

## Complejidad en el paciente frágil joven: dificultad para la asistencia y la atención

Marcos Guzmán-García<sup>1</sup>, María Luisa Fernández-Ávila<sup>2</sup>, Esmeralda Ramiro-Ortega<sup>1</sup>, Mirian Moreno-Conde<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital San Juan de la Cruz. Úbeda (Jaén). España

<sup>2</sup>Hospital Universitario de Puerto Real. Puerto Real (Cádiz). España

Recibido: 01/03/2020

Aceptado: 01/03/2020

En línea: 31/03/2020

**Citar como:** Guzmán-García M, Fernández-Ávila ML, Ramiro-Ortega E, Moreno-Conde M. Complejidad en el paciente frágil joven: dificultad para la asistencia y la atención. Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2020 (Mar); 5(Supl 1): 20-22. doi: 10.32818/reccmi.a5s1a8.

**Cite this as:** Guzmán-García M, Fernández-Ávila ML, Ramiro-Ortega E, Moreno-Conde M. Complexity in the fragile young patient: difficulty in assistance and attention. Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2020 (Mar); 5(Supl 1): 20-22. doi: 10.32818/reccmi.a5s1a8.

Autor para correspondencia: Marcos Guzmán-García. [marcos.guzman.sspa@juntadeandalucia.es](mailto:marcos.guzman.sspa@juntadeandalucia.es)

### Palabras clave

- ▷ Miastenia *gravis*
- ▷ Mieloma múltiple
- ▷ Fragilidad
- ▷ Dependencia
- ▷ Comorbilidad

### Keywords

- ▷ *Myasthenia gravis*
- ▷ *Multiple myeloma*
- ▷ *Fragility*
- ▷ *Dependence*
- ▷ *Comorbidity*

### Resumen

Paciente de 63 años con mieloma múltiple, insuficiencia renal crónica y miastenia *gravis* que presentaba infección respiratoria aguda. Se objetivó la evolución desfavorable, asociándose con hepatitis aguda de origen medicamentoso. Tras valoración integral del paciente, se llegó al hallazgo de posible demencia frontotemporal, enmascarada de forma previa como trastorno depresivo. La utilización de fármacos en esta paciente implica condicionamientos relevantes, por lo que se debe realizar una conciliación para evitar complicaciones relacionadas con las comorbilidades.

### Abstract

A 63-year-old patient with multiple myeloma with chronic renal failure and myasthenia *gravis* who has acute respiratory infection. Unfavorable evolution is observed by associating with acute hepatitis of drug origin. After a comprehensive assessment of the patient, the finding of possible fronto-temporal dementia is previously masked as a depressive disorder. The use of drugs in this patient implies relevant conditioning, so a therapeutic reconciliation must be carried out to avoid complications related to comorbidities.

### Puntos destacados

- ▷ Para adecuar la asistencia y la atención, es necesario identificar precozmente al paciente joven con fragilidad.
- ▷ El abordaje del paciente frágil joven debe realizarse de forma global para evitar posibles interacciones/contraindicaciones en medicación y atención clínica.

## Introducción

Actualmente, existe cierta dificultad para la definición del "paciente frágil", observándose cambios en las acepciones con el paso del tiempo. La falta de un límite preciso entre la *fragilidad* y la *funcionalidad*, con respecto a la discapacidad y dependencia, dificulta su definición y delimitación. En el momento actual, las dos maneras más extendidas para detectar pacientes frágiles son la selección sobre la base de factores de riesgo para predecir el desarrollo de episodios adversos y la pérdida funcional (alteración de movilidad y equilibrio, sarcopenia, comorbilidad, condicionantes sociales adversos, polifarmacia, hospitalización, etc.). Entre las características diferenciales más

prevalentes de este grupo de personas, estarían la presencia de múltiples enfermedades crónicas, la utilización de servicios sanitarios con diferentes necesidades pero que implican episodios de ingreso, la presencia de determinadas enfermedades crónicas, la disminución de la autonomía personal y la polimedicación<sup>1</sup>.

Si revisamos la literatura actual, es frecuente que la definición del paciente frágil se asocie, generalmente, a aquellos pacientes mayores de 75-80 años, siendo escasas las publicaciones que abordan a los pacientes frágiles jóvenes. A esto se asocia que la complejidad de la atención sanitaria del paciente joven presenta un impacto socioeconómico distinto al establecido con el paciente anciano. En los últimos años, diferentes autores y organizaciones han introducido el concepto de paciente crónico en situación de complejidad que viene determinado por un perfil de presentación de la cronicidad<sup>2</sup>. Desafortunadamente, no existe una valoración estandarizada para el paciente frágil menor de 65 años, lo que compromete una estadificación real inicial, y conduce a una clasificación de dependencia un tanto heterogénea, basándose sobre todo en capacidades para las actividades de la vida diaria, pero con diferente rango al que se aplica al paciente frágil anciano. En estos casos, hay que abordarlos de forma diferente, implicándose frecuentemente necesidades distintas entre los dos grupos.

