



Libro de Casos Clínicos de la  
**X** Reunión de Paciente Pluripatológico  
y Edad Avanzada

24-25 de Mayo 2018  
Hotel Beatriz. Toledo

# Libro de Casos Clínicos de la X Reunión de Paciente Pluripatológico y Edad Avanzada

## ÍNDICE DE CASOS

CC-1	UNA SERIE DE CATASTRÓFICAS DESDICHAS	3
CC-2	¿Y DE LA ATENCIÓN SOCIO SANITARIA QUÉ?	6
CC-3	¿QUÉ HAGO CON ESTE PACIENTE COMPLEJO?	9
CC-4	HEMATOMA DE MÚSCULO PSOAS IZQUIERDO EN PACIENTE CIRRÓTICO Y ANTICOAGULADO POR PRÓTESIS VALVULAR MECÁNICA	12
CC-5	PROBLEMÁTICA DE LA ATENCIÓN DE LAS PERSONAS ANCIANAS DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN, A PROPÓSITO DEL REINGRESO PRECOZ DE UNA PACIENTE CON EL DIAGNÓSTICO PREVIO DE EMPIEMA POR S.AUREUS	15
CC-6	DOCTOR, YO ES QUE TOMO MUCHAS PASTILLAS...	18
CC-7	NUEVAS METAS EN EL ABORDAJE DEL PACIENTE PLURIPATOLÓGICO: USO COMPASIVO Y LIMITACIÓN DEL ESFUERZO DIAGNÓSTICO	20
CC-8	ABORDAJE DEL FINAL DE LA VIDA EN LA INSUFICIENCIA CARDIACA CRÓNICA	23



**CC-1 UNA SERIE DE CATASTRÓFICAS DESDICHAS**

A. Pérez Bernabéu, J. M. Murcia Zaragoza, L. Hernández Alonso,  
I. Zamora Martínez, C. Bernal Alcaraz, E. Gallardo Pérez,  
E. Martínez Zerón, J. M. Cepeda Rodrigo

*Servicio de Medicina Interna, Hospital Vega Baja, Orihuela (Alicante)*

**Caso Clínico**

Exponemos el caso de una paciente mujer de 77 años que ingresa por clínica respiratoria. A los 60 años fue diagnosticada de diabetes mellitus, iniciando tratamiento con metformina 850 mg cada 12 horas. Dos años más tarde, en una analítica rutinaria, los valores de colesterol obtenidos superaban el rango de normalidad, por lo que inició simvastatina 20 mg diarios. Dados los factores de riesgo cardiovascular (diabetes mellitus e hipercolesterolemia), comenzó a medirse regularmente la tensión arterial, y en MAPA se confirmó el diagnóstico de hipertensión arterial esencial, por lo que inició enalapril 20 mg cada 12 horas. A los 70 años presentó un cuadro compatible con ángor inestable, siendo remitida a cardiología e iniciando tratamiento con ácido acetil salicílico 100 mg y bisoprolol 5 mg diarios. En la ecocardiografía se objetivó disfunción sistólica, por lo que más tarde, añadió a su tratamiento crónico espironolactona 25 mg diarios. En meses sucesivos las cifras de glucemia capilar eran demasiado altas y en la analítica de control solicitada por su médico de atención primaria se objetivó HbA1c de 10,5%, por lo que inició insulina glargina 24 unidades diarias e insulina aspart 6 UI cada 8 horas, siguiendo las recomendaciones del endocrino de zona. A pesar de ello la paciente reconoce mala adherencia al tratamiento con insulina, con mucha variabilidad en las cifras de glucemia capilar y presentando HbA1c de 8,5% en el siguiente control. A la edad de 72 años fue diagnosticada de enfermedad renal crónica, presentando creatinina basal de 2,2 mg/dl y siendo remitida a nefrología para valoración. Un año más tarde, presentó clínica de insuficiencia cardíaca descompensada en el contexto de nuevo episodio de angina inestable. Se realizó cateterismo que mostró enfermedad multivaso que se revascularizó y fue dada de alta añadiendo al tratamiento furosemida 40 mg, clopidogrel 75 mg diarios y parches de nitratos transdérmicos. A los 75 años fue remitida al neurólogo por deterioro cognitivo, siendo diagnosticada de demencia tipo Alzheimer y comenzando tratamiento con rivastigmina. Pese a ello, presentó deterioro clínico progresivo, por lo que se añadió memantina y risperidona. Además de todo ello, la paciente padece numerosas algias secundarias a artrosis poliarticular, por lo que utiliza parches de fentanilo transdérmico.

La situación basal de esta paciente pone de manifiesto cierto grado de dependencia, ya que en ocasiones hay que ayudarla a comer, vestirse y lavarse. Según el índice de Barthel obtuvo 45 puntos y según el Pfeiffer, obtuvo 8 errores. La paciente vive con su cónyuge, de 82 años, cuidador principal, y a diario acude una hija que pasa unas horas con ellos.

La paciente acudió a urgencias por cuadro de tos con expectoración blanquecina siendo en ocasiones vercosa, sibilancias y aumento progresivo de disnea, sin

# Libro de Casos Clínicos de la X Reunión de Paciente Pluripatológico y Edad Avanzada

fiebre termometrada ni mialgias asociadas. Fue valorada por su médico de atención primaria, quien añadió al tratamiento broncodilatadores y amoxicilina-clavulánico. Al cabo de dos días comenzó con clínica de vómitos y diarrea, con intolerancia a la ingesta oral, por lo que es traída a urgencias del hospital para valoración.

A su llegada, la paciente estaba hipotensa, con claros signos de deshidratación, polipneica y con disminución del nivel de conciencia. La glucemia capilar resultó 30 mg/dl. En la analítica destaca deterioro de la función renal con creatinina de 10,5 mg/dl y urea de 220 mg/dl y acidosis metabólica asociada, con pH de 7,10 y bicarbonato 8 mEq. Se le realizó un TAC craneal que descartó daño estructural. Ante mal estado general y cuadro sugestivo de neuroglucopenia, deshidratación y fracaso renal con acidosis metabólica y encefalopatía urémica secundarios, la paciente ingresa en la Unidad de Cuidados Intensivos.

## Cuestiones Clave

¿Añadiría usted a la lista de problemas crónicos de la paciente algún otro diagnóstico? Como vemos, se trata de una paciente pluripatológica, de edad avanzada que presenta elevado riesgo cardiovascular, diabetes mellitus con difícil control metabólico, daño macro y microvascular establecido y un deterioro cognitivo progresivo. A todos estos problemas de salud crónicos, añadiría como diagnóstico la POLIFARMACIA. A lo largo de los años, la paciente ha ido añadiendo cada vez más fármacos a su medicación crónica, incrementando el riesgo de interacciones y efectos adversos entre ellos y sin poder asegurar un buen control de sus enfermedades crónicas de base. Ello hace que el exceso de fármacos sea contraproducente, y muchas veces más perjuicio que beneficio en el caso de los pacientes crónicos.

- ¿Diría usted que esta paciente está siguiendo una medicación adecuada?

Si definimos como medicación adecuada el uso de fármacos clínicamente correcto y seguro en cuanto a dosificación, vía de administración y duración, teniendo en cuenta la variabilidad de estos factores en función el contexto clínico y ambiental, podemos decir que esta paciente NO sigue una medicación adecuada. Si revisamos detenidamente su medicación, veremos que algunos fármacos como la metformina, el enalapril y la espirolactona están contraindicados en su caso por la insuficiencia renal, que el clopidogrel no está indicado como segundo antiagregante durante un periodo superior a un año, los broncodilatadores no están indicados si la paciente no es capaz de cumplir el tratamiento con colaboración, en cuanto a la memantina y la risperidona conviene evitar su uso prolongado en el tiempo y la rivastigmina tiene todavía pendiente la evaluación de su eficacia en pacientes con enfermedad de Alzheimer avanzada. El fentanilo en parches transdérmicos estaría contraindicado por posible empeoramiento del nivel de conciencia.

