

XII REUNIÓN

PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS



XVI REUNIÓN

DEL GRUPO DE CRONICIDAD Y PLURIPATOLOGÍA

02-03
OCTUBRE
2 0 2 5

LIBRO DE CASOS CLÍNICOS

ALCALÁ DE HENARES
PARADOR DE ALCALÁ DE HENARES



PATROCINADO POR



ISBN: 978-84-09-77521-7

Queda prohibida la reproducción total o parcial de los textos y gráficos contenidos en esta publicación, tanto en soportes digitales, electrónicos, mecánicos, como impresos sin previo conocimiento y autorización escrita de los editores.

ÍNDICE

CC-01	A propósito de un dolor abdominal. 4 Meses después del diagnóstico inicial	4
CC-02	El laberinto autoinmune: un viaje por la pluripatología, polifarmacia y fragilidad en un caso de necesidades complejas	6
CC-03	Polifarmacia en el paciente frágil: cuando más no siempre es mejor	8
CC-04	Abordaje integral del síndrome mielodisplásico en un paciente de edad avanzada	10
CC-05	Comparación entre inteligencia artificial y decisión médica en el abordaje diagnóstico de un paciente pluripatológico	12
CC-06	La importancia de establecer objetivos y de buscar el bienestar físico y psicológico en pacientes pluripatológicos	14
CC-07	Valoración integral en pacientes con amiloidosis cardíaca por transtirretina wild type: experiencia del proyecto amilvima	16
CC-08	Infecciones urológicas recurrentes: adulto joven con espina bífida, derivaciones urinarias múltiples y ERC avanzada	18
CC-09	El internista mejorando el pronóstico de la insuficiencia cardíaca	20
CC-10	Atención integral y multidimensional como pilares en el abordaje del paciente crónico complejo	22
CC-11	La tormenta perfecta	24
CC-12	El reflejo de lo cotidiano: impacto de una unidad de crónicos en la evolución de un paciente con morbilidad cardiorrespiratoria avanzada	26
CC-13	Fragilidad primero: la lupa que transforma el tratamiento	28
CC-14	El reto del manejo multidisciplinario en una cirrosis avanzada	30
CC-15	Paciente joven pluripatológico tratado actualmente de forma activa a pesar de su mal pronóstico	32
CC-16	Impacto del modelo ucpp en la evolución clínica y funcional de un paciente con pluripatología avanzada: angina refractaria y hemorragia digestiva: un abordaje multimodal	34
CC-17	Del ingreso repetido al plan compartido: gestión integral de un paciente crónico complejo por medicina interna	36
CC-18	Cambio de paradigma: manejo integral del anciano pluripatológico en unidad de crónicos	38
CC-19	Más allá del diagnóstico: el valor del seguimiento en el paciente pluripatológico	40
CC-20	La edad no lo es todo: nonagenario con tavi de éxito	42
CC-21	Penfigoide ampollosa en el contexto de tratamiento con hidroclorotiazida	44
CC-22	La ayuda que nos da la valoración geriátrica integral en un caso clínico complejo	46
CC-23	Crisis convulsiva en paciente crónico complejo: abordaje clínico integral y diagnóstico diferencial	48
CC-24	Seguimiento estrecho en paciente crónico pluripatológico con sangrados digestivos recurrentes: importancia de la valoración global	50
CC-25	¿Paciente pluripatológico a quirófano?	52
CC-26	Desasistencia al final de la vida: una historia que evidencia los límites del sistema	54
CC-28	Efectos secundarios de los fármacos, cuando no vemos lo evidente	56
CC-29	Más allá del tratamiento: el valor de la revisión terapéutica en el paciente pluripatológico	58
CC-30	Más allá de la descompensación: seguimiento integral de un paciente con insuficiencia cardíaca	60
CC-31	Pluripatología y sociopatía causa de mal pronóstico en paciente joven	62

CC-01

A PROPÓSITO DE UN DOLOR ABDOMINAL. 4 MESES DESPUÉS DEL DIAGNÓSTICO INICIAL

Ramirez, Brianda¹; Cabre, Mateu¹; Capdevilla, Aina¹; Gil, Natalia².

¹Hospital de Mataró, Mataró; ²Consorci Sanitari del Maresme, Mataró.

Desarrollo del caso

Mujer de 88 años de edad, sin alergias medicamentosas conocidas ni hábitos tóxicos referidos, presenta antecedentes patológicos de hipertensión arterial en tratamiento farmacológico, hiperuricemia previamente tratada farmacológicamente, enfermedad renal crónica estadio 3a de origen no filiado, ictus isquémico de arteria cerebral media derecha trombectomizado en 2020 de probable origen cardioembólico, fibrilación auricular en tratamiento con anticoagulante de acción directa y frenador betabloqueante desde 2020, aneurisma de aorta ascendente de 58mm y de arteria comunicante anterior cerebral, gammapatía monoclonal IgG lambda conocida desde 2017, esteatosis hepática, osteoporosis severa con múltiples fracturas vertebrales (D11, D12, L1-L4), de muñeca derecha y de fémur izquierdo en tratamiento antirresortivo.

La valoración integral de la paciente incluye: a nivel social está casada, vive en un municipio con su marido en una casa de planta baja sin barreras arquitectónicas ni de acceso, tiene dos hijos que viven próximos y ofrecen soporte. A nivel funcional es una persona independiente para actividades básicas de la vida diaria con un índice de Barthel 95/100, se desplaza sin dispositivos de ayuda, presenta incontinencia urinaria ocasional sin uso de pañal. A nivel cognitivo, nutricional, sensitivo y emocional no presenta ninguna alteración.

La enfermedad actual referida es un cuadro subagudo de 3-4 vómitos alimentarios sin productos patológicos iniciado hace 10 días a principios de febrero de 2024, acompañados de dolor abdominal difuso, hiporexia, sensación nauseosa y episodios diarreicos de tres días de evolución, también sin productos patológicos ni fiebre, por el que consulta hasta en tres ocasiones al servicio de urgencias. Por persistencia del dolor abdominal e intensificación a nivel de fosa iliaca derecha, así como ausencia de deposiciones en los últimos 4 días, se decide ingreso hospitalario en el servicio de medicina interna. La orientación diagnóstica de ingreso es un absceso pélvico secundario a plastrón apendicular.

Inicialmente se drena la colección vía vaginal con extracción de 600ml de pus, que persiste durante una semana y se decide drenaje quirúrgico de la misma. Como complicaciones más destacables durante ingreso presenta:

- fistula rectovaginal tras drenaje quirúrgico de la colección pélvica con pérdidas fecales vía vaginal, precisando colostomía izquierda de descarga;
- fibrilación auricular con FVM lentas secundaria a intoxicación digitálica;
- insuficiencia cardíaca descompensada con derrame pleural bilateral sobreinfectado e insuficiencia mitral severa;
- lesión renal aguda sobre enfermedad renal crónica;
- desnutrición proteicocalórica y sarcopenia; se inicia nutrición parenteral por no disposición de la vía oral.
- úlcera sacra grado IV;
- declive funcional severo.

Durante hospitalización se diagnostica de mieloma múltiple tras hallazgo accidental de lesión lítica costal derecha, iniciando tratamiento al alta. Dadas las múltiples complicaciones intrahospitalarias tras dos meses de ingreso, algunas de ellas atribuibles a la iatrogenia, se decide alta a centro de convalecencia para mejoría funcional y continuar proceso de rehabilitación. Permanece en el mismo otros dos meses más, presentando un IB inicial de 25/100 (no deambula, portadora de sonda vesical, DABVD) y al alta de 55/100 (precisa ayuda para transferencias, vestimenta y uso del aseo), EMINA 6.

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

Se plantea el caso clínico de una paciente crónica compleja (PCC) que requiere necesidades asistenciales avanzadas y un abordaje global (clínico, nutricional y funcional), en el que se ha implicado desde un inicio un equipo multidisciplinar (medicina interna, cirugía, enfermería, nutrición, fisioterapia y trabajo social) basándose en un enfoque biopsicosocial. Cabe recalcar la figura fundamental del médico internista como manejo integrador del enfermo.

La paciente sufre una patología aguda —una apendicitis evolucionada a absceso pélvico— que se presenta de forma insidiosa, sin clínica típica, dificultando el diagnóstico precoz. Esta demora diagnóstica en un paciente geriátrico frágil genera una cascada de complicaciones derivadas tanto de la evolución natural de la enfermedad como de intervenciones médicas necesarias, pero no exentas de efectos adversos.

Ha presentado múltiples descompensaciones de sus enfermedades de base y como complejidad contextual presenta, dado el ingreso prolongado, entre otros, un declive funcional severo que suponen un cambio drástico en su nivel basal de autonomía e impide el alta domiciliaria.

Todo ello se traduce en un ingreso prolongado, de elevado coste sanitario, con múltiples transiciones asistenciales (urgencias, planta de hospitalización, quirófano, centro de convalecencia), sin resultados proporcionales en salud o bienestar y que exige una coordinación eficaz entre niveles de atención. El caso refleja claramente cómo una patología aguda intercurrente en una PCC puede desencadenar una espiral de deterioro en la salud global del paciente, si no se interviene de forma integral, anticipando complicaciones y promoviendo medidas proactivas de rehabilitación y prevención de la dependencia.

Conclusiones

El caso ejemplifica las consecuencias del manejo fragmentado y reactivo en un paciente con fragilidad y pluripatología, destacando la necesidad urgente de modelos asistenciales centrados en la persona. El enfoque centrado únicamente en la patología aguda sin una visión global del paciente conlleva un alto riesgo de iatrogenia, pérdida de funcionalidad, riesgo de institucionalización permanente y mortalidad prematura, especialmente en contextos clínicos prolongados.

Se hace patente la importancia de priorizar el mantenimiento de la funcionalidad por encima de la resolución de procesos aislados y aumentar la sensibilización del personal sanitario ante síntomas atípicos en ancianos.

Finalmente, este caso invita a reflexionar sobre la importancia de tomar decisiones compartidas con el paciente y su entorno, valorando objetivos realistas en salud y bienestar, e identificando con claridad aquellos pacientes que se beneficiarían más de cuidados paliativos o rehabilitadores que de intervenciones invasivas.

Bibliografía

- Kuipers P, Kendall E, Ehrlich C, McIntyre M, Barber L, Amsters D, et al. Complexity and Health care: health practitioner workforce services, roles, skills and training, to respond to patients with complex needs. Brisbane (Australia): Clinical Education and Training Queensland; 2011.
- Amblàs J (coord.). Bases conceptuales y modelo de atención para las personas frágiles, con cronicidad compleja (PCC) o avanzada (MACA). Barcelona: Dirección General de Planificación en Salud del Departamento de Salud; 2021.

CC-02

EL LABERINTO AUTOINMUNE: UN VIAJE POR LA PLURIPATOLOGÍA, POLIFARMACIA Y FRAGILIDAD EN UN CASO DE NECESIDADES COMPLEJAS

Álvarez Pérez, Marcos.

Hospital Comarcal de Jarrio, Coaña.

Desarrollo del caso

Se trata de un paciente de 75 años, con antecedentes de HTA, DM2, DL, cardiopatía isquémica, cardiopatía valvular tipo estenosis aórtica severa y fibrilación auricular. Además el paciente presentaba con anterioridad dos patologías inmunes, una artritis reumatoide y una sarcoidosis estadio II.

Como otros diagnósticos: infección tuberculosa latente correctamente tratada, esteatosis hepática metabólica, enfermedad vascular periférica, anemia, osteopenia y lumbalgia. Su polifarmacia excesiva de 16 principios activos es la siguiente: pentoxifilina, metotrexate, ácido fólico, extracto de serenoa repens, furosemda, espironolactona, esomeprazol, bisoprolol, sulfato ferroso, colecalciferol, lormetazepam, apixaban, empaglifozina, metformina, sitagliptina y atorvastatina. El paciente presenta dos ingresos hospitalarios, de más de un mes de duración cada uno, en Octubre y Diciembre de 2024. El primero por síndrome general, neumonía bilateral por *Pneumocystis jirovecii* (PCP), FA con RV rápida e insuficiencia cardíaca. El segundo ingreso inmediatamente posterior por insuficiencia cardíaca descompensada (FA con RV rápida), estenosis aórtica severa sintomática, miopatía inflamatoria MHC-1 positiva, infección respiratoria, síndrome confusional agudo, desnutrición y sarcopenia, y descompensación de la DM2 por esteroides. El paciente previo a los ingresos era IABVD, sin deterioro cognitivo, sin síntomas afectivos, y convivía en un edificio sin barreras arquitectónicas con su esposa. En el segundo ingreso se diagnostica una sarcopenia relacionada con la insuficiencia cardíaca crónica, pero al clínico le parece excesiva y decide completar estudios, le realiza un EMG que no sugiere enfermedad muscular y una RMN de muslos con posibles áreas parcheadas de edema muscular. En el segundo ingreso con vistas a progresión de la clínica muscular (más atrofia de cuádriceps, más debilidad muscular) se completa estudios con una biopsia muscular que muestra una miopatía inflamatoria MHC-1 positiva con moderada actividad histológica y con atrofia moderada y generalizada. El estudio de autoanticuerpos es negativo. El paciente ya venía tomando cotrimoxazol en pauta profiláctica desde el ingreso por la PCP, recibe bolos de metilprednisolona a dosis de 250 mg intravenosos y posteriormente prednisona oral en pauta descendente desde 30 mg y tratamiento inmunosupresor inicialmente con azatioprina y posteriormente con micofenolato, pero el paciente persiste en situación de corticodependencia no pudiendo reducir la dosis de prednisona por debajo de 12.5 mg por recurrencia de la debilidad en MMII. El paciente tuvo que iniciar tratamiento con insulina glargina indefinidamente tras el diagnóstico de la miopatía, además de tomar los antidiabéticos orales. Reseñar también que se realizó un PET TAC para intentar descartar que la miopatía fuera paraneoplásica que resultó negativa en éste aspecto pero nos informan de captación en adenopatías mediastínicas en probable contexto de su sarcoidosis y captación intensa en el tabique interventricular que sugiere afectación cardíaca por sarcoidosis. Se completa estudio con RM cardíaca, presentando realce tardío en la región del septo basal y medio inferoseptal no isquémico, sugestivo de que sean secundarios a la sarcoidosis. El paciente tras los ingresos repetidos y la patología diagnosticada, ahora presenta una moderada dependencia para actividades básicas de la vida diaria, presenta síntomas depresivos y precisa cuidador aparte de los cuidados de su esposa. Evidentemente en este caso clínico, conducido por la insuficiencia cardíaca y la miopatía inflamatoria presenta criterios de fragilidad completos (pérdida de peso involuntaria >5%, fatiga, baja actividad física, velocidad de la marcha lenta y disminución de la fuerza), creemos que mas ocasionados por la miopatía. El paciente fue tratado con antidepresivos (duloxetina y mirtazapina) con mala tolerancia por efectos adversos (somnolencia excesiva), mejorando su estado de ánimo verdaderamente cuando mejoraron los síntomas congestivos de su IC y cuando mejoró parcialmente la miopatía. El paciente a día de hoy fue valorado por la Unidad de Enfermedades Autoinmunes no contraindicando el procedimiento TAVI, fue valorado por Cardiología y Geriátría del *Heart Team* con un deterioro funcional mixto por la insuficiencia cardíaca y por la miopatía inflamatoria, considerándolo apto para la intervención aunque con riesgo elevado de complicaciones. El paciente se encuentra pendiente de citación del procedimiento (TAVI) por parte de cardiología

Exposición de cuestiones clave

- La peculiaridad en este caso de la coexistencia de la pluripatología y fragilidad del enfermo con tres enfermedades autoinmunes graves.
- La polifarmacia excesiva de entrada con más de 15 principios activos, con fármacos que tienen poco que aportar como la pentoxifilina y la serenoa repens.
- La sarcopenia exagerada en relación con la insuficiencia cardiaca crónica que acaba en un diagnóstico de una miopatía inflamatoria idiopática.
- El manejo de su DM2 en una miopatía inflamatoria que está en situación de corticodependencia.
- La indicación y viabilidad de la TAVI en un paciente con múltiples comorbilidades y la repercusión que podría tener en el procedimiento el último diagnóstico de posible afectación cardiaca por la sarcoidosis (bloqueos auriculo-ventriculares avanzados, arritmias ventriculares, etc.).

Conclusiones

1. La sarcopenia asumida por insuficiencia cardiaca crónica enmascaró en este caso una miopatía inflamatoria idiopática.
2. La necesidad de un abordaje multidisciplinar y coordinado (Medicina Interna, Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas, Geriátrica, Cardiología).

Bibliografía

- 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

CC-03

POLIFARMACIA EN EL PACIENTE FRÁGIL: CUANDO MÁS NO SIEMPRE ES MEJOR

Rueda Cala, Darling Vanessa; Puertas Miranda, David; López Quinto, Francisco Javier; Alonso Claudio, Gloria María; Salcedo Martín, Leticia; Sánchez Latasa, Pilar; Martínez Rodríguez, Pablo; Moralejo Alonso, Leticia.

Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca.

Desarrollo del caso

Presentamos el caso de Cecilia, una mujer de 98 años con múltiples antecedentes médicos: leucemia linfática crónica en abstención terapéutica, EPOC grave con insuficiencia respiratoria crónica y oxigenoterapia domiciliar, insuficiencia cardíaca, síndrome ansioso-depresivo, artrosis severa con gran limitación funcional (cumple tres categorías de pluripatología) y desnutrición proteica leve. Vive con su hija, cuidadora principal. Según escalas de VIMA tiene un índice Barthel de 40, test de Pfeiffer con 4 errores (deterioro cognitivo leve); índice PROFUND de 23 (alto riesgo de mortalidad a 12 meses) con necesidad de revisar y optimizar la medicación para priorizar la calidad de vida.

Acudió a urgencias por cuadro de tos productiva, fiebre, disnea, y desaturación. Auscultación pulmonar patológica (crepitantes y sibilancias). Las pruebas complementarias revelaron leucocitosis (con linfocitosis acorde a su leucemia), NT-proBNP elevado, PCR moderada, y gasometría compatible con insuficiencia respiratoria global compensada. Ingresa en Medicina Interna con diagnóstico de infección respiratoria con insuficiencia respiratoria secundaria. Recibió tratamiento con antibiótico, corticoides, broncodilatadores y ajustes de diuréticos y suplementos nutricionales. Evolucionó favorablemente y fue dada de alta estable, con una medicación aumentada respecto al ingreso (Ingreso: 8 fármacos, MRCI 24, al alta 15 fármacos MRCI: 65.5). Lamentablemente, al mes volvió a ingresar por un nuevo episodio agudo y falleció durante ese ingreso.

Cuestiones clave

- ¿Qué papel juega la valoración integral multidimensional (funcional, cognitiva, emocional y pronóstica) en la identificación de necesidades y riesgos en pacientes frágiles pluripatológicos?
- ¿Cómo influye el índice PROFUND en la toma de decisiones terapéuticas y en la planificación del alta?
- ¿Cuándo y cómo debe abordarse la desprescripción en pacientes con polifarmacia y alto riesgo de mortalidad?
- ¿Cómo se puede priorizar la calidad de vida y el confort frente a intervenciones farmacológicas y médicas agresivas en este tipo de pacientes?
- ¿Qué estrategias se pueden implementar para evitar el aumento innecesario de medicamentos tras episodios agudos en pacientes frágiles?
- ¿Puede el Índice de Complejidad del Régimen de Medicación (MRCI) ayudarnos a mejorar la calidad de vida en pacientes con índice profund >11?

En un estudio reciente realizado en nuestro hospital, se analizó el número de fármacos prescritos al ingreso y al alta, así como el Índice de Complejidad del Régimen de Medicación (MRCI), la cual es una herramienta validada que cuantifica la complejidad terapéutica más allá del número de fármacos, considerando la vía de administración, frecuencia y requisitos adicionales (como partir comprimidos o tomar con alimentos), encontrando que en los pacientes pluripatológicos complejos (PPC) se confirma esta tendencia: en nuestro caso al 56% de los pacientes PPC se les aumentó la prescripción al alta, y los pacientes con un índice PROFUND >11 de mal pronóstico recibieron tratamientos incluso más complejos, a pesar de su limitada expectativa de vida.

Conclusiones

Este caso ejemplifica los retos en el manejo de pacientes ancianos, frágiles y pluripatológicos, donde la hospitalización tiende, paradójicamente, a aumentar la complejidad farmacológica en lugar de simplificarla. Tanto en este caso como en nuestro estudio, se confirma que los pacientes con mal pronóstico (índice

PROFUND >11), a pesar de su limitada expectativa de vida, son dados de alta con tratamientos incluso más complejos, incrementando el riesgo de iatrogenia.

La experiencia conjunta refuerza la necesidad de:

1. Incorporar sistemáticamente herramientas pronósticas como el PROFUND para orientar decisiones terapéuticas y priorizar calidad de vida, confort y control sintomático frente a intervenciones fútiles, en pacientes con índice Profund elevado.
2. Fomentar la deprescripción razonada y la simplificación terapéutica, especialmente tras episodios agudos deben considerarse como una intervención clave para reducir iatrogenia, mejorar la calidad de vida y centrar el manejo en el paciente más que en la enfermedad.
3. Nuestros hallazgos refuerzan la necesidad de incorporar sistemáticamente la valoración pronóstica y funcional durante el ingreso.
4. Aplicar una valoración integral multidimensional (funcional, cognitiva, emocional y social) e involucrar al cuidador principal en la planificación del cuidado domiciliario.

Solo así se logrará un enfoque verdaderamente centrado en la persona, evitando la futilidad terapéutica en pacientes con pronóstico limitado.

"Cecilia no necesitaba más medicinas; necesitaba menos fármacos y una planificación centrada en ella."

Bibliografía

- Saez de la Fuente J, Such Diaz A, Cañamares-Orbis I, Ramila E, Izquierdo-Garcia E, Esteban C, et al. Cross-cultural Adaptation and Validation of the Medication Regimen Complexity Index Adapted to Spanish. *Annals of Pharmacotherapy*. 2016 Jul 20;50(11):918–25.

CC-04

ABORDAJE INTEGRAL DEL SÍNDROME MIELODISPLÁSICO EN UN PACIENTE DE EDAD AVANZADA

Nicás Jiménez, Sandra; Orgaz Salgado, Maria Lourdes; Sevo Spahiu, Sara; Sobrino Alonso, Maitane; Beamonte Vela, Blanca; Guerra Dugarte, Cesar Alejandro; Shani Shani, Kirti Dayal; Toma, Laura Cristina; Broco Villahoz, Nuria; Martins Rodrigues, Ana Isabel; Bennouna, Saad.

Hospital Infanta Cristina, Parla.

