

Asistencia compartida en pacientes pluripatológicos

Paula Carlota Rivas-Cobas¹, Nieves Ramírez-Duque², Carolina Magro-Fernández¹

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Infanta Elena. Huelva. España

²Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España

Recibido: 01/03/2020

Aceptado: 01/03/2020

En línea: 31/03/2020

Citar como: Rivas-Cobas PC, Ramírez-Duque N, Magro-Fernández C. Asistencia compartida en pacientes pluripatológicos. Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2020 (Mar); 5(Supl 1): 6-7. doi: 10.32818/reccmi.a5s1a3.

Cite this as: Rivas-Cobas PC, Ramírez-Duque N, Magro-Fernández C. Shared assistance in multipathological patients. Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2020 (Mar); 5(Supl 1): 6-7. doi: 10.32818/reccmi.a5s1a3.

Autor para correspondencia: Paula Carlota Rivas-Cobas. carla.rc1985@gmail.com

Palabras clave

- ▷ Multimorbilidad
- ▷ Pluripatología
- ▷ Asistencia compartida
- ▷ Cuidado compartido
- ▷ Manejo perioperatorio

Keywords

- ▷ Multimorbidity
- ▷ Polypathology
- ▷ Comanagement
- ▷ Shared care
- ▷ Perioperative care

Puntos destacados

- ▷ En los enfermos quirúrgicos, la comorbilidad es la causa de más del 80% de las muertes y complicaciones posoperatorias.
- ▷ La asistencia compartida en los servicios quirúrgicos es el enfoque más adecuado para los enfermos con comorbilidad y pluripatología.

Resumen

Exponemos el caso de un varón de 68 años de edad, con elevada comorbilidad (diabetes mellitus 2, síndrome de apnea-hipopnea obstructiva del sueño [SAHOS], ictus isquémico), que ingresó por angina inestable y que durante el ingreso presentó un episodio de colecistitis aguda, así como descompensación de sus enfermedades crónicas, recibiendo asistencia compartida entre Cirugía y Medicina Interna.

Abstract

We expose the case of a 68-year-old male with high comorbidity to highlight DM2, SAHOS and ischemic stroke that enters through unstable angina, during admission he presents an episode of acute cholecystitis, as well as decompensation of his chronic diseases receiving assistance shared between Surgery and Internal Medicine.

nejo terapéutico) no puede realizarse desde un punto de vista de interconsulta a demanda y requiere un enfoque interdisciplinar que abarque toda la complejidad de estos enfermos. De ahí nace la necesidad de desarrollar la asistencia compartida, en la que la responsabilidad y las decisiones clínicas corresponden a más de un profesional.

Introducción

El envejecimiento progresivo de la población, la elevada prevalencia de comorbilidad, junto con la mejora en técnicas anestésicas, procesos terapéuticos endoscópicos e intervenciones quirúrgicas más cortas y menos invasivas, están dando lugar a que los enfermos hospitalizados sean cada vez más complejos y frágiles. Este hecho se hace patente en todos los servicios hospitalarios, pero en los quirúrgicos de forma notable. Es por ello que, desde hace años, se ha constatado la necesidad de un abordaje integral y completo de estos enfermos para garantizar una menor morbilidad y una mejor atención, que ha cristalizado en el desarrollo de la medicina perioperatoria, cuyos objetivos son poner al enfermo en las mejores condiciones para la intervención, que ésta se realice de la forma más segura y eficaz, que se produzcan las menores complicaciones posoperatorias posibles y que, si éstas aparecen, sean diagnosticadas y tratadas lo antes posible.

Dado que el 80% de la morbilidad perioperatoria se debe a la comorbilidad, un adecuado manejo de estos enfermos complejos (con múltiples patologías crónicas, que sufren agudizaciones y edad avanzada que condiciona el ma-

Historia clínica

Varón de 68 años con los siguientes antecedentes personales: no alergias medicamentosas, ex fumador, no bebedor, hipertensión arterial esencial, diabetes mellitus tipo 2 no insulino dependiente, dislipemia, retinopatía proliferativa, ictus isquémico hemisférico derecho de etiología aterotrombótica hacía 8 años sin secuelas desde el punto de vista funcional, síndrome de apnea-hipopnea obstructiva del sueño (SAHOS) en tratamiento con CPAP nocturna. No intervenciones quirúrgicas. Independiente para todas las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, Barthel 100. El paciente acudía a Urgencias del hospital por episodio de dolor precordial típico de aproximadamente 3 horas de duración.

Evolución y pruebas complementarias

En el electrocardiograma se objetivó ritmo sinusal con signos de isquemia en cara inferior con rectificación del segmento ST en II, III y aVF. En los datos de

laboratorio, destacaban Hb 12 g/dl microcítica hipocrómica y marcadores de daño miocárdico negativos. El paciente ingresó a cargo de Cardiología para estudio de angina inestable de bajo riesgo TIMI < 3 (día +5 de ingreso). Comenzó con cuadro de fiebre y dolor en hipocondrio derecho, siendo valorado por Medicina Interna, que solicitó ecografía abdominal, objetivándose en pruebas de imagen signos de colecistitis aguda, con vesícula biliar hidrópica y cambios inflamatorios perivesiculares. Fue valorado por el Servicio de Cirugía, que decidió ingreso a su cargo y, dada la comorbilidad del enfermo, desestimó actitud quirúrgica urgente; se decidió tratamiento conservador mediante antibioterapia y soporte hemodinámico. Tras 7 días de antibioterapia, el paciente permanecía con dolor en hipocondrio derecho e intolerancia oral, y en nueva prueba de imagen se objetivó empeoramiento radiológico con deslustramiento de la grasa perivesicular de aspecto inflamatorio y una colección adyacente al *fundus* vesicular donde, además, se apreciaba una disrupción de la pared vesicular. Finalmente, se decidió realizar colecistostomía percutánea (día +12 del ingreso) por fallo del tratamiento conservador, presentando posteriormente buena evolución, quedando afebril y con reactantes inflamatorios normalizados.