- ¿Cree que sería posible evitar estos problemas realizando alguna medida?

Sí. La adecuación farmacológica es una optimización de recursos donde se incluyen todos los pasos dentro de la cadena de prescripción de un medicamento: desde la indicación basada en la evidencia hasta el consumo, el seguimiento y las consideraciones familiares y psicosociales del paciente.

### Conclusiones

Actualmente existe una elevada prevalencia de pacientes polimedicados que ingresan en los servicios de Medicina Interna, siguiendo el perfil típico de paciente polimedicado, con edad avanzada y pluripatología, deterioro funcional y mal pronóstico, suponiendo una elevada carga asistencial. La creación de Programas de Adecuación Farmacológica y atención integral a paciente crónico puede reducir el consumo innecesario de fármacos, mejorando la adherencia, disminuyendo el número de interacciones farmacológicas y efectos secundarios.

### Bibliografía

1. Boockvar KS, Blum S, Kugler A, et al. *Effect of Admission Medication Reconciliation on Adverse Drug Events From Admission Medication Changes.* Arch Intern Med 2011; 171:860-861.
2. Delgado-Sánchez, Nicolás-Picó J, Martínez López I, et al. *Errores de conciliación en el ingreso y en el alta hospitalaria en pacientes ancianos polimedicados. Estudio prospectivo aleatorizado multicéntrico.* Med Clin (Barc) 2009; 133:741-744.
3. Perez Menendez-Conde C, Bermejo Vicedo T, Delgado Silveira E, Carretero Accame E. *Resultados negativos asociados al uso de medicamentos que motivan ingreso hospitalario.* Farm Hosp. 2011;35:236-43.
4. Hellström LM, Bondesson A, Höglund P, Midlöv P, Holmdahl L, Rickhag E, et al. *Impact of the Lund Integrated Medicines Management (LIMM) model on medication appropriateness and drug-related hospital revisits.* Eur J Clin Pharmacol. 2011;67:741-52.

# Libro de Casos Clínicos de la X Reunión de Paciente Pluripatológico y Edad Avanzada

## CC-2 ¿Y DE LA ATENCIÓN SOCIO SANITARIA QUÉ?

B. Martín Ramos, J. Ruiz Rueda, I. Pernía Rodríguez, C. Hidalgo López, A. Ruz Zafra, A. Albarracín Arraigosa, A. Ruiz Cantero  
*Servicio de Medicina Interna, Hospital de la Serranía. Ronda (Málaga)*

### Atención clínica

Varón de 56 años, soltero, fumador de 20 cigarrillos diario y consumidor de drogas por vía parenteral. Expuesto al VHB, infección VHC con ALT/AST normales y diagnosticado de infección VIH en el año 1999. Fue seguido en consulta externa de Medicina Interna desde el año 1999 hasta el año 2007 con controles periódicos de la carga viral y de linfocitos CD4 y CD8.

Ingreso en 2008, siendo diagnosticado de neumonía intersticial por *Pneumocistis Jiroveci*. Durante su ingreso cuadro de amaurosis del ojo derecho siendo valorado por oftalmología quien diagnostica una retinitis por CMV siendo tratado con valganciclovir. Después de iniciar dicho tratamiento desarrolla una pancitopenia que obliga a modificar el valganciclovir por foscarnet. Al alta, en tratamiento con TAR que tolera aceptablemente.

Nuevo ingreso en 2015 sospechando neumonía por *Pneumocistis Jiroveci* por lo que se trata con antibioterapia empírica (ceftriaxona, levofloxacino y trimetropin/sulfametoxazol) teniendo buena evolución inicial. A los 7 días del ingreso presenta muguet oral y faríngeo, obteniéndose en cultivo *Cándida Albicans*. A los 2 meses del ingreso (sin haber iniciado aún el tratamiento con TAR) comienza con dolor laterocervical izquierdo presentando a la exploración una masa adherida a planos profundos por lo que se realiza una BAG guiada por ecografía con diagnóstico anatomopatológico de linfoma T.

Se inicia tratamiento específico para VIH. En cultivo de muestra de aspirado de ganglio linfático cervical comenzó con un cuadro de dolor e inflamación de ganglios laterocervicales que mejoró con corticoides y analgesia. Tras conocerse la infección por MAI se continúa con TAR y se añade azitromicina, rifabutina y etambutol.

Esperando la plaza para una residencia asistida el paciente comienza con fiebre de predominio nocturno y cefalea. Se le realiza una punción lumbar y un TC craneal evidenciándose en este último una lesión parietal que no capta contraste. Se completa el estudio con RNM en la que se observa una lesión hiperintensa en T2 y FLAIR de las mismas dimensiones que en TC. Ante la sospecha de lesión por toxoplasma se inicia tratamiento con pirimetamina-sulfadiazina desapareciendo la fiebre pero sin cambios de la lesión en TC de control posteriores. En la RMN de control realizada a finales de 2015 la lesión cerebral parietal derecha era de aspecto isquémico.

### Atención socio sanitaria

Varón de 58 años, ADVP y VIH +. Vive solo en una la casa sus abuelos en ruinas. Tiene dos hermanas con las que no tiene relación alguna. Se encuentra en situación de autoaislamiento. Su única fuente de ingresos es una pensión no



contributiva y recibe alimentos de algunas ONGs y centros religiosos.

Tras contactar con trabajadora social y dada la situación de emergencia social, se comunica con diferentes centros públicos y privados de Andalucía. Tras varios meses de espera y con dificultades para ser aceptado en los centros contactados, finalmente lo admiten en uno privado, tras aportar radiografía de tórax y baciloscopia.

- ¿Cómo podemos dar respuesta a personas con requerimientos sociosanitarios? En la Pirámide definida por el King's Found destaca la combinación de la visión sanitaria y la social como dos partes integradas de la atención que requiere un individuo.

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) indica que los nuevos planes de acción deberían estructurarse cuidadosamente con el fin de evitar la fragmentación del suministro de cuidados, estudiar y subsanar los vacíos en el servicio y construir un sistema de cuidados sin parches.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su carta de Servicios Integrados de Salud, de 2008, hace referencia a que la integración es como el acto de trabajar en todos los sectores. Este concepto se aplica con frecuencia a la coordinación de los servicios de salud y sociales.

El Consejo de Europa estima como necesidad la cooperación intersectorial entre los servicios médicos y sociales, no sólo al nivel de los pacientes sino también en lo que respecta a las organizaciones. El cuidado integrado: la salud y la asistencia social se convierten en uno.

En Irlanda, The ICON (Integrated Care, One Network), la autoridad competente en materia de sanidad y servicios sociales en la región central de Irlanda (Midland Health Board) se propuso, en 2002, desarrollar un modelo de atención integrada que superara los problemas de fragmentación, duplicación y solapamiento existentes en la atención a determinados colectivos con necesidades múltiples. En Escocia, en el año 2015 se legisla por primera vez sobre la integración sociosanitaria.

En España, el 14 de marzo de 2014 se reunieron representantes del Ministerio con las CCAA para elaborar una Estrategia de Atención y Coordinación Sociosanitaria. En dicha reunión llegaron a esta conclusión entre otras: "Las administraciones perseguirán la cobertura de todas las necesidades socio-sanitarias de las personas, y se hará lo más cerca posible del entorno del ciudadano o ciudadana, bien a través de atención residencial o bien en domicilio".

En Andalucía, tan solo hace mención a la misma en casos de adicciones.

- ¿Qué está ocurriendo en España?

La población española desde el año 2011 está por encima de la media europea (22,5%) y en torno a más del 27% en exclusión social. ¿Todo queda en intenciones y papel?

Un importante desafío en la mayoría de los países en las próximas décadas es cómo integrar la atención sanitaria y la atención social. Las personas con múltiples enfermedades crónicas están más predispuestas a tener discapacidades y por tanto a necesitar ayuda en su vida diaria.

