

Sesiones Clínicas en Red: Programa de formación de SADEMI



1. Isabel* tiene **74 años**. Mide 1,56 y pesa 75 kg (**IMC 30,8**).
2. Ausencia de alergias o reacciones adversas a la medicación o productos sanitarios.
3. **Tabaquismo** de 32 paquetes año con consumo actual de 5-8 cigarrillos al día, en fase de pre-contemplación, sin intentos previos de deshabituación. Ingesta de menos de 2 UBE/semana.
4. **DM-2 e HTA** (2010) con ultima Hb glicosilada tras el ingreso de Octubre del 2017 de 8,2% y toma esporádica de TA en farmacia: TAS 150-156/90-94 mmHg.
5. **Insuficiencia cardiaca con FEr** (2014) con ETT en Octubre 2016: 35-40% en situación funcional II de la NYHA y **FA no valvular permanente**.
6. **EPOC estadio C** de la GOLD
7. **Insuficiencia renal estadio IIIa-A1** (2014)
8. **Lupus** con expresión de artritis y trombopenia leve, con **Behcet** asociado, sin S. antifosfolipido. Espondilogonartrosis
9. Hernia de hiato con esofagitis péptica grado I, diagnosticada en 2009, sin síntomas de reflujo desde hace más de un año.
10. Depresión subumbral/leve

ACTIVIDAD CLINICA en los últimos cuatro años:

- Ingresos en Diciembre del 2016, en Abril y Octubre 2017, por descompensación de IC/reagudización EPOC. Durante estos ingresos, en el informe de alta no se indica que haya habido delirium.

- **Ha sido dependiente** de unos grandes almacenes, y los **ingresos actuales son 1080 €** (< a 1,5 veces el salario mínimo).
- Es **viuda** desde Noviembre 2017, tras encamamiento prolongado de su pareja por ictus grave, y del que era la cuidadora principal.
- Hasta ahora vivía en Sevilla, en un tercero sin ascensor. Tras enviudar se traslada a Palomares del Rio (**8.500 habitantes**), cerca de sus hijos.
- Tiene dos hijos que trabajan en un almacén de aceitunas local. **Es ayudada** por uno de ellos y su mujer, que viven en la misma urbanización.
- Corrección de presbicia con gafas. **Utiliza el wasap** con fluidez y **realiza todas las compras** necesarias en la plaza. Realiza la cama, limpia el baño y se lava la ropa. Desayuna en el bar de la esquina, se prepara el almuerzo y a veces en la cena utiliza comida precocinada. Se encarga de los asuntos económicos por sí sola.
- **Olvida a veces tomar la medicación**. Se levanta muy temprano, a las 5 de la madrugada, cuando se desvela, lo que se ha convertido en un motivo de frustración y desánimo. Luego, durante el día se siente bastante cansada y **pasa toda la tarde sentada** en el sofá viendo la televisión.

PRONOSTICA

- Índice **Profund: 3 puntos** (Hb < 10 gr/dl)

FARMACOLOGICA

- **Registro de Medicación:** Como tratamiento habitual, utiliza (se confirma con cartones y Receta XXI)

Enalapril 10 mg AD y AC,

Carvedilol 5 mg AD y AC,

Furosemida: 40 mg AD de días alternos,

Metformina 850 mg AD-AA-AC,

Glibenclamida 5 mg: AD,

Omeprazol 20 mg: AD,

Hierro sulfato 325 mg: AD,

Acenocumarol,

Tiopropio 1 capsula al dia (Respimat),

Amitriptilina 25 mg: AA y AC,

Gabapentina 300 mg: Antes de acostarse,

Prednisona según brotes de artritis/aftas

Lactulosa según estreñimiento,

Zolpidem 5 mg según insomnio

Vacunación gripal variable:

-Si en 2015 y 2016

-No en 2017 ni 2018

Vacunación neumococo: NO

AUTOGESTION , ACTIVACION, PREFERENCIAS Y VALORES

- Isabel **no conoce** las actuaciones respecto al manejo de :
 - Diuréticos con la ganancia de peso o
 - Broncodilatadores /antibióticos según síntomas respiratorios, ni se plantea seriamente dejar de fumar.
- **No se ha planteado** la planificación anticipada de decisiones y **tampoco ha comentado** sus preferencias vitales con sus hijos.
- Se define como **creyente no practicante**.

