad.

Ha sido intervenido hace 48 horas de la cadera, colocándosele una Prótesis Total. Le avisan como internista, para valorar al paciente ya que el traumatólogo al pasar visita por la mañana le ha parecido que no respiraba bien y ha oído ruidos respiratorios. Además la enfermera le ha contado que el paciente ha estado agitado toda la noche arrancándose el redón de la herida quirúrgica y la SU también. Han tenido que aplicarle medidas de contención mecánica

ANTECEDENTES PERSONALES

No alergias conocidas

HTA de 20 años de evolución

Diabetes Mellitus tipo II insulino dependiente.

HPL que trata con dieta y medicación

I .Renal grado 2

FA crónica detectada tras isquemia aguda de brazo izquierdo. Embolectomía humeral

Arteritis temporal en tto con Prednisona 10 mg día

Deterioro cognitivo leve (asociado a la edad). Autónomo para actividades básicas e instrumentales.

Transtorno adaptativo

Ex fumador de 15pq/año

Cirugías previas: Hernia inguinal derecha,

Colecistectomía abierta

TTos previos: El anestesista en su valoración preoperatoria ha anotado en su hoja de preoperatorio: dos medicaciones antiHTA, digoxina ,antidiabéticos, Adolonta y antidepresivos. Sintrom. Anestesiología previas sin problemas.

Su medicación real es: Telmisartan-HTZ, Carvedilol, Digoxina Insulina Glargina, Metformina, Sitagliptina Calcio, Vit D, AAS,100 mg, Sertralina. Sintrom DTS 12 mg.Noctamid, Atorvastatina

EXPLORACION FISICA: TA 190/100 FR 28 FC 135 tº 37.8 °C GT 235mg/dl % SAT 89 con O2 gafas a 1,5 lpm. Relleno capilar :2 “

Consciente, sudoroso. Inquietud motriz (su familia le contiene para que no mueva la extremidad intervenida).Discreta cianosis periférica.Se oyen ruidos respiratorios.

Cabeza y cuello: Normal. No soplos carotídeos. IY +

AC: Taquiarritmico. Sopro MI 2/6 protomesosistólico

AP: Crepitantes húmedos en ambas bases pulmonares,algún sibilante aislado

ABDOMEN: No permite explorar, pero parece blando e indoloro.

EE: Ligeros edemas pedios sin signos de TVP.PP débiles bilaterales

Usted solicita en ese momento: Analítica (hematimetría, perfil bioquímico completo, coagulación), Gasometría, RxTx, y ECG

Analítica: pO2 65 (aire) pCO2 32 pH 7,50 COH3Na 18 mEq/l

Hematimetría: Hgb 9 mg/dl HCT 30; Leucocitos 12000 (Segmentados 79 %) PLT 120000 Na 130 mEq/l K 6 Urea 130 mg/dl Creat 4,2 (MDRD 20) Glucemia 220mg/dl.

RxTx Cardiomegalia. Signos de HT venocapilar. Hilios prominentes de probable origen vascular. Pinzamiento de ambos senos costofrenicos.

ECG FA con RVM a 135 lpm. Signos de HVI. BIRD. Alteraciones difusas de la repolarización

Debatiremos sobre las siguientes cuestiones:

- 1) Cree que este enfermo, es un paciente pluripatológico?
- 2) Si cumple criterios para serlo, cuáles son?
- 3) Cree que la valoración por el internista antes y después de la cirugía podría haber evitado este evento? O es una complicación de la cirugía no prevenible?
- 4)Cuál sería una primera valoración diagnóstica del enfermo, antes de conocer más datos?
 - a) Presenta un fallo renal agudo (NTA) con acidosis metabólica, avisaría a Nefrología
 - b) Es un fallo cardiaco con repercusión renal secundaria asociado, a crisis HTA por dolor
 - c) Es un fallo cardiaco y renal desencadenado por la anemia aguda postoperatoria e isquemia cardiaca silente
 - d) Es un TEP con IC e I Renal secundaria
 - e) Es un fallo cardiaco e insuficiencia renal por hipovolemia postquirúrgica
 - f) Es un EAP por la infusión indiscriminada de volumen sin diuréticos en un paciente con antecedentes de I renal leve
 - g) Es un EPOC "silente" reagudizado
 - h) Es un Delirium por no haber pautado tratamiento neuroléptico y de ahí se ha desencadenado la HTA... etc...

En estos momentos, cuales son los datos existentes en la HC que usted necesitaría conocer para esclarecer la situación, tratar a este paciente y corregir su proceso aplicando un tratamiento más dirigido?

