

424/847 - PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS EN PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS

C. Delso Gafarot¹, J. Fernández Ruiz², S. Riesgo Escudero³ y B. Riesgo Escudero⁴

¹Médico de Familia. Institut Català de la Salut. Barcelona. ²Enfermero. Gestor de Casos. CAP Gornal. Barcelona. ³Médico de Familia. Centro de Urgencias Pura Fernández. Barcelona. ⁴Médico de Familia. EAP San Rafael. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 83 años, paciente crónica compleja (PCC), frágil y pluripatológica. Se solicita seguimiento por equipo de Gestión de Casos tras un ingreso por descompensación de Insuficiencia cardiaca, para educación sanitaria y evitar nuevas recaídas. Principales patologías: EPOC moderado, SAHOS, insuficiencia respiratoria hipercápnica, (oxigenoterapia domiciliaria). insuficiencia cardiaca con FE preservada. Anemia ferropénica. Diabetes mellitus, dislipemia, obesidad. Dolor crónico osteomuscular (fracturas vertebrales). Síndrome ansioso depresivo. Valoración geriátrica integral: paciente que convive con su esposo (principal cuidador), encamada, con deterioro funcional importante desde el alta y pérdida de autonomía, que condiciona incontinencia doble, disminución del rendimiento cognitivo e importante agitación, generando que los familiares soliciten institucionalizar a la paciente. Se prioriza inicialmente el control del dolor crónico (paracetamol/tramadol), y de la agitación (quetiapina), pautando tratamiento de base y rescates. Al controlar adecuadamente el cuadro de dolor y la agitación, conseguimos una mejora funcional global (continencia de esfínteres, sedestación progresiva), que evita que la familia decida no institucionalizar a la paciente. En una segunda fase se solicita Rehabilitación domiciliaria, recuperando la marcha autónoma y el estado funcional previo al ingreso. Una vez revertida la fragilidad se inició el abordaje proactivo de la insuficiencia cardiaca (control de peso, control de líquidos, dieta hiposódica, signos de alerta de descompensación y adherencia terapéutica). Tres meses después de nuestra intervención la paciente se mantiene estable sin nuevos ingresos, ni atenciones urgentes por descompensación.

Exploración y pruebas complementarias: Valoración geriátrica integral: Paciente que convive con su esposo (principal cuidador), encamada, con deterioro funcional importante desde el alta y pérdida de autonomía, que condiciona incontinencia doble, disminución del rendimiento cognitivo e importante agitación, generando que los familiares soliciten institucionalizar a la paciente.

Orientación diagnóstica: Dolor lumbar crónico severo agudizado. Agitación/síndrome confusional hiperactivo. Insuficiencia cardiaca descompensada. Claudicación familiar.

Diagnóstico diferencial: Cuadros que provoquen agitación, síndrome confusional. Patologías asociadas a incremento de disnea/edemas.

Comentario final: En pacientes PCC es preciso realizar siempre una valoración geriátrica integral, tras un ingreso valorando la situación clínica y social del paciente y priorizar aquellas actuaciones que serán más efectivas y aportarán mayor beneficio, aunque no abordemos inicialmente la patología que provocó el ingreso.

Bibliografía

1. Díez-Gascón González P, Sisó Almirall A. Atención urgente al paciente anciano en atención primaria. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2006;44(S1)1-50.

Palabras clave: Valoración geriátrica integral. Priorización de problemas. Claudicación familiar.