# Libro de Casos Clínicos de la X Reunión de Paciente Pluripatológico y Edad Avanzada

Tradicionalmente este tipo de atención no ha formado parte de la propia atención sanitaria, lo que significa múltiples necesidades de servicios. Por otro lado este nivel de meso-integración deriva probablemente a mejores resultados de salud y menores costes como se ha comprobado en el impacto del “Programme for All-Inclusive Care for the Elderly” (PACE) en Estados Unidos y en el “System of Integrated Services for Aged persons (SIPA)” en Canadá.

## Bibliografía

1. WHO [internet].2008.[citado 1 No 2008]. Disponible en:  
[http://www.who.int/healthsystems/service\\_delivery\\_techbrief1.pdf](http://www.who.int/healthsystems/service_delivery_techbrief1.pdf)
2. European Commission [internet].2013.[ citado Sep 2013]. Disponible en:  
[http://ec.europa.eu/health/social\\_determinants/docs/report\\_healthinequalities\\_swd\\_2013\\_328\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/social_determinants/docs/report_healthinequalities_swd_2013_328_en.pdf)
3. SmartCare [internet].2015.[citado Jul 2015]. Disponible en:  
[http://pilotsmartcare.eu/fileadmin/SmartCare/documents/Whitepaper\\_SmartCare\\_No1.pdf](http://pilotsmartcare.eu/fileadmin/SmartCare/documents/Whitepaper_SmartCare_No1.pdf)
4. European Commission [internet].2011.[Actualizado 20 Oct 2016].Disponible en:  
<https://ec.europa.eu/digital-single-market/en/integrated-care-health-and-social-care-become-one>
5. *Clinical and service integration. The route to improved outcomes.* Natasha Curry, Chris Ham. *Int J integr Care.*2012 Oct-Dec; 12:e199. Reviewed by Christian Juhnke. ISBN: 978 1 85717 605 6. First published 2010 by The King's Fund, Available from:  
[http://www.kingsfund.org.uk/publications/clinical\\_and\\_service.html](http://www.kingsfund.org.uk/publications/clinical_and_service.html)
6. *Improving Outcomes through Transformational Health and Social Care Integration- The Scottish Experience.* Hendry A, Taylor A, Mercer S, Knight P, Healthc Q. 2016;19(2):73-79.



**CC-3 ¿QUÉ HAGO CON ESTE PACIENTE COMPLEJO?**

P. Díaz Jiménez, J. E. Ternero Vega, C. Hernández Quiles,  
R. García Serrano, J. Lanseros Tenllado, C. Jiménez de Juan  
*Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Virgen del Rocío  
(Sevilla)*

**Desarrollo del caso**

Varón de 70 años que acude a urgencias por disnea. En sus antecedentes personales no constan alergias a medicamentos. El paciente es ex fumador desde hace 3 años con un consumo acumulado de 45 paquetes/año, hipertenso en tratamiento con Candesartan 32mg /Hydroclorotiazida 12.5 mg 1 comprimido al día, diabetes mellitus tipo 2 insulinodependiente, EPOC enfisematoso clasificación 3D de la GOLD con disnea grado 4 mMRC habiendo sido rechazado por edad para trasplante y encontrándose en tratamiento con una glicopirronio/indacaterol 1 inhalación diaria y BIPAP domiciliaria desde hace 10 años. Además, el paciente se encontraba en seguimiento por Urología por un carcinoma urotelial infiltrante G2pT2 diagnosticado 2 para el que se descartó cistectomía por el alto riesgo quirúrgico optándose por la resección transuretral seguida de instilaciones de bacilo de Calmette-Guérin actualmente con episodios de hematuria que precisa transfusiones con periodicidad mensual. Este tumor había condicionado una enfermedad renal crónica de origen obstructivo con FG basales en torno a 60 ml/min/1.73 m<sup>2</sup>. EN la valoración funcional existía limitación para ABVD (Barthel 40) sin deterioro cognitivo y con buen apoyo familiar (vive con su hija, que es su cuidadora principal).

El paciente acude por dolor torácico retroesternal opresivo con irradiación a miembro superior izquierdo y sudoración profusa de 17 horas de evolución a lo que se asocia un aumento de su disnea habitual con ortopnea y ligeros edemas periféricos. Con respecto a las pruebas complementarias, el electrocardiograma mostraba un ritmo sinusal a 60 lpm con ondas T negativas simétricas desde V2 a V6 y en cara inferior no descritas previamente, la radiografía de tórax, que mostraba un patrón de hiperinsuflación con signos sugestivos de dilatación del ventrículo derecho, y la analítica CPK de 127 mU/ml [24-195] y unas troponinas ultrasensibles de 721 ng/L [0-14] con curva característica de isquemia. Tras esto, se practicó un ecocardiograma transtorácico que objetivó un VI no dilatado con disfunción diastólica grado 1 con hipoquinesia del territorio antero-apical y Fracción de eyección preservada (56%) y un VD dilatado de 49 mm con función conservada sin otras alteraciones significativas.

- ¿Qué actitud tomar con este paciente?

Nos encontramos ante un paciente pluripatológico que cumple los criterios G2 (neoplasia solida sin intención curativa) y C (Enfermedad pulmonar con disnea grado 4 mMRC), esta última en situación de enfermedad avanzada. En el que aparece una nueva insuficiencia de órgano, esta vez cardiaca con una cardiopatía isquémica (Categoría A) en la cual nos podemos plantear un manejo invasivo mediante coronariografía, un procedimiento muy difundido con escasa tasa de complicaciones en situaciones habituales.

# Libro de Casos Clínicos de la X Reunión de Paciente Pluripatológico y Edad Avanzada

A la hora de valorar un manejo invasivo en este paciente, parece apropiado valorar el riesgo isquémico y hemorrágico, esperanza de vida estimada, comorbilidades o calidad de vida antes de tomar una decisión. Si nos centramos en el riesgo isquémico, nuestro paciente presenta un GRACE de 100 puntos, que supone un <3% de mortalidad a los 6 meses tras el alta por causa cardiovascular, junto a un CRUSADE 36 puntos (8.6% de riesgo de hemorragia). Respecto a la esperanza de vida, el paciente tiene 11 puntos en el índice Profund lo que confiere un riesgo de mortalidad al año >61.3 %. El índice PALIAR presenta 3.5 puntos, lo que le pronostica una mortalidad a los 6 meses del 30,5-32%. No debemos olvidar que el paciente presentaba una ERC la cual complica la realización de pruebas con contraste, ni tampoco el hecho de que el paciente previamente presentaba una calidad de vida muy limitada por su disnea de causa respiratoria que lo mantenía en grado 4 de la mMRC basal, la cual no vamos a mejorar ésta sometiéndolo a un cateterismo coronario, lo que hace que parezca apropiado decantarse por el manejo conservador. Como último punto, la revascularización mediante la implantación de stents y la consiguiente toma de antiagregantes en este paciente también agravaría los episodios de hematuria.

Ante esta situación se decide optimizar el tratamiento médico de la cardiopatía isquémica e insuficiencia cardiaca con principal atención al empoderamiento en el uso de diuréticos y programando las revisiones en la Unidad de Día de Medicina Interna para el manejo de la anemia.

Este caso, es un claro ejemplo de la necesidad de realizar un abordaje global de los pacientes y de la importancia de tener en cuenta aspectos como la esperanza de vida, la comorbilidad y la situación basal en el manejo de un paciente, antes de someter a éste a intervenciones de escasa rentabilidad y potencial perjuicio. Para este fin, hemos podido comprobar la enorme utilidad de escalas como el índice Profund y PALIAR, las cuales han demostrado en diversos estudios su utilidad para el manejo de pacientes pluripatológicos o con una enfermedad crónica avanzada.