Caso clínico

Varón de 82 años, con antecedentes personales de hipertensión arterial, insuficiencia cardiaca crónica con fracción de eyección preservada (NYHA II), fibrilación auricular en tratamiento anticoagulante, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) con obstrucción moderada (GOLD grupo E), y estenosis de canal lumbar secundaria a hernia discal L1-L2. Exfumador desde hace más de 20 años.

Su tratamiento habitual incluye: enalapril 10 mg 1-0-1, bisoprolol 2,5 mg 1-0-1, apixaban 5 mg 1-0-1, Furosemida 40 mg 1-0-0, inhalador polvo seco con furoato de fluticasona/umeclidinio, vilanterol, salbutamol inhalador presurizado de rescate, oxicodona/naloxona 10/5 mg 1-0-1.

El paciente consulta en el circuito de diagnóstico rápido hospitalario por un cuadro de astenia generalizada de semanas de evolución y pérdida de peso no cuantificada. A la exploración física destaca palidez cutánea sin otros hallazgos relevantes.

Se solicita analítica de sangre donde se objetivan los siguientes resultados: hemoglobina 8.1 g/dL, VCM 103 fL, hematocrito 24%, leucocitos 4000/ μ L, neutrófilos 1500/ μ L y plaquetas 52.000/ μ L. Ferritina 400 ng/mL, LDH 550 U/L, vitamina B12 y ácido fólico normales. En la extensión de sangre periférica se observan anisocitosis y presencia de blastos (1-2%).

Dado el hallazgo de anemia macrocítica, trombocitopenia y presencia de blastos circulantes, se completa el estudio con biopsia de médula ósea, que revela hiper celularidad, displasia eritroide y megacariocítica, y una proporción de blastos del 3-4%. El estudio citogenético detecta delección 5q y trisomía 8. Con estos hallazgos, se confirma el diagnóstico de síndrome mielodisplásico (SMD) con afectación de dos líneas celulares y riesgo intermedio-1 según la escala IPSS-R (5 puntos).

Se realiza valoración integral multidimensional geriátrica (VIMA):

- En la esfera funcional, presenta autonomía para la mayoría de las actividades básicas de la vida diaria (Barthel 85), camina con andador y precisa ayuda solo para la ducha.
- En la dimensión cognitiva, obtiene 1 punto en Pfeiffer (criado negativo para deterioro cognitivo).
- A nivel nutricional, presenta riesgo de desnutrición (MNA-SF 10).
- En la valoración pronóstica, PROFUND 5 puntos, lo sitúan en un riesgo intermedio de mortalidad a un año.
- En el área social, es viudo, vive solo con apoyo de tres hijos que residen cerca. Recibe ayuda domiciliaria dos horas al día para la higiene y alimentación.

Cuestiones clave sobre las que se articula la presentación

El abordaje del síndrome mielodisplásico (SMD) en pacientes de edad avanzada requiere integrar la valoración hematológica con un análisis multidimensional del estado clínico, funcional y social del paciente. En este caso, la aplicación de la VIMA permitió estimar el pronóstico vital, la fragilidad y la tolerancia a los tratamientos, elementos clave en la toma de decisiones.

El paciente presenta comorbilidades relevantes, pero mantiene una funcionalidad aceptable, autonomía en las actividades básicas, un estado cognitivo íntegro y un entorno familiar adecuado. Estos elementos permiten clasificarlo dentro de un perfil clínico intermedio, según modelos funcionales como el propuesto por la NCCN o el grupo GESMD, donde el tratamiento activo puede contemplarse, siempre que se adapte

a la tolerancia individual y se orienten los esfuerzos terapéuticos a los objetivos vitales del paciente. En este contexto, el objetivo terapéutico no es curativo, sino mejorar la calidad de vida, evitar la dependencia transfusional y retrasar la progresión a leucemia mieloide aguda, con la mínima toxicidad posible.

Para evaluar la tolerabilidad al tratamiento se valoraron escalas como CRASH y CARG. Dado su perfil funcional y cognitivo favorable, se consideró apto para tratamiento activo. Se inició lenalidomida por la presencia de delección 5q y anemia sintomática. Aunque la eficacia de este fármaco es mayor en casos con del(5q) aislada, su uso también está avalado en situaciones con citogenética intermedia, como nuestro caso.

En caso de toxicidad o falta de respuesta, se contemplan como alternativas: azacitidina (si hay progresión), tratamiento de soporte con transfusiones y agentes estimulantes de la eritropoyesis (AEE), o cuidados paliativos si el estado funcional empeora. Los AEE representan una opción válida en pacientes con EPO endógena <500 UI/L, especialmente en fases iniciales o en combinación con otras terapias.

Conclusiones

El abordaje del síndrome mielodisplásico en el paciente mayor debe integrar no solo las características hematológicas, sino también una valoración global del estado funcional, cognitivo, nutricional y social. En este caso, la aplicación de la VIMA y el índice PROFUND permitió establecer un objetivo terapéutico centrado en la calidad de vida, evitar transfusiones y retrasar la progresión a LMA, con tratamiento adaptado (lenalidomida) y buen soporte familiar.

La experiencia demuestra que la toma de decisiones centrada en el paciente, considerando todos los dominios de su salud, mejora la adecuación terapéutica y la calidad de vida en este grupo tan prevalente y vulnerable.

Bibliografía

- Della Porta MG, Malcovati L, Strupp C, Killick S, Wainscoat J, Bowen D, et al. Risk stratification based on both disease status and extra-hematologic comorbidities in patients with myelodysplastic syndrome. *Haematologica*. 2011 Mar;96(3):441–9.
- López Arrieta JM, De Paz R, Altés A, del Cañizo C. Síndrome mielodisplásico en el paciente mayor: valoración geriátrica integral y recomendaciones terapéuticas. *Med Clin (Barc)*. 2012;138(3):119. e1–9.
- Grupo Español de SMD (GESMD). Guías españolas de SMD y LMMC [Internet]. Barcelona: GESMD; 2020 [citado 27 de julio de 2025]. Disponible en: <https://www.gesmd.es/wp-content/uploads/2022/03/GuiaSMDLMMC2020.pdf>

CC-05

COMPARACIÓN ENTRE INTELIGENCIA ARTIFICIAL Y DECISIÓN MÉDICA EN EL ABORDAJE DIAGNÓSTICO DE UN PACIENTE PLURIPATOLÓGICO

Puertas Miranda, David; Rueda Cala, Darling Vanessa; Junco Dopico, Covadonga; Lopez Quinto, Francisco Javier; Cerdan Morala, Antonio; Alonso Claudio, Gloria María; Moralejo Alonso, Leticia.

Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca.

Introducción

El diagnóstico en pacientes pluripatológicos exige considerar diversas posibles etiologías y adaptar el abordaje clínico a la complejidad del caso. Presentamos un caso en el que se comparan las decisiones del equipo médico con las sugerencias de ChatGPT, utilizado de forma prospectiva. El objetivo es explorar el valor de la inteligencia artificial (IA) como apoyo complementario en la toma de decisiones clínicas.

Caso clínico

Presentamos el caso de un varón de 72 años con diabetes tipo 2, HTA, dislipemia, EPOC, coxartrosis, cardiopatía isquémica y cistectomía con derivación tipo Bricker (2021) por carcinoma vesical. Vive solo, camina con muletas y gestiona su medicación: AAS, clopidogrel, rosuvastatina/ezetimiba, ramipril/amlodipino, omeprazol, empagliflozina, hierro oral y tiotropio. Presentaba buena autonomía (Barthel 90) y función cognitiva preservada (Pfeiffer 0 errores), con un índice Profund de 8, compatible con cronicidad avanzada.

En mayo de 2023 acude por anorexia, pérdida de 15 kg, dispepsia, dolor abdominal posprandial y diarrea leve, sin fiebre ni sangrado. Se solicita analítica, estudio de heces y endoscopia digestiva alta y baja. La IA, consultada en paralelo con los mismos datos, coincide en el estudio endoscópico y propone añadir un TAC precoz para descartar recidiva tumoral u otra patología estructural, aunque el paciente disponía de un TAC abdominal reciente realizado en revisión urológica.

La endoscopia fue anodina; la hemoglobina era de 6,8 g/dL, por lo que se transfundió y se administró hierro intravenoso. Ante la persistencia del cuadro, se realizó cápsula endoscópica tras suspender clopidogrel, en coordinación con Cardiología. La IA coincidió con este paso y, aunque no propuso la suspensión de antiagregación, la respaldó al plantearse. Sugirió también descartar estenosis mediante tránsito intestinal o entero-RM.

En abril de 2024, la cápsula mostró angiodisplasias en duodeno y yeyuno. Se trataron con dos sesiones de argón, con estabilización de la hemoglobina (≈ 9 g/dL). La IA coincidió en que podían justificar la anemia, pero ante el dolor posprandial persistente propuso completar con TC o RM abdominal. Se optó por seguimiento clínico estrecho y control de peso.

En mayo persistían pérdida de peso, anorexia y sitofobia, con alteración transitoria del perfil hepático. Se solicitó angio-TC ante sospecha de isquemia mesentérica crónica, que evidenció estenosis crítica de la arteria mesentérica superior con recanalización distal. Cirugía Vascular descartó revascularización abierta y se programó arteriografía terapéutica. La IA ya había sugerido descartar causas vasculares y asumió que el diagnóstico estaba resuelto.

En septiembre, pese al tratamiento de las angiodisplasias y la planificación de la revascularización, persistía la pérdida de peso. Se revisó la medicación y se suspendió empagliflozina por posible efecto adverso. El paciente recuperó 10 kg y se estabilizó. La IA propuso repetir estudios sin plantear inicialmente una causa farmacológica; solo tras sugerírselo reconoció la implicación posible de los iSGLT2.

Actualmente, el paciente sigue en seguimiento ambulatorio, sin nueva anemia ni pérdida ponderal, con buena evolución tras suspender el iSGLT2 y optimizar el tratamiento.

Cuestiones clave

- La IA ayudó a estructurar el razonamiento clínico y anticipó pruebas útiles, aunque mostró limitaciones en la visión global y longitudinal del caso.
- El juicio clínico fue clave para decisiones complejas no protocolizadas, como la suspensión de antiagregación o la detección de efectos adversos.
- El caso refleja la complejidad diagnóstica en pacientes pluripatológicos con síntomas inespecíficos y múltiples comorbilidades.
- Se realizó una valoración funcional (pérdida de peso, autonomía limitada), emocional (apatía), cognitiva (preservada) y pronóstica (fragilidad quirúrgica).
- La revisión del tratamiento crónico fue determinante; la empagliflozina resultó un factor reversible de desnutrición.

Conclusiones

La inteligencia artificial demostró utilidad para estructurar el razonamiento clínico y proponer diagnósticos diferenciales desde fases tempranas, con recomendaciones generalmente alineadas con la evidencia. Sin embargo, tiende a centrarse en la información más reciente, con menor capacidad para integrar la evolución global del cuadro, lo que puede dificultar la interpretación de síntomas crónicos o fluctuantes.

Además, mostró escasa sensibilidad para detectar efectos adversos farmacológicos, como el de la empagliflozina, y no propuso decisiones complejas por iniciativa propia, como la suspensión de antiagregantes, limitándose a seguir esquemas protocolizados sin tener en cuenta aspectos como la fragilidad o los antecedentes quirúrgicos. Aunque puede ser una herramienta de apoyo valiosa, la identificación de efectos adversos, la valoración del contexto funcional o social y las decisiones terapéuticas individualizadas siguen requiriendo una visión humana, longitudinal y con experiencia.

Bibliografía

1. Kumar RP, Sivan V, Bachir H, et al. World Neurosurg. 2024;187:e1083–8.
2. Llamas C, Juanes JA, Puertas D, et al. In: Molina Carmona R, et al., eds. Proc TEEM 2024. Singapore: Springer; 2025

CC-06

LA IMPORTANCIA DE ESTABLECER OBJETIVOS Y DE BUSCAR EL BIENESTAR FÍSICO Y PSICOLÓGICO EN PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS

Ortiz Parra, Alberto; Plaza Martínez, Carmen; Palacios Morenilla, Clara Beatriz; García Martínez, Carmen.
Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Desarrollo del caso

Presentamos el caso de una mujer de 84 años pluripatológica según la clasificación de M. Ollero (categorías B, E y G) con los antecedentes personales entre los que destaca hipertensión arterial, hipercolesterolemia, parálisis infantil del hemicuero derecho secundaria a poliomielitis, linfoma folicular B tratado con dos líneas distintas, actualmente en abstención terapéutica, hernia a hiato con reflujo, prótesis de cadera y rodilla izquierdas e hipotiroidismo. La paciente previamente se movilizaba con silla de ruedas conservando la capacidad para las transferencias y uso ocasional de muletas dentro del domicilio debido a la parálisis del miembro inferior derecho. Presentaba una situación de polifarmacia en tratamiento con Citalopram 20mg/24 h, Valsartán 160mg/24 h, Lorazepam 1mg/24h, Furosemida 40mg/24h, Alprazolam 500mcg/24h, Levotiroxina 50mcg/24h. Acorde a los criterios START/ STOPP, se retiraron las benzodiacepinas y se inició trazodona para el control de la ansiedad e insomnio.

La paciente ingresó por una fractura de acetábulo derecho tras caída desde su misma altura, consultándonos a Medicina Interna para prehabilitación quirúrgica de la paciente y una valoración integral, que en el momento de nuestra exploración presentaba como problemas activos una anemia aguda en rango transfusional que precisó de múltiples transfusiones de concentrados de hematíes, hiperpotasemia y una hiporexia marcada. Presentaba una importante comorbilidad según la escala de Charlson, con una fragilidad y limitación funcional derivada de las limitaciones físicas secundarias a la parálisis del hemicuero derecho, presentando una puntuación de 3 puntos en la escala FRAIL. No presentaba deterioro cognitivo (Pfeiffer 0 puntos; GDS 1), era dependiente para las actividades básicas de la vida diaria (Barthel 25 puntos), y mostraba dependencia moderada para las actividades instrumentales (Lawton y Brody 3 puntos), sobre todo por limitación en las actividades físicas. La paciente contaba con un buen apoyo social; se trataba de una religiosa que vivía en una congregación en una zona de difícil acceso con atención las 24 horas del día.

Durante el ingreso previa a la cirugía la paciente presenta una pléyade de complicaciones entre las que destacan una insuficiencia respiratoria aguda severa con necesidad de oxigenoterapia a alto flujo de etiología infecciosa, crisis dialépticas en paciente con antecedente de lesión cerebral, desencadenadas por el proceso inflamatorio/traumatológico iniciándose fármacos antiepilépticos (Levetiracetam 750mg/12h) con el progresivo empeoramiento a nivel psicológico, disminución de la ingesta y menor colaboración dado el desánimo de la paciente. Tras hablar con la paciente expuso los objetivos que son importantes para ella, entre los que destacaban poder estar en su congregación acompañada, poder deambular con las muletas y no estar postrada en una cama. La paciente era consciente de que tras las complicaciones acaecidas es posible que no pudiera ser intervenida dado el alto riesgo anestésico con la consiguiente pérdida de funcionalidad. La paciente solicitó poder ser operada entendiendo los riesgos y consecuencias consiguiéndose finalmente el visto bueno por parte de Traumatología pudiendo realizarse la intervención quirúrgica sin incidencias durante el proceso.

Tras la intervención la paciente presentó más complicaciones de índole infecciosa que obligaron a disminuir la fisioterapia y a prolongar el ingreso varias semanas lo que conllevó un empeoramiento a nivel anímico de la paciente ante el miedo a quedar más limitada a nivel físico. La paciente presentó un marcado empeoramiento funcional precisando de un ingreso prolongado para lograr recuperar la situación basal previa, además de la marcada distancia con la congregación durante todo el proceso. Se acordó con la congregación religiosa una mayor facilidad para el régimen de visitas y facilidad para traer alimentos de la congregación con una mejoría de la hiporexia y del estado anímico que tuvo a su vez una importante repercusión a nivel de recuperación funcional pudiendo irse de alta con posibilidad de ayuda en las transferencias con rehabilitación domiciliaria.

Puntos clave

Conocer la opinión de la paciente acerca de las medidas a llevar a cabo y las consecuencias que derivan de estas y acordar un plan de actuación.

Dar importancia al bienestar no solo físico sino también psicológico de la paciente intentando priorizar medidas que puedan mejorarlo.

Conclusión

El manejo de pacientes crónicos pluripatológicos es complejo y demanda un enfoque holístico y multidisciplinario. 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 y junto a la pérdida de autonomía y calidad de vida añaden un grado de dificultad mayor al tratamiento de estos pacientes. Este caso subraya la importancia de la coordinación entre diferentes especialidades médicas, la personalización del tratamiento, establecimiento de objetivos, la prevención y manejo de complicaciones, y el apoyo integral al paciente y su entorno para una mejor evolución.

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, 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.

CC-07

VALORACIÓN INTEGRAL EN PACIENTES CON AMILOIDOSIS CARDIACA POR TRANSTIRRETINA WILD TYPE: EXPERIENCIA DEL PROYECTO AMILVIMA

Junco Dopico, Covadonga; Moralejo Alonso, Leticia; Alonso Claudio, Gloria.

Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca.

La complejidad de los pacientes mayores con enfermedades sistémicas como la amiloidosis por transtirretina (ATTR) requiere un enfoque integral y coordinado. En nuestro centro se ha constituido una comisión multidisciplinar para el abordaje de la amiloidosis. Dentro de este grupo, los pacientes con ATTRwt destacan por su edad avanzada, comorbilidades, polifarmacia y deterioro funcional, lo que plantea dudas pronósticas y terapéuticas, especialmente ante el uso de tratamientos de alto coste como tafamidis.

Ante esta necesidad, se creó el proyecto AmilVIMA, una colaboración estructurada entre Medicina Interna y Cardiología orientada a la valoración integral (VIMA) de estos pacientes. A continuación, se presentan dos casos clínicos que ilustran su utilidad.

Caso 1

Varón de 85 años derivado desde Cardiología con diagnóstico de ATTRwt. Antecedentes de insuficiencia cardiaca, hipertensión pulmonar, fibrilación auricular, SAHS, hipertensión, dislipemia, glaucoma y hemicolectomía por carcinoma de colon.

No cumple criterios de pluripatología pero sí de paciente crónico complejo (polifarmacia ≥ 10 fármacos y cuidador mayor de 80 años). VIMA: vive con su esposa; Pfeiffer 0; Barthel 85 (dependencia leve); marcha con bastón y caída previa. Dinamometría: 15–17 kg (sarcopenia y fragilidad). Índice PROFUND: 3.

Durante la conciliación terapéutica se detectaron 4 fármacos prescritos no tomados por el paciente; se actualizó la receta electrónica, que prescribe ejercicio multicomponente (fuerza, equilibrio y resistencia aeróbica). Se prescribió ejercicio adaptado con el programa Vivifrail (ejercicio multicomponente: fuerza, equilibrio y resistencia aeróbica). En este caso, se diseñó un plan de intervención basado en la rueda C, dirigido a personas prefrágiles con movilidad autónoma, incluyendo plan gráfico y video explicativo.

Caso 2

Mujer de 82 años derivada inicialmente por ATTRwt. Antecedentes de diabetes, hipertensión, dislipemia, gonartrosis, fractura vertebral L2. Polifarmacia (7 fármacos) y vive con su hija, que organiza la medicación.

VIMA: Pfeiffer 2 errores; Barthel 50 (dependencia grave); índice PROFUND 4. Dinamometría: 11.8 kg y 7.9 kg (sarcopenia y fragilidad). Estos hallazgos permiten clasificarla como paciente crónica pluripatológica. Cuidadora principal identificada, sin riesgo social.

Durante el estudio en Medicina Interna se objetivaron parestesias y estreñimiento. El estudio electrofisiológico confirmó polineuropatía mixta sensitivo-motora. Asimismo, se solicitaron endoscopias digestivas por cambios en el hábito intestinal y sangre oculta en heces positiva, evidenciándose diverticulosis y biopsias compatibles con depósito de amiloide a nivel digestivo.

Ante los hallazgos sistémicos, se amplió el estudio con test genético, que confirmó amiloidosis hereditaria (ATTR mutada), lo que supuso una modificación en el diagnóstico con potenciales implicaciones terapéuticas y pronósticas. Se indicó ejercicio según Vivifrail, conciliación terapéutica y seguimiento estrecho.

Cuestiones clave

Aunque existe experiencia consolidada en la colaboración de Medicina Interna con servicios quirúrgicos, son menos frecuentes los modelos coordinados con especialidades médicas. El proyecto AmilVIMA ha permitido:

1. Fortalecer la colaboración con Cardiología y poner en valor el papel de Medicina Interna como referente en pluripatología y cronicidad.
2. Incorporar herramientas pronósticas como el índice PROFUND en la toma de decisiones terapéuticas.
3. Visibilizar la importancia de identificar fragilidad y sarcopenia en el paciente mayor, y promover el ejercicio físico como intervención terapéutica.
4. Demostrar que la atención multidisciplinar mejora la calidad asistencial, optimiza resultados clínicos y contribuye a una atención centrada en el paciente.

Conclusiones

La VIMA permite una evaluación completa y estructurada del paciente con ATTRwt, abordando aspectos funcionales, cognitivos, sociales y pronósticos que a menudo se escapan del foco clínico de otros servicios. Esta valoración contribuye a ajustar tratamientos, detectar vulnerabilidades y, en algunos casos, redefinir el diagnóstico con importantes implicaciones terapéuticas.

Medicina Interna se posiciona como nodo coordinador en la atención del paciente complejo, ofreciendo a otras especialidades una herramienta útil, práctica y centrada en el paciente para la toma de decisiones clínicas.

Bibliografía

- Vallejo Maroto I, et al. Recomendaciones sobre la valoración integral y multidimensional del anciano hospitalizado. Rev Clin Esp. 2021;221(6):347–58. <https://doi.org/10.1016/j.rce.2020.10.003>
- Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel index. Md State Med J. 1965;14:61-5.
- Rueda R, Izquierdo M, Casas-Herrero A, et al. Prescripción de ejercicio físico. El programa Vivifrail como modelo. Nutr Hosp. 2019;(36 Extra 2):50–56.

CC-08

INFECCIONES UROLÓGICAS RECURRENTE: ADULTO JOVEN CON ESPINA BÍFIDA, DERIVACIONES URINARIAS MÚLTIPLES Y ERC AVANZADA

Urbaneja Zumaquero, Víctor; Ávila Royón, Daniel; López Calderón, Cristina.

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

Desarrollo del caso

Varón de 43 años, sin alergias medicamentosas conocidas, nacido con espina bífida con mielomeningocele intervenido en el periodo neonatal. Desde la juventud convive con colostomía permanente. La evolución urológica ha sido compleja: cistectomía con anastomosis ureteroileal tipo Bricker derecha y nefrostomía percutánea izquierda de recambios programados por hidronefrosis, litiasis y estenosis crónicas. Padece enfermedad renal crónica (ERC) de origen intersticial estadio 3b-4 con frecuentes descompensaciones. Presenta antecedentes repetidos de infecciones urinarias complicadas con bacteriemia y episodios de celulitis en relación con dispositivos.

