

Valoración integral y adecuación terapéutica en anciano hiperfrecuentador

Beatriz Torres-Ceballos, Jeffrey Magallanes-Gamboa, Antonio Gallegos-Polonio, Moisés de Vicente-Collado

Unidad de Atención al Paciente Crónico Complejo. Servicio de Medicina Interna. Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina (Toledo). España

Recibido: 01/03/2020

Aceptado: 01/03/2020

En línea: 31/03/2020

Citar como: Torres-Ceballos B, Magallanes-Gamboa J, Gallegos-Polonio A, de Vicente-Collado M. Valoración integral y adecuación terapéutica en anciano hiperfrecuentador. Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2020 (Mar); 5(Supl 1): 42-44. doi: 10.32818/reccmi.a5s1a16.

Cite this as: Torres-Ceballos B, Magallanes-Gamboa J, Gallegos-Polonio A, de Vicente-Collado M. Comprehensive assessment and therapeutic adaptation in high frequency counseling elderly. Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2020 (Mar); 5(Supl 1): 42-44. doi: 10.32818/reccmi.a5s1a16.

Autor para correspondencia: Beatriz Torres-Ceballos. betz.tc3@gmail.com

Palabras clave

- ▷ Pluripatología
- ▷ Polifarmacia
- ▷ Desprescripción

Keywords

- ▷ *Pluripathology*
- ▷ *Polypharmacy*
- ▷ *Deprescription*

Resumen

Varón de 85 años, pluripatológico y complejo, con criterio de polimedicación extrema, en seguimiento por varios especialistas y con múltiples ingresos y consultas en Urgencias. Tras realizar una valoración integral exhaustiva y desprescripción, se ha conseguido reducir su hiperfrecuentación y mejorar su situación funcional, cognitiva y calidad de vida.

Abstract

We present a 85-year-old man, a complex patient with pluripathology and polypharmacy. He was hospitalized twice and needed for several emergency visits last year. After internal medicine evaluation, deprescription and follow up, he reached functional, cognitive and quality of life improvement.

Puntos destacados

- ▷ Importancia de la adecuación terapéutica y desprescripción en el paciente pluripatológico complejo.

Introducción

Presentamos el caso de un varón de 85 años, con criterios de pluripatología¹ y complejidad, ejemplo de cómo una valoración exhaustiva y global puede resultar beneficiosa.

Historia clínica: antecedentes, enfermedad actual y exploración física

Entre sus antecedentes personales, como factores de riesgo cardiovascular, hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus (DM) tipo 2, dislipemia y obesidad. Se encontraba en seguimiento por Cardiología por cardiopatía isquémica crónica, fibrilación auricular permanente e insuficiencia cardiaca (IC) crónica con descompensaciones frecuentes. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) grave en situación de insuficiencia respiratoria hipoxémica crónica, precisando oxigenoterapia continua y síndrome de apnea-hipopnea del sueño en tratamiento con CPAP nocturna, por lo que realizaba revisiones con Neu-

mología. Enfermedad renal crónica (ERC) estadio 3b, en relación con nefropatía diabética y con revisiones habituales por Nefrología. Hipertrofia benigna de próstata, hiperuricemia con episodios de artritis gotosa, osteoartritis generalizada y anemia crónica de origen multifactorial.

Como antecedentes quirúrgicos, había sido intervenido de *bypass* aorto-aórtico por aneurisma de aorta infrarrenal. Tenía prescritos más de 14 fármacos distintos, con más de 20 dosis diarias (**Tabla 1**).

Había precisado dos ingresos hospitalarios durante el último año, ambos por IC en relación con infecciones respiratorias y fracaso renal agudo sobre su ERC. Había consultado en otras cinco ocasiones en el Servicio de Urgencias hospitalarias (dos por IC, una por artritis gotosa, otra por celulitis y otra por hematuria). Tras el último ingreso, se remitió a consultas de Medicina Interna.

En nuestra anamnesis dirigida, fundamentalmente contaba disnea de mínimos esfuerzos, esputos hemoptoicos ocasionales e importantes disestesias en miembros inferiores, que le limitaban la deambulación. En la exploración física: tensión arterial 90/60 mmHg, frecuencia cardíaca 55 lpm, SaO₂ 93% con O₂ a 1 litro por minuto. Índice de masa corporal: 31. Bien hidratado y perfundido. Eupneico. Auscultación cardiopulmonar: arrítmico, sin soplos. Murmullo vesicular discretamente disminuido de forma global, roncus en bases. Abdomen: globuloso. No doloroso a la palpación. No visceromegalias. Extremidades: discreto edema en tercio distal de miembros inferiores.