- **Desde NAVIDADES 2017**
 - Progresivamente **ha incrementado la disnea (grado III)** y nicturia que le dificulta el sueño, con momentos que siente **palpitaciones rápidas y sibilancias, sin angina.**
 - **Su nuera incrementa el soporte**, trayéndole la comida y ayudándola para el aseo. Los fines de semana, recibe la visita del resto de familia con los nietos, que **le traen aceitunas aliñadas** que saben que le gusta mucho, no tomando ese día la medicación del almuerzo. **Mantiene tabaquismo y ha incrementado zolpiden** para intentar mejorar el sueño.
- **En la ULTIMA SEMANA** (actualmente Marzo 2018):
 - Desde hace 24 horas **ha incrementado disnea** y edemas maleolares, con **Tª 37,8°C, expectoración purulenta** y sibilancias
 - Al levantarse por la noche a orinar, **se ha caído al suelo** con contusión en codo y cadera izda con hematoma que le preocupa, habiendo iniciado ibuprofeno y prednisona (15 mg/día).
 - Junto a esto, de nuevo **artritis en pequeñas articulaciones y aftas orales y genitales.**
 - Su nieto le pide cita a MFyC través de ClicSalud+. No había acudido desde el alta de Octubre 2017.

INTERVENCIONES

1º ASISTENCIA (Dia 1. Atención Primaria)

- **Profesionales participantes** Medico de Familia de Palomares del Rio

- **Evaluación** -Peso 80,5 kg (↑de 5 kg), Congestión periferica
-FC 110 s/m, roncus sin foco crepitantes

-Criterios de Enfermedad crónica compleja: Cumple criterios de pluripatología

-Motivo de preocupación principal actual, que es la disnea, cuadro respiratorio, hematoma y aftas dolorosas

- Analitica general (Extraida el mismo dia antes del traslado de las muestras al hospital. incluye NT-proBNP)
- ECG y Rx torax (Centro de Salud de Mairena)

IC descompensada y EPOC reagudizado
Brote de Artritis lúpica y de E. de Behcet

-Factores desencadenantes

- Infección respiratoria
- Incumplimiento de dieta hiposodica
- Retención de sodio (AINE)
- Anemia (Hb 9,2 gr/dl)

- **Intervenciones** 1) Tto agudo



- Se inicia Amoxicilina/clavulánico 875 mg/125 mg cada 8 horas (según GTA-Aljarafe), prednisona ajustada al peso (0,5 mg/kg) al día durante 5 días y SABA 2 inhalaciones (200 µg cada 6 horas).
- Se incrementa furosemida 40 mg/48h-→120 mg/dia. Se añade Hierro oral
- Se retira ibuprofeno (utilizado durante 11 días), asumiendo efecto antiinflamatorio de prednisona para artritis y aftas.
- Se indica cese de aceitunas
- Se cita a la semana salvo empeoramiento

2º ASISTENCIA (Día 6º a 9º. Atención Primaria)

- **Profesionales participantes** Medico de Familia Enfermera de Familia T. Social

- **Evaluación**

Valoración clínica: Evolución favorable

- Desaparición de fiebre, reducción de expectoración haciéndose mucosa y menor disnea, peso 78,4 (↓ 2,1 Kg).
- FC 90 s/m. Hb 9,2 gr/dl ferropénica (ferritina < 100 ng/ml), FGe 52 ml/m sin hiponatremia. NT-proBNP 9.300