Como complicaciones durante el ingreso, presentó flebitis por catéter periférico, sin evidencia de bacteriemia relacionada y con buena evolución, descompensación hiperglucémica de su diabetes mellitus, e insuficiencia renal aguda en contexto de bajo gasto previo al drenaje quirúrgico. Al alta, el paciente fue revisado en consultas de Cirugía, para valorar retirada de catéter frente a conversión a colecistectomía reglada, así como en consultas de Cardiología para estudio de cardiopatía isquémica subyacente. Durante su estancia en la planta de Cirugía, se realizó manejo compartido por Medicina Interna para control de comorbilidades asociadas, dado que se trataba de un paciente pluripatológico.

Diagnósticos

- Angina inestable de bajo riesgo.
- Colecistitis aguda con colecistostomía percutánea.
- Insuficiencia renal aguda prerrenal en contexto de hipoperfusión.
- Anemia microcítica e hipocrómica de origen ferropénico.
- Descompensación diabética no cetósica.
- Flebitis por catéter periférico.
- Paciente pluripatológico categorías E1 y F2.

Discusión y conclusiones

Dada la comorbilidad del enfermo, era preciso acordar con los diferentes especialistas el orden en el que se abordarían los problemas que presentaba en el ingreso, siendo preciso priorizar la resolución del cuadro infeccioso agudo con respecto al cuadro isquémico, pero teniendo en cuenta el elevado riesgo quirúrgico que suponía para este paciente una colecistectomía de urgencias. El manejo terapéutico de los pacientes diagnosticados de colecistitis aguda ha cambiado en los últimos años, debido al aumento de edad y de comorbilidad que presentan los enfermos.

Si bien numerosas publicaciones demuestran que el "patrón oro" en el tratamiento de la colecistitis aguda es la cirugía temprana, esto es motivo de controversia cuando se atiende a una población de edad avanzada con presencia de pluripatología o importantes comorbilidades, en la que el riesgo quirúrgico se ve notablemente aumentado, en especial si existe alguna descompensación intercurrente. En algunos hospitales, se ha desarrollado una vía clínica de colecistitis aguda para estos enfermos complejos que ingresan a cargo de Cirugía y se realiza un manejo compartido con Medicina Interna, decidiéndose tratamiento conservador y/o colecistostomía percutánea en caso de presentar mala evolución con elevada comorbilidad y alto riesgo quirúrgico, como en el caso de nuestro paciente, ayudando así a superar la fase aguda de la enfermedad y pudiendo posponer el acto quirúrgico a una situación de mayor estabilidad del enfermo. El Servicio de Medicina Interna desempeña un papel principal en el seguimiento de estos pacientes, responsabilizándose directamente en planta de hospitalización para control de sus comorbilidades.

La asistencia compartida, en la que dos especialistas diferentes comparten la atención médica del enfermo, ofrece una atención más completa e integral basada en la toma de decisiones compartidas, la coordinación y la individualización, fundamental en la atención a los pacientes con comorbilidad y pluripatología.

Bibliografía recomendada

1. Bainbridge D, Martin J, Arango M, Cheng D; Evidence-based Perioperative Clinical Outcomes Research (EPiCOR) Group. Perioperative and anaesthetic-related mortality in developed and developing countries: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2012; 380(9847): 1075-1081. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60990-8.
2. Huang J. Co-management of surgical patients. *J Med Pract Manage*. 2014; 29(6): 348-350.
3. Kimura Y, Takada T, Kawarada Y, Nimura Y, Hirata K, Sekimoto M, et al. Definitions, pathophysiology, and epidemiology of acute cholangitis and cholecystitis: Tokyo Guidelines. *J Hepatobiliary Pancreat Surg*. 2007 Jan; 14(1): 15-26. doi: 10.1007/s00534-006-1152-y.
4. Montero Ruiz E, Barbero Allende JM, Melgar Molero V, Rebollar Merino A, García Sánchez M, López Álvarez J. ¿Tienen más dificultad los cirujanos en la atención de los pacientes hospitalizados no operados que en los operados? *Cir Esp*. 2015; 93(5): 334-338. doi: 10.1016/j.ciresp.2012.11.017.
5. Montero Ruiz E, por el Grupo de Trabajo de Asistencia Compartida e Interconsultas de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Asistencia compartida (comanagement). *Rev Clin Esp*. 2016; 216(1): 27-33. doi: 10.1016/j.rce.2015.05.006.
6. Monte-Secades R, Romay-Lema E, Iñiguez-Vázquez I, Rabuñal-Rey R, Pombo-Vide B. Análisis de un modelo de asistencia clínica compartida con internistas en un servicio de cirugía vascular. *Galicia Clínica*. 2014; 75(2): 59-66. doi.org/10.22546/27/531.
7. Tsuyuguchi T, Itoi T, Takada T, Strasberg SM, Pitt HA, Kim M-H, et al. TG13 indications and techniques for gallbladder drainage in acute cholecystitis (with videos). *J Hepatobiliary Pancreat Sci*. 2013 Jun; 20(5): 545-546. doi: 10.1007/s00534-012-0570-2.