Principio activo	Posología
Olmesartán/amlodipino	40/10 mg/24 h
Insulina glargina	16-0-20 UI
Repaglinida	2 mg/8 h
Atorvastatina	40 mg/24 h
Digoxina	0,125 mg/24 h
Trimetazidina	20 mg/12 h
Acenocumarol	9-12 mg/semana
Eplerenona	25 mg/24 h
Furosemida	80 mg/24 h (1-1-0)
Salmeterol/propionato de fluticasona	50/500 µg 1 inhalación/12 h
Bromuro de tiotropio	10 µg 1 inhalación/24 h
Extracto lípido esterólico de <i>Serenoa repens</i>	160 mg/12 h
Alopurinol	100 mg/24 h
Pantoprazol	40 mg/24 h
Colchicina	1 mg/24 h, si artritis gotosa
Paracetamol/metamizol	Si dolor

Tabla 1. Fármacos y dosis que tenía prescritos el paciente

Pruebas complementarias

Se llevó a cabo una valoración integral exhaustiva. Para conocer su situación funcional, realizamos el índice de Barthel, obteniendo una puntuación de 45, que traduce una dependencia moderada para las actividades básicas de la vida diaria. La principal cuidadora era su esposa, que presentó una puntuación de 10 sobre 13 en el índice de esfuerzo del cuidador, sugerente de una carga elevada. Para evaluar la esfera cognitiva, realizamos el test de Pfeiffer, en el que cometió solamente un error, por lo que determinamos que no presentaba deterioro cognitivo. En la evaluación psicoafectiva, mediante el test de Yesavage, no encontramos datos de depresión. Valoramos también su situación nutricional, con el índice Mini Nutritional Assessment (MNA), encontrándose en riesgo de desnutrición, a pesar de su obesidad.

Podíamos categorizarlo como paciente pluripatológico, ya que presentaba patologías crónicas de las categorías A, C, D y H (cardíaca, renal, respiratoria y osteoarticular, respectivamente)¹. Reunía, además, condiciones de paciente complejo, puesto que había presentado dos ingresos hospitalarios en el último año y polimedicación extrema, con más de 10 principios activos diarios de forma crónica. Determinamos su grado de adherencia terapéutica mediante la prueba de Morisky modificada, hallando un nivel de adherencia medio.

De las pruebas analíticas destacamos: glucosa 220 mg/dl, creatinina 2,24 mg/dl, HbA1c 8,3%. Ante la clínica de disestesias, realizamos prueba monofilamento (6 puntos no percibidos en pie izquierdo, 4 en pie derecho y ausencia de sensibilidad vibratoria en pie izquierdo) y electroneurograma (polineuropatía axonal sensitivomotora compatible con neuropatía diabética).

Evolución

Revisando su historia clínica, sus distintos ingresos y visitas a Urgencias, se objetivó que, normalmente, presentaba tendencia a hipotensión, bradicardia

y una tasa de filtrado glomerular inferior a 30. Así, realizamos una conciliación y adecuación terapéutica completa. Decidimos retirar antihipertensivos, digoxina y eplerenona. No había presentado episodios de angina desde hacía más de 10 años, por lo que se suspendió trimetazidina, sin que hayan aparecido complicaciones.

Ante el deficiente control glucémico, se intensificó el tratamiento antidiabético: suspendimos repaglinida, cambiamos insulina glargina por insulina degludec 30 UI, y asociamos linagliptina 5 mg/24 h. Con el diagnóstico de polineuropatía diabética, se añadía una categoría más de pluripatología, para la que iniciamos tratamiento con pregabalina.

Desde el punto de vista respiratorio, al tratarse de un paciente no agudizador, simplificamos su tratamiento inhalado, retirando corticoide y manteniendo doble broncodilatación en un único dispositivo, con formoterol y bromuro de aclidinio 340/12 µg cada 12 horas.

Se objetivó un INR lábil, habitualmente elevado, sumado a expectoración hemoptoica ocasional y un episodio de hematuria, por lo que optamos por cambiar acenocumarol por apixabán 2,5 mg cada 12 horas.

Para detectar signos de descompensación de forma precoz, se realizó educación en salud por Enfermería al paciente y a sus familiares, encontrando una mejor figura de cuidador principal en una de sus hijas.

Diagnóstico

Varón de 85 años con criterios de pluripatología (categorías A, C, D, H y F) y complejidad.

Discusión y conclusiones

Tras 1 año de seguimiento en consulta de Medicina Interna, el paciente ha presentado dos episodios de descompensación de IC de intensidad leve-moderada, que se han podido manejar en hospital de día, sin necesidad de ingreso o consultas en Urgencias. Ha reducido el número de fármacos, pasando de 14 a 9. Ha mejorado su situación hemodinámica y, con ello, su función renal, así como el control glucémico (Tabla 2). Se encuentra estable desde el punto de vista respiratorio y han mejorado sus síntomas neuropáticos. Con todo ello, ha aumentado su capacidad funcional, con un índice de Barthel que ha pasado de 45 a 60. Tras consensuar con Cardiología y Nefrología que continuara el seguimiento a nuestro cargo, ahora únicamente acude a consultas de Medicina Interna y de Neumología (para revisión de su terapia ventilatoria). En definitiva, nuestro paciente ha sustituido la asistencia fragmentada por múltiples especialistas, visitas a Urgencias y reingresos por un seguimiento continuado y longitudinal en nuestra consulta, mejorando su situación física, funcional y calidad de vida.