## Antecedentes personales

Paciente de 63 años con antecedentes de miastenia *gravis* con afectación ocular seronegativa (anticuerpos anti-receptor de acetilcolina y anti-MuSK, estimulación nerviosa repetitiva) en seguimiento por el Servicio de Neurología de referencia durante más de 10 años. Además, se sumaba el diagnóstico de mieloma múltiple IgA lambda en los 2 años previos, asociado a insuficiencia renal crónica con filtrado glomerular (FG) medio según estimación del modelo CKD-EPI: 23,2 ml/min/1,73m<sup>2</sup>. Como otras patologías de interés, presentaba artritis reumatoide seropositiva, en tratamiento con prednisona 5 mg/día y analgésicos como fentanilo transdérmico a dosis bajas y rescate con tratamientos antiinflamatorios no esteroideos (AINE) a demanda. Osteoporosis secundaria a tratamiento farmacológico y cambios artrósicos degenerativos severos precisándose, a los 56 años, colocación de prótesis de rodilla, que, unida a sarcopenia, implicaba afectación de la movilidad, precisando bastón inglés para deambulación y ayuda para actividades de la vida diaria. Hipertensión arterial en tratamiento con polifarmacia y déficit absorbivo de vitamina B<sub>12</sub> con macrocitos, para lo que se realizaron estudios endoscópicos digestivos sin alteraciones macroscópicas. Destacaba, asimismo, el diagnóstico de trastorno adaptativo en seguimiento por parte del Servicio de Salud Mental.

## Enfermedad actual

Acudió al Servicio de Urgencias por referir malestar general de 3-4 días de evolución, tos con mucosidad verdosa, fiebre sin termometrar (pero con sensación febril). Dolor muscular generalizado y costal izquierdo. Negaba disnea, alteración gastrointestinal o urinaria. Sin otra sintomatología acompañante. En los días previos, la paciente había suspendido el tratamiento con bortezomib (utilizado para mieloma múltiple IgA) por reacción eritematosa generalizada. Además, recientemente presentó una crisis miasténica con afectación ocular sin repercusión respiratoria tras administración de levofloxacino, que mejoró tras tratamiento con piridostigmina. En la exploración clínica, destacaba regular estado general, consciente, orientada, colaboradora. Eupneica con gafas nasales en reposo, SatO<sub>2</sub> basal de 95% y frecuencia cardíaca de 90 lpm. Palidez mucocutánea y datos de deshidratación. Reacción eritematosa en cuatro extremidades y tronco. Tensión arterial: 113/43 mmHg. Auscultación cardiopulmonar: rítmica sin soplos, hipoventilación generalizada con crepitantes en base y campo medio izquierdo. Resto sin hallazgos relevantes.

## Pruebas complementarias

- Análítica de sangre. Hemoglobina 14,5 g/dl, volumen corpuscular medio 100,8 fl, hemoglobina corpuscular media 32,3 pg, plaquetas 126 x 10<sup>3</sup>/μl, leucocitos 11,04 x 10<sup>3</sup>/μl (N 9.570 L 760). Coagulación básica sin alteraciones con fibrinógeno 921 mg/dl, glucosa 133 mg/dl, urea 168 mg/dl, albúmina 2,8 g/dl, creatinina 3,22 mg/dl (FG CKD-EPI: 14,6 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>), GPT 36 U/l, proteína C reactiva (PCR) 349 mg/dl, procalcitonina (PCT) 0,57 ng/ml. Calcio corregido con albúmina 11,2 mg/dl. Resto sin alteraciones.
- Gasometría arterial: pH 7,55; CO<sub>2</sub> 36,2; HCO<sub>3</sub> 31,7.
- Serología. Virus influenza A, B y virus respiratorio sincitial negativos.
- Radiografía posteroanterior y lateral de tórax impresionaba de infiltrado retrocardíaco que se apreciaba mejor en proyección lateral, con valoración dificultosa al presentarse poco inspirada.
- Ecografía abdominal. Dilatación de vías biliares.
- Control analítico. Mejoría de parámetros analíticos con normalización de fórmula leucocitaria y práctica normalización de reactantes de fase aguda (PCR 9,5 mg/l), pero con presencia de elevación de enzimas hepáticas (lactato deshidrogenasa 444 U/l, gamma glutamiltransferasa 1.034 U/l,

aspartato transaminasa 185 U/l, alanina transaminasa 236 U/l, fosfatasa alcalina 277 U/l).