- a) Tipo de anestesia: raquídea vs general. Cirugía programada versus urgente. Pauta de analgesia y como se ha controlado el dolor
- b) Balance de líquidos durante el postoperatorio inmediato así como tasa de infusión de hemoderivados, si es que la ha habido
- c) Que aqueja al paciente
- d) Fármacos prescritos (o no), en el postoperatorio
- e) Con esto sería suficiente inicialmente o es preciso Troponina, proBNP, DDimero, sedimento urinario, TAC, cultivos, etc
- f) Que haría con la anticoagulación?

Si Vd hubiese visto a este paciente en situación "preoperatoria"

- a) Qué fármacos de los que toma habitualmente el paciente prescribiría y cuáles no?
- b) Qué fármaco utilizaría preferentemente para tratar el dolor postoperatorio?
- c) Habría trasfundido al paciente o le habría pasado solo fluidos? Y que tal el Fe iv preoperatorio?
- d) Cree que este tipo de paciente debería de haber sido candidato a una prescripción perioperatoria mas individualizada en vez de una por protocolo?
- e) Prescribiría su medicación habitual en el postoperatorio inmediato?

Finalmente, el paciente es dado de alta a domicilio a los 10 días de la cirugía. Nadie le ha citado a ninguna consulta de revisión más que la preceptiva habitual por parte de Traumatología para control de la prótesis, al mes.

Sin embargo, su esposa que le conoce por haberle visto atenderle algún día (le tocaron dos días de interconsultas) le está esperando en la planta, una semana después por si le ve y cuando le encuentra le dice:

“ Necesito ayuda, dr/a. Desde que le dieron de alta de Traumatología a casa se desorienta, duerme fatal, se despierta por la noche gritando que quiere ir al baño continuamente. Sin embargo por el día es todo lo contrario, está como “groggy” así que no come ni bebe apenas (y eso que le dijeron que bebiese mucho) y tampoco le puede dar las pastillas. “Le tengo que hacer de todo, no es el de antes, estamos pasandolo muy mal”

Se encuentra sola, agotada y no sabe qué hacer (será así siempre?). Su MAP, le ha dicho que vaya al Hospital a preguntar, porque a él nadie le ha explicado nada y no sabe qué tratamiento final debe de administrarle, ni durante cuánto tiempo, además no lleva el Sintrom. (¿?)

Mientras habla con Vd, le enseña una bolsa de plástico con todas las cajas de medicamentos que le han prescrito al alta del Hospital a las que ha sumado las que llevaba en casa antes de operarse:

Omic, Seretide, Spiriva, Insulina lantus, Insulina rápida según GT Telmisartan Seguril, Noctamid, Aspirina 100, Pantoprazol, Atorvastatina 40, Ditropan, Fe oral, Haloperidol 50 gotas, por la noche, Urbason 8mg-4mg-0 Fosamax semanal, Ideos. Fentanilo transdermico, Duphalac.

Qué hacemos?

.El paciente está adormilado y no come y puesto que no come, tampoco toma la medicación

1. Si está dormido no debe tomar la medicación
2. Habrá que reevaluar de forma integral al paciente y el plan terapéutico
3. Cuando se despeje y coma tomará la medicación, da igual la hora
4. Intentar despejar al paciente zarandeándolo para que por lo menos tome la medicación lo demás no importa tanto

Ante esta situación de pérdida de funcionalidad y deterioro general y cognitivo

- 1.- El paciente debe regresar a su domicilio al alta con su condición actual
- 2.- El paciente no se puede manejar en casa y debe acudir directamente a una residencia
- 3.- Desde el hospital debe plantearse ya una adecuada programación de los cuidados para elegir la correcta ubicación al alta y garantizar así la recuperación funcional del paciente
- 4.- No hay que plantearse en el hospital de agudos la ubicación al alta, ya lo harán cuando vayan a casa

Es este un paciente crónico complejo?

- 1.- La situación del paciente es irreversible y hay que dejar sus patologías a la evolución natural y de los cuidados
- 2.- Con un apoyo de un grupo multidisciplinar, internista DUE, farmacéutico comunitario y trabajador social, podríamos haber evitado esta situación
- 3.- No es un paciente complejo, ya está correctamente diagnosticado en el hospital
- 4.- No es un paciente complejo, porque se trata en el fondo de la emergencia de un problema social

¿Podemos decir que este paciente es frágil?