Situación basal

El paciente vive institucionalizado en un centro sociosanitario, sin contacto estrecho con familiares. El cuidado diario (curas de estomas, manejo de derivaciones, medicación) recae en el equipo de enfermería, que actúa como cuidador principal.

- Funcional: Dependencia severa para ABVD; requiere ayuda completa para higiene, transferencias y manejo de dispositivos. *Barthel*: 25/100.
- Cognitivo: Consciente, orientado y capaz de tomar decisiones. *Pfeiffer*: 1.
- Emocional: Insomnio intermitente y ánimo variable; sin depresión mayor. *Yesavage*: 5/15.
- Nutrición: Signos de desnutrición proteico-calórica, hipoalbuminemia mantenida. Peso estimado 68 kg, talla 170 cm, IMC:23 (afectado por edemas). *MNA-SF*: 6/14. *SARC-F* positivo.
- Riesgos: Alto riesgo de caídas (Downton 4), úlceras por presión (Norton 13), polifarmacia (>10 fármacos), exposición antimicrobiana repetida.
- Fragilidad: *Clinical Frailty Scale* 6. *PROFUND* 13, *NECPAL* positivo.

Motivo de ingreso y presentación

Tras varios días con cambios en el aspecto de las diuresis y decaimiento, se traslada al hospital. Se objetivan acidosis metabólica, hipopotasemia e hipomagnesemia graves sobre función renal deteriorada. Exudado periestoma y piuria. Se inicia antibioterapia empírica ajustada a su función renal y antecedentes microbiológicos.

Evolución intrahospitalaria

La hospitalización se caracterizó por varios episodios sépticos urológicos en relación con manipulación de derivaciones y colonización crónica por patógenos multirresistentes:

- Episodio inicial: *Proteus mirabilis* sensible; tratamiento con piperacilina/tazobactam.
- Recaída: Hemocultivos con *Enterococcus faecium*; urocultivo polimicrobiano; tratamiento con meropenem + daptomicina y recambio de nefrostomía y catéter.
- Nuevo deterioro: *Klebsiella pneumoniae* y *Pseudomonas aeruginosa* resistentes; bacteriemia mixta; terapia dirigida con ampicilina + quinolona ajustada.
- Último episodio: *Escherichia coli* BLEE; tratamiento con ceftolozano/tazobactam + ampicilina con buena respuesta.

Se realizaron reposiciones de electrolitos, corrección de acidosis, transfusiones por anemia multifactorial, hierro intravenoso y darbepoetina. Se aplicó soporte nutricional hiperproteico y prevención de úlceras por presión. Urología propuso cirugía definitiva, que el paciente rechazó reiteradamente.

Situación al alta

Tras la resolución del último episodio y mejora analítica, el paciente quedó afebril, estable y con función renal próxima a su basal. Regresó a la residencia con plan coordinado de recambios de dispositivos, profilaxis intermitente con fosfomicina trometamol y seguimiento multidisciplinar. Se mantuvo tratamiento con eritropoyetina, hierro, bicarbonato, suplementos nutricionales y analgesia segura.

Exposición de las cuestiones clave

La interpretación de los cultivos en portadores de derivaciones urinarias permanentes exige diferenciar colonización de infección para evitar sobretratamiento y resistencias. En este paciente, los recambios programados de catéteres fueron parte esencial de la estrategia, junto con una antibioterapia escalonada y ajustada a su función renal. El uso racional de nuevos betalactámicos como ceftolozano/tazobactam permitió controlar infecciones por Gram negativos multirresistentes sin empeorar la función renal. La aplicación de una valoración integral permitió identificar fragilidad, riesgo de úlceras, desnutrición y necesidades especiales de coordinación con la residencia sociosanitaria.

Conclusiones

Este caso muestra que la complejidad clínica puede equipararse a la de pacientes ancianos, pese a tratarse de un adulto joven con discapacidad congénita. La integración de clínica, microbiología y estado de los dispositivos, junto con recambios programados, fueron clave para el control de las infecciones. La desnutrición y la anemia influyeron en su pronóstico, subrayando la necesidad de soporte nutricional e intervenciones tempranas. Respetar las decisiones del paciente y coordinar los distintos niveles asistenciales permitió definir un plan de cuidados realista y centrado en la prevención.

Bibliografía

1. Vallejo Maroto I, et al. Recomendaciones sobre la valoración integral y multidimensional del anciano hospitalizado. Rev Clin Esp. 2021;221:347-358.
2. Grupo de Cronicidad y Pluripatología SEMI. Libro de Casos Clínicos Pacientes Crónicos Complejos. SEMI; 2024.

CC-09

EL INTERNISTA MEJORANDO EL PRONÓSTICO DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA

García Godino, Carmen María; Aparicio Santos, María Reyes; Díaz Del Junco, Reyes.

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Desarrollo del caso

Presentamos el caso de un varón de 80 años, exfumador desde 1985 y exbebedor excesivo desde 2019, con HTA, antecedentes de hepatopatía crónica con datos de HTP de origen enólico desde 2019, anemia ferropénica crónica por pérdidas digestivas con angiodisplasia de colon tratada en 2023, ERC G3bA1, FA no anticoagulada que precisó implante de marcapasos en 2019, dilatación de aorta ascendente con insuficiencia aórtica grado II e IC con FEVI preservada. Vive con su mujer y es independiente para las AVBD, con Barthel de 100, e instrumentales, con un Pfeiffer de 2, sin deterioro cognitivo ni riesgo de caídas. Es un paciente pluripatológico (categorías A1, D2 y G1), sin ser un paciente frágil según la escala de FRAIL, con un índice PROFUND de 3 puntos, bajo riesgo.

Ingresa en Medicina Interna en enero del 2024 por insuficiencia cardíaca descompensada secundaria a anemia, con EDA y colonoscopias normales. En marzo del 2024 reingresa, esta vez por descompensación hídrica con nueva descompensación de IC. Anteriormente había sido visto en consultas de Digestivo y Medicina Interna, pero perdió el seguimiento.

Al alta del último ingreso, recupera el seguimiento por Medicina Interna, esta vez siendo incluido en el programa PAICCA, de Insuficiencia Cardíaca. Dentro de este programa el paciente es presentado al Comité de Valvulopatías, donde participa Cardiología, ante el hallazgo de insuficiencia tricúspide masiva en ETT reglada solicitada, sugiriéndose valorar triclip y cierre de la orejuela izquierda.

Durante el seguimiento estrecho y a demanda en consultas de Medicina Interna se va optimizando el tratamiento de sus diversas patologías crónicas en función de necesidades clínico-analíticas, precisando además de ferroterapia, transfusiones en Hospital de Día. En febrero, el paciente tiene una fractura vertebral osteoporótica en L1 que lo deja encamado, derivando al paciente a Hospitalización a Domicilio dentro del programa PAICCA. En abril, Cardiología desestima triclip y cierre de la orejuela izquierda. En mayo, el paciente comienza a deambular y recupera su funcionalidad basal, retomándose el seguimiento en consultas presenciales de Medicina Interna.

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

La insuficiencia cardíaca es la primera causa de hospitalización en mayores de 65 años(1). En su mayoría son pacientes con enfermedades crónicas y/o pluripatológicos.(2) Debido a las múltiples comorbilidades de este tipo de paciente, el internista logra un mejor abordaje integral, atendiendo predominantemente al perfil con fracción de eyección preservada.(3)(4)

El seguimiento ambulatorio y exhaustivo de pacientes pluripatológicos con insuficiencia cardíaca en unidades especializadas (5) después de una hospitalización permite disminuir la tasa de reingresos hasta en un 75%, (6) así como la mortalidad de los pacientes de forma significativa.(7)(8)

Conclusiones

En nuestro caso el paciente no ha vuelto a reingresar por insuficiencia cardíaca ni por otro tipo de descompensaciones pese a ser un paciente pluripatológico complejo. Esto remarca la importancia del seguimiento estrecho tras un ingreso de este tipo de pacientes crónicos en consultas de Medicina Interna y/o modalidad de Hospitalización Domiciliaria, según las necesidades en cada caso, por su la visión integradora del internista, lográndose evitar rehospitalizaciones.

Bibliografía

1. Rodríguez-Artalejo F, Banegas Banegas JR, Guallar-Castillón P. Epidemiology of Heart Failure. Sección patrocinada por el Laboratorio Dr. Esteve [Internet]. Vol. 57, Rev Esp Cardiol. 2004. Disponible en: www.revespcardiol.org
2. Chivite D, Franco J, Formiga F. Insuficiencia cardíaca crónica en el paciente anciano. Vol. 50, Revista Española de Geriatria y Gerontología. Ediciones Doyma, S.L.; 2015. p. 237-46.
3. Bazmpani MA, Papanastasiou CA, Giampatzis V, Kamperidis V, Zegkos T, Zebekakis P, et al. Differences in Demographics, in-Hospital Management and Short-Term Prognosis in Admissions for Acutely Decompensated Heart Failure to Cardiology vs. Internal Medicine Departments: A Prospective Study. J Cardiovasc Dev Dis. 1 de agosto de 2023;10(8).
4. Martínez F, Martínez-Ibañez L, Pichler G, Ruiz A, Redon J. Multimorbidity and acute heart failure in internal medicine. Int J Cardiol. 1 de abril de 2017;232:208-15.
5. Santiago-Vacas E, Anguita M, Casado J, García-Prieto CF, González-Costello J, Matalí A, et al. Current heart failure disease management and treatment in accredited units from cardiology and internal medicine in Spain. Rev Clin Esp. 1 de agosto de 2023;223(7):405-13.
6. Cerqueiro JM, González-Franco A, Montero-Pérez-Barquero M, Llácer P, Conde A, Dávila MF, et al. Revista Clínica Española Reduction in hospitalizations and emergency department visits for frail patients with heart failure: Results of the UMIPIC healthcare program [Internet]. Vol. 216, Rev Clin Esp. 2016. Disponible en: www.elsevier.es/rce
7. González-Franco, Cerqueiro González JM, Arévalo-Lorido JC, Álvarez-Rocha P, Carrascosa-García S, Armengou A, et al. Morbidity and mortality in elderly patients with heart failure managed with a comprehensive care model vs. usual care: The UMIPIC program. Rev Clin Esp. 1 de marzo de 2022;222(3):123-30.
8. Anguita Sánchez M, Castillo Domínguez JC. Do All Patients With Heart Failure Benefit From a Program for Early Follow-up After Hospital Discharge? Rev Esp Cardiol. 1 de agosto de 2017;70(8):624-5.

CC-10

ATENCIÓN INTEGRAL Y MULTIDIMENSIONAL COMO PILARES EN EL ABORDAJE DEL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO

Broco Villahoz, Nuria; García De La Torre, Pilar; Casado López, Irene; Hernández Píriz, Alba.

Hospital Infanta Cristina, Parla.

Varón de 77 años, exfumador y exbebedor, con antecedentes de: hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, insuficiencia cardíaca crónica (ICC) con fracción de eyección preservada, fibrilación auricular anticoagulada (CHA₂DS₂-VASc 5), EPOC moderado-grave, cor pulmonale con hipertensión pulmonar grave, síndrome de apnea-hipoapnea del sueño (SAHS) muy grave, nefropatía crónica y anemia multifactorial. Tratamiento habitual: acenocumarol, enalapril, bisoprolol, empagliflozina, furosemida, espironolactona, triple terapia inhalada, sulfato ferroso, vitamina B12 semanal, calcifediol, macrogol y BiPAP nocturno.

En el año previo a su inclusión en la Unidad de Paciente Crónico Complejo (PCC), llevaba seguimiento por cinco especialidades (cardiología, neumología, digestivo, endocrinología, entre otras) y precisó acudir al Servicio de Urgencias hasta 7 veces requiriendo ingreso en 4 de ellas. El motivo de ingreso fue anemización con necesidad transfusional, en ocasiones asociada a sobredosificación del anticoagulante, junto a descompensación de su patología crónica (ICC descompensada, insuficiencia respiratoria aguda, fracaso renal agudo sobre ERC...); en dos de estas ocasiones presentó complicaciones hemorrágicas mayores: hematoma en psoas, cuya compresión provocó neuropatía femoral y déficit motor secundario que le impedía la deambulación, y una hemorragia subaracnoidea. Todo lo anterior supuso un importante deterioro funcional del paciente.

Tras uno de los ingresos se derivó a la Unidad de PCC, realizando la primera visita en marzo de 2023. En esta primera visita se realizó una valoración integral multidimensional del paciente: NYHA II, riesgo de desnutrición (MNA), alta probabilidad de fragilidad (FRAIL) y una probabilidad intermedia de fallecimiento al año tras el alta (Índice PROFUND: 6 puntos). No presentaba síntomas depresivos y refería buena calidad de vida según EQ-5D (90%). Era adherente al tratamiento y conocedor de su enfermedad. Además, se proporcionó información detallada sobre la evolución natural de sus patologías crónicas, se valoró su situación social (vive con su mujer y un hijo dependiente) y se inició un programa de ejercicio domiciliario adaptado. Se revisó su tratamiento crónico, retirando fármacos con bajo beneficio y riesgo de hipotensión, así como suplementos de dudosa utilidad, y sustituyendo espironolactona por eplerenona por ginecomastia inducida.

Por otro lado, y con el fin de reducir anemizaciones graves, fue incluido en el programa de ferroterapia intravenosa con hierro carboximaltosa y se inició apixabán en sustitución a acenocumarol por mal control. Se planteó también completar estudio de la anemia con endoscopias ante la sospecha de componente digestivo, lo cual no fue posible por no recibir el apto anestésico y rechazar el paciente su realización sin sedación. Con ello se redujeron los requerimientos transfusionales, pero persistía anemización progresiva con múltiples agudizaciones en relación a esto.

En estos nuevos episodios de ICC y ERC descompensadas secundarios a anemia, y gracias al seguimiento estrecho y continuado ofrecido por la Unidad de PCC, se realizaron ajustes terapéuticos telefónicos cuando fue posible y se ofreció atención precoz en Hospital de Día Médico ante descompensaciones mayores disminuyendo las visitas a urgencias. Además, cuando precisó ingreso, la coordinación con el equipo de Hospitalización a Domicilio permitió una gestión ágil del ingreso y tratamiento domiciliario eficaz, evitando ingresos hospitalarios prolongados.

Finalmente, se valoró el riesgo beneficio de mantener anticoagulación a dosis plenas (CHA₂DS₂-VA 5, HAS-BLED 5) y, de forma compartida con el paciente y su familia, se decidió mantener solo profilaxis antitrombótica asumiendo el riesgo embólico. Desde entonces, no ha precisado nuevas transfusiones, manteniéndose en seguimiento con ferroterapia intravenosa periódica.

Actualmente, dos años y medio tras su incorporación a la Unidad de PCC, presenta un mejor control de su pluripatología crónica con reducción marcada de las visitas a Urgencias y de reingresos. Además, la atención holística y multidimensional del internista ha permitido unificar las citas de distintas especialidades en una única consulta de Medicina Interna, reduciendo más aún los desplazamientos al hospital. Gracias ello, el paciente ha experimentado una mejora notable en su calidad de vida.

Cuestiones claves

La pluripatología, polifarmacia y cronicidad entrañan una complejidad que requiere una atención integral, coordinada y centrada en el paciente.

El modelo de atención holística y cercana de las Unidades de PCC supone: mejora del control clínico y funcional, reducción de visitas a Urgencias e ingresos hospitalarios, y mayor eficiencia asistencial evitando consultas fragmentadas.

La coordinación de la Unidad de PCC con la Hospitalización a Domicilio permite una respuesta precoz y adaptada a las descompensaciones, facilitando el ajuste terapéutico de forma segura y confortable para el paciente.

Las decisiones compartidas y la formación del paciente y de su cuidador son clave en pacientes con pluripatología crónica grave y baja expectativa de beneficio.

Conclusiones

La atención a pacientes con cronicidad compleja debe apoyarse en equipos multidisciplinares, con un seguimiento estrecho y enfoque holístico, características solo aplicables al médico internista. Este caso muestra cómo la inclusión de estos pacientes en unidades con dichas características mejora el pronóstico y calidad de vida de los mismos, disminuyendo complicaciones y visitas e ingresos hospitalarios.

Bibliografía

- Fernández Moyano A, et al. Simposio. Pluripatología. Modelos de atención al paciente pluripatológico [Care models for polypathological patients]. Rev Clin Esp. 2017;217(6):351–8
- Vallejo Maroto I, et al. Recomendaciones sobre la valoración integral y multidimensional del anciano hospitalizado. Posicionamiento de la Sociedad Española de Medicina Interna. Revista Clínica Española. Vol. 221. 2021 Jun- Julio; 6: 347-358. doi: 10.1016/j.rce.2020.10.003.

CC-11

LA TORMENTA PERFECTA

Cerdán Morala, Antonio; Salcedo Martín, Leticia; Alonso Claudio, Gloria María; Moralejo Alonso, Leticia.
Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca.

Desarrollo del caso

Varón de 59 años, profesor universitario, en seguimiento ambulatorio estable desde marzo de 2023 en la Unidad de Continuidad Asistencial (UCA), por múltiples comorbilidades: hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus tipo 2, dislipemia, nefropatía diabética, cardiopatía isquémica, cirrosis hepática enólica y enolismo activo. El paciente presentaba un Barthel de 90 puntos, un Pfeiffer con 0 errores y un índice Profund de 2 puntos. Durante más de un año no había requerido ingresos hospitalarios, con buena adherencia y control clínico.

En julio de 2024, el paciente ingresa en Cardiología por síndrome coronario agudo. Se realiza coronariografía con contraste iodado, precisando dos stents y se coloca una sonda vesical. Durante el ingreso se documenta deterioro de la función renal, pero se opta por el alta precoz con seguimiento en UCA a las 48 horas.

En la UCA, a las 48 horas, se observa **hematuria, anuria y creatinina de 5,19 mg/dL**, por lo que se avisa a Nefrología para ingreso urgente. Se diagnostica reagudización de nefropatía crónica, probablemente inducida por contraste. Se inicia sueroterapia, con mejoría parcial.

Durante el ingreso se solicita valoración por Urología debido a la hematuria persistente. Se realiza cistoscopia que revela **erosión uretral atribuida al sondaje previo**, en un paciente doblemente antiagregado. A pesar del deterioro renal reciente, se solicita **nuevo TAC abdominopélvico con contraste “para completar el estudio de hematuria”**, lo que conlleva un segundo deterioro de la función renal. Finalmente, el paciente inicia **hemodiálisis** antes del alta hospitalaria.

Actualmente, se encuentra en tratamiento con **diálisis peritoneal**, con seguimiento por Nefrología y UCA. Presenta síntomas de ansiedad reactiva, pérdida de funcionalidad parcial y progresiva dependencia en actividades instrumentales, actualmente precisa una cuidadora, su hermana, que ha asumido el rol asistencial y soporte emocional.

Valoración multidimensional

- **Funcional:** previamente independiente; actualmente con dependencia parcial para actividades instrumentales.
- **Cognitiva:** sin deterioro conocido; buena comprensión y juicio conservado.
- **Emocional:** sintomatología ansioso-depresiva reactiva.
- **Pronóstica:** alto riesgo de eventos adversos por pluripatología y dependencia de terapia renal sustitutiva.
- **Cuidador principal:** previamente no precisaba, en la actualidad es su hermana.

Cuestiones clave

Este caso refleja con claridad el concepto de **“tormenta perfecta”** aplicado a la atención del paciente pluripatológico:

1. **Terreno vulnerable:** múltiples comorbilidades que exigen precaución extrema ante intervenciones invasivas.
2. **Cascada iatrogénica:** doble exposición a contraste en corto intervalo → reagudización renal irreversible.
3. **Falta de visión transversal:** decisiones clínicas aisladas, sin integración del riesgo acumulado.

4. **Alta precoz y falta de coordinación:** seguimiento sin planificación ajustada al riesgo clínico.
5. **Pruebas innecesarias con alto riesgo:** cistoscopia en paciente anticoagulado y segundo TAC con contraste en contexto de nefropatía avanzada.

Conclusiones

El caso evidencia cómo una serie de decisiones clínicas descoordinadas, en un paciente con alta vulnerabilidad biológica, puede conducir a un desenlace grave. La **falta de visión global, la atención fragmentada y la escasa reevaluación del riesgo** derivaron en una **pérdida de función renal irreversible**.

En el paciente pluripatológico:

- Es esencial **reforzar la coordinación asistencial** entre niveles y especialidades.
- Toda decisión diagnóstica o terapéutica debe considerarse **en función del estado integral del paciente**.
- Es necesario anticipar y minimizar el **riesgo de iatrogenia**.
- La Medicina Interna está especialmente entrenada en este enfoque integral, pero es imprescindible que **todas las especialidades médicas adquieran mayor sensibilidad y formación sobre el paciente pluripatológico**. Solo así se podrán evitar desenlaces graves como el descrito, consecuencia no de la gravedad inicial del paciente, sino de una **iatrogenia acumulada, evitable y prevenible**, que nace de la fragmentación y de la falta de perspectiva global.

Este caso demuestra que la “tormenta perfecta” no es una simple coincidencia, sino el reflejo de **fallos sistémicos en la gestión del paciente complejo**, donde el modelo asistencial actual resulta insuficiente si no está centrado en la globalidad del individuo.

Bibliografía

1. Gómez-Batiste X, Blay C, Roca J. Necesidades complejas y modelos de atención. Med Clin (Barc). 2018;151(4):138–142.
2. Grupo de trabajo de cronicidad y pluripatología de la SEMI. Recomendaciones sobre la valoración integral y multidimensional del anciano hospitalizado. Rev Clin Esp. 2021;221(6):338–347. <https://doi.org/10.1016/j.rce.2020.10.003>
3. Sánchez-García E, et al. Iatrogenia y polifarmacia en el paciente mayor. Med Clin (Barc). 2020;154(11):464–470.
4. Moreno-Torres V, et al. COVID-19: The perfect storm for healthcare systems and the opportunity for a change. Rev Clin Esp. 2020;220(8):461–463. <https://doi.org/10.1016/j.rce.2020.06.006>
5. Vincent JL. The "perfect storm" in intensive care. Crit Care. 2009;13(3):162. <https://doi.org/10.1186/cc7901>

CC-12

EL REFLEJO DE LO COTIDIANO: IMPACTO DE UNA UNIDAD DE CRÓNICOS EN LA EVOLUCIÓN DE UN PACIENTE CON MORBIMORTALIDAD CARDIORRESPIRATORIA AVANZADA

Olaizola Guerrero, Maider; Aparicio Cordero, Laura; Echauri Carlos, Enara; Arnedo Hernández, Sergio; Ruiz Castellano, María; Villanueva Fortún, Amaya.