## Bibliografía

1. Bernabeu-Wittel M, Ollero-Baturone M, Moreno-Gaviño L, Barón-Franco B, Fuertes A, Murcia-Zaragoza J, et al. Development of a new predictive model for polypathological patients. The PROFUND index. *Eur J Intern Med* [Internet]. European Federation of Internal Medicine.; 2011;22(3):311–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejim.2010.11.012>
2. Bernabeu-Wittel M, Murcia-Zaragoza J, Hernández-Quiles C, Escolano-Fernández B, Jarava-Rol G, Oliver M, et al. Development of a six-month prognostic index in patients with advanced chronic medical conditions: The PALIAR score. *J Pain Symptom Manage*. 2014;47(3):551–65.
3. Subherwal S, Bach RG, Chen AY, Gage BF, Rao S V., Newby LK, et al. Baseline risk of major bleeding in non-sT-segment- elevation myocardial infarction the CRUSADE (can rapid risk stratification of unstable angina patients suppress ADverse outcomes with early implementation of the ACC/AHA guidelines) bleeding score. *Circulation*. 2009;119(14):1873–82.



24-25 de Mayo 2018  
Hotel Beatriz. Toledo

4. Fox KA, Dabbous OH, Goldberg RJ, Pieper KS, Eagle KA, Van de Werf F, et al. Prediction of risk of death and myocardial infarction in the six months after presentation with acute coronary syndrome: prospective multinational observational study (GRACE). *BMJ*. 2006;333:1091.

# Libro de Casos Clínicos de la X Reunión de Paciente Pluripatológico y Edad Avanzada

## CC-4 HEMATOMA DE MÚSCULO PSOAS IZQUIERDO EN PACIENTE CIRRÓTICO Y ANTICOAGULADO POR PRÓTESIS VALVULAR MECÁNICA

A. Arteaga, A. Santos Pinheiro Martins

*Servicio de Medicina Interna- Unidad de Pacientes Pluripatológicos, Hospital Universitario Son Espases, Palma*

### Antecedentes Personales

Varón de 73 años, sin alergias medicamentosas conocidas, exfumador desde hace 14 años (DTA: 40 paq/año), exenolismo moderado-severo desde hace 3 años. Situación social: Vive en Palma de Mallorca con su exmujer en un 2º piso sin ascensor. Situación basal: Barthel de 100 puntos, sin deterioro cognitivo (Pfeiffer de 0 puntos). Asintomático para moderados esfuerzos con ortopnea de 2 almohadas.

Antecedentes patológicos:

Factores de riesgo cardiovascular: hipertensión arterial en tratamiento desde hace 5 años, diabetes mellitus tipo 2 desde hace 5 años con buen control, y dislipemia. En diciembre del 2013 se realiza sustitución valvular aórtica con prótesis mecánica por estenosis valvular aórtica severa con coronariografía normal, tras lo que se inicia anticoagulación con warfarina.

En marzo de 2014 presentó episodio de hematuria macroscópica autolimitada sin coágulos, por lo que se solicita TAC abdominal donde se objetivó una litiasis renal de 5mm obstructiva en uréter izquierdo que condicionaba hidronefrosis moderada, y se completa estudio con uretrocitoscopia donde se observa litiasis intravesical, que expulsa tras unas semanas de tratamiento con tamsulosina, y se orienta como hematuria en contexto de litiasis renal en paciente anticoagulado. En el TAC también se observa hepatoesplenomegalia, con hígado de contorno nodular, ascitis asociada y varices gastroesofágicas y gastrofrénicas, hallazgos compatibles con hepatopatía crónica.

En abril de 2014 es derivado a consulta de Digestivo donde es diagnosticado de cirrosis hepática de probable etiología alcohólica con episodio de descompensación hidrópica en forma de ascitis. Última gastroscopia (en julio de 2017) donde se observan varices esofágicas grado III y angiodisplasias milimétricas en duodeno, sin LOEs hepáticas en ecografía abdominal de abril del 2018. En tratamiento con propanolol 10 mg cada 12 horas, espironolactona 100 mg diarios y furosemida 80 mg dos veces al día.

En febrero de 2015 ingresa en Cardiología por disnea de mínimos esfuerzos y congestión periférica de meses de evolución. En ecocardiograma transtorácico se evidencia ventrículo izquierdo con función sistólica conservada, disfunción diastólica avanzada con presiones de llenado elevadas, disfunción sistólica moderada del ventrículo derecho con hipertensión arterial pulmonar severa, que se plantea que tenga relación con su hepatopatía crónica y que exista un componente porto-pulmonar, por lo que se realiza ecocardiograma con contraste donde se demuestra paso tardío del mismo a cavidades derechas, y se completa

estudio con: cateterismo cardíaco derecho, que confirma HTP severa con gradiente transpulmonar elevado pero con PCP también elevadas, AngioTAC pulmonar, donde se descarta la presencia de tromboembolismo pulmonar, y pruebas funcionales respiratorias sin alteraciones significativas. En conjunto con Neumología se decide iniciar tratamiento con sildenafilo. Desde entonces han ingresado en dos ocasiones por Insuficiencia cardíaca descompensada, en octubre de 2016 y en julio de 2017.

Presenta anemia crónica multifactorial, con niveles de hemoglobina que oscilan entre 7,5 y 9,5 g/dl. Se realiza colonoscopia en julio de 2014 donde se observan varios pólipos colónicos, el más grande de al menos 3 cm, que se resecan, y se programa polipectomía endoscópica baja en noviembre del mismo año. Anatomía patológica: adenoma tubular con focos de displasia de alto grado. En marzo de 2015 se realizó colonoscopia donde se evidencia a nivel de colon derecho dos lesiones vasculares de tipo angiodisplasia que se coagulan con argón. Por persistencia de anemia y necesidad de transfusiones semanales, se realiza colonoscopia en marzo de 2018, observándose pólipos colónicos milimétricos. Presenta también enfermedad renal crónica actualmente estadio 4 con creatinina basal de 2.4 mg/dl, de probable etiología multifactorial. Entre otros antecedentes, refiere úlcera duodenal hace 30 años que cursó con hemorragia digestiva baja y alta, que recibió tratamiento endoscópico.

En seguimiento por Medicina Interna en Hospital de día de pluripatológicos cada 10 días desde julio de 2017, requiriendo transfusiones de concentrados de hemáties en los últimos dos meses.

Enfermedad Actual: En la última visita a HDDA el 11 de abril de 2018 refiere rectorragias casi a diario, sin melenas, y dolor tipo mecánico en miembro inferior izquierdo, sobre todo a la dorsoflexión del muslo. Su digestólogo solicita ecografía abdominal control del 18 de abril de 2018 donde se evidencia imagen de "pseudorriñón en hemiabdomen izquierdo", sin LOEs hepáticas, por lo que se realiza TAC abdominal donde se observa hematoma en músculo psoas izquierdo de 51x74 mm de diámetro. Es derivado a consulta de Hospital de día de pluripatológicos, donde se decide ingreso en Medicina Interna.

La polifarmacia en este paciente es debida a sus comorbilidades: la necesidad de anticoagulación por ser portador de una válvula mecánica; furosemida y espirolactona por la cirrosis hepática; propanolol como profilaxis primaria por várices esofágicas; sildenafilo por la hipertensión pulmonar, y metformina como anti diabético oral.

### **Comentarios**

Este es un paciente pluripatológico de difícil manejo, debido a que es portador de una válvula protésica mecánica aórtica, por lo que debe recibir anticoagulación oral de forma permanente, es cirrótico, sufre de hipertensión pulmonar con componente porto-pulmonar e insuficiencia cardíaca diastólica y presenta anemia multifactorial (por pérdidas gastrointestinales, tratamiento anticoagulante, y enfermedad renal crónica), que ha requerido de varias colonoscopias para polipectomías y múltiples

# Libro de Casos Clínicos de la X Reunión de Paciente Pluripatológico y Edad Avanzada

trasfusiones de concentrados de hematíes, que ha ingresado por la presencia de un hematoma en músculo psoas izquierdo, probablemente espontáneo, en relación con el tratamiento anticoagulante. Además de la problemática social, ya que es un paciente con escasos recursos económicos y poco soporte familiar. Durante ingreso se suspende tratamiento con anticoagulante oral, por el hematoma en psoas, se inicia vitamina K, y se aprovecha para realizar la colonoscopia donde se observa angiodisplasia de 8 mm en ciego que se termocoagula, y se reseca pólipos en 12 mm en colon ascendente y otro de 12 mm en recto, pendientes de anatomía patológica. Ha precisado trasfusión de 4 concentrados de hematíes. Se ajusta tratamiento diurético por deterioro de función renal, manteniendo cifras de hipotensión arterial, en probable relación con tratamiento con sildenafil, por lo que se decide disminuir dosis hasta lograr retirarlo. Al alta se reinicia tratamiento anticoagulante con HBPM, inicia epoetina cada 15 días, y se retira la metformina por adecuado control glucémico durante el ingreso.