Valoración funcional, fragilidad, cognitiva, afectiva y sociofamiliar:

- MINIBARTHEL 60-90 (no sube escaleras y se alimenta sola)-→Barthel completo: 85 dependencia funcional.
- PFEIFFER SIMPLIFICADO (3 preguntas) ya que no hay sospecha clínica de deterioro : NO hay deterioro cognitivo.
- No se identifica riesgo de suicidio.
- GIJON de 13, condicionado por vivir sin conyuge y por ausencia de ascensor en domicilio previo--→Riesgo social Intermedio

Valoración pronóstica

- PROFUND: 6 puntos-→Profund-AP (no tiene ingreso en los últimos 3 meses)→fallecimiento a los 2 años de 20 %.



Valoración farmacológica:

- Se comprueba que algunos fármacos que utiliza no cumplen criterios de adecuación, que utiliza fármacos de alto riesgo y que además algunos condicionan riesgo de caídas (→sesión compartida en 48 h.)
- Se identifica fácilmente en la anamnesis que hay falta de adherencia al tratamiento, sin identificar barreras económicas ni dispositivos de administración complejos.

Autogestión y activación:

- Consejo mínimo para deshabitación
- Proceso de decisión clínica compartida-→Confianza

SESION COMPARTIDA (Dia 11.)

- **Profesionales participantes** Médicos de Familia Internista de referencia

- **Evaluación**

- Presentación del caso**

- Intervenciones** Se consensua entre otros aspectos:

- Ecocardiograma** ante empeoramiento de la capacidad funcional y estudio previo > 1,5 años). Se solicita desde 1ª

- Colonoscopia** ante anemia ferropénica + anticoagulación. Se solicita desde atención primaria

- Inclusión en Telemonitorización**

- Optimización farmacoterapéutica (Adecuación y adherencia)--→Interconsulta No presencial**

- Se suspende enalapril para iniciar a las 36 horas **sacubitrilo-valsartan** (como dosis de enalapril > de 10 g/día, se inicia dosis de 49/51 12h.

- Se sustituye carvedilol por **bisoprolol** por ser cardioselectivo y por tener una posología más simple.

- Se asocia un **LABA al LAMA** (No hay eosinofilia que apoye el corticoide inh en vez de LAMA) ante la posibilidad que parte del empeoramiento basal de la disnea esté condicionada por la EPOC.

- La identificación de TRT < 52 % apoyan el beneficio del cambio de acenocumarol por anticoagulantes directos. Se elige **apixaban** 5 mg/12h por menor riesgo de sangrado gastrointestinal.

- Se suspende prednisona y se añade y se añade **hidroxicloroquina** 400 mg/día y **colchicina** 0,5 mg/12 h

- Se consensua mantener sin AINE y retirar gabapentina como tratamiento prologado de la artrosis, por su inadecuación en la indicación y por los efectos deletéreos entre otros de la IC y del riesgo de caídas respectivamente, sustituyéndolo por **paracetamol** inicialmente.

- No está indicado de primera elección los antidepresivos tricíclicos por el riesgo anticolinérgico, por lo que además de las intervenciones sociales que se programaran en atención primaria, se cambia por un **ISRS** (Sertralina), que podría además ser útil en el insomnio asociado a la depresión.

- La ausencia de respuesta insomne al zolpiden tras su utilización prolongada, muestra su ineficacia, retirándose.