Hospital de Navarra, Pamplona.

Desarrollo del caso

Presentamos el caso de un varón de 75 años, pluripatológico complejo, en seguimiento por la Unidad de Crónicos Pluripatológicos (UCPP) desde 2022. Vive con su pareja, cuidadora principal, en domicilio habitual. Mantiene una vida activa e independiente para las actividades básicas e instrumentales, realiza ejercicio diario limitado por disnea (mMRC 2-3, NYHA III), deambula sin apoyos, utiliza oxigenoterapia domiciliaria con concentrador portátil, conserva doble continencia y mantiene alimentación normal sin disfagia. Cognitivamente, presenta autonomía completa, sin déficits sensoriales, con capacidad para gestionar su medicación, economía y relaciones sociales.

Entre sus antecedentes destacan: EPOC grave fenotipo mixto agudizador no eosinofílico GOLD 3E con bronquiectasias, múltiples aislamientos microbiológicos (incluidos multirresistentes), intolerancia a azitromicina y antibióticos inhalados; insuficiencia cardiaca con FEVI recuperada sobre miocardiopatía isquémica-hipertensiva-valvular; hipertensión pulmonar (grupo II-III), fibrilación auricular anticoagulada, ERC G3aA1, anemia por angiodisplasias digestivas, diabetes tipo 2, dislipemia e hipertensión con buen control crónico.

Entre 2015 y 2022 fue considerado “paciente multi-ingresador”, con una media de 6-8 ingresos anuales (en hospitalización convencional y a domicilio), con estancias medias >15 días. Más de un tercio del año lo pasaba hospitalizado, fundamentalmente por descompensaciones cardiorrespiratorias secundarias a infecciones pulmonares. La atención estaba fragmentada entre múltiples especialidades, lo que dificultaba la coordinación y continuidad asistencial.

Tras un ingreso en Medicina Interna en 2022, se propuso su inclusión en la UCPP. Desde entonces, ha recibido seguimiento telefónico mensual o bimensual, revisiones presenciales trimestrales, y un abordaje integral centrado en la persona. En los dos años y medio de su seguimiento en la unidad, se han registrado entre 7-10 descompensaciones anuales, manejadas en su mayoría de forma ambulatoria. Solo se ha requerido un ingreso hospitalario al año de media, por infecciones respiratorias complicadas por gérmenes multirresistentes que precisaron tratamiento endovenoso. Durante el seguimiento se optimizó su tratamiento respiratorio y cardiometabólico reduciendo la polifarmacia, se instauró suplementación nutricional oral, un programa de ejercicio multicomponente y un plan estratégico de cuidados con la cuidadora principal.

La valoración integral a la inclusión en la UCPP permitió establecer una línea base funcional y clínica mediante la herramienta VIMA, que se ha repetido de forma periódica para monitorizar la evolución del paciente y orientar intervenciones personalizadas. A lo largo del seguimiento, se observó una mejoría funcional significativa, con un aumento del índice de Barthel de 70 a 90 puntos, pasando de una dependencia moderada a una situación de independencia funcional. El índice FRAIL disminuyó de 5 a 4 puntos, manteniéndose una fragilidad leve atribuible a la disnea basal persistente. La puntuación en la escala SARC-F mejoró de 5 a 4 puntos, reflejando una mejoría del componente sarcopénico. En cuanto al estado nutricional, la puntuación en el MNA-SF aumentó de 9 a 14, resolviendo el riesgo de desnutrición. Asimismo, el índice PROFUND pasó de 9 a 3, indicando una mejoría pronóstica relevante. Durante este periodo, no se han producido nuevos episodios de delirium, y el paciente ha mantenido un buen estado cognitivo, sin síntomas depresivos (Yesavage 3) ni riesgo de úlceras por presión (Norton sin riesgo). En conjunto, se trata actualmente de un paciente con multimorbilidad avanzada, autónomo funcionalmente, fragilidad leve por disnea, sin deterioro cognitivo ni anímico, bien nutrido, y sin riesgo de úlceras ni delirium.

Cuestiones claves del caso

Este caso ejemplifica cómo un modelo de atención integral desde una unidad de crónicos puede transformar la evolución clínica de pacientes con multimorbilidad avanzada. La presencia de un referente clínico, el abordaje interdisciplinar y el seguimiento longitudinal centrado en la persona permitieron:

- Racionalizar recursos sanitarios y reducir la hiperfrecuentación.
- Mejorar la funcionalidad basal, revertir la sarcopenia y optimizar el estado nutricional.
- Prevenir complicaciones frecuentes como delirium, úlceras y deterioro funcional post-ingreso.

El uso sistemático de herramientas objetivas como VIMA facilitó una monitorización precisa y la toma de decisiones clínicas personalizadas.

Este caso pone de relieve el papel clave de la Medicina Interna en el manejo de la complejidad, y la necesidad de modelos basados en continuidad, integralidad y centralidad en el paciente.

Conclusiones

1. La UCPP ha transformado el perfil de paciente crónico hospitalizado en un seguimiento ambulatorio estructurado, con mejora funcional y reducción de eventos adversos.
2. Herramientas como VIMA permiten evaluar de forma objetiva la evolución clínica y orientar decisiones individualizadas.
3. El modelo internista, centrado en la atención integral y longitudinal, es esencial para un manejo eficaz de la pluripatología compleja.

Bibliografía

- Grupo de Trabajo de Cronicidad de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Herramienta VIMA: Valoración Integral Multidimensional en el paciente crónico complejo. 1ª ed. Madrid: SEMI; 2022.
- García-García JJ et al. Modelo de atención a pacientes crónicos complejos. Unidades de atención a crónicos en Medicina Interna. Rev Clin Med Interna.

CC-13

FRAGILIDAD PRIMERO: LA LUPA QUE TRANSFORMA EL TRATAMIENTO

García Arana, Leasly; Casino Antón, Jordi; Mesas Cervilla, Mónica; López López, Rosa; Parra Areste, Ester.
Eap Dreta Eixample, Barcelona.

Se trata de una mujer de 96 años sin alergias y sin hábitos tóxicos, consta como Paciente Crónico Complejo. Tiene antecedentes patológicos de: Diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento con metformina (HbA1c 5.1%), dislipemia en tratamiento con simvastatina 10mg, Fibrilación auricular desde 2010 diagnosticada a raíz de ictus cardioembólico (sin secuelas) y anticoagulada con apixabán 2.5mg cada 12 horas. Insuficiencia cardiaca de FE reducida 34% con un VI dilatado, IM moderada, IT e HTP severa (PAPs 44mmHg), realiza tratamiento con bisoprolol 2.5mg cada 24 horas y no lleva diurético. ERC con FG 55ml/min, anemia del trastorno crónico con última Hb de 10,7g/dl.

Tratamiento crónico: apixaban 2.5mg cada 12 horas, gabapentina 300mg cada 24 horas, lorazepam 1mg cada 24 horas, metformina 850mg cada 24 horas, Calcio con vitamina D 600mg/400U cada 24 horas, paracetamol 1g cada 8 horas, simvastatina 10mg cada 24 horas, trazodona 50mg cada 24 horas, bisoprolol 2.5mg cada 24 horas.

Es valorada por su médico referente un día antes por taquicardia y le aumenta el bisoprolol a 2.5mg cada 12 horas y reinicia furosemida oral 1-1-0 por descompensación de su insuficiencia cardiaca.

Nos dan aviso de valoración urgente en domicilio residencial, nos explican que hasta unos días antes deambulaba por el domicilio sin ayudas y mantenía buena comunicación con su hijo que le proporciona buen soporte.

La paciente no tiene realizado el plan de intervención individualizado compartido (PICC).

Expresa “ahogo intenso y angustia” y pide por su hijo. Se encuentra sedestando en cama a 90º, saturación 91%, taquipneica (FR 32rpm), taquicardica (FC 150 lpm). TA 92/65mmHg. A la auscultación hay crepitantes en ambos campos pulmonares hasta ápices y uso de la musculatura accesoria.

En este contexto se orienta in situ como sospecha de edema agudo de pulmón en contexto de fibrilación auricular rápida. Se coloca aporte de oxígeno con gafas nasales a 2L y con la medicación disponible se administran 3mg de morfina SC, 40mg de furosemida SC y 0,25mg de digoxina VO. La paciente comienza a agitarse y sigue expresando intensa disnea.

¿Es más urgente tratar la entidad clínica? Avisando al 061 para ser atendida en las urgencias de su hospital de referencia ó *¿nos hemos de plantear priorizar atender el padecer de la paciente?* Es decir, controlar los síntomas y avisar a su hijo para que le acompañe, siendo una situación de final de vida.

Debemos pensar que en un paciente con fibrilación auricular asociada a inestabilidad hemodinámica el tratamiento indicado es la cardioversión ¿Podemos sedar a esta paciente de forma segura teniendo en cuenta el edema pulmonar y la intolerancia al decúbito? Por otra parte, también existe la posibilidad de requerir iniciar ventilación mecánica no invasiva (VMNI), siendo que en este momento presenta contraindicación por la inestabilidad hemodinámica y la agitación.

En este sentido, *¿Sería de utilidad conocer el grado de fragilidad de la paciente para guiar el pronóstico?*

Dejando a un lado la edad cronológica, debemos enfatizar en valorar la fragilidad como marcador de la edad biológica y la reserva fisiológica. La fragilidad es una entidad clínica que sirve como guía y predictor de malos resultados en la atención primaria y de agudos, por lo que se utiliza para guiar el pronóstico respecto a la mortalidad o riesgo de discapacidad con la finalidad de tomar decisiones compartidas que identifican a subgrupos especialmente vulnerables que pueden beneficiarse de un seguimiento específico. El mejor resultado es el que beneficia a la persona tratada y en algunos casos puede ser mejor reducir el esfuerzo.

Afortunadamente en nuestro caso tenemos disponible la valoración por escalas realizada un mes previo al evento agudo. Tiene un VIG-Frail de 0,52 (fragilidad avanzada), Barthel de 60, Pfeiffer de 8, no tiene valoración por deterioro cognitivo ni valoración para sarcopenia pero el registro del peso es bajo para la talla (49kg) y a simple vista se observa escasa reserva de la musculatura. De acuerdo a la distribución de mortalidad a 12 meses por valor de índice VIG-frail: 0,52 corresponde a 61.9%.

Decidimos en este contexto, dar aviso al hijo y tras explicarle la entidad clínica y el posible pronóstico basado en datos objetivos, se decide aliviar los síntomas en domicilio y el acompañamiento por la familia. La paciente es éxitus letalis tras una hora y media del aviso inicial.

Conclusiones

Los pacientes frágiles con enfermedad cardiovascular representan un grupo con alto riesgo de mortalidad. Diferentes estudios han demostrado que la fragilidad es un predictor independiente de mal pronóstico en la insuficiencia cardiaca (IC) y se asocia a mayor riesgo de hospitalización y muerte. Los pacientes con IC con fracción de eyección reducida son un subconjunto de alto riesgo a pesar de los avances en las terapias disponibles. La coexistencia de anemia en pacientes con IC agudizada también ha demostrado un impacto negativo en la mortalidad. Hay estudios donde se muestra que la fibrilación auricular asociada a fragilidad, deterioro cognitivo y sarcopenia incrementan la mortalidad (HR: 1,775) y la asociación con insuficiencia renal agrava e influye en el resultado clínico de la IC.

Lo ideal sería que todos los pacientes con fragilidad potencial fueran evaluados en un periodo de estabilidad clínica y que las escalas estuvieran disponibles para los médicos en caso de un evento agudo pues su análisis permite la implementación de planes de actuación y cuidados personalizados.

Bibliografía

1. De Biasio JC, Mittel AM, Mueller AL, Ferrante LE, Kim DH, Shaefi S. Frailty in Critical Care Medicine: A Review. *Anesth Analg*. 2020 Jun;130(6):1462–73. doi:10.1213/ANE.0000000000004665. PMID: 32384336; PMCID: PMC7426653.
2. 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. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2017;52(3):119–127. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2016.09.003>
3. Walker DM, Gale CP, Lip G, Martin-Sanchez FJ, McIntyre HF, Mueller C, et al. Fragilidad y el manejo de pacientes con enfermedad cardiovascular aguda: Documento de posición de la Asociación de Cuidados Cardiovasculares Agudo. *Eur Heart J Acute Cardiovasc Care*. 2018 Mar;7(2):176–93. doi:10.1177/2048872618758931.
4. Tanaka S, Kamiya K, Saito H, Saito K, Ogasahara Y, Maekawa E, et al. Prevalence and prognostic value of the coexistence of anaemia and frailty in older patients with heart failure. *ESC Heart Fail*. 2021 Feb;8(1):625–33. doi:10.1002/ehf2.13140. PMID: 33295134; PMCID: PMC7835564.
5. Requena Calleja MA, Arenas Miquélez A, Díez-Manglano J, Gullón A, Pose A, Formiga F, et al. Sarcopenia, frailty, cognitive impairment and mortality in elderly patients with non-valvular atrial fibrillation. *Rev Clin Esp (Engl Ed)*. 2019;219(8):424–32. doi:10.1016/j.rceng.2019.04.002.

CC-14

EL RETO DEL MANEJO MULTIDISCIPLINARIO EN UNA CIRROSIS AVANZADA

Guaman Sanchez, Ximena Alexandra; Sanz Lobo, Celia; Herrero Lafuente, Ismael; Mencia Chirinos, Heysa Estefany; Bedoya Riofrio, Pamela Dennisse; Garcia Altava, Alejandra.

Hospital General, Segovia.

Desarrollo del caso

Varón de 54 años con mala adherencia al tratamiento y antecedentes personales relevantes de consumo crónico de alcohol, cirrosis hepática alcohólica estadio F4, MELD-Na 28 puntos y Child-Pugh C (11 puntos) además de diabetes mellitus tipo 2. Sin alergias conocidas.

El paciente ingresa en cirugía general por peritonitis secundaria a perforación duodenal, junto con descompensación edemoascítica. Durante la hospitalización, presenta múltiples complicaciones derivadas de su patología hepática crónica: fracaso renal agudo no oligoanúrico grado AKIN 2 (creatinina 1,15 mg/dL, filtrado glomerular >60mL/min/1,73m²), hiponatremia severa con volumen extracelular conservado (sodio 117 mmol/L, osmolalidad 240 mosmol/Kg); coagulopatía (tiempo de protrombina 20,40 seg, INR 1,55, tiempo de cefalina 38,00 seg); ascitis de repetición a tensión que requirió varias paracentesis evacuadoras durante el ingreso. El gradiente de albúmina sérica-ascítica (GASA) fue de 2.1. En la última paracentesis, se detectó leucocitos: 1.280 /μL, polimorfonucleares: 81 %; un recuento de PMN > 250, sin aislamientos microbiológicos. Además, presentó bacteriemia por *Enterococcus faecium* sensible a Linezolid.

Se utilizó la nueva aplicación web para la valoración integral y multidisciplinar del anciano hospitalizado (VIMA): cuidador principal su esposa con la que vive. Es un paciente pluripatológico., crónico con necesidades complejas. Tiene Barthel mayor de 90, por lo que no tiene dependencia

Funcional. Cumple criterios de fragilidad. Tiene riesgo de caídas; bajo riesgo de sarcopenia. Escala Pfeiffer (1 punto), no tiene deterioro cognitivo. MNA SF 7 puntos, está desnutrido. PROFOUND 6, riesgo bajo intermedio de mortalidad. Yesavage positivo. Probable síndrome depresivo.

Escala Norton 11, riesgo medio de desarrollar UPP. No tiene delirium.

Examen físico: Consciente, alternado con episodios de confusión. No deterioro cognitivo. Lenguaje fluido. Asterixis. Ictericia generalizada. Auscultación pulmonar murmullo vesicular conservado; cardíaca rítmica, no soplos. Abdomen prominente, con flancos abultados, se observa circulación colateral, oleada ascítica, matidez desplazable, ruidos hidroaéreos conservados. Sin edemas en extremidades.

Tratamiento: espirolactona 100mg/24horas, lactulosa 10gr/8horas, metformina 1000mg/24h.

Pruebas complementarias: leucocitos 6,92 x10³/μL, hemoglobina 11,70 g/dL, VCM 87,80 fL, HCM 30,50 pg, segmentados 64 %, cayados 23 %, aspartato aminotransferasa 59 U/L, alanina aminotransferasa 31 U/L, gammaglutamil transferasa 519 U/L, bilirrubina total 1,5 mg/dL, fosfatasa alcalina 211 U/L, procalcitonina 15,43 ng/mL, PCR 76,9 mg/L

Diagnóstico: Cirrosis descompensada.

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

Se presenta un paciente varón de 54 años con cirrosis hepática avanzada secundaria a consumo crónico de alcohol, clasificado como Child-Pugh C y con un MELD-Na de 28 puntos con clara indicación de trasplante hepático o colocación de TIPS. El paciente tiene mala adherencia al tratamiento y no cuenta con estudios previos para evaluación de varices esofágicas por negativa del paciente, lo que dificulta el manejo profiláctico de complicaciones hemorrágicas. Fue ingresado por peritonitis secundaria a perforación duodenal, una complicación quirúrgica grave en el contexto de una hepatopatía descompensada con hipertensión portal. Durante el ingreso hospitalario, el paciente desarrolló múltiples complicaciones, incluyendo fracaso renal agudo no oligoanúrico grado AKIN 2, probablemente secundario a la expansión del tercer espacio y al uso de diuréticos, así como hiponatremia severa con volumen extracelular conservado. La ascitis fue recurrente, requiriendo varias paracentesis evacuadoras; el gradiente de albúmina sérica-ascítica fue elevado, confirmando hipertensión portal. En la última paracentesis, se diagnosticó peritonitis bacteriana secundaria con un recuento elevado de polimorfonucleares en líquido ascítico, a pesar de la ausencia de aislamientos microbiológicos. Además, presentó bacteriemia por *Enterococcus faecium* sensible a Linezolid, complicación infecciosa que

requirió tratamiento específico. Este caso ilustra la complejidad y severidad de las descompensaciones en la cirrosis avanzada, así como la necesidad de un manejo multidisciplinario y vigilancia estrecha para prevenir y tratar complicaciones infecciosas y orgánicas.

Conclusiones

La cirrosis hepática avanzada con mala adherencia terapéutica puede evolucionar rápidamente hacia descompensaciones graves que comprometen múltiples órganos, incrementando la morbimortalidad.

La ausencia de evaluación previa de varices limita la implementación de estrategias preventivas frente a hemorragias varicosas, lo que puede empeorar el pronóstico.

La perforación duodenal y la peritonitis secundaria constituyen complicaciones quirúrgicas críticas en pacientes cirróticos, aumentando la complejidad del manejo clínico.

El fracaso renal agudo no oligoanúrico y la hiponatremia severa son alteraciones frecuentes en pacientes con ascitis tensa y requieren un control cuidadoso para evitar la progresión a insuficiencia renal hepatorenal.

La peritonitis bacteriana secundaria puede diagnosticarse clínicamente ante un recuento elevado de PMN en líquido ascítico aun cuando los cultivos sean negativos, y requiere tratamiento antibiótico oportuno para mejorar el pronóstico.

La bacteriemia por *Enterococcus faecium* en un paciente con cirrosis avanzada indica un estado de inmunosupresión relevante, lo que enfatiza la necesidad de un abordaje antibiótico dirigido y monitorización estrecha.

Este caso resalta la importancia de un enfoque multidisciplinario en el tratamiento de pacientes con cirrosis descompensada, incluyendo manejo hepático, renal, infeccioso y quirúrgico.

Bibliografía

1. Suárez Pita D, Vargas Romero JC, Salas Jarque J, Losada Galván I, Miguel Campo B, Catalán Martín P, et al., editores. Manual de diagnóstico y terapéutica médica: Hospital Universitario 12 de Octubre. 8ª ed. Madrid: MSD; 2016.
2. Loscalzo J, Fauci A, Kasper D, Hauser S, Longo D, Jameson J. eds. *Harrison. Principios de Medicina Interna*, 21e. McGraw-Hill Education; 2022.
3. Goldberg E, Chopra S. Cirrhosis in adults: Overview of complications, general management, and prognosis. En: UpToDate, Connor RF (Ed), Wolters Kluwer. (Consultado el 18 de Julio del 2025)

CC-15

PACIENTE JOVEN PLURIPATOLÓGICO TRATADO ACTUALMENTE DE FORMA ACTIVA A PESAR DE SU MAL PRONÓSTICO

García Altava, Alejandra; Guamán Sánchez, Ximena Alexandra; Bedoya Riofrio, Pamela Dennisse; Mencia Chirinos, Heysa Estefany; Herrero Lafuente, Ismael; Martín Rodríguez, Sonia.

Hospital General, Segovia.

Desarrollo del caso:

- i Motivo de consulta: Descompensación clínica en paciente pluripatológico.
- ii Anamnesis y exploración: Paciente varón de 56 años en seguimiento en la Unidad de Continuidad Asistencial (UCA) con antecedentes personales de: hipertensión arterial además de insuficiencia cardíaca con FEVI reducida, insuficiencia aórtica y tricuspídea severa, retinopatía hipertensiva grado II, obesidad, hipercolesterolemia, hipertiroidismo e hiperuricemia. Insuficiencia renal crónica estadio IV. Tumor carcinoide de válvula ileocecal estadio IV con afectación hepática. Artropatía gotosa, fibrilación auricular con CHADS-VASC 2.

Fumador de 20 cigarrillos al día y bebedor esporádico. Además, tuvo un ictus de tronco lacunar y como consecuencia oftalmoplejía internuclear.

Con respecto a la valoración integral del paciente, es independientemente para las actividades de la vida diaria con una puntuación en la escala de Barthel de 95%. Índice de FRAIL mayor de 3 concluyendo que tiene alto riesgo de fragilidad. Además, en relación con la sarcopenia, en la escala de SARC-F la puntuación sería menor de 4 por lo que tiene bajo riesgo de sarcopenia. Aplicando la escala de SPPB nos encontramos ante un paciente prefrágil puesto que la puntuación es menor de 10. Por último, en la escala PROFUND, la puntuación es mayor de 11 considerándose riesgo alto de morir (61,3-68%) en el próximo año.
- iii Tratamiento actual: Omeprazol 20 mg/24h, Bicarbonato 1 g/24h, Mastical 500 m/24h, Zemplar 1 mcg/24h, Bisoprolol 1,25 mg/24h, Tramadol/Paracetamol 37,5mg/325mg/8h, Eldicet 50 mg/8h, Lixiana 30 mg/24h, Eplerenona 25 mg/24h, Edistride 10 mg medio comprimido/24h, Alopurinol 300 mg medio comprimido/24h, Sandostatin LAR 30 mg, una inyección IM al MES, Sandostatin 100 mcg, una ampolla s.c si precisa Aranesp 20 mcg jer, una inyección cada 28 días, Deltius 25.000 UI una cápsula cada mes, Atarax 25 mg, solo si precisa, Torasemida 10mg dos comprimidos/8h
- iv Pruebas complementarias y resultados: Ecocardiograma: IC con FEVI reducida. Cateterismo: arterias coronarias sin lesiones. EMG: polineuropatía sensitivo-motora, simétrica, axonal moderada en miembros inferiores sobre el que se añade síndrome del túnel carpiano izquierdo leve. Ecografía Doppler arterial de MMII: de características normales. Ecografía mamaria: ginecomastia bilateral de predominio izquierdo BIRADS 2 (secundario a espironolactona). Analítica de control: Alteración de la función renal.
- v Diagnóstico principal: insuficiencia cardíaca, enfermedad renal crónica estadio IV y tumor carcinoide estadio IV. Polimedicación.