## Conclusiones

El seguimiento por Hospital de día de adultos pluripatológicos es una ventaja en pacientes de este tipo, ya que permite realizar controles analíticos, pautar tratamiento endovenoso y realizar ajustes de tratamiento habitual, logrando disminuir el número de ingresos, o quizás retrasarlos. También es importante el seguimiento multidisciplinar, al menos de manera ambulatoria para realizar controles y ajustes de tratamiento más específicos. Debe existir una correcta comunicación entre los médicos especialistas tratantes junto con atención primaria, y sobre todo se debe ser asertivo y saber priorizar a la hora de tomar decisiones terapéuticas.



**CC-5 PROBLEMÁTICA DE LA ATENCIÓN DE LAS PERSONAS ANCIANAS DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN, A PROPÓSITO DEL REINGRESO PRECOZ DE UNA PACIENTE CON EL DIAGNÓSTICO PREVIO DE EMPIEMA POR S.AUREUS**

J. Castilla Yélamo<sup>1</sup>, A. L. Blanco Taboada<sup>1</sup>, S. Delgado Romero<sup>1</sup>,  
J. Prieto Lucena<sup>2</sup>, A. Tavallo Cruz<sup>1</sup>, C. Hurtado Pedrosa<sup>3</sup>, S. Mesa Cornejo<sup>3</sup>,  
L. Gómez Morales<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina, <sup>2</sup>Servicio de Rehabilitación y Aparato Locomotor,  
<sup>3</sup>Enfermería del Servicio de Medicina. Hospital San Juan de Dios del  
Aljarafe. Sevilla

**Resumen del Caso**

Paciente mujer de 79 años:

Antecedentes personales:

- No alergias medicamentosas. No hábitos tóxicos.
- Obesidad tipo II. HTA. No Diabetes Mellitus. No Dislipemia
- Bocio multinodular con hipotiroidismo autoinmune en tratamiento farmacológico.
- No cardiopatía conocida.
- Niega antecedentes respiratorios.
- Gonartrosis

-Macrocitosis con déficit de vitamina b12

-Antecedentes quirúrgicos: intervenida de cesárea.

-Funcionalidad: Dependiente leve. Camina con bastón. No deterioro cognitivo.

-Recibe tratamiento con: Enalapril 20 mg/día. Levotiroxina 75 mcg/día. Torasemida 5 mg/día. Omeprazol 20 mg/día. Fluoxetina 20 mg/día.

Enfermedad actual: hospitalización en nuestro centro 15 días antes, con ingreso durante 18 días, por Empiema derecho con aislamiento de S. Aureus resistente a penicilina, sometido a drenaje torácico y fibrinólisis endopleural. Se identifica una insuficiencia renal probablemente crónica que se reagudiza durante dicho episodio. Presenta una evolución clínica favorable con pequeña cámara residual y descenso de reactantes de fase aguda. Al alta pendiente de finalización de antibioterapia de manera ambulatoria.

Ingresa desde Urgencias en donde consulta por deterioro general, con dorsalgia de perfil mecánico, febrícula ocasional, realizándose radiografía de tórax con colección residual ligeramente mayor que la previa al alta. Queda a cargo inicialmente de Neumología, reiniciándose antibioterapia y colocándose nuevo drenaje fino, con salida de material purulento, sin aislamiento microbiológico en el cultivo, aunque con gram que identifica cocos gram positivos, procediéndose a dos sesiones de instilación de fibrinolíticos con resolución radiológica y mejoría de reactantes de fase. No hay datos relevantes en la exploración clínica salvo molestias en la palpación de la musculatura paravertebral dorsal sin signos de deformidad ni áreas de crepitación.

# Libro de Casos Clínicos de la X Reunión de Paciente Pluripatológico y Edad Avanzada

## E. Complementarios

-Analítica: Hemograma con hemoglobina de 94 g/L normo-normo,  $700 \times 10^9$  linfocitos, coagulación, gasometría venosa: sin hallazgos significativos. Bioquímica: glucosa 155 mg/dl, urea 66 mg/dl, creatinina 2,1mg/ dl, albúmina 2 g/dl. Colesterol 76 mg/dl. PCR 138 mg/L. Índice pronóstico nutricional de CONUT de 12 puntos (alto riesgo/desnutrición severa.) NT-proBN; Ppro-Péptidonatriurético cerebral 2689 pg/ml.

-Ecocardiografía: ausencia de vegetaciones. Función sistólica conservada. HVI ligera.

-Ecografía abdominal: riñones simétricos, con tamaño y morfología normal.

-TAC de tórax con cortes abdominales altos: Llama la atención la existencia de una destrucción de la articulación T4 – T5 con destrucción completa de los platillos vertebrales y aplastamiento del cuerpo vertebral de D5 que asocia sensación de masa de partes blandas adyacentes y que probablemente corresponde a una espondilodiscitis con absceso paravertebral a este nivel dado que no se visualiza en estudios anteriores.

-RNM de columna: Hallazgos radiológicos sugestivos de espondilodiscitis a nivel T4-T5 así como significativa afectación de partes blandas y colecciones asociadas de partes blandas y en interior del canal medular (pequeño absceso probablemente epidural de 6 mm).

## Evolución

Se realizó TAC de tórax para confirmar resolución del proceso pleural identificándose como hallazgo una Espondilodiscitis T4-T5. Se realizó una ecocardiografía con buena ventana que descartó una endocarditis. Sin fiebre en ningún momento, no hubo nuevos aislamientos microbiológicos optándose por continuar el tratamiento con Vancomicina en perfusión continua y ceftiaxona durante 27 días con mejoría clínica y descenso de reactantes de fase.

Se realizó desescalamiento terapéutico utilizando ciprofloxacino y cefuroxima hasta revisión en consultas.

Precisó de morfina oral para control analgésico con descompensación leve cardiorrespiratoria que mejoró con tratamiento depletivo y broncodilatador inhalado. Como procedimientos adicionales precisó de colocar una vía central para garantizar tratamiento antibiótico prolongado en infusión continua y posibilidad de monitorización analítica de cifras de creatinina que se normalizaron al alta. La diuresis fue normal con apoyo de bolos de furosemida.

Recibió suplementación nutricional hiperproteica-hipercalórica durante su ingreso facilitándose en lo posible movilización para evitar deterioro funcional.

## Diagnóstico

- 1) Espondiliscitis T4-T5 presumiblemente por *S.aureus*.
- 2) Empiema derecho con aislamiento de *S.aureus* resistente a penicilina, sometido a drenaje torácico.
- 3) Enfermedad renal crónica reagudizada.
- 4) Desnutrición proteica moderada-severa.
- 5) Paciente con necesidades complejas de salud.



### **Cuestiones claves y dificultades a tener en cuenta en el caso**

- 1-Señalar la problemática del ingreso hospitalario prolongado en ancianos con enfermedades crónicas sobre el perfil funcional, nutricional y riesgo de progresión de fragilidad, así como aparición de complicaciones relevantes como es el caso del delirium. Todas estas circunstancias pueden tener consecuencias relevantes en términos de institucionalización y mortalidad. Necesidad de tener en cuenta este aspecto, para el desarrollo de estrategias durante la hospitalización con participación activa de cuidadores, enfermería, fisioterapeutas, etc., etc. Programar en lo posible al alta estrategias multimodales como se realizó con la paciente (nutrición, ejercicio físico, soporte social al alta.) Cuidar la transferencia al equipo de salud de atención primaria.
- 2-Problemática del manejo antibiótico en un paciente con insuficiencia renal y perfusión de vancomicina.
- 3-Vigilancia de deterioro de comorbilidades, particularmente insuficiencia renal y situación nutricional durante el ingreso.
- 4-Control analgésico con opioides durante su ingreso y al alta.