- Se retira el omeprazol ante la ausencia de enfermedad péptica y la no indicación de profilaxis primaria

- Se retira la glibeclamida por su riesgo hipoglucemiante, y ante el mal control metabólico con IMC > 30 e IC con Fer y FG 50 ml/m se añade **empaglifozina** a la metformina. Se consensua **Glargina** 18 UI en noche Se concilia en Receta XXI

- Cita en HdM a los 1-2 semanas.**

-Optimización farmacoterapéutica (Adecuación y adherencia)--→Interconsulta No presencial

- Se sustituye **carvedilol** por **bisoprolol** por ser cardioselectivo y por tener una posología más simple.
- Se suspende **enalapril** para iniciar a las 36 horas **sacubitrilo-valsartan** (como dosis de enalapril > de 10 g/día, se inicia dosis de 49/51 12h.
- Se asocia un **LABA al LAMA** (No hay eosinofilia que apoye el corticoide inh en vez de LAMA) ante la posibilidad que parte del empeoramiento basal de la disnea esté condicionada por la EPOC.
- La identificación de TRT < 52 % apoyan el beneficio del cambio de **acenocumarol** por anticoagulantes directos. Se elige **apixaban** 5 mg/12h por menor riesgo de sangrado gastrointestinal.
- Se suspende **prednisona** y se añade **hidroxicloroquina** 400 mg/día y **colchicina** 0,5 mg/12 h
- Se consensua mantener sin **AINE** y retirar **gabapentina** como tratamiento prologado de la artrosis, por su inadecuación en la indicación y por los efectos deletéreos entre otros de la IC y del riesgo de caídas respectivamente, sustituyéndolo por **paracetamol** inicialmente.
- No esta indicado de primera elección los **antidepresivos tricíclicos** por el riesgo anticolinérgico, por lo que además de las intervenciones sociales que se programaran en atención primaria, se cambia por un **ISRS (Sertralina)**, que podría además ser útil en el insomnio asociado a la depresión.
- La ausencia de respuesta insomne al **zolpiden** tras su utilización prolongada, muestra su ineficacia, retirándose.
- Se retira el **omeprazol** ante la ausencia de enfermedad peptica y la no indicacion de profilaxis primaria
- Se retira la **glibeclamida** por su riesgo hipoglucemiante, y ante el mal control metabólico con IMC > 30 e IC con FEr y FG 50 ml/m se añade **empaglifozina** a la metformina. Se consensua **Glargina** 18 UI en noche



Se concilia en Receta XXI (y solicito Eco de estrés)

- **Profesionales participantes** Internista de referencia
- **Valoración** Evolución favorable
 - Peso en domicilio : 77,2 Kg (↓ 3,3 Kg). Mejoría de la disnea que ha vuelto a ser grado II, con escasa congestión periférica, FC entre 70-90, no refiriendo efectos secundarios asociados a medicación
 - Hb 8,4 gr/dl. FGe 50 ml/m. NT-proBNP 3250. ECG en FA sin BRI
 - Colonoscopia: NO disponible
 - ETT, Eco-Estrés: FE 42 % hipoquinesia segmentaria sin viabilidad miocárdica tras dobutamina
 - Valoración nutricional (índice Conut de 3-→Riesgo de desnutrición bajo
- Telemonitorización**: Se confirma que no ha habido ninguna alerta clínica y se revisa registro de variables



- **Intervenciones**

- Hemotransfusión de dos concentrados de hematíes
- Se administra Fe carboximaltosa (Ganzoni con Hb deseada de 10 gr/dl: 788 mg → 1000mg)
- Se identifica corrección de la técnica de inhalación (inhalador de niebla fina)
- Se programa revisión por OFT (E. de Behcet y tto con cloroquina)

- **Transferencia**

- Se realiza informe clínico:
 - Seguimiento en atención primaria (analítica a las 2 semanas para seguimiento de titulación de IC)
 - Se da pauta de modificación de furosemida y de BD

- **Profesionales participantes** Medico de Familia Enfermera de Familia T. Social
- **Intervenciones**
 - **ACTIVACION Y AUTOGESTION**
 - Se entrega díptico y se referencia a la web de la escuela de pacientes
 - Se le propone incorporarse a las actividades formativas grupales en centro de salud (solo de inhaladores)
 - Se le indica el efecto perjudicial de la ingesta de sal que realiza y se le propone de nuevo ayuda para abandonar el tabaco-→Acepta y se inicia con Vareniclina 
 - Decisión compartida de no utilizar insulina vs mantener tratamiento oral
 - **FARMACOTERAPEUTICA**
 - Charla motivacional para mejorar la adherencia
 - Programación de analítica en una semana para ajuste de tto de IC
 - Recomendaciones dietéticas
 - **SOCIAL**
 - Se realiza un plan de intervención social acordado: búsqueda de financiación de ascensor, barreras y riesgos en el domicilio para evitar caídas e incorporación de actividades sociales en nuevo domicilio conforme a sus preferencias.