Exposición de las cuestiones claves sobre las que se articula el caso

La valoración integral y multidimensional (VIMA) del paciente hospitalizado es un punto imprescindible que deberíamos utilizar en todos nuestros pacientes ya que nos ayuda a enfocar el caso de una forma más acertada. VIMA nos ayuda a no solo atender la propia patología del paciente si no, a ir más allá de la parte eminentemente médica, incluyendo una evaluación clínica así como la capacidad del paciente para realizar actividades de la vida diaria, su función cognitiva, estado afectivo, medicación o la situación social, valorando

de manera general la situación global y de fragilidad en la que se encuentra un paciente pluripatológico (normalmente más complejo de manejar). Algunas de las escalas que nos pueden orientar son; la escala de Barthel, de Lawton-brody, Pfeiffer, PROFUND... A pesar de todo ello, dependiendo de cada caso, en ocasiones tomamos unas decisiones y manejos que no coinciden con los resultados de estas escalas ya que no todos los pacientes requieren estrictamente el mismo manejo (aun teniendo mismos resultados en las escalas) ya que cada uno exige unas actuaciones diferentes dependiendo de su situación en ese momento.

Evolución clínica

En nuestro caso, tenemos a un paciente relativamente joven, bastante polimedcado para su edad y con alto riesgo de mortalidad. Le fuimos ajustando medicación a lo largo de las consultas y finalmente dada su evolución, se decidió a los tres meses intervenirle implantándole una prótesis aortica y tricuspídea y un marcapasos (tratamiento de alguna de sus principales patologías) que mejoró su situación basal de manera esporádica. Fue seguido en la consulta sin necesidad de ingresos pero, la enfermedad renal crónica fue progresando por ello y en consenso con oncología y nefrología se decidió finalmente hemodializarlo a pesar de tener a priori un mal pronóstico. Actualmente sigue evolucionando bien, con una clase funcional aceptable pudiendo llevar una vida funcional relativamente normal. Y a pesar de todo ello, aunque los índices pronósticos no son buenos, continúa con su tratamiento activo de quimioterapia: octeotride y everólimus. De esta manera, su calidad de vida ha mejorado y emocionalmente el paciente se encuentra bien dentro de sus limitaciones debido a las diversas patologías que padece y que van complicando el manejo de forma importante.

Conclusiones

Con respecto a todo lo comentado, es importante tener en cuenta que el manejo de cada paciente debería ser individualizado según las circunstancias de cada uno de ellos. Por eso, además de conocer las escalas, es de interés que tengamos en cuenta la situación integral, funcional y emocional de cada uno así como las diversas alternativas de manejo, valorando en cada caso que es lo más conveniente para el paciente en ese momento y no tomar decisiones de acorde únicamente a las escalas pronósticas.

Bibliografía

- 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>
- Martín Lesende I. Abordaje integral del paciente pluripatológico en atención primaria. Tendencia necesitada de hechos. Aten Primaria [Internet]. 2013;45(4):181–3. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2013.01.002>
- Fesemi.org. [citado el 15 de julio de 2025]. Disponible en: <https://www.fesemi.org/sites/default/files/documentos/ponencias/xxix-congreso-semi/Dr.%20Baron.pdf>

CC-16

IMPACTO DEL MODELO UCPP EN LA EVOLUCIÓN CLÍNICA Y FUNCIONAL DE UN PACIENTE CON PLURIPATOLOGÍA AVANZADA: ANGINA REFRACTARIA Y HEMORRAGIA DIGESTIVA: UN ABORDAJE MULTIMODAL

Aragón Muñoz, Pablo; Ariño Perez De Zabalza, Irene Beatriz; García Bascones, June; Aguiar Cano, Diego Fernando; Salmón García, Belen; Carrasquer Pirla, Teresa.

Hospital de Navarra, Pamplona.

Presentamos el caso de un varón de 78 años con pluripatología compleja y elevada carga de comorbilidad. Entre sus antecedentes personales destacan:

- Diabetes mellitus tipo 2 con control glucémico subóptimo, con complicaciones micro y macroangiopáticas, dislipemia y sobrepeso (IMC 27).
- Cardiopatía isquémica crónica desde 1987, con enfermedad de tres vasos, revascularización mixta, y oclusiones crónicas de DA, Cx y CD ostial no candidatas a nueva revascularización desde 2020. Angina crónica refractaria (CCS III-IV) de difícil control. Insuficiencia cardiaca con FEVI conservada (53%). Insuficiencia mitral mixta grado II/IV e insuficiencia tricuspídea funcional moderada-severa (2020).
- Fibrilación auricular permanente anticoagulada con acenocumarol.
- ERC estadio IV (nefropatía diabética y síndrome cardiorrenal tipo 2).
- Esteatosis hepática no alcohólica, poliposis colónica sin criterios estrictos de PAF.
- Apnea obstructiva del sueño grave en tratamiento con CPAP.
- Polineuropatía diabética mixta, temblor esencial y lesiones isquémicas subcorticales cerebrales compatibles con enfermedad de pequeño vaso.

Natural de otra comunidad autónoma, reside en nuestra ciudad desde 2020 con su esposa e hija. Había tenido múltiples ingresos anuales en su hospital de origen por angina refractaria, con hasta 12 revascularizaciones coronarias desde 1987. En 2020 se desestiman nuevos intentos de revascularización miocárdica. Se implanta un dispositivo para estimulación del nervio vago para control de la angina, sin resultado. Paralelamente, desarrolla episodios de hemorragia digestiva y hematoquecia con anemia reiterada, complicando la elección del tratamiento antitrombótico y anticoagulante. En febrero de 2021, ante la pluripatología compleja, es incluido en el circuito de Paciente Crónico Pluripatológico Complejo (UCPP) a solicitud de su médico de Atención Primaria. Se establece seguimiento mediante revisión telefónica y visitas presenciales según necesidad en el momento de descompensación o inestabilidad, coordinación directa con Atención Primaria y Nefrología (ERCA) y alta de seguimiento por consultas de otras especialidades individuales excepto consultas puntuales.

Uno de los aspectos más relevantes tras su inclusión en el UCPP fue el impacto clínico positivo que se produjo en el control de la angina crónica refractaria y de los episodios de insuficiencia cardiaca (IC), que hasta entonces condicionaban fuertemente su calidad de vida. El reajuste de antianginosos, especialmente la introducción de calcioantagonistas, consiguió mejorar los episodios de angina hasta hacerse esporádicos y de baja intensidad. Otro punto de inflexión fue el abordaje de los sangrados digestivos recurrentes, en contexto de antiagregación y anticoagulación por la cardiopatía y la arritmia con alto riesgo embólico. La introducción de otreótido subcutáneo de liberación prolongada logró controlar de forma efectiva estos sangrados, permitiendo mantener inicialmente la antiagregación e indefinidamente el tratamiento antitrombótico. La educación estructurada en autocuidado, en la detección precoz de descompensación de IC y su prevención, facilitó ajustes terapéuticos ambulatorios o telefónicos. Gracias a esto, se documentaron hasta once episodios de descompensación incipiente, de los cuales únicamente dos precisaron ingreso hospitalario. Del mismo modo se instruye en el manejo de la insulina ante hiper e hipoglucemia en domicilio. Además, se instauró un programa de suplementación nutricional y ejercicio multicomponente, con objetivos de mantenimiento de masa muscular y prevención de la sarcopenia.

Se realiza valoración integral multidimensional del anciano, en febrero 2021 se identifican áreas de vulnerabilidad: Barthel 90, escala FRAIL 4/5 (frágil), SARC-F 5 puntos (sarcopenia probable), riesgo moderado de desnutrición (MNA 9/14) y escala Norton en rango bajo. La valoración cognitiva (Pfeiffer 1/10) fue normal y el cribado de ánimo (Yesavage 3 puntos) negativo para depresión. La escala PROFUND arrojó 6 puntos, compatible con expectativa de vida limitada a un año. Con todas las intervenciones descritas previamente, se apreció una notable mejoría funcional, de la práctica ausencia de necesidad de medicación de rescate (nitrito sublingual), de los ingresos hospitalarios y de la calidad de vida percibida tanto por el paciente como por sus familiares, durante los 4 primeros años de pertenencia al UCPP.

En 2024 se mantiene funcionalmente aceptable (Barthel 85), con mejoría en el fenotipo de fragilidad (FRAIL 3/5, prefrágil), reducción del riesgo de sarcopenia (SARC-F 4) y MNA 14/14. La puntuación en la escala Profund desciende a 3, indicando una menor probabilidad de eventos adversos a corto plazo. Sin embargo, a partir del quinto año (2025), se evidencia caída de la funcionalidad asociado a mayor número de ingresos por IC (2 en los primeros seis meses de 2025, precisando más ayudas y asumiendo su hija el cuidado principal).

Discusión y conclusiones

El manejo de pacientes con pluripatología avanzada representa un reto clínico, asistencial y organizativo, por su alta complejidad y tendencia a la descompensación. Este caso ejemplifica de forma nítida cómo el modelo UCPP cambia el curso clínico cuando se actúa sobre los verdaderos puntos de inflexión y se realiza un abordaje multimodal y personalizado. A pesar de una cardiopatía isquémica grave, progresiva y ya no más revascularizable, fue posible controlar clínicamente una angina refractaria invalidante. Las frecuentes descompensaciones cardiorrenales mejoraron con el seguimiento estrecho y la educación del paciente. Del mismo modo, el tratamiento con somatulina permitió mantener tratamiento antitrombótico sin sangrados, una combinación impensable en el modelo previo. Estas intervenciones fueron determinantes para la estabilización y mejoría clínica del paciente. Asimismo, el seguimiento estrecho, la anticipación a las descompensaciones, la intervención sobre la fragilidad y la coordinación con Atención Primaria contribuyeron a evitar hospitalizaciones innecesarias, previnieron discapacidad y optimizaron la calidad de vida. Todo ello transformó la experiencia de enfermedad del paciente y su entorno. Este caso demuestra cómo una estrategia proactiva y centrada en el paciente permite revertir el pronóstico funcional y vital en pacientes altamente vulnerables. Frente a la visión más extendida de estos pacientes como consumidores crónicos de recursos, la UCPP ofrece un modelo coste-efectivo, humanizado y clínicamente eficaz.

CC-17

DEL INGRESO REPETIDO AL PLAN COMPARTIDO: GESTIÓN INTEGRAL DE UN PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO POR MEDICINA INTERNA

Velázquez Ríos, Laura; Cristobal Bilbao, Rafael; García De Viedma García, Vanessa; Madroñal Cerezo, Elena; Guerrero Santillán, Marta; Gonzalo Pascua, Sonia.

Hospital de Fuenlabrada, Fuenlabrada.

a) Desarrollo del caso

Varón de 75 años de edad sin alergias medicamentosas con antecedentes personales de:

- Hipertensión arterial, dislipemia, diabetes mellitus tipo 2 sin lesión micro ni macrovascular en tratamiento con antidiabéticos orales y obesidad.
- Miastenia gravis seropositiva de inicio bulbar grave. Ha presentado crisis miasténicas recurrentes (últimas enero y marzo 2025). Recibió tratamiento con azatioprina suspendido en 2020 por anemia; ahora desaconsejados por tumor digestivo; Rituximab suspendido por pancitopenia persistente; Ravulizumab suspendido por empeoramiento clínico neurológico. Respuesta clínica con ciclo de inmunoglobulinas. Actualmente en tratamiento con prednisona 25 mg /48h.
- GIST antipilórico desestimado de cirugía gástrica por alto riesgo quirúrgico. Anemia ferropénica crónica secundaria a angiodisplasias, hemorroides y divertículos con requerimiento trasfusional y administración de hierro parenteral en tratamiento con ocreótido desde 2020 y eritropoyetina 6.000 U / 15 días.
- Cirrosis hepática en el contexto de esteatohepatitis no alcohólica Child-Pugh C10), con hipertensión portal. Episodios de encefalopatía hepática, descompensación edemoascítica y pancitopenia.
- Múltiples ingresos por crisis miasténicas e infecciones urinarias principalmente con aislamiento de gérmenes multirresistentes. Previo al seguimiento en la unidad eran frecuentes los ingresos por anemia, hemorragia digestiva y descompensación de patología hepática.

Valoración multidimensional

Funcional: índice de Barthel 45 (dependencia moderada).

Cognitiva: test de Pfeiffer 2 puntos (normal en paciente con estudios primarios).

Valoración emocional: Escala Yesavage (10 puntos) sin depresión ni insomnio.

Test Get Up and Go: no realizable por imposibilidad para la bipedestación.

Nutricional: Riesgo de desnutrición mixta relacionada con enfermedad de base y disfagia neurógena secundaria a crisis miasténica con necesidad en ocasiones de nutrición enteral con sonda nasogástrica. Tras control de la crisis posibilidad de dieta adaptada con suplementación nutricional oral con buena adherencia.

Charlson ≥ 7 .

Riesgo de caídas: elevado.

Escala FRAIL (5 puntos) indica fragilidad clínica.

Índice PROFUND (10 puntos) riesgo intermedio-alto: mortalidad al año del 50%.

Índice PALIAR (7 puntos) riesgo intermedio-alto.

Adherencia farmacológica: adecuada.

Polifarmacia: más de 10 fármacos crónicos. Revisión periódica por parte de Medicina Interna y Farmacia.

Dispositivos de apoyo: uso de gafas, audífonos, y silla de ruedas. No porta sonda ni otros dispositivos invasivos actualmente.

Cuidador principal: personal de la residencia. Tiene hijos que le visitan a diario.

Cuestiones clave

- Complejidad clínica y terapéutica derivada de la coexistencia de una enfermedad autoinmune neuromuscular, una hepatopatía terminal, polifarmacia y fragilidad funcional.
- Valoración de riesgos/beneficios: la inmunosupresión necesaria para controlar la miastenia favorece descompensaciones infecciosas, oncológicas y hepáticas.
- Interacción entre comorbilidades: la hepatopatía limita opciones inmunosupresoras; la miastenia condiciona riesgo respiratorio y funcional.
- Planificación de cuidados: se ha valorado y consensuado con el paciente y su familia una actitud conservadora, evitando medidas invasivas no coste-efectivas.
- Necesidad de seguimiento estrecho y enfoque interdisciplinar: se coordinan intervenciones con atención primaria, neurología, digestivo, farmacia hospitalaria y enfermería gestora de casos.

Conclusiones

Este caso representa un ejemplo paradigmático de paciente crónico complejo con pluripatología avanzada, que requiere una atención centrada en la persona, con valoración integral y coordinación multidisciplinar. La identificación de los límites terapéuticos, la anticipación a nuevos eventos descompensadores y la coordinación con el personal de la residencia son clave para mejorar la calidad de vida y evitar ingresos evitables.

La Unidad de Crónicos Complejos permite el abordaje integral, favoreciendo la planificación compartida y la toma de decisiones ajustadas al pronóstico del paciente.

Bibliografía

5. 1. Organización Mundial de la Salud. Integrated care for older people: guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity. WHO; 2017.
6. 2. Bernabeu-Wittel M, Ollero-Baturone M. Atención al paciente pluripatológico: una necesidad emergente. Med Clin (Barc). 2010;135(12):528–9.
7. 3. Arnalich F, Alonso-Babarro A, López J, et al. Valoración integral y multidimensional del anciano hospitalizado. Recomendaciones del Grupo de Trabajo de Cronicidad y Pluripatología de la SEMI. Rev Clin Esp. 2021;221(6):355-365. doi:10.1016/j.rce.2020.10.003

CC-18

CAMBIO DE PARADIGMA: MANEJO INTEGRAL DEL ANCIANO PLURIPATOLÓGICO EN UNIDAD DE CRÓNICOS

García Bascones, June; Aguiar Cano, Diego; Olaizola Guerrero, Maider; Aparicio Cordero, Laura; Carrasquer Pirla, Teresa; Ruiz Castellano, María.

Hospital Universitario de Navarra, Pamplona.

Descripción del caso clínico

Presentamos el caso de un varón de 90 años con antecedentes personales de hipertensión arterial (HTA), insuficiencia cardiaca (IC) con fracción de eyección preservada (FEVlp) en el contexto de cardiopatía hipertensiva-valvular (NYHA II), fibrilación auricular (FA) permanente anticoagulada con apixabán, enfermedad renal crónica (ERC) estadio 3a, síndrome de apnea obstructiva del sueño en tratamiento con CPAP y anemia ferropénica crónica secundaria a pérdidas digestivas por angiodisplasias gástricas.

El paciente vive en su domicilio con su hija, cuidadora principal. Dependiente parcial para las actividades básicas, necesitando ayuda para el aseo, pero con autonomía para vestirse. Deambula en domicilio sin apoyo y utiliza andador en la calle. Realiza actividades cotidianas e instrumentales como salir a desayunar y hacer compras. Mantiene funciones cognitivas superiores preservadas.

Entre 2014 y 2021, presentó una media de tres ingresos anuales por descompensaciones de IC y anemización secundaria a sangrado digestivo, con necesidad frecuente de transfusiones, condicionado todo ello un deterioro funcional progresivo del paciente. Tras detectar esta situación, en 2021 se decidió incluir al paciente en la Unidad de Crónicos Pluripatológicos (UCPP) de Medicina Interna.

Se realiza intercomunicación con atención primaria (AP) estableciendo un seguimiento estructurado por Medicina Interna con contacto telefónico mensual y visitas presenciales cada 2-3 meses. A su inclusión, se realizó una valoración integral multidimensional del anciano (VIMA), constatando funcionalidad conservada (Barthel 70), sin deterioro cognitivo (Pfeiffer 0 errores, MMSE 28), sin depresión (Yesavage 3), riesgo nutricional leve (MNA-SF 11), fragilidad leve (Frail 2) y riesgo social bajo (Gijón normal). La estimación pronóstica mediante la escala Profund fue de 5 puntos, lo que indica un riesgo moderado de mortalidad a medio plazo. Con estos resultados y en conjunto con su médico de AP se realiza un abordaje individualizado, priorizando objetivos funcionales y calidad de vida.

Durante el seguimiento se ha instruido a la cuidadora principal y al paciente sobre su patología y los signos de alarma de IC, instaurando una pauta móvil para el ajuste de diuréticos. La anticoagulación oral se ha suspendido por hemorragias digestivas recurrentes, manteniendo profilaxis con heparina de bajo peso molecular por deseo del paciente y la familia. La anemia se ha manejado de forma ambulatoria con hierro intravenoso y transfusiones en régimen de hospitalización a domicilio (HAD) evitando traslados y generando una reducción de eventos adversos y permitiendo la estabilidad clínica del paciente.

Exposición de las cuestiones clave del caso

Este caso pone de manifiesto el valor añadido que aportan las Unidades de Crónicos Pluripatológicos en pacientes ancianos con elevada comorbilidad y fragilidad clínica. Nuestro paciente, con múltiples patologías crónicas interrelacionadas (IC, FA anticoagulada, ERC y anemia por sangrado crónico), presentaba una alta tasa de ingresos hospitalarios anuales, con el consecuente impacto negativo sobre su funcionalidad, autonomía y calidad de vida.

Desde su inclusión en la UCPP en 2021, el cambio en el modelo asistencial ha sido evidente: se ha conseguido una atención más proactiva y continuada, con un seguimiento ambulatorio estrecho y ajustes terapéuticos precoces. Esto ha permitido reducir significativamente los ingresos, estabilizar clínicamente al paciente y reforzar el papel activo tanto del paciente como de su cuidadora en el manejo de su enfermedad.

El uso de herramientas de valoración integral ha facilitado una aproximación centrada en objetivos funcionales y preferencias del paciente, priorizando intervenciones que mantuvieran su autonomía y entorno

domiciliario. En este contexto, la UCPP ha actuado como eje principal de una atención integral, eficaz y humanizada.

Conclusiones

La inclusión del paciente en la Unidad de Crónicos Pluripatológicos ha supuesto una mejoría significativa en su estabilidad clínica, reducción de ingresos hospitalarios y mantenimiento de la funcionalidad. Este modelo es esencial para garantizar una atención sanitaria eficiente y centrada en el paciente en el contexto del envejecimiento poblacional y la cronicidad.

Bibliografía

- García-Alegría J, Gómez-Huelgas R, et al. Recomendaciones de la Sociedad Española de Medicina Interna para la atención al paciente pluripatológico. Rev Clin Esp. 2021;221(4):236–242. doi:10.1016/j.rce.2020.10.006
- Rockwood K, Song X, MacKnight C, et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ. 2005;173(5):489–95.

CC-19

MÁS ALLÁ DEL DIAGNÓSTICO: EL VALOR DEL SEGUIMIENTO EN EL PACIENTE PLURIPATOLÓGICO

Yusty Escalona, Sara; Vazquez Pardo, Natalia; Rebollo Najera, Maria Del Carmen.

Hospital Universitario del Río Hortega, Valladolid.

Desarrollo del caso

Se presenta el caso de un varón de **78 años**, **Exfumador desde 2022**, con un historial de consumo de **40 cigarrillos diarios (IPA: 20)**. Actualmente presenta **etilismo crónico activo**, con ingesta diaria aproximada de **1 litro de vino y 3-4 cervezas (140 g de alcohol/día)**. **Obesidad grado II (IMC: 35,8)**.

Entre sus antecedentes cardiovasculares destaca **hipertensión arterial**, **insuficiencia cardíaca congestiva crónica de predominio derecho (cor pulmonale)**, **fibrilación auricular permanente con respuesta ventricular tendente a la bradicardia**. En el **ecocardiograma de mayo de 2025** se observó **FEVI conservada**, **insuficiencia mitral moderada**, **tricuspídea significativa**, **dilatación de ambas aurículas y del ventrículo derecho**, e **hipertensión pulmonar moderada**.

Presenta **EPOC Grave con insuficiencia respiratoria crónica**, en tratamiento con **oxigenoterapia domiciliaria** y **anemia ferropénica crónica** de difícil control.

Antecedentes quirúrgicos: **colecistectomía (2007)**, **artroplastía total de rodilla derecha (2016)**, **síndrome del túnel carpiano bilateral (2019)**, **02/2024**, se realizó **polipectomía gástrica** con hallazgo de **pólipos hiperplásicos**.