### **Conclusiones**

- La fragilidad es una situación frecuente en ancianos a tener en cuenta durante la hospitalización. La presencia o desarrollo de desnutrición, polifarmacia, inmovilidad y deterioro funcional así como el delirium u otras complicaciones es un problema que puede condicionar una institucionalización al alta, incrementando la discapacidad y el riesgo de mortalidad.
- La planificación de estrategias multidisciplinares con participación activa de cuidadores y del paciente para su prevención y su reversibilidad en caso de aparición, es una necesidad real en nuestro ámbito asistencial.
- El soporte nutricional con ejercicio físico/rehabilitación, e intervenciones multicomponente-multidominio han demostrado su beneficio.

### **Bibliografía**

1. Ng TP et al. *Nutritional, Physical, Cognitive, and Combination Interventions and Frailty Reversal Among Older Adults: A Randomized Controlled Trial.* Am J Med. 2015 Nov;128 (11):1225-1236.
2. Dedeyne L et al. *Effects of multi-domain interventions in (pre)frail elderly on frailty, functional, and cognitive status: a systematic review.* Clin Interv Aging 2017 May 24;12:873-896.
3. Spellberg B et al. *Systemic antibiotic therapy for chronic osteomyelitis in adults.* Clin Infect Dis. 2012;54(3):393.
4. Pea F, et Al. *Prospectively validated dosing nomograms for maximizing the pharmacodynamics of vancomycin administered by continuous infusion in critically ill patients.* Antimicrob Agents Chemother 2009; 53:1863-7

# Libro de Casos Clínicos de la X Reunión de Paciente Pluripatológico y Edad Avanzada

## CC-6 DOCTOR, YO ES QUE TOMO MUCHAS PASTILLAS...

A. Olmo Sánchez, J. Vicente de la Sota, E. M. Saiz Lou,  
A. Hernández Piriz, E. André Ruiz, A. Morales Ortega  
*Servicio de Medicina Interna, Hospital de Fuenlabrada, Madrid*

Paciente varón de 81 años, exfumador desde 2003 con un IPA de 66, con antecedentes de obesidad mórbida con IMC de 44, HTA de larga evolución, DM tipo 2 insulinodependiente, ERC estadio 3A secundaria a nefropatía diabética/nefroangioesclerosis e hiperuricemia con crisis gotosas. Además presenta un probable SAHS (no se ha realizado polisomnografía), hiperplasia benigna de próstata con STUI refractario al tratamiento médico por lo que se realizó una RTU en 2015 sin evidencia de malignidad y coleditiasis que no ha producido clínica hasta el momento actual. Fue intervenido en 2015 tras isquemia vascular, requiriendo amputación del primer dedo del pie derecho. Respecto a la situación basal, es independiente para las actividades básicas de la vida diaria, vive solo y realiza una vida activa caminando con bastón.

El paciente ingresa en marzo de 2018 en Medicina Interna por bronquitis aguda, fibrilación auricular de data incierta con respuesta ventricular rápida CHA2DS2VASc de 9, ICC descompensada secundaria a previo, fracaso renal agudo y anemia de trastornos crónicos en el contexto de ERC.

Durante el ingreso se inicia tratamiento con carboximaltosa i.v, anticoagulación con apixaban 2,5 mg/12h y diltiazem 120 mg/24 h. El resto del tratamiento al alta es el siguiente: Ultibro 85/43 mcg 1 inh cada 24 h, Omeprazol 20 mg/24 h, Pravastatina 40 mg/24h, Alopurinol 300 mg/24h, Piridoxina 300 mg/ 24h, Lorazepam 1 mg en cena, Zolpidem 10 mg en cena, Tresiba 45 unidades en cena e insulina Humalog según glucemias, Resincalcio 15 g 1 sobre antes de comer de cenar. Se retira Xigduo 5/1000 mg y losartan/hidroclorotiazida.

En analítica previa al alta destaca la presencia de creatinina de 3,08 mg/dl con un filtrado glomerular de 18, 2 ml/min/1,73m<sup>2</sup>, potasio de 5,74 mmol/l, hemoglobina de 9,9 g/dl con VCM de 96,2 fl.

Se decide inclusión en la Unidad de paciente crónico complejo (UPCC) y se valora al paciente 6 días después del alta hospitalaria.

-Enfermería: Toma de constantes, extracción de analítica, recomendaciones y cuidados en IC, valoración de manejo de medicación, del patrón nutricional, de la actividad física, del patrón sueño/descanso, cognitivo y de la continencia.

-Medicina: Presenta disnea de mínimos esfuerzos con aumento de edema en miembros inferiores respecto al alta. Ha ganado 3 kg. Refiere palpitaciones frecuentes. Sin ortopnea, disnea paroxística nocturna ni dolor torácico. Presenta una auscultación cardiopulmonar arrítmica a 140 lpm sin ruidos sobreañadidos y edema con fóvea bilateral hasta el muslo. Se realiza analítica de control con mejoría de la creatinina (1,48 mg/dl), normalización de potasio (4,5 mol/l), NT-proBNP de 839 pg/ml, ferritina 1031 ng/ml, índice saturación transferrina 20,5% y hemoglobina de 10,7 g/dl.

Se indica tratamiento con 40 mg de furosemida intravenosa y 0,5 mg de digoxina. Además se administra segunda dosis de hierro carboximaltosa. Tras control de frecuencia se cita para la próxima semana. Se aumenta dosis de furosemida a 40 mg cada 12 horas, se inicia digoxina 0,25 mg cada 24 horas y Kilor 80 mg cada 24 horas. Debido a la mejoría de la función renal se aumenta dosis de apixaban a 5mg cada 12 horas y se reintroduce Xigduo 80 mg. Suspensión de resincalcio.

-Farmacia: Revisión de medicación prescrita. Se comprueba mala adherencia terapéutica. Realización de las siguientes recomendaciones: monitorización niveles de digoxina, valorar desprescripción de hipnóticos, Xigduo no está recomendada en pacientes con filtrado glomerular menor de 60 ml/min. Debido a que presenta enfermedad renal crónica con posible nefropatía diabética, se recomienda el tratamiento con IECA o ARA II si se evidencia albuminuria.

### **Cuestiones Clave**

¿Evitan las unidades de pacientes crónicos complejos los ingresos en servicios de Medicina Interna? ¿Favorece la desprescripción el cumplimiento terapéutico?

### **Preguntas/conclusiones**

El seguimiento estructurado con educación del paciente, optimización del tratamiento, apoyo psicosocial y mejora del acceso a la atención médica reducen las hospitalizaciones y la mortalidad por insuficiencia cardíaca. En pacientes pluripatológicos con deterioro de la función renal, la monitorización del filtrado glomerular nos ayuda al ajuste de la medicación para evitar efectos adversos innecesarios que pueden producir complicaciones. Es fundamental en paciente polimedicados la confirmación del tratamiento habitual para evitar errores de administración y asegurar el cumplimiento.

### **Bibliografía**

1. Feltner C, Jones CD, Cené CW, ZhengZJ, Suet Ca, Coker-Schwimmer EJLL, Arvanitis M, Lohr KN, Middleton JC, Jonas DE. *Transitional care interventions to prevent readmissions for persons with heart failure: a randomized clinical trial (NorthStar)*. *Eur Heart J*. 2013; 34:432-42
2. Gnjjidic D, Le Couteur DG, Kouladjian L et al. *Deprescribing Trials: Methods to reduce polypharmacy and the impact on prescribing and clinical outcomes*. *Clin Geriatr Med*. 2012; 28:237-53.
3. Potpara TS, Ferro CJ, Lip GYH. *Use of oral anticoagulants in patients with atrial fibrillation and renal dysfunction*. *Nat Rev Nephrol*. 2018; 14(5):337-351.