- Profesionales participantes Medico de Familia Enfermera Gestora de casos
Incremento de peso sintomatico y posteriormente de disnea



Resultados de los formularios

Cuestionario de confirmación de la agudización

1. Respecto a ayer, ¿Se encuentra peor? NO

Cuestionario clínico descompensacion IC

1. ¿Respira con mayor dificultad? -

2. Respecto a días previos, ¿Se le han hinchado más los pies, tobillos o piernas? -

3. ¿Ha orinado menos cantidad, o mas oscuro de lo habitual? -

4. ¿Ha tenido que incrementar el número de almohadas para dormir? -

5. ¿Se ha levantado más veces de lo normal a orinar por la noche? -

6. ¿Ha aparecido tos irritativa por la noche o de mayor intensidad que en días previos? -

Cuestionario clínico descompensacion EPOC

1. ¿Respira con mayor dificultad? -

2. ¿Se oye más ruidos al respirar (pitos, secreciones, etc)? -

3. ¿Ha cambiado la coloración de su esputo? -

4. Si la respuesta previa es SI, preguntar el color del esputo: -

5. ¿Ha notado aumento de su tos habitual en estos días? -

6. ¿Ha tenido que incrementar la utilización de inhaladores? -

7. ¿Ha tenido Tª superior a 37.2º en la mañana o 37.5º en la tarde? -

Información complementaria

Test de Morsky Green

1. ¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos? -

2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas? -

3. Cuando se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomarlos? -

4. Si alguna vez se siente mal, ¿deja de tomar la medicación? -

Cuestionario para identificar factores desencadenantes de IC

1. Test de Morsky-Green positivo -

2. ¿Ha comido alimentos con mucha sal o no ha realizado restricción de líquidos? -

3. ¿Ha tenido dolor torácico? -

4. ¿Ha añadido alguno de estos fármacos? (notropo negativos, esteroides o AINE) -

5. ¿Ha ingerido alcohol de manera excesiva? -

6. ¿Tiene fiebre u otros síntomas de infección? -

Intervenciones

- Actitud consensuada: Se comprueba optimización B-bloq , INRA, AA. LABA-LAMA. Extracción de analítica en domicilio
- Se incrementa furosemina, con dosis total (80 mg → 160 mg) y se acorta intervalo (2-1-1-0), y se añade hidroclorotiacida a 25 mg al día durante 4 días. En 72 horas se incrementa furosemina: 160 mg → 320 mg, y se acorta intervalo (2-2-2-2)
 - Ante ausencia de respuesta descongestiva en 72 horas, se programa HdM

- **Valoración**

- Peso en domicilio : 82,2 Kg (↑ 7 Kg). FA entre 70-90 con QRS 115 ms. Hb 10,6 gr/dl. FGe 49 ml/m.

- Ha cambiado de residencia a domicilio del otro hijo:

- Disminuyendo el nivel de apoyo en cuidados y de adherencia tto

- Ronquidos habituales con hipersomnolencia diurna --→Gestión de evaluación de SAHS--→IAH >30-→**CPAP**

- Colonoscopia: Sin lesiones.

- **Intervenciones**

- 1 semana:** Administración de furosemida (250 mg) en bolo en 60 minutos **diariamente** en HdM

- Natriuresis a las dos horas > 50 mEq/L
 - Mejoría clínica