En cuanto a su situación funcional, el paciente **vive solo en su domicilio** y mantiene **independencia para actividades básicas**, con una **puntuación de 85/100 en la escala de Barthel (dependencia leve)**. Sin **deterioro cognitivo**.

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

El paciente acude inicialmente por un cuadro de **disnea progresiva de mínimos esfuerzos y edemas en miembros inferiores**, en el contexto de una **anemia severa normocítica, normocromica (Hb 6 g/dl)** y **melena intermitente de larga evolución**. La exploración física y la radiografía de tórax evidencian **cardiomegalia** y signos de **congestión derecha**, con edemas con fovea hasta el tercio superior de ambas piernas. Requiriendo tratamiento urgente con transfusión de concentrados de hematíes y diuréticos intravenosos.

A pesar de múltiples estudios (TC, gastroscopias, colonoscopia, cápsula endoscópica), no se identifica una fuente clara de sangrado activo. Se documentan **angiodisplasias milimétricas en intestino delgado** y **pólipos gástricos hiperplásicos con *H. pylori***, sin lesiones sangrantes activas. Con patrón de sangrado de **heces negras matutinas** que se normalizan durante el día, lo que dificulta la interpretación clínica. La situación clínica se complica por la necesidad de mantener **anticoagulación con apixabán** debido a su fibrilación auricular, lo que se correlaciona con caídas de hemoglobina tras cada reintroducción del fármaco.

Posterior a varios controles y en vista de no mejoría, ni control de síntomas se decide iniciar tratamiento con **octreótido subcutáneo**, posteriormente sustituido por **octreótido LAR intramuscular mensual**, con buena respuesta clínica. En la última revisión, el paciente se encuentra **clínicamente estable**, con **Hb 10,2 g/dl**, **frecuencia cardíaca controlada (FA lenta a 50 lpm)** y sin nuevos episodios de sangrado. Se mantiene el tratamiento con **octreótido LAR 20 mg IM mensual**, **hierro intravenoso**, y **anticoagulación ajustada**, con seguimiento mensual en la Unidad de Continuidad Asistencial (UCA).

Conclusiones

El caso expuesto representa un ejemplo paradigmático de paciente crónico complejo, con múltiples comorbilidades cardiovasculares, respiratorias y digestivas, en el que el seguimiento estrecho en la UCA ha sido determinante para evitar descompensaciones graves y hospitalizaciones.

El manejo de la anemia ferropénica crónica secundaria a angiodisplasias intestinales en un paciente anticoagulado por fibrilación auricular ha supuesto un reto clínico significativo. En este contexto, el uso de octreótido LAR ha demostrado ser una estrategia eficaz y segura para reducir la recurrencia del sangrado digestivo y la necesidad transfusional, especialmente en pacientes de edad avanzada y con lesiones no accesibles a tratamiento endoscópico.

Estudios previos han documentado que los análogos de la somatostatina, como el octreótido, reducen el flujo esplácnico y la presión portal, lo que contribuye a disminuir el sangrado por angiodisplasias. Su uso prolongado ha mostrado beneficios clínicos en términos de estabilización de la hemoglobina, reducción de transfusiones y mejoría de la calidad de vida, con un perfil de seguridad aceptable.

En este paciente, la combinación de octreótido LAR, hierro intravenoso, y un ajuste cuidadoso de la anticoagulación ha permitido alcanzar una situación clínica estable, con control de la frecuencia cardíaca, mejoría funcional y ausencia de nuevos episodios de sangrado significativo.

Bibliografía

1. Junquera F, Saperas E, de Torres I, et al. Long-term treatment of gastrointestinal bleeding from angiodysplasia with octreotide: a prospective study. *Gut*. 2007;56(3):436–437. PMID:
2. Scaglione M, Cacace C, Parisi G, et al. Efficacy of long-acting octreotide in the treatment of chronic bleeding due to gastrointestinal angiodysplasia. *World J Gastroenterol*. 2007;13(39):5291–5295.
3. Nardone G, Rocco A, Balzano T, Budillon G. Use of somatostatin analogues in the treatment of gastrointestinal bleeding due to angiodysplasia. *Aliment Pharmacol Ther*. 1999;13(10):1323–1328.
4. Jackson CS, Gerson LB. Management of gastrointestinal angiodysplastic lesions (GIADs): a systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol*. 2014;109(4):474–483.

CC-20

LA EDAD NO LO ES TODO: NONAGENARIO CON TAVI DE ÉXITO

Rebollo Nájera, M Carmen; Vázquez Pardo, Natalia; Yusty Escalona, Sara; Gómez Traveso, Tamara.

Hospital universitario Rio Hortega, Valladolid.

Presentamos el caso de un varón de 91 años con una compleja historia médica, reflejo de la multimorbilidad frecuente en la población geriátrica. Entre sus antecedentes destacan factores de riesgo cardiovascular como hipertensión arterial, dislipemia y hábito tabáquico previo, así como una fibrilación auricular con respuesta ventricular irregular secundaria a un síndrome bradicardia-taquicardia, que requirió en 2016 la implantación de un marcapasos VVIR. En 2005 sufrió un ictus embólico sin secuelas aparentes y padece una polineuropatía sensitivo-motora con radiculopatía crónica que condiciona un trastorno en la marcha. Además, presenta enfermedad pulmonar obstructiva crónica de moderada severidad y, especialmente, insuficiencia cardíaca con fracción de eyección preservada, estenosis aórtica grave e insuficiencia mitral moderada.

A pesar de la pluripatología, el paciente mantiene buena autonomía en su vida diaria, que juega a las cartas cada jueves con algunos amigos. Vive con su esposa y ambos conservan independencia funcional. La escala de Barthel muestra un índice de 85/100 y una puntuación de 2 en la escala de Pfeiffer, reflejando un adecuado estado cognitivo. La independencia funcional y vitalidad de nuestro paciente es crucial de cara a orientar el enfoque terapéutico.

En la valoración actual, el paciente refiere disnea progresiva de clase funcional NYHA IIb, que limita actividades como subir escaleras, aunque mantiene sin dificultad otras tareas cotidianas. Se realizan estudios complementarios con ecocardiograma que muestra dilatación biauricular y ventrículo izquierdo no dilatado con hipertrófica concéntrica, la función sistólica global permanece normal. La válvula aórtica presenta signos de esclerocalcificación, determinando estenosis aórtica grave e insuficiencia de grado moderado.

Durante el seguimiento, el paciente comenta episodios de dolor torácico tipo angor y se solicita cateterismo que descarta patología coronaria y confirma la severidad de la estenosis aórtica.

Dada la situación clínica y funcional, se decide en agosto 2024 implantar una válvula aórtica biológica mediante TAVI sin incidencias, con éxito tras la intervención, presentando una notable mejoría sintomática y funcional. Tras el procedimiento, la reevaluación muestra una función ventricular conservada y adecuada posición de la prótesis, lo que permite ajustar los medicamentos consumidos por el paciente, especialmente los diuréticos que componían gran parte de su tratamiento. De esta manera se mejora la calidad de vida de nuestro paciente.

¿Debería la edad de un paciente determinar el uso de técnicas invasivas?

Nuestro caso muestra cómo un paciente nonagenario, con múltiples comorbilidades, pero con un estado funcional y cognitivo preservado, puede beneficiarse significativamente de una intervención invasiva como el implante de una válvula aórtica mediante TAVI. La edad cronológica, por sí sola, no refleja el verdadero potencial de recuperación ni la calidad de vida que un paciente puede alcanzar tras un procedimiento.

Conclusiones

Con este caso se pretende destacar la importancia del manejo personalizado en cada paciente, especialmente en ancianos que preservan su autonomía. La valoración multidimensional, con escalas como Barthel y Pfeiffer, no solo permite cuantificar la independencia funcional y cognitiva, sino que guía la toma de decisiones clínicas con el objetivo de preservar la autonomía y calidad de vida de nuestros pacientes. El objetivo debe ser siempre preservar la calidad de vida, minimizar complicaciones y adaptar el tratamiento a las necesidades y capacidades individuales, fomentando un envejecimiento activo y saludable.

La estenosis aórtica es la enfermedad valvular cardíaca adquirida más frecuente en la senescencia. La supervivencia media en pacientes sintomáticos es de aproximadamente 2 años (1). La cirugía cardíaca de

sustitución valvular suele ser rechazada en casos de pluripatología y comorbilidad, como es el caso de nuestro paciente nonagenario. Por ello, se deben plantear alternativas ante el elevado riesgo quirúrgico. Una de ellas es el implante de TAVI, una técnica que ha mostra mejoría clínica y en la calidad de vida de los pacientes, así como aumento de supervivencia respecto a la ausencia de tratamiento intervencionista (2).

Bibliografía

1. Kapadia SR, Leon MB, Makkar RR, et al. 5-year outcomes of transcatheter aortic valve replacement compared with standard treatment for patients with inoperable aortic stenosis: A randomised controlled trial. Lancet. 2015;385:2485-2491.
2. Aragón Fernández C. Evolución clínica de los pacientes sometidos a implante de válvula aórtica transcáteter (TAVI) [Trabajo de fin de grado]. Valladolid: Universidad de Valladolid; 2023-2024. Tutor: Muñoz San José JC. Co-tutor: Tapia Ballesteros C.

CC-21

PENFIGOIDE AMPOLLOSO EN EL CONTEXTO DE TRATAMIENTO CON HIDROCLOROTIAZIDA

Alvarez Padin, Pilar¹; Mugno, Andreina Maria².

¹Hospital Santiago Apostol, Miranda de Ebro; ²Hospital Universitario de Burgos, Burgos.

Penfigoide ampollosa inducido por hidroclorotiazida en anciano frágil polimedicado: deprescripción que cura.

Desarrollo del caso

Varón de 89 años, dependiente moderado (Índice de Barthel 40), moderadamente frágil (CFS 6) y criterios de paciente crónico complejo. Vive en su domicilio con dos cuidadoras; los hijos residen fuera del país. En la valoración emocional no se objetivaron síntomas depresivos clínicamente relevantes, ni ansiedad significativa; mantiene buen soporte por parte de sus cuidadoras. Consulta por prurito generalizado y aparición progresiva de ampollas tensas generalizadas desde hace tres meses.

Antecedentes relevantes: demencia mixta leve (Mini-Mental 27/35), insuficiencia cardiaca con fracción de eyección preservada, insuficiencia renal crónica estadio 4 (TFG 22 ml/min), anemia ferropénica, ESV de baja-moderada intensidad e hipertensión arterial. Un mes antes del inicio del prurito se había instaurado tratamiento combinado enalapril/hidroclorotiazida. Medicación domiciliaria inicial: enalapril/hidroclorotiazida 20/12,5 mg, furosemida 40 mg, simvastatina 20 mg, Trelegy Elipta 92/55/22 mcg, pantoprazol 20 mg, escitalopram 20 mg, paracetamol 1 g si precisa y cetirizina 10 mg por prurito. Hábitos tóxicos: cuidadoras refieren consumo diario significativo de vino, sin cuantificar; el paciente relata mareos y caídas asociadas.

Exploración física: constantes estables; lesiones bullosas en palmas, hemorrágicas, algunas erosionadas, en ambas piernas con difusión caudo-craneal, y lesiones de rascado generalizadas, sin afectación mucosa, cabeza ni cuello. Analítica: eosinofilia 900 c/μl, creatinina 2,4 mg/dl, como parte del diagnóstico diferencial se solicitaron serología VHC, ANA resultando negativas y porfirinas en sangre periférica; estas últimas no pudieron procesarse en nuestro laboratorio. Pruebas de imagen: Radiografía de tórax y eco abdominal normal. Estudios histológicos e inmunológicos: biopsia cutánea e inmunofluorescencia directa con depósito lineal de IgG y C3 en membrana basal; anticuerpos anti-BP180 180 U (N < 20), confirmando penfigoide ampollosa.

Abordaje terapéutico

Pronósticamente, la combinación de fragilidad, IRC e ICC con riesgo elevado de arritmia implica alto riesgo de eventos y mortalidad a corto plazo, por lo que se priorizaron objetivos terapéuticos realistas (evitar iatrogenia y preservar funcionalidad) frente a intervenciones agresivas. Se realiza la retirada definitiva de hidroclorotiazida y deprescripción de simvastatina y cetirizina siguiendo criterios STOPP/START. Se inició prednisona 0,5 mg/kg/día con descenso de 10 mg cada dos meses hasta suspensión al año. Se ajustó el tratamiento de la ICC (bisoprolol 5 mg, furosemida en pauta fija). Se administraron 500 mg de hierro carboximaltosa para su anemia ferropénica y profilaxis de abstinencia con complejo B y clometiazol.

Evolución: resolución completa de las ampollas a los tres meses, sin recidivas tras suspender el corticoide. Durante los 12 meses de seguimiento presentó tres reingresos por descompensación de ICC y FA de inicio incierto, controlados sin reactivación cutánea.

Cuestiones clave

1. Reacción adversa medicamentosa detectada a tiempo: La hidroclorotiazida, iniciada un mes antes, fue el desencadenante del penfigoide ampollosa. En un paciente mayor polimedicado, cada síntoma nuevo debe alertar sobre los fármacos recientes: revisar la receta es el primer paso diagnóstico y terapéutico. Identificar el culpable evitó inmunosupresión más intensa y permitió una resolución rápida con la simple retirada del agente.

2. Deprescripción guiada como intervención terapéutica: La retirada planificada de hidroclorotiazida, simvastatina y cetirizina redujo la carga farmacológica sin comprometer el control clínico. En este caso, deprescribir fue la maniobra que curó la dermatosis y simplificó el manejo global.
3. Corticoterapia corta y monitorizada: Se eligió prednisona a 0,5 mg/kg/día con descensos pautados cada dos meses hasta suspender en 12 meses. Esta estrategia equilibró eficacia y seguridad en un paciente con insuficiencia renal crónica y múltiples comorbilidades. La remisión completa a los tres meses y la ausencia de recaídas tras retirar el corticoide confirman que esquemas más largos no eran necesarios; lo crucial fue protocolizar la reducción y vigilar estrechamente efectos adversos.

Conclusiones

- Ante prurito ampolloso en un anciano polimedicado, sospechar penfigoide ampolloso inducido por tiazidas y revisar la cronología farmacológica para confirmarlo.
- La deprescripción guiada y documentada mejoró síntomas, adherencia y seguridad; en este caso fue el tratamiento decisivo.

Bibliografía

1. Vodegel RM, et al. Drug-induced bullous pemphigoid: a systematic review. *Drugs*. 2023;83:2159-67.
2. Grupo SEMI-Crónicos. Posicionamiento en el manejo de enfermedades crónicas complejas. *Med Clin (Barc)*. 2021;157:52-60.
3. Curtin D, et al. STOPP/START criteria version 3: potentially inappropriate prescribing in older people. *Age Ageing*. 2023;52:afad103.

CC-22

LA AYUDA QUE NOS DA LA VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL EN UN CASO CLÍNICO COMPLEJO

Filos Ariza, Luis Carlos; Bustamante Maldonado, Eva; Ramirez Rodriguez, Giorgina.

ALTHAIA Xarxa Assistencial de Manresa - Fundació Privada, Manresa.

Desarrollo del caso

Mujer de 83 años de edad, alergias ni hábitos tóxicos conocidos.

- Social: 2 meses atrás vivía sola. Ahora cuidadora 24h y su hermana.
- Funcional: Barthel previo al ingreso 95/100 - Lawton-Brody 8. Actualmente con dependencia moderada para ABVD e instrumentales (necesita ayuda para el baño, el vestido y el arreglarse, acompañamiento para deposiciones y micción, se traslada con caminador y supervisada, tiene ascensor) Barthel 55/100 - Lawton-Brody 3/8.
- Cognitivo: Pfeiffer 0 errores. - Psicológico: No alteraciones objetivadas, no insomnio. - Nutrición: No disfagia, portadora de prótesis dental. Peso 89 kg, altura 1,60 m, IMC 34 kg/m². MNA®-SF 14p. SARC-F 10p.
- Fragilidad: Clinical Frailty Scale 6. Índice frágil-VIG 7/25 (0,28).
- Comorbilidad: Índice Charlson 9p.
- Patológicos: - FRCV: Insuficiencia renal crónica III - A. - Fibrilación auricular (Dx 03/25). - Insuficiencia cardíaca FEVp - NYHA clase III. Disfunción VD + Hipertensión pulmonar. - TVP poplíteas derecha (2023). - AOS leve - Artritis reumatoide seropositiva.
- Neo de mama izquierda (1990) manejo con mastectomía total + linfadenectomía + radioterapia + hormonoterapia. Remisión total.
- Paraganglioma cervical bilateral con 3 focos (paragangliomas laterocervical izquierdo, laterocervical derecho y ala esfenoidal izquierdo). RT 2 semanas antes del ingreso.
 - Intervenciones quirúrgicas: Mastectomía izquierda. Neurinoma abdominal.
 - Tratamiento habitual: -Acfol 5 mg/semanal. -Adiro 100 mg/24h. - Atorvastatina 40 mg/24h. - Eliquis 5 mg /24h. - Emconcor 2,5 mg /24h. - Forxiga 10 mg /24h. - Furosemina 40 mg/24h. - Hidroferol 0,266 mg/15 días. - Ideos 1000 mg/880 UI/24h. - Metoject 10 mg/0,20 ml/ semanal. - Pantoprazol 40 mg /24h. - Paracetamol 1 g/12h. - ciclosporina 1 mg/ml 1 gota cada 12h.

Enfermedad actual: Paciente ingresa (31/03/25 al 03/04/2025) por primer episodio de insuficiencia cardíaca (IC) por fibrilación auricular (FA) de debut. Inicia manejo deplectivo y control de frecuencia cardíaca. Evolución favorable durante el ingreso. Al alta se inicia anticoagulación por FA (CHA2DS2 VASc de 5 y HASBLED 2) puntos, se titula tratamiento deplectivo y betabloqueante, se introduce ISGLT-2 y apixaban, se continúan controles en Hospital de Día. Durante el seguimiento se encuentra respuesta parcial a los diuréticos mantienen ProBNP elevado y asociando lesión renal prerrenal se intentan titular dosis, rx de tórax con derrame pleural bi-basal moderado, en ecocardiograma con derrame pericárdico moderado sin taponamiento por lo que se ingresa para manejo deplectivo y estudio. Durante el ingreso se aumenta la depleción de volumen con diuréticos en BIC a dosis máximas, soluciones hipertónicas. Se observa un claro deterioro, empeoramiento del estado general de la paciente sin respuesta a manejo depletivo direccionando el diagnóstico de IC refractaria lo que ocasiona un fallo multiorgánico, obligando a limitar esfuerzo terapéutico y dando manejo de confort al paciente siendo exitus hospitalario.

Exposición de las cuestiones claves

Se trata de una paciente de edad avanzada con pluripatología y polifarmacia, apareciendo los siguientes síndromes geriátricos:

- Inmovilidad: declive funcional Barthel de 95 a 55 secundario a disnea por IC, que esto a su vez lleva a un aislamiento social total.

- Desnutrición: durante el ingreso analíticamente presenta hipoalbuminemia (3.3 g/dL) y prealbúmina (5.6mg/dl) con MNA al ingreso correcto. Se realiza intervención con ayuda de nutrición para suplemento proteico.

Debemos destacar de este caso que la adecuación del esfuerzo terapéutico se da porque estamos ante una paciente que debuta con FA que inicialmente responde a el manejo de control de ritmo pero que deja de ser eficiente y que conlleva a descompensación cardíaca con derrame pleuropericárdico requiriendo ingreso hospitalario por imposibilidad de manejo ambulatorio asociado a esto se observa un fallo renal que limita el uso de los tratamientos estándares.

Destacando la importancia de valoración geriátrica que nos permiten ver cómo la paciente tiene un declive funcional importante desde el diagnóstico hasta su último reingreso al hospital que a su vez nos direcciona la posible mortalidad asociada que presentan los pacientes frágiles.

Tenemos dispositivos de gran ayuda tanto intrahospitalario como ambulatorios que nos ayudan a seguir de manera más cercana a estos pacientes crónicos complejos destacando el hospital de día de alta complejidad para manejo de IC donde se identifica de forma temprana este tipo de pacientes se intervienen y se evitan ingresos, disminuyendo la mortalidad asociada a la estancia hospitalaria. Además del abordaje multidisciplinar que requieren estos pacientes en nuestros hospitales como son medicina (md interna, geriatría, atención primaria)/enfermería, como entre especialidades (como Atención primaria) u otros profesionales sanitarios (como Nutrición y Fisioterapia).

El trabajo en equipo de todos los dispositivos hospitalarios hacen que la seguridad y el seguimiento de estos pacientes se garantice de forma correcta conllevando a una mejor prevención de los riesgos que los sistemas sanitarios tienen.

En este paciente a pesar de todo el esfuerzo no se tuvo una respuesta positiva y en esto tuvimos el soporte de los servicios espirituales y psicología quienes nos ayudaron con la paciente y familiares a mitigar un poco el desenlace fatídico.

Conclusiones

Vemos en este caso que el motivo principal de ingreso es la descompensación de la IC más declive funcional importante que conllevan a desarrollar los síndromes geriátricos que a su vez aumentan la mortalidad. Que la valoración geriátrica integral nos ayudan a identificar el riesgo de mortalidad, planificar un tratamiento dirigido a cada paciente y a su vez dar un mejor direccionamiento activando diferentes dispositivos intra y extrahospitalarios de los cuales se podría beneficiar el paciente.

Bibliografía

- Vallejo Maroto I, Cubo Romano P, Mafé Noguerols 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. 2021 Junio;221(6):347–58.
- 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-23

CRISIS CONVULSIVA EN PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO: ABORDAJE CLÍNICO INTEGRAL Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Alonso Llorente, Elena; Romero León, Ana Sofía; Lorenzo Almorós, Ana.

HGUGM, Madrid.

Crisis convulsiva en paciente crónico complejo: abordaje clínico integral y diagnóstico diferencial

Se trata de un varón de 54 años con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, hiperplasia benigna de próstata, discapacidad intelectual secundaria a complicación perinatal, síndrome depresivo e incidentaloma suprarrenal izquierdo. Presentaba dependencia parcial para actividades básicas e instrumentales, asistencia a centro de día y adecuado soporte familiar. Su tratamiento incluía insulinoterapia, sitagliptina, metformina, aripiprazol, mirtazapina, escitalopram, silodosina e hidroferol.

Acudió a Urgencias por episodio autolimitado de bajo nivel de conciencia con relajación de esfínteres y agitación psicomotriz posterior. Familiares refirieron hiperglucemia mantenida (~400 mg/dL) y aumento de la ingesta hídrica en los días previos, sin otra sintomatología asociada. A su llegada a Urgencias se encontraba consciente y con estabilidad hemodinámica, a la exploración destacaba sequedad de mucosas, sin otros hallazgos significativos. En analítica sanguínea destaca leucocitosis 15600/ μ L y neutrofilia 14000/ μ L, hiponatremia hipoosmolar euvolémica de 119 mmol/L, corregida en contexto de hiperglucemia 123 mmol/L. Resto de ionograma y función renal conservados. La osmolaridad urinaria y la natriuresis estaban disminuidas.

Dada hiponatremia grave y sintomática debido a que presenta episodio de crisis tónico-clónica generalizada en Urgencias, se administra bolo de suero salino hipertónico. Se realizó tomografía computarizada (TC) craneal que no mostró lesiones agudas, además de electroencefalograma que evidenció lentificación global compatible con encefalopatía difusa.

Posteriormente desarrolló insuficiencia respiratoria a pesar de oxigenoterapia con gafas nasales y trabajo respiratorio, en probable contexto de neumonía broncoaspirativa. Se realizó radiografía de tórax que mostró consolidados bilaterales. Se inició antibioterapia empírica con meropenem y levofloxacino y ante persistencia de clínica precisó ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos con oxigenoterapia de alto flujo. Como parte del estudio se realizó punción lumbar que únicamente presentó leve hiperproteínorraquia de 51mg/dL, además se realizó amplio estudio microbiológico sin hallazgos. Evolucionó favorablemente, permitiendo el traslado a planta de hospitalización de Medicina Interna.

Se descartó origen farmacológico de la hiponatremia debido a que no se realizaron cambios recientes en la medicación crónica¹, hipotiroidismo, hiperlipidemia, insuficiencia suprarrenal, debiéndose la causa a polidipsia primaria. Se realizó TC craneal de control que no presentó hallazgos agudos y se realizó resonancia magnética craneal, que mostró adenoma hipofisario con cambios hemorrágicos y desplazamiento del tallo. Se realizó amplio estudio hormonal, descartándose adenoma funcionante.

El diagnóstico final fue hiponatremia hipoosmolar euvolémica, probablemente en el contexto de polidipsia primaria, con crisis epiléptica sintomática única y adenoma hipofisario no funcionante. El paciente evolucionó favorablemente, con posterior normalización de la natremia, sin nuevos episodios de crisis, con resolución de neumonía broncoaspirativa. Finalmente, fue dado de alta y se programó seguimiento ambulatorio multidisciplinar.

El presente caso clínico ejemplifica la importancia de orientar el abordaje integral de pacientes crónicos complejos hacia la recuperación del nivel funcional basal², como uno de los objetivos prioritarios dentro de la atención sanitaria.

Si bien el paciente geriátrico representa un desafío clínico particular que requiere un enfoque multidisciplinar, en los servicios de Urgencias, Hospitalización y Consultas también se atienden, de forma rutinaria y cada vez de manera más frecuente, pacientes jóvenes con múltiples patologías crónicas y dificultades similares en su manejo. En este sentido, las estrategias de intervención aplicadas a la población anciana son, en muchos casos, extrapolables a otros perfiles clínicos con similar complejidad.

En conclusión, en el proceso diagnóstico y terapéutico del caso descrito, la valoración integral del paciente que incluyó el estado clínico, funcional, cognitivo, afectivo y social, así como el conocimiento de su contexto habitual y de su tratamiento crónico, permitió alcanzar un diagnóstico preciso, evitar un mayor deterioro clínico y favorecer una evolución clínica favorable.

Bibliografía

1. Adrogué HJ, Madias NE. The Syndrome of Inappropriate Antidiuresis. N Engl J Med. 2023;389(16):1499-1509.
2. Vallejo Maroto I, Cubo Romano P, Mafé Noguerols 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(6):347-358.

CC-24

SEGUIMIENTO ESTRECHO EN PACIENTE CRÓNICO PLURIPATOLÓGICO CON SANGRADOS DIGESTIVOS RECURRENTES: IMPORTANCIA DE LA VALORACIÓN GLOBAL

Echauri Carlos, Enara; Arnedo Hernandez, Sergio; Aragón Muñoz, Pablo; Ariño Perez De Zabalza, Irene Beatriz; Villanueva Fortun, Amaya; Salmón García, Belen.

Hospital Universitario de Navarra, Pamplona.

Varón de 84 años, en seguimiento desde 2022 en la Unidad de Paciente Crónico Pluripatológico de Medicina Interna por su alta carga de comorbilidad. Antecedentes personales de interés: fibrilación auricular permanente anticoagulada con apixabán, insuficiencia cardíaca con FEVI reducida de origen isquémico-enólica, ictus isquémico sin secuelas (2017), enfermedad renal crónica estadio 3A, anemia crónica multifactorial, hepatopatía crónica con signos ecográficos de cirrosis y variz esofágica grande.

Desde el punto de vista funcional y social, el paciente mantiene un alto grado de autonomía. Es independiente para actividades básicas de la vida diaria (Barthel: 100) y parcialmente independiente para actividades instrumentales (Lawton y Brody: 5). No presenta deterioro cognitivo (Pfeiffer: 1) ni síntomas depresivos (Yesavage: 1). Sale diariamente a caminar, no presenta riesgo de caídas (Downton: 1) y mantiene actividad social activa, participando en una coral tres veces por semana. Vive con su esposa y cuenta con el apoyo diario de su hermana. Sus cuidadoras principales no presentan signos de sobrecarga (Zarit negativo). Una sobrina médica lo acompaña regularmente y supervisa el seguimiento clínico. No hay riesgo nutricional (MUST: 0), mantiene una dieta equilibrada sin restricciones ni disfagia, y tiene bajo riesgo de úlceras por presión (Escala de Braden: 18). Esta valoración integral permite identificarlo como un paciente funcionalmente robusto dentro de su complejidad clínica.

En febrero de 2022, se detectó en un análisis de control una anemia severa (Hb 6 g/dL), asintomática, por lo que se suspendió temporalmente la anticoagulación y se acordó ingreso para estudios endoscópicos. En la gastroscopia se objetivaron varices esofágicas, una de ellas de gran tamaño, y en la colonoscopia, múltiples angiodisplasias en ciego y colon, que se coagularon. Durante el ingreso presentó además descompensación de insuficiencia cardíaca secundaria a la anemia. Se dio de alta con tratamiento diurético ajustado, heparina de bajo peso molecular y seguimiento programado en consultas de crónicos.

En la revisión precoz tras el alta, no había vuelto a presentar sangrado, por lo que se reintrodujo anticoagulación con apixabán a dosis de 5mg/12h. A partir de este momento, se objetivó en los siguientes meses una tendencia a la anemización progresiva, detectada en analíticas periódicas solicitadas por atención primaria, con Hb <7 g/dL en múltiples ocasiones. Esta situación motivó la necesidad de transfusiones y ferroterapia ambulatorias, coordinadas desde la Unidad de Crónicos para evitar ingresos. Por lo tanto, se trata de un paciente con alto riesgo hemorrágico y trombótico (CHADS2-VASc 6 y HAS-BLED 6).

Dada la recurrencia de anemias severas detectadas en controles ambulatorios y la necesidad frecuente de transfusiones de concentrados de hematíes (CH), se acordó a finales de 2022 establecer un plan de seguimiento mensual estructurado, con controles analíticos y administración de hierro intravenosos en el hospital de día de la unidad de crónicos. El objetivo era anticiparse a posibles recaídas, evitar ingresos y preservar su funcionalidad.

A lo largo de 2023 y hasta marzo de 2024 se mantuvo esta situación, precisando un total de 10 CHs y 9 dosis de hierro endovenoso, aunque solo en una ocasión precisó ingreso por anemia severa. Durante este periodo la anticoagulación se suspendió en varias fases y se reintrodujo a dosis de 2.5mg/12h, ajustada siempre según el contexto clínico y en consenso con el paciente.

Se solicitó valoración por Cardiología para plantear cierre de orejuela izquierda como alternativa definitiva. Sin embargo, se descartó realizar ecocardiograma transesofágico por alto riesgo de sangrado debido a la variz esofágica grande. Se planteó ecografía intracoronaria, aunque se reconoció falta de experiencia en el centro, por lo que finalmente no se realizó el procedimiento. Una vez habiendo transmitido la información al paciente, se decidió de forma consensuada continuar con anticoagulación a dosis ajustadas y vigilancia estrecha.

En febrero de 2025 requirió nuevo ingreso por hemorragia digestiva con Hb 4.5 g/dL habiendo precisado transfusión de 5 CHs. Tras el alta, se introdujo tratamiento con carvedilol y se inició lanreotida subcutánea mensual como vasoconstrictor esplácnico. Se añadió tratamiento con eritropoyetina quincenal. A pesar de tratarse de un paciente clínicamente muy complejo, la intervención de la Unidad de Crónicos ha permitido un adecuado control clínico, con un único ingreso hospitalario en el último año (VIMA: 1 ingreso/año). Actualmente, se mantiene en seguimiento activo, pendiente de TAC cardiaco para nueva valoración de cierre de orejuela, con el objetivo de suspender la anticoagulación de manera definitiva.

Cuestiones clave: **Seguimiento estructurado e integral** de un paciente pluripatológico funcionalmente robusto para mantener la estabilidad clínica y prevenir ingresos. **Manejo dinámico del riesgo trombótico-hemorrágico**, adaptado a la evolución del paciente y su contexto. **Coordinación asistencial efectiva** entre especialidades para preservar autonomía y calidad de vida.

Conclusiones: Este caso pone de manifiesto la complejidad en el manejo de pacientes anticoagulados con alto riesgo trombótico y hemorrágico, en quienes se busca preservar una funcionalidad conservada. Resalta la necesidad de establecer estrategias personalizadas que permitan individualizar el tratamiento y adaptar las decisiones clínicas a la situación cambiante del paciente en cada momento. El seguimiento estructurado desde una unidad específica ha permitido:

- Detectar precozmente anemias severas en controles rutinarios y
- Evitar ingresos hospitalarios mediante transfusiones y ferroterapia ambulatoria.
- Ajustar el tratamiento de forma dinámica en función de su situación clínica.
- Coordinar eficazmente con atención primaria y con otras especialidades.
- Preservar la autonomía del paciente, su red social y su calidad de vida, a pesar de la cronicidad de su cuadro.

La existencia de unidades de pacientes crónicos permite una atención centrada en la persona, adaptada a su realidad y contexto, favoreciendo el control de patologías complejas en un entorno seguro, evitando la fragmentación asistencial y reduciendo la carga sobre el sistema sanitario.

CC-25

¿PACIENTE PLURIPATOLÓGICO A QUIRÓFANO?

Díaz Del Junco, Reyes; García Godino, Carmen María.

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Desarrollo del caso

Presentamos el caso de un varón de 86 años exfumador con múltiples factores de riesgo cardiovascular HTA, DM tipo 2, dislipemia y obesidad. Además, padece IC avanzada (CF NYHA III), tiene una FA paroxística, ERC en estadio 4, SAHS en tratamiento con CPAP (no aplicada en domicilio) y una estenosis aórtica ligera. Desde el punto de vista neurológico, tiene antecedente de ictus parieto-occipital derecho en enero de 2019, hidrocefalia y deterioro cognitivo subagudo. Por todo ello, es también un paciente polimedicado. Es dependiente para ABVD y vive con su esposa, con la ayuda de sus hijos y dos cuidadoras, además de seguimiento por Medicina Domiciliaria. Se trata, por tanto de un paciente pluripatológico y crónico complejo, con un índice PROFUND de 16 puntos (> o igual a 11 puntos: 61.3-68% de mortalidad al año).

En el año 2025 ha requerido 3 ingresos en Medicina Interna:

En abril por SCASEST y colecistitis aguda tratada mediante colecistostomía, con aislamiento de *Streptococcus anginosus* en el drenaje. En segundo lugar, en junio por EAP secundario a IC descompensada junto a FA RVR, siendo dado de alta con el tratamiento para la ICC. Reingresa 24 horas tras el alta por cuadro de hipotensión, febrícula, dolor abdominal y deterioro del estado general.

Ante la clínica del último ingreso se realizaron hemocultivos, resultando negativos; un elemental de orina, con leucocituria y hematuria; así como un urocultivo con aislamiento de *Enterococcus faecalis* (sensible a Ampicilina). Por ello, en un principio se tomó la orina como foco infeccioso y se comenzó tratamiento empírico con Piperacilina-tazobactam, posteriormente desescalando a Ampicilina.

A pesar de esto, teniendo en cuenta los antecedentes del paciente y tras asegurar una función renal asumible para el contraste, se decidió realizar un TC c/c de abdomen, en el que se observó reaparición de la colecistitis aguda. Por ello, tras consultar con Cirugía, que desestimó la cirugía al igual que en abril, se realizó nuevo drenaje de colecistostomía ecoguiada, extrayendo 60 cm³ de pus, donde ha crecido un *Enterococcus faecalis*, sensible a amoxicilina y, por tanto, bien cubierto con la ampicilina ya administrada. Tras esto, fue dado de alta, pendiente de revisión con Cirugía General y Aparato Digestivo.

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

La colecistitis es una causa de ingreso frecuente en las plantas de Medicina Interna, pues es un cuadro típico en pacientes pluripatológicos y con ASA elevado, en los que se descarta el manejo quirúrgico inicial, siendo el tratamiento conservador (antibiótico asociado o no a colecistostomía) el manejo preferido por los cirujanos en nuestro medio. Sin embargo, puede ser insuficiente, siendo numerosas las recaídas y otras complicaciones.¹

Ciertamente la edad se considera uno de los principales factores de riesgo para las complicaciones de la infección; aunque ni la edad, ni el ASA ni las comorbilidades son contraindicaciones absolutas para la cirugía.²

La colecistectomía precoz ha demostrado mejores resultados que el tratamiento conservador con antibioterapia. En fase aguda en pacientes pluripatológicos con estabilidad hemodinámica el manejo quirúrgico precoz mejora los resultados a largo plazo.^{3,4}

Conclusiones

En el caso de nuestro paciente, la colecistostomía realizada en abril fue insuficiente para el control definitivo del foco. Ciertamente es un paciente pluripatológico, en el que la cirugía puede ser de gran agresividad y con escasa mejoría pronóstica, teniendo en cuenta su elevado PROFUND.

Sin embargo, observamos que la colecistostomía es una solución temporal, con alta tasa de recaídas, que suponen nuevos ingresos e intervenciones, con las consecuencias negativas que esto conlleva, especialmente en nuestros pacientes frágiles.

Por ello, planteamos que en la fase aguda, siempre y cuando haya estabilidad hemodinámica, haciendo balance riesgos-beneficios, habría podido beneficiarse de la colecistectomía laparoscópica como tratamiento definitivo.

Bibliografía

1. Estrada Álvarez F, Morán Blanco A, Cuesta García B, Argüelles Curto A, Bonache Castejón N, Ferreras García A, Mostaza Fernández JL. Colecistitis aguda, cambiar para mejorar. *Revista Castellana de Gastroenterología*. 2018;34(2):41–47.
2. Lincango-Naranjo EP, Negrete-Ocampo JR, Barberis-Barcia G, Cajas MJ, Campuzano JC. Seguridad de la colecistectomía laparoscópica en pacientes mayores de 90 años en un hospital privado del Ecuador: una serie de casos. *Cir Cir [Internet]*. 2021;89(3):291–4. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.24875/CIRU.20000206>
3. Sánchez-Beorlegui J, Lamata-Hernández F, Lagunas-Lostao E, Monsalve-Laguna EC, Peñalva-Segura P. Elección del abordaje terapéutico en la colecistitis aguda del anciano. *Rev Gastroenterol Mex*. 2010;75(2):149–57.
4. Elkeleny MR, El-Haddad HMK, Kandel MM, El-Deen MIS. Colecistectomía laparoscópica temprana versus colecistectomía percutánea seguida de colecistectomía laparoscópica tardía en pacientes con colecistitis aguda de grado II según las directrices de Tokio TG18. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A [Internet]*. 2025;35(4):277–85. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1089/lap.2024.0332>

CC-26

DESASISTENCIA AL FINAL DE LA VIDA: UNA HISTORIA QUE EVIDENCIA LOS LÍMITES DEL SISTEMA

López Quinto, Francisco Javier; Rueda Cala, Darling Vanessa; Moralejo Alonso, María Leticia.

Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca.

Desarrollo del caso

Varón de 83 años con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia, cardiopatía isquémica (2003), trombocitemia esencial JAK2 positiva, Enfermedad Renal Crónica (ERC) estadio 4, infarto lacunar sin secuelas, adenocarcinoma de sigma tratado con cirugía y quimioterapia, e hiperplasia benigna de próstata.

Es derivado desde planta de hospitalización tras un ingreso prolongado por hemorragia digestiva. Las endoscopias revelaron úlceras ileales superficiales como posible causa del sangrado. De forma incidental, se identificó una masa en la pared abdominal adyacente a una malla quirúrgica (sospecha de tumor desmoide, con biopsia no concluyente) y un nódulo pulmonar que requería seguimiento. Durante el ingreso presentó HTA de difícil control. Dado mejoría y estabilidad clínica se decide dar de alta con seguimiento en una consulta específica para pacientes pluripatológicos de medicina interna (UCA).

El seguimiento del paciente comienza en enero 2022. En la primera consulta se hace valoración del paciente: vive en domicilio con su mujer y tienen una cuidadora contratada. Presenta un Barthel de 90 puntos, sin deterioro cognitivo, Pfeiffer 2 errores. Índice PROFUND 9 puntos, riesgo intermedio alto de mortalidad a los 12 meses.

Durante el seguimiento en la UCA:

- Se plantea al paciente la posibilidad de biopsia en quirófano de la masa abdominal, pero decide hacer seguimiento mediante imagen. El nódulo pulmonar también se decide seguir mediante imagen.
- Presenta un deterioro progresivo y rápido de la función renal, descartando causas postrenales o medicamentosas sin poder llegar a encontrar la causa de la progresión tan marcada de su ERC, presentando el paciente $FG < 15\text{ml/min}$, manteniendo diuresis. Se plantea si llegado el caso desearían terapia de reemplazo renal, decidiendo el paciente acompañado de su familia no someterse a ella.
- Comienza con alteración del lenguaje, disfagia y dificultad para la movilización, realizándose un estudio electromiográfico con polineuropatía desmielinizante, sospechando una ELA se remite a neurología que realiza el diagnóstico de apraxia primaria progresiva del lenguaje+polineuropatía desmielinizante (sin diagnóstico concluyente en esa primera consulta), la familia decide continuar con el seguimiento de la enfermedad neurológica en la UCA. La progresión fue hacia una dependencia completa con apraxia completa del lenguaje y disfagia progresiva. Se plantea con la familia los posibles escenarios futuros por la enfermedad neurológica, deciden si llegado el momento no pudiese alimentarse no colocar PEG ni soportes ventilatorios.
- Tuvo episodios de infecciones urinarias, insuficiencia cardiaca descompensada, etc. que se fueron manejando en el hospital de día de la UCA, evitando el ingreso y las visitas a urgencias.

En marzo 2025 el Barthel del paciente era de 15 puntos, dejó de comunicarse por falta de lenguaje, la disfagia fue progresando por lo que se adaptó la medicación imprescindible.

Dado el grado de dependencia y el deterioro clínico del paciente llegó un momento en que no podía desplazarse a la consulta para seguimiento. En nuestra provincia existe un equipo de cuidados paliativos oncológicos, no para pacientes con patología médica terminal y no existe hospitalización a domicilio. Se comentó el caso con paliativos oncológicos para su seguimiento aceptaron ser apoyo, siendo la figura principal de los cuidados paliativos su médico de AP.

El paciente fallece en domicilio en abril 2025. La hija, al recibir el pésame, expresa sensación de desasistencia en la fase final por falta de recursos y respuesta efectiva en atención primaria.

Cuestiones clave

- ¿Cómo garantizar el acompañamiento de pacientes pluripatológicos terminales en zonas sin hospitalización domiciliaria ni paliativos médicos?
- ¿Qué papel puede asumir Medicina Interna en los cuidados al final de la vida cuando no hay apoyo institucional ni recursos adecuados?
- ¿Cómo evitar la sensación de desasistencia en pacientes y familias tras años de seguimiento clínico cercano?

Conclusiones

El médico internista tiene un papel importante en el seguimiento longitudinal, el control de agudizaciones y la planificación anticipada de decisiones en pacientes crónicos complejos. Sin embargo, cuando estos pacientes alcanzan fases terminales, en ausencia de estructuras de atención domiciliaria y paliativos médicos, se produce una ruptura en la continuidad asistencial que genera sufrimiento evitable en pacientes, familias y profesionales.

Bibliografía

- Blay C, Limón E, et al. Atención integrada en personas con enfermedades crónicas avanzadas. Med Clin (Barc). 2017;149(9):434–8.
- Gómez-Batiste X, et al. La atención paliativa en personas con enfermedades crónicas avanzadas: una necesidad emergente. Med Clin (Barc). 2013;140(3):109–11.

CC-28

EFECTOS SECUNDARIOS DE LOS FÁRMACOS, CUANDO NO VEMOS LO EVIDENTE

Gracia Lorenzo, Virginia Maria; Huarachi Mamani, Daniel; Lomba Escobar, Priscilla Maria; Sánchez Fernandez, Antonio; Pérez Del Rincón, Marina.

Hospital General de Móstoles, Móstoles.

Key words

Hierro, diarrea, anemia.

Historia clínica

Mujer de 89 años, quien refiere desde hace 4 meses aproximadamente diarrea líquida entre 3-4 al día, sin productos patológicos, acompañado de episodios de dolor abdominal postprandial localizado en mesogastrio no irradiado de leve-moderada intensidad, astenia y pérdida de peso de 7 kg en los últimos 4 meses. Comenta que el inicio de los síntomas coincide con inicio de toma de hierro oral pautado por su MAP, no fiebre, no vómitos, no otra sintomatología.

Medicación habitual: Tardyferon (sulfato ferroso) 1-0-0, Omeprazol 20 mg 1-0-0, Enalapril 20 mg 1-0-0, Ameride (amlorida/Hidroclorotiazida) 5/50 mg 1-0-0.

Situación basal: Vive sola, Barthel ≥ 95 , MNA desnutrición, Pfeiffer 0 fallos, Frail 0, No riesgo de caídas, Sarcopenia probable, CAM negativo.

Exploración física

Buenas condiciones generales, eupneica, hidratada sin palidez cutáneo mucosa, caquética. TA: 132/88 mmHg FC: 79 lpm FR: 15 rpm SpO₂: 97% basal T: 35.3°.

Auscultación cardíaca y pulmonar: Sin hallazgos patológicos, Abdomen: Blando depresible, doloroso a la palpación profunda sin signos de peritonismo, no megalias, puño percusión bilateral negativa, Extremidades: Hipotróficas sin edemas.

Pruebas complementarias

Análítica: Hemograma: Leucocitos 8780 / μ L, fórmula normal, hemoglobina 9.2 g/dl, VCM 83.4, Plaquetas 218100 / μ L

Bioquímica: Cr 1.8 mg/dl, FG 25 ml/min, PCR discretamente elevada, electrolitos en rango, Perfil hepático normal, Transferrina normal, Ferritina normal 97ng (50-220), Hierro bajo 21 (35-145), LDH normal.

Examen de orina: Sin alteraciones.

Marcadores tumorales: CEA, CA 15, CA 125, Alfa fetoproteína, todos negativos.

Gasometría venosa: Sin hallazgos de interés.

Pruebas de imagen: TC abdomino pélvico: No se objetivan hallazgos que sugieran existencia de neoplasia, colelitiasis.

Evolución

Ingresa en medicina interna para estudio de diarrea y pérdida de peso de meses de evolución, presenta anemia crónica de perfil ferropénico (a pesar de tratamiento con hierro oral), al ingreso leve empeoramiento de su función renal que mejora al alta con Cr de 1.2 mg/dl, FG 39ml. Se administra hierro carboximaltosa intravenoso. TC abdominopélvico sin lesiones neoplásicas y marcadores tumorales negativos, se solicita

estudio endoscópico que se realizara de forma ambulatoria. Al alta estable, no diarrea (al suspender hierro oral) Hb 10.3. Se inicia suplemento nutricional oral.

De forma Ambulatoria

Endoscopia: Pangastritis erosivo de aspecto inespecífico, Anatomía patológica de las biopsias: Gastritis crónica superficial con actividad inflamatoria leve, sin metaplasia ni displasia.

Colonoscopia: Diverticulosis no complicada, Anatomía patológica: Mucosa colo rectal con ligeros cambios inflamatorios crónicos.

En control consulta externa

Mejor, ha ganado peso (+3 kg desde el alta) come bien, no molestias gástricas, no esta tomando hierro oral. Control después del verano.

Conclusiones

La elección entre hierro oral e intravenoso (IV) depende de varios factores, incluida la agudeza de la anemia, los costos y la disponibilidad de diferentes productos de reemplazo de hierro, así como la capacidad del paciente para tolerar las preparaciones de hierro oral.

La mayoría de los pacientes reciben tratamiento con hierro oral debido a su eficacia, fácil acceso, bajo costo y seguridad. Sin embargo, hasta el 70 % de los pacientes a quienes se les prescribe hierro oral (especialmente sulfato ferroso) presentan efectos secundarios gastrointestinales.

Un nivel elevado de hepcidina también puede reducir la absorción oral de hierro en estados inflamatorios concomitantes. Este posible mecanismo respalda la estrategia de cambiar a hierro intravenoso en pacientes con deficiencia de hierro que no responden a la suplementación oral de hierro.

Los efectos secundarios gastrointestinales son extremadamente frecuentes con la administración oral de hierro. Estos incluyen sabor metálico, náuseas, flatulencia, estreñimiento, diarrea, malestar epigástrico o vómitos. Los pacientes también pueden presentar picazón y heces negras/verdosas o alquitranadas que manchan la ropa o les causan ansiedad por sangrado. Por lo tanto, la adherencia a la administración oral de hierro puede ser baja.

Referencias

1. Auerbach M, DeLoughery TG, Tirnauer JS. Iron Deficiency in Adults: A Review. JAMA 2025; 333:1813.
2. Van Doren L, Steinheiser M, Boykin K, et al. Expert consensus guidelines: Intravenous iron uses, formulations, administration, and management of reactions. Am J Hematol 2024; 99:1338.

CC-29

MÁS ALLÁ DEL TRATAMIENTO: EL VALOR DE LA REVISIÓN TERAPÉUTICA EN EL PACIENTE PLURIPATOLÓGICO

Guamán Sánchez, Ximena Alexandra; Salinero Delgado, Teresa; Alonso De Los Santos, José María; Martín Rodríguez, Sonia; Calleja Gordaliza, M Yolanda; Noldin Riquelme, M Fernanda; Mencía Chirinos, Heysa Estefany.

Hospital General, Segovia.

Paciente de 85 años con numerosos antecedentes a destacar fibrilación auricular anticoagulada con heparina, marcapasos VVI, prótesis valvular aórtico y mitral, enfermedad renal crónica e insuficiencia cardiaca congestiva con Fracción de Eyección del Ventrículo Izquierdo 55% seguimiento por Unidad de Cuidados Crónicos para estudio y control de anemia tras realizarse endoscopia en urgencias sin signos de sangrado activo con posible úlcera gástrica previa que precisó de dos concentrados de hematíes, el ingreso presentó buena respuesta clínica por lo que se decidió alta con seguimiento.

Durante su seguimiento en esta unidad con una duración de 16 meses (desde agosto de 2023 hasta diciembre 2024), el primer mes se mantuvo estable con hemoglobina máxima de 10.5 g/dL, infección de úlcera por presión en miembro inferior izquierdo en seguimiento por la unidad de úlceras precisando tratamiento antibiótico, no presentó sintomatología congestiva en ningún momento. Acudía con su hijo con el cual vivía y con ayuda de otra hija, presentaban ayuda externa durante el día.

Sin embargo, según fue pasando este periodo, fue presentando cuadros de anemia con posibles pérdidas digestivas, pero en las endoscopias no presenciado sangrado activo, pero si presencia de telangiectasias. Se le realizó seguimiento, tanto de sintomatologías generales con curas de las úlceras sin sintomatología congestiva, se pudo presenciar deterioro cognitivo y fragilidad progresiva de la paciente en las repetidas visitas al hospital. No se planteó más medidas terapéuticas (como octeotrido o belimumab) ni más pruebas diagnósticas consensuado con la familia.

En este periodo preciso 29 transfusiones de hematíes con poca rentabilidad, aunque en los últimos 3 meses mejoría y estabilidad de la hemoglobina en torno a 9 g/dl. Se comentó con los hijos la mala evolución clínica y posibilidad de seguimiento por Unidad de Cuidados Paliativos lo cual iban a plantearse. La paciente siguió con mal estado general, mal control del dolor, astenia, miedo a caminar. Acudió a urgencias por caída accidental con traumatismo craneoencefálico con anemia de Hb 5 g/dl por lo que le transfundieron además de un TAC sin presentar sangrado activo. Sin embargo, los días posteriores se evidencia mal estado general, somnolencia, así como presencia de hematomas en tórax, cuello y brazo derecho debido a la caída sin mejoría del dolor, con un estado basal que ha empeorado.

Por todo esto, se decidió juntamente con los hijos ingreso para tratamiento de los síntomas y seguimiento conjunto con la Unidad de Cuidados Paliativos. Los hijos no acaban de entender la situación de su madre a pesar de un seguimiento exhaustivo y comentando todos pasos, así como las contraindicaciones de su medicación anticoagulante, el empeoramiento que ha presentado en el último año.

Este caso es una de las dudas más comunes en nuestra práctica clínica, los tratamientos necesarios como anticoagulante que puede prevenir grandes complicaciones mortales de la fibrilación auricular. Es decir, ¿Hasta qué punto es beneficiosa esta medicación que produce otra complicación que limita la vida? ¿Hasta qué punto son perjudiciales las complicaciones de no usar anticoagulante? ¿Debemos seguir realizando el tratamiento con anticoagulante a pesar de las anemias de repetición y sangrados digestivos?

Los cursos de acción extremos serían: no aplicar ningún tipo de tratamiento frente a seguir usando el tratamiento anticoagulante. Pensando en los cursos de acción intermedios podríamos pensar en tratar los síntomas que produzcan malestar, seguimiento analítico sin tratamiento, antiagregar y, por supuesto, 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.

Atendiendo a esta evolución, a la diferencia de los datos recogidos en VIMA al principio y al final del seguimiento del paciente y los deseos de la paciente, decidimos junto con sus familiares que el curso de acción óptimo sería el seguimiento de los síntomas con Unidad de Cuidado Paliativos. (Para esta decisión nos apoyamos además en escala PROFUND 1 (escasa supervivencia al año) y un NECPAL positivo.

Situación basal al inicio y final de la valoración realizada mediante VIMA WEB APP, muestra los puntos que han variado:

- ¿Es un paciente con enfermedad crónica avanzada y necesidad de cuidados paliativos? No?Si.
- ¿Se ha evaluado la capacidad para realizar las ABVD? Puntuación de 63 en la escala Barthel DEPENDENCIA FUNCIONAL MODERADA (al principio valoración) y paso a 48 en la escala Barthel por lo que TIENE DEPENDENCIA FUNCIONAL SEVERA final de la valoración.
- ¿Se ha evaluado el pronóstico del paciente? El paciente tiene una puntuación del 8 en la escala Profund, por lo que TIENE RIESGO Moderado de mortalidad al inicio de la valoración y cambio a puntuación del 17 en la escala Profund, por lo que TIENE RIESGO ALTO de mortalidad.
- ¿Hay riesgo de úlceras por presión? El paciente tiene una puntuación del 13 a 9 en la escala Norton, por lo que TIENE ALTO RIESGO de desarrollar UPP.

Conclusión

El seguimiento continuo de los pacientes pluripatológicos nos permite valorar de forma exhaustiva los cambios del estado basal del paciente. Este seguimiento junto con la valoración multidisciplinar nos ayuda a analizar si la medicación activa que hasta ahora era imprescindible para dicho paciente lo sigue siendo o si requiere de ajustes o cambios para mejorar su calidad de vida.

También se plantea en este caso la dificultad de la comunicación entre sanitarios y familiares, así como la aceptación de toma de decisiones difíciles.

Bibliografía

- Amor Pan JR, García M, Ezponda JC. *Ética de la práctica médica*. Salamanca: Ediciones Universidad de Salamanca; 2012.
- *VIMA Web App* [Internet]. Madrid: SEMI; [fecha de consulta: 31 jul 2025]. Disponible en: <https://vima.fesemi.org/#/home>

CC-30

MÁS ALLÁ DE LA DESCOMPENSACIÓN: SEGUIMIENTO INTEGRAL DE UN PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA

Vázquez Pardo, Natalia; Rebollo Najera, María Del Carmen; Yusty Escalona, Sara; Pineda Alonso, Mónica; Gómez Traveso, Tamara; Ruiz De Temiño De La Peña, Ángela; Abad Manteca, Laura.

Hospital Universitario del Río Hortega, Valladolid.

Desarrollo del caso

Presentamos el caso de un varón de 74 años con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 post-trasplante renal, miocardiopatía dilatada de tipo restrictivo y insuficiencia aórtica severa sustituida por válvula mecánica. Su tratamiento domiciliario incluye: Amlodipino 10 mg, Bisoprolol 5mg, Captopril 25mg, Clortalidona 50 mg, Doxazosina 4mg, Furosemida 40 mg 2 comprimidos en desayuno y uno en comida y cena y su tratamiento inmunosupresor post-trasplante.

El paciente presentaba ingresos hospitalarios frecuentes por congestión pulmonar con insuficiencia respiratoria aguda, edemas periféricos y ganancia ponderal significativa. Se comienza a hacer seguimiento estrecho en la Unidad de Continuación Asistencial (UCA) donde se realiza manejo con suero hipertónico y hasta 200mg de Furosemida con respuesta parcial. A pesar de los ajustes terapéuticos persistía la disnea y el aumento de peso entre visitas.

Radiografías de tórax periódicas evidencian un derrame pleural derecho crónico (ya presente desde 2021), refractario a tratamiento médico a pesar de múltiples ajustes añadiendo hidroclorotiazida, empagliflozina y eplerenona tras suspensión de Doxazosina.

Dada la mala evolución del derrame pleural derecho y el aumento de la disnea así como la necesidad creciente de oxigenoterapia domiciliar se realizaron dos toracocentesis evacuadoras con mejora clínica transitoria.

La evaluación mediante la escala de *Morisky green* reveló adherencia terapéutica óptima, gracias al apoyo de su cuidadora principal (su esposa). A pesar de ello continua con nuevos empeoramientos y ausencia de mejoría por lo que se decide realizar pleurodesis y cambio diurético suspendiendo Furosemida tras inicio de Bumetanida oral.

Cuestiones clave

1. La insuficiencia cardíaca (IC) es una de las patologías más prevalentes en nuestros pacientes, representando hasta el 70 % de los ingresos en Medicina Interna. Casi una cuarta parte de estos pacientes sufren una descompensación al año por lo que el seguimiento estrecho de esta patología así como el manejo en unidades de continuación asistencial previene complicaciones, ingresos y aumenta la calidad y la esperanza de vida mejorando su clase funcional según la NYHA (1/2).
2. La Bumetanida es un diurético de asa tipo sulfonamida con una biodisponibilidad oral entre el 80 y el 100 por ciento siendo su potencia diurética aproximadamente 40 veces superior a la Furosemida con una absorción más predecible. Es particularmente útil en pacientes que no responden a otros diuréticos o tienen una insuficiencia renal grave (3).
3. La combinación de suero salino con furosemida y una ampolla de Cloruro de Sodio puede ser beneficiosa en el tratamiento de la insuficiencia cardíaca, especialmente en pacientes con sobrecarga de líquidos y resistencia a los diuréticos. El fundamento de este tratamiento se basa en el aumento de la capacidad osmótica del suero salino consiguiendo que el agua libre del espacio intersticial pase al compartimento intravascular reduciendo la vasoconstricción de las arterias aferentes y por tanto aumentando la perfusión y el filtrado glomerular (4).

4. Ante derrame pleural secundario a IC refractario y recidivante a pesar de tratamiento deplectivo a dosis plenas la Pleurodesis con talco ha demostrado ser eficaz para prevenir el riesgo de recurrencia. Su realización aunque tiene un papel muy limitado en la práctica clínica habitual puede reducir los ingresos y la atención en urgencias con tasas de éxito entre el 81 y el 100% (5).

Conclusiones

Este caso clínico es un claro ejemplo de la importancia de modelos asistenciales como la UCA ya que reducen el número de ingresos y las complicaciones asociadas. En pacientes crónicos complejos es fundamental un enfoque holístico dando especial relevancia al manejo precoz de las descompensaciones y a su entorno social y familiar.

Bibliografía

1. Bonilla Palomas JL, Recio Mayoral A, Anguita Gámez M, González Manzanares R, Muñiz García J, Romero Rodríguez N, Elola Somoza FJ, Cequier Fillat A, Rodríguez Padial L, Anguita Sánchez M. Incidencia y predictores de descompensación en pacientes con insuficiencia cardíaca. *Rev Clin Esp.* 2024 Oct;77(S1):437–8. doi:10.1016/S0300-8932(25)00467-1.
2. Escamilla Espínola M, Arroyo Álvarez C, Vázquez González M, Abdelhady Kishta A, Gutiérrez Gosálvez I, Fiorante S, García Alonso M, Molina Puente I. IC-099 - Estudio descriptivo: pacientes con insuficiencia cardíaca en seguimiento en la Unidad de Continuidad Asistencial (UCA) del Servicio de Medicina Interna del Complejo Asistencial de Ávila. *Rev Clin Esp.* 2020 Mar;220(Supl Congr):e24. Congreso XL de la Sociedad Española de Medicina Interna y la Sociedad Catalano-Balear de Medicina Interna; 2019 Nov 27–29; Barcelona, España. ISSN: 0014-2565.
3. Mullens W, Damman K, Harjola VP, Mebazaa A, Brunner-La Rocca HP, Martens P, et al. The use of diuretics in heart failure with congestion: a position statement from the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. *Eur J Heart Fail.* 2019 Jan;21(2):137–55. doi:10.1002/ejhf.1369.
4. Torres Sanabria M, Aguilera Agudo C, Baena Herrera J, Restrepo Córdoba A, García-Pavía P, Cobo Marcos M. Estrategias en congestión refractaria: efectos del suero salino hipertónico en insuficiencia cardíaca aguda. *Rev Española Cardiol.* 2019;54(1):55–7. doi:10.1016/j.rccl.2018.11.001.
5. Albas Sorrosal S, de Miguel Gaztelu M, León Rosique M, Rojo Álvaro J, Pérez Ricarte S, Leturia Delfrade I, et al. Derrame pleural recidivante en insuficiencia cardíaca: ¿pleurodesis? *Rev Clin Esp.* 2016;216(Espec Congr):1035.

CC-31

PLURIPATOLOGÍA Y SOCIOPATÍA CAUSA DE MAL PRONÓSTICO EN PACIENTE JOVEN

Urdin Oroz, Begoña; Gil Guerrero, Lucia; Muniesa Zaragozano, Marta; Lopez Liras, Pilar.

Hospital San Juan de Dios, Pamplona.

Introducción

Las personas en situación de exclusión social (sin hogar, con bajos ingresos, migrantes en situación precaria) presentan un incremento en la tasa de mortalidad por enfermedades infecciosas (hombres mortalidad casi tres veces superior y las mujeres casi seis veces mayor frente a enfermedades infecciosas y parasitarias). El aumento de infecciones en este contexto emerge como el resultado de condiciones estructurales: pobreza, vivienda inadecuada, estrés crónico, falta de recursos preventivos y marginación sanitaria.

Caso clínico

Motivo de ingreso: Shock séptico abdominal con ileo paralítico y fractura de D6, evidenciándose espondilodiscitis de D5 a D7 que asocia área de mielopatía compresiva.

Antecedentes Personales: Sin alergias medicamentosas.

- Factores de riesgo cardiovascular: Hipertensión arterial, dislipemia, diabetes mellitus tipo 2 (debut en 2022 con escaso cumplimiento actualmente insulínica dependiente).
- Obesidad mórbida sarcopénica.
- Insuficiencia suprarrenal en probable relación con ingesta de corticoides exógenos (tratamiento de espondiloartrosis)
- Anemia ferropénica en relación a hemorroides internas.
- Esteatosis hepática.
- Pseudoartrosis de tibia derecha; deformidad de Tibia en varo y antecurvatum; con reavivamiento de foco de pseudartrosis y colocación de fijación externa.
- Lumbalgia secundaria a protusión discal con radiculopatía L4 izquierda y espondiloartrosis (seguimiento por Reumatología)

Tratamientos previos: Ácido acetilsalicílico 100mg/24h, lormetazepam 1mg /24h, metformina 850mg desayuno y cena, mirtazapina 15mg antes de acostarse, rosuvastatina 10mg /24h, amlodipino/valsartán/hidroclorotiazida 10/160/12,5mg/24h, masticado 1000mg/800ui/24h, premax 100mg 2 comprimidos/ 24h, omeprazol 20mg /24h, fentanilo 25mcg/72h, novorapid 4-6-6 unidades internacionales, lantus 100 unidades/ml 3ml.

Situación basal:

- Social: Natural de Gambia, reside en España desde el 2012. No familia directa en España. Usaria de Albergue. Barrera idiomática pudiendo comunicarse con la paciente mediante inglés.
- Funcional: Independiente para las actividades básicas de la vida diaria, deambula con bastón por dolor lumbar. Bicontinente aunque usa absorbente por urgencia miccional. Sin disfagia. No déficits sensoriales. Realiza instrumentales. Dificultad importante para salvar escaleras.
- Cognitivo: Funciones superiores preservadas.

Hª actual: Paciente que ingresa en Hospital de cuidados intermedios tras shock séptico abdominal con ileo paralítico y fractura de D6, evidenciándose espondilodiscitis de D5 a D7 por PET que asocia área de mielopatía compresiva. Tratamiento con vancomicina y ceftriaxona al menos por seis semanas y plantear neurocirugía para estabilizar fractura. Recuperación funcional limitada por riesgo quirúrgico secundario a obesidad sarcopénica y desnutrición proteica previa de la paciente, así como pérdida progresiva de reservas y aumento de fragilidad que le hacen más vulnerable a infecciones recurrentes. Además al ser una paciente sin soporte social retorno a domicilio es inviable dando un mayor riesgo de adquirir enfermedad nosocomial. Previo a finalizar antibioterapia realiza pico febril evidenciándose candida albicans en hemocultivo. A pesar

de tratamiento con fluconazol según fungigrama empeoramiento progresivo con cuadro séptico y sospecha de afectación cerebral por lo que se pauta anfotericina y se ingresa en UCI para control sintomático.

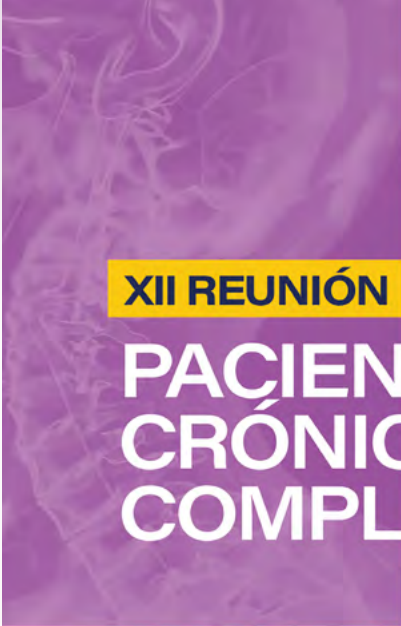
Conclusiones

La exclusión social está fuertemente ligada a una mortalidad más elevada por infecciones. El estrés psicológico crónico relacionado con la exclusión puede potenciar mecanismos de inmunosupresión, inflamación crónica, y modificar respuestas biológicas frente a los patógenos.

Se deben considerar herramientas como índices de vulnerabilidad social en pacientes en riesgo de exclusión social ya que se ha demostrado que tanto las barreras estructurales como el debilitamiento inmunológico por dicha situación social aumenta la fragilidad y les hace más propensos a infecciones a pesar de edades menos longevas. Esto genera además una problemática de asistencia social dados los escasos recursos sociosanitarios que hay para este tipo de pacientes que requieren políticas integrales para mejorar las condiciones sociales y programas que mitiguen el estrés y los problemas psicológicos de estos pacientes.

Bibliografía

- Health inequalities in infectious diseases: a systematic overview of reviews" Ayorinde A. et al.,2023
- Morbidity and mortality in homeless individuals, prisoners, sex workers, and individuals with substance use disorders in high-income countries: a systematic review and meta-analysis. Aldridge RW, Story A, Hwang SW, et al. Lancet. 2018;391:241–50.
- Índices de vulnerabilidad social en salud pública (2023) BioMed CentralSpringerLink
- Exclusion and Exclusion in Health: Theoretical-Conceptual and Methodological Notes for its Research. M.Padrón,P.Román.Bol.Mex.Der.comp. vol.43 no.128 2010
- On the analysis of urban poverty and the environment: a socio-ecological view. S. London. Letras Verdes nº.24Quito sep./feb.2018.



XII REUNIÓN

**PACIENTES
CRÓNICOS
COMPLEJOS**



XVI REUNIÓN



**DEL GRUPO DE
CRONICIDAD Y
PLURIPATOLOGÍA**

02-03
OCTUBRE
2 0 2 5



ALCALÁ DE HENARES
PARADOR DE ALCALÁ DE HENARES



PATROCINADO POR