# Libro de Casos Clínicos de la X Reunión de Paciente Pluripatológico y Edad Avanzada

## CC-7 NUEVAS METAS EN EL ABORDAJE DEL PACIENTE PLURIPATOLÓGICO: USO COMPASIVO Y LIMITACIÓN DEL ESFUERZO DIAGNÓSTICO

I. Manoja Bustos, M. Carlos Merino Rumin, B. García Casado, M. Fernández Díaz, J. A. Martín Hernández, L. Serrano Rodríguez, P. Fernández Pérez, Y. Villalobos

*Servicio de Medicina Interna, Hospital Comarcal La Merced, Osuna (Sevilla)*

Presentamos el caso de un varón de 82 años actualmente, exfumador de 1 paquete diario hasta los 60 años, con múltiples factores de riesgo cardiovascular (HTA, Dislipemia, DM2) y una EPOC GOLD III con fenotipo bronquítico crónico reagudizador.

Como antecedente cardiológico más relevante, este paciente padecía una miocardiopatía isquémico-hipertensiva con función ventricular intermedia (FEVI 49%). Fue sometido a coronariografía en dos ocasiones (2007 y 2010) tras dos hospitalizaciones por edema agudo de pulmón encontrándose una estenosis moderada en ADA media no subsidiaria de revascularización.

Tras estos episodios, se ajusta tratamiento y se establece un seguimiento a través de Consultas Externas de Cardiología y Neumología, manteniéndose estable hasta el año 2016.

Hasta este momento, se trataba de un paciente independiente para todas las actividades básicas de la vida diaria (Barthel 100) y que no había precisado atención médica urgente u hospitalización en seis años.

Debuta inicialmente con desestabilización de su patología respiratoria, presentando múltiples visitas al servicio de Urgencias por reagudización de su EPOC, tratándose con múltiples ciclos antibióticos y corticoideos. A finales de año, se desestabiliza de su patología cardíaca presentando en los meses siguientes hasta seis ingresos por este motivo. La presentación clínica más frecuente fue la del edema agudo de pulmón (hasta en cinco ocasiones), decidiendo en el segundo ingreso la realización de una nueva coronariografía en la que finalmente se revasculariza la lesión de la ADA media. La función ventricular izquierda de este paciente, desciende al 45% en su ecocardiografía de control.

Sin embargo, esta medida no evitó los reingresos siguientes ni la severidad en su presentación clínica. La funcionalidad del paciente había disminuido de manera ostensible y, a pesar de las medidas tomadas y tratamiento pleno, se encontraba en una situación de disnea permanente III/IV de la escala NYHA.

En Marzo de 2017, durante su quinto ingreso, se decide iniciar Sacubitrilo / Valsartán con buena tolerancia, remitiéndose al alta a Consultas Externas de Cardiología para escalada de dosis. Aquí, a pesar de la mejoría de la disnea, se decide retirada del fármaco por no cumplir criterio de FEVI reducida (inferior al 35%) y el hallazgo de cifras de potasio en el límite superior de la normalidad en la última analítica (5,7 mEq/l).

Un mes después, el paciente presenta un nuevo episodio de edema agudo de pulmón, tras lo cual se decide reintroducir Sacubitrilo/Valsartán y se consensúa seguimiento del paciente exclusivamente a través de las consultas de Pluripatológicos.

En esta primera consulta, nos encontramos a un paciente que había presentado un aumento de la dependencia para las ABVD (Barthel de 70) tras los ingresos recurrentes, así como una situación clínica comprometida, con disnea grado III/IV de la NYHA, y utilización de oxigenoterapia durante 16 horas al día. Se decidió escalar en la terapéutica con Sacubitrilo/Valsartán 51/49.

Por otro lado, se abordaron aspectos objetivados durante los ingresos que no se habían tratado previamente.

Uno de ellos fue una anemia de perfil microcítico hipocrómico (valores de hemoglobina en torno a 8 g/dl), sin objetivar sangrado activo, que apareció en Marzo de 2017 sin instaurar actitud diagnóstica o terapéutica. Se planteó en la consulta la posibilidad de estudio endoscópico, que el paciente rechazó. Ante esta situación, y dada la intolerancia al hierro oral, se instauró feroterapia intravenosa a través de Hospital de Día.

Otro aspecto que se evidenció en uno de los ingresos fue una atelectasia de lóbulo inferior izquierdo con obliteración bronquial, que obligaba a realizar despistaje de neoplasia a través de fibrobroncoscopia. El paciente también rechazó este procedimiento, decidiéndose control radiológico periódico.

Durante las consultas posteriores, tras las medidas tomadas, se objetivó una mejoría paulatina de la clínica, llegando a un NYHA II/III, prescindiendo de oxigenoterapia y recuperando progresivamente funcionalidad. El paciente no ha vuelto a presentar nuevos ingresos por descompensación cardiaca a día de hoy.

### **2-3 Cuestiones Clave**

Dentro del abordaje integral del paciente pluripatológico y la elaboración del PAI se deben recoger las medidas dirigidas a mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes, e incluso incrementar su supervivencia.

Dentro de estas medidas señalamos el uso de Sacubitrilo/Valsartan como uso compasivo. Este fármaco fue empleado en el estudio PARADIGM para FEVI menores del 35%, demostrando importante reducción tanto en hospitalizaciones por ICC como en muerte por causa cardiovascular. Nos planteamos su uso en este caso, cuando, a pesar de no cumplir el criterio de la FEVI, nuestro paciente sí presentaba el resto de condiciones: tratamiento optimizado, clase funcional III/IV y hospitalizaciones frecuentes.

Por otro lado, el abordaje de algunos aspectos que habían quedado sin resolver durante los ingresos, solucionándolos a través de la toma de decisiones compartidas, jugó también un papel fundamental. En nuestro caso, el paciente rechazó la realización de endoscopias, sin embargo, esta decisión no impidió que se buscaran otras alternativas que pudieran mejorar su situación clínica (ej. Feroterapia iv).

# Libro de Casos Clínicos de la X Reunión de Paciente Pluripatológico y Edad Avanzada

## Conclusiones

- El abordaje del paciente Pluripatológico debe desarrollarse en un ámbito ordenado y organizado, con prioridades y referentes claros y basados en el consenso y el diálogo con el paciente, no solo a la hora de tomar decisiones y consensuar limitación del esfuerzo terapéutico (LET) sino incluso en la realización de pruebas diagnósticas (LED, limitación esfuerzo diagnóstico). La elaboración de planes-algoritmos diagnóstico terapéuticos alternativos claros, debe guiar nuestra práctica clínica en estos casos.
- En ocasiones, el uso compasivo de un fármaco o su uso fuera de ficha técnica, cuando no disponemos de otras alternativas terapéuticas, puede suponer un salto de calidad en el proceso asistencial de nuestros pacientes, sobretodo dados los escasos estudios clínicos realizados en pacientes con perfil de paciente pluripatológico y polimedicado.

## Bibliografía

1. *Proceso Asistencial Integrado. Atención a pacientes pluripatológicos. 3ª Edición, 2018. Consejería de Salud. SAS.*
2. *Uso compasivo de medicamentos: un cambio necesario en España. Avendaño Solá, C. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Med Clin (Barc). 2009;133 (11):425-426*
3. *Ficha técnica Sacubitrilo/Valsartán*
4. *Sacubitrilo/valsartán: un cambio de paradigma en el tratamiento de la insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida. Monografía SEC. Anguita, M. Manito, N. 2017. ISSN 2340-7352. Volumen 5, Número 2, Mayo 2017*
5. *The burden of iron deficiency in heart failure: therapeutic Approach Journal of the american college of cardiology. Volume 71 issue 7, 2018*

**CC-8 ABORDAJE DEL FINAL DE LA VIDA EN LA INSUFICIENCIA  
CARDIACA CRÓNICA**

R. T. Sánchez del Arco, J. Hergueta González, J. M. Machín Lázaro,  
A. Pereira Juliá, M. Mozo Ruiz, A. Serrano Martínez, S. Gilaberte Reyzábal,  
J. Salillas Hernando

*UCAPI. Medicina Interna. Hospital Universitario de Guadalajara*

Presentamos a una mujer de 82 años de edad. Como antecedentes de interés contaba con una cardiopatía reumática con doble lesión mitral (estenosis e insuficiencia mitrales) de etiología reumática, diagnosticada diez años antes del momento de consulta, así como una fibrilación auricular permanente de trece años de evolución. Había rechazado toda posibilidad de abordaje quirúrgico en el pasado. También aquejaba un trastorno mixto ansioso depresivo.