- 1.- No, porque no sabemos si cumple los criterios marcados por Freud
- 2.- Si ,por la edad
- 3.- No sé , ni creo que es importante saberlo para un internista
- 4.- Si, por la presencia de diferentes problemas asociados como polimedicación, deterioro cognitivo, trastorno conductual, deterioro funcional, comorbilidad, distocia social etc

¿Se podía haber prevenido estos problemas , en el ingreso Hospitalario?

- 1- Sí, con una correcta valoración integral no solo de los problemas médicos, sino funcionales, mentales o cognitivos y sociales
- 2- Si ,gracias a la intervención de un equipo multidisciplinar especializado con responsabilidad directa sobre el tratamiento y cuidados de estos pacientes
- 3.- Si ,con una correcta planificación precoz , de cuidados y de recursos al alta
4. –Todo es cierto

Teniendo en cuenta las características del paciente y de su cuidadora, considera que el régimen terapéutico es adecuado?

- 1.-Si, la mayoría de los pacientes siguen tratamientos similares
- 2.-Es necesario simplificar y adaptar el tratamiento, incluyendo únicamente los medicamentos prioritarios
- 3.-Si, ya que no hay otras alternativas
- 4.-Si, no es complicado para cumplimentarlo

Algún signo o síntoma pudiera corresponder con alguna reacción adversa de alguno de los medicamentos prescritos?

- 1.-Sí, todos los medicamentos pueden estar implicados
- 2.-.Principalmente Oxibutinina, Fentanilo, Haloperidol, Tamsulosina y Lormetazepam pueden ser responsables de algunos de los síntomas que presenta el paciente.
- 3.-.No, ninguno de los síntomas que presenta el paciente se pueden relacionar con su farmacoterapia
- 4.-.Pueden estar implicados, Valsartan,Urbason, Salmeterol , Lactulosa , Calcio y Bisfosfonatos

Considera que se debería revisar y evaluar la farmacoterapia del paciente, con el objetivo de realizar una desprescripción de alguno de los medicamentos?

- 1.-Se debería considerar la utilidad de la administración de Atorvastatina y Alendronato
- 2.-No se debe suspender ninguno de los medicamentos
- 3.-Habría que valorar la relación beneficio/riesgo de Lormetazepam
- 4.-La respuestas 1 y 3 son correctas

Qué otras alternativas valoraríamos para conseguir un ritmo sueño vigilia adecuado

- 1.-.Se podría valorar la utilización de Trazodona como alternativa por su efecto sedante

- 2.-No hay inconveniente en incluir en tratamientos prolongados Lormetazapem
- 3.-Si no se obtiene la respuesta clínica deseada, habría que plantear la prescripción de otros neurolepticos atipicos ,
- 4.-Las respuestas 1 y 3 son correctas

Se plantea usted la necesidad de más recursos para abordar a un paciente de estas características?

- 1.- Dispongo de todo lo necesario
- 2.- Dispongo de un sistema de alertas informáticas que me avisa, cuando tengo que revisar las consultas, las visitas, los controles y los tratamientos
3. -La historia clínica le permite identificar por los códigos CIE10, que pacientes están en la cúspide de la pirámide de Kaiser con objeto de realizar un cuidado especial
4. -Cree que los recursos antes mencionados, serian de utilidad y no dispone de ninguno

¿Cuál sería el destino al alta más adecuado para este paciente?

- 1.- Hospitalización a domicilio
2. Domicilio con cuidador/a 24 h
- 3- Continuar el ingreso en el hospital hasta recuperar el estado médico basal y después remitirlo a un centro rehabilitador específico
- 4- Ingreso Unidad Media Estancia para convalecencia y rehabilitación del proceso actual

¿Se podía haber prevenido estos problemas, en el ingreso Hospitalario?

- 1- Sí con una correcta valoración integral no solo de los problemas médicos, sino funcionales, mentales o cognitivos y sociales
- 2- Si gracias a la intervención de un equipo multidisciplinar especializado con responsabilidad directa sobre el tratamiento y cuidados de estos pacientes
- 3.- Si con una correcta planificación precoz, de cuidados y de recursos al alta
4. – Todas son ciertas

Teniendo en cuenta las características del paciente y de su cuidadora, considera que el régimen terapéutico es adecuado?

- 1.-Si, la mayoría de los pacientes siguen tratamientos similares
- 2.- Es necesario simplificar y adaptar el tratamiento, incluyendo únicamente medicamentos prioritarios
- 3.-Si, ya que no hay otras alternativas
- 4.-Si, no es complicado para cumplimentarlo