En los Servicios de Medicina Interna, con una edad media de los pacientes que atendemos en torno a los 80 años, se ha estimado una prevalencia de pluripatología del 31%². La avanzada edad y comorbilidad de nuestros pacientes se relaciona directamente con la polifarmacia, que afecta al 85% de los pacientes ancianos pluripatológicos³. La polifarmacia constituye en los últimos años un auténtico problema de salud pública en los países desarrollados. Se ha observado que no se asocia con mayor supervivencia³ sino que, al contrario, se relaciona con problemas de adherencia y más efectos adversos, como pérdida de peso, caídas, deterioro funcional y cognitivo, y hospitalizaciones^{4,5}.

	Inicio seguimiento	A los 3 meses	A los 12 meses
Tensión arterial	90/60 mmHg	120/60 mmHg	132/58 mmHg
Frecuencia cardíaca	55 lpm	75 lpm	89 lpm
Glucemia capilar ayunas	220 mg/dl	211 mg/dl	116 mg/dl
HbA1c	8,3%	8,7%	7,6%
Creatinina	2,24 mg/dl	2,7 mg/dl	1,31 mg/dl
FGe CKDEPI	25 ml/min	24 ml/min	49 ml/min

Tabla 2. Evolución del paciente desde el inicio del seguimiento

La desprescripción constituye un proceso dinámico y continuo que pasa por realizar una valoración global del paciente, no sólo teniendo en cuenta aspectos médicos, sino también su contexto sociofamiliar y expectativas de vida⁶. Debe ser interdisciplinar, con la implicación activa de profesionales enfermeros, trabajadores sociales y farmacéuticos, e incluye varias fases: valoración fiable del régimen terapéutico del paciente, redefinición del plan terapéutico atendiendo a la situación individual de cada paciente y con la participación del mismo en las decisiones, y, por último, seguimiento estrecho de los resultados^{6,7}. En este escenario, el internista es el profesional capaz de llevar a cabo esta valoración integral exhaustiva y de asumir el papel de coordinador entre los distintos profesionales, especialidades y niveles asistenciales.

Bibliografía

- Ollero Baturone M, (coordinador). Atención al paciente pluripatológico: proceso asistencial integrado, 3.ª ed. Sevilla. Consejería de Salud, 2018. Accesible en: https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud_5af1956d9925c_atencion_pacientes_pluripatologicos_2018.pdf
- Díez-Manglano J, de Escalante Yangüela B, García-Arilla Calvo E, Ubis Díez E, Munilla López E, Clerencia Sierra M, et al. Differential characteristics in polypathological inpatients in internal medicine departments and acute geriatric units: The PLUPAR study. *Eur J Intern Med.* 2013; 24(8): 67-71. doi: 10.1016/j.ejim.2013.07.010.
- Díez-Manglano J, Giménez-López M, Garcés-Horna V, Sevil-Puras M, Castellar-Otín E, González-García P, et al. Excessive polypharmacy and survival in polypathological patients. *Eur J Clin Pharmacol.* 2015; 71(6): 733-739. doi: 10.1007/s00228-015-1837-8.
- Gómez Aguirre N, Caudevilla Martínez A, Bellostas Muñoz L, Crespo Avellana M, Velilla Marco J, Díez-Manglano J. Pluripatología, polifarmacia, complejidad terapéutica y uso adecuado de la medicación. *Rev Clin Esp.* 2017; 217(5): 289-295. doi: 10.1016/j.rce.2016.12.013.
- Fried TR, O'Leary J, Towle V, Goldstein MK, Trentalange M, Martin DK. Health outcomes associated with polypharmacy in community-dwelling older adults: a systematic review. *J Am Geriatr Soc.* 2014; 62(12): 2261-2272. doi: 10.1111/jgs.13153.
- Gavilán-Moral E, Villafaina-Barroso A, Jiménez-de Gracia L, Gómez Santana MC. Ancianos frágiles polimedicados: ¿es la desprescripción de medicamentos la salida? *Rev Esp Geriatria Gerontol.* 2012; 47(4): 162-167. doi: 10.1016/j.regg.2012.01.003.
- Jansen J, Naganathan V, Carter SM, McLachlan AJ, Nickel B, Irwig L, et al. Too much medicine in older people? Deprescribing through shared decision making. *BMJ.* 2016; 353: i2893. doi: 10.1136/bmj.i2893. i2893.