En la última revisión ambulatoria por parte de Cardiología (cuatro meses antes de la consulta) presentaba una clase funcional NYHA II, evidenciándose progresión de su enfermedad cardíaca presentando en la ecocardiografía reglada de control estenosis e insuficiencia mitrales graves que condicionaban una importante dilatación auricular izquierda, junto con una doble lesión aórtica degenerativa leve e hipertensión pulmonar grave, si bien la FEVI permanecía conservada.

Había necesitado múltiples ingresos hospitalarios por descompensación de su insuficiencia cardíaca desde el diagnóstico, tres de los cuales acontecieron a lo largo de los diez meses previos.

Como tratamientos recibía espironolactona (25 mg diarios), furosemida (120 mg diarios), digoxina (0.125 mg diarios), acenocumarol, fluticasona/vilanterol, salbutamol, omeprazol, hidroxizina, paroxetina, lorazepam y suplementos orales de ácido fólico, bicarbonato potásico y ácido ascórbico.

Si bien era independiente para las actividades básicas de la vida diaria, no presentaba apoyo familiar, y aquejaba carencias en el autocuidado y escasos recursos económicos y sociales.

Ingresó procedente de Urgencias, donde fue llevada tras ser encontrada tendida en el suelo de su domicilio, tras caer desde su propia altura y con traumatismo craneoencefálico. Desde las dos semanas previas había padecido un incremento progresivo de su disnea basal hasta hacerse de mínimos esfuerzos, con ortopnea creciente hasta casi 90° y edema generalizado, a pesar del incremento de la dosis de furosemida por parte de su Médico de Atención primaria.

La paciente permaneció ingresada durante 3 semanas, consiguiendo estabilización de su descompensación cardíaca tras intensificación del tratamiento diurético. Durante el ingreso se confirmó mediante ecocardiografía el empeoramiento de los hallazgos descritos previamente, a los que se sumó la disfunción del ventrículo derecho. Se consultó con Cardiología las posibilidades terapéuticas de la paciente siendo desestimada cualquier otra opción distinta a un manejo conservador. Al alta, por mediación de los servicios sociales hospitalarios, se consiguió la admisión de la paciente en una residencia de estancia temporal a fin de continuar los cuidados. La paciente volvió a presentar una descompensación cardíaca a las dos semanas

# Libro de Casos Clínicos de la X Reunión de Paciente Pluripatológico y Edad Avanzada

del alta, precisando un nuevo ingreso hospitalario, con escasa respuesta en esta ocasión al tratamiento diurético intensivo, llegando a precisar incluso de ventilación mecánica no invasiva tras desarrollar un edema agudo de pulmón con una insuficiencia respiratoria global secundaria, que se retiró a las 48 horas por escasa mejoría clínica y gasométrica.

Se informó a la familia del mal pronóstico clínico a corto plazo, no logrando consensuar un manejo paliativo de la paciente por referir los familiares que “la paciente ha mejorado en otras ocasiones con el tratamiento y prefieren esperar”. Tras otras dos semanas de ingreso, finalmente la paciente fallece.

En relación al caso propuesto surgen las siguientes preguntas:

- ¿Cómo puedo reconocer la terminalidad en un paciente con IC?
- ¿Cuál es la mejor manera de planteárselo a la persona afectada y sus familiares?
- ¿Cuáles deben ser los objetivos del tratamiento de la IC terminal? ¿De qué alternativas dispongo?
- ¿Es posible el manejo ambulatorio de la IC terminal? ¿Es realista el abordaje propuesto en nuestro medio?

La primera dificultad estriba en la identificación de la “terminalidad” debido a que existen importantes problemas a la hora de establecer el pronóstico. Dicha problemática con frecuencia estriba en una comunicación poco efectiva de las opciones terapéuticas al paciente y sus allegados. Por ello es fundamental la planificación de un plan de cuidados durante las fases de estabilidad, siendo de vital importancia el trabajo y contención emocional de la persona enferma y sus familiares. En dicho plan de cuidados deben ser tenidos en cuenta los cuidados paliativos, cuyo objetivo irá variando de forma paralela a la enfermedad, requiriéndose la actualización periódica del citado plan y la intervención coordinada de los diferentes ámbitos asistenciales.

## Bibliografía

1. Bernabeu-Wittel M, Ruiz-Cantero A, Murcia-Zaragoza J, Hernández-Quiles C, Barón-Franco B, Ramos-Cantos C, et al. [Reliability of different criteria in identifying end-of-life trajectory of patients with chronic medical diseases. PALIAR Project]. *Rev Esp Geriatr Gerontol [Internet]*. 2010 Jul [cited 2018 May 6];45(4):203–12. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0211139X10000363>
2. Janssen DJA, Spruit MA, Wouters EFM, Schols JMGA. Daily symptom burden in end-stage chronic organ failure: a systematic review. *Palliat Med [Internet]*. 2008 Dec 6 [cited 2018 May 6];22(8):938–48. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0269216308096906>
3. Nieminen MS, Dickstein K, Fonseca C, Serrano JM, Parissis J, Fedele F, et al. The patient perspective: Quality of life in advanced heart failure with frequent hospitalisations. *Int J Cardiol [Internet]*. 2015 Jul 15 [cited 2018 May 6];191:256–64. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25981363>



4. Selman L, Harding R, Beynon T, Hodson F, Coady E, Hazeldine C, et al. *Improving end-of-life care for patients with chronic heart failure: "Let's hope it'll get better, when I know in my heart of hearts it won't"*. *Heart* [Internet]. 2007 Aug [cited 2018 May 6];93(8):963–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17309905>
5. Gadoud A, Jenkins SM, Hogg KJ. *Palliative care for people with heart failure: Summary of current evidence and future direction*. *Palliat Med* [Internet]. 2013 Oct 9 [cited 2018 May 6];27(9):822–8. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0269216313494960>
6. Dickstein K, Cohen-Solal A, Filippatos G, McMurray JJV, Ponikowski P, Poole-Wilson PA, et al. *ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008: The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2008 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association of the ESC (HFA) and endorsed by the European Society of Intensive Care Medicine (ESICM)*. *Eur Heart J* [Internet]. 2008 Oct 1 [cited 2018 May 6];29(19):2388–442. Available from: <https://academic.oup.com/eurheartj/article-lookup/doi/10.1093/eurheartj/ehn309>

# Libro de Casos Clínicos de la X Reunión de Paciente Pluripatológico y Edad Avanzada





24-25 de Mayo 2018  
Hotel Beatriz. Toledo

© 2018 Obra: *X Reunión de Paciente Pluripatológico y Edad Avanzada: Casos Clínicos Grupo de Paciente Pluripatológico y Edad Avanzada de la Fundación Española de Medicina Interna*

*Todos los derechos reservados.*

*Editado por S&H Medical Science Service*

*Queda prohibida la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio mecánico o electrónico sin la debida autorización por escrito del editor.*

**ISBN:** 978-84-09-03215-0



**S&H Medical Science Service**  
C/ Espronceda, 27 - Entreplanta. 28003 Madrid  
Tfno.: 91 535 71 83 • Fax: 91 535 70 52  
E-mail: [congresos@shmedical.es](mailto:congresos@shmedical.es)  
Página Web: [www.shmedical.es](http://www.shmedical.es)