- Colangio-resonancia magnética (RM). Probable estenosis benigna de papila. Quiste hepático milimétrico. Resto sin hallazgos patológicos.

## Evolución

La paciente presentó elevación de enzimas colestásicas, descartándose alteraciones relevantes en la estructura hepatobiliar. Tras realización de serología de patógenos hepatotropos, se descartó patología infecciosa. Se decidió biopsia hepática y retirar la medicación antibiótica con mejoría de parámetros analíticos hepáticos. Durante su estancia hospitalaria, la familia describió fallos cognitivos y deterioro del funcionamiento global progresivo previo a la hospitalización, con episodios frecuentes de desorientación y clínica confusional. La clínica descrita no impresionaba de trastorno afectivo mayor ni cumplía criterios de trastorno depresivo. Se realizó RM craneal, que presentaba atrofia corticosubcortical de predominio frontotemporal, junto con punción lumbar sin criterios infecciosos y marcadores autoinmunitarios negativos.

## Diagnósticos

- Neumonía relacionada con cuidados sanitarios, en paciente con afectación del sistema inmune.
- Enfermedad renal crónica agudizada.
- Hepatitis de probable origen medicamentoso.
- Deterioro neurocognitivo en probable relación con demencia frontotemporal.

## Discusión y conclusiones

La fragilidad es común en nuestra práctica clínica, particularmente en personas mayores con afecciones crónicas complejas, pero dicha situación no es tan frecuente ni tan estudiada en pacientes más jóvenes. La evidencia disponible demuestra el valor del concepto de la fragilidad como predictor de resultados adversos sobre todo en personas mayores. Si bien actualmente existe una falta de consenso sobre la mejor forma de evaluar y estratificar dicha fragilidad en la práctica habitual, existen varias opciones para ello, como la aplicación de escalas tipo Rockwood, Fried, SHARE-FI, FRAIL, Edmonton, Lawton y Brody, etc., y elementos pronósticos como la herramienta PROFUND y PROFUNCTION<sup>3</sup>. Estas escalas se basan en marcadores individuales, como funcionalidad, plurimedición y capacidades en las actividades de la vida diaria; ofreciendo un medio factible de detección. Dicha identificación puede brindar una oportunidad para retrasar la progresión a través de intervenciones proactivas, evitando o minimizando aquellos problemas clínicos o sociales en estos pacientes, guiándonos en las medidas preventivas que pudieran evitar ingresos hospitalarios y/o comorbilidades con afectación del bienestar del paciente<sup>4</sup>. El abordaje de este tipo de pacientes, habitualmente, no se realiza de forma integral<sup>5</sup>, lo que puede influir de modo negativo en su situación actual y evolución futura.

## Bibliografía

1. Bodenheimer T, Berry-Millett R. Follow the money: controlling expenditures by improving care for patients needing costly services. *N Engl J Med.* 2009; 361(16): 1521-1523. doi: 10.1056/NEJMp0907185.

2. Lattanzio F, Landi F, Bustacchini S, Abbatecola AM, Corica F, Pranno L, et al. Geriatric conditions and the risk of adverse drug reactions in older adults: a review. *Drug Saf.* 2012; 35(Suppl 1): 55-61. doi: 10.1007/BF03319103.
3. Bernabeu-Wittel M, Barón-Franco B, Nieto-Martín D, Moreno-Gaviño L, Ramírez-Duque N, Ollero-Baturone M. Estratificación pronóstica y abordaje asistencial de los pacientes pluripatológicos. *Rev Clin Esp.* 2017; 217(7): 410-419. doi: 10.1016/j.rce.2017.01.011.
4. Contel JC, Muntané B, Camp L. La atención al paciente crónico en situación de complejidad: el reto de construir un escenario de atención integrada. *Aten Primaria.* 2012; 44(2): 107-113. doi: 10.1016/j.aprim.2011.01.013.
5. Mian H, Brouwers M, Kouroukis CT, Wildes TM. Comparison of Frailty Scores in newly diagnosed patients with multiple myeloma: a review. *J Frailty Aging.* 2019; 8(4): 215-221. doi: 10.14283/jfa.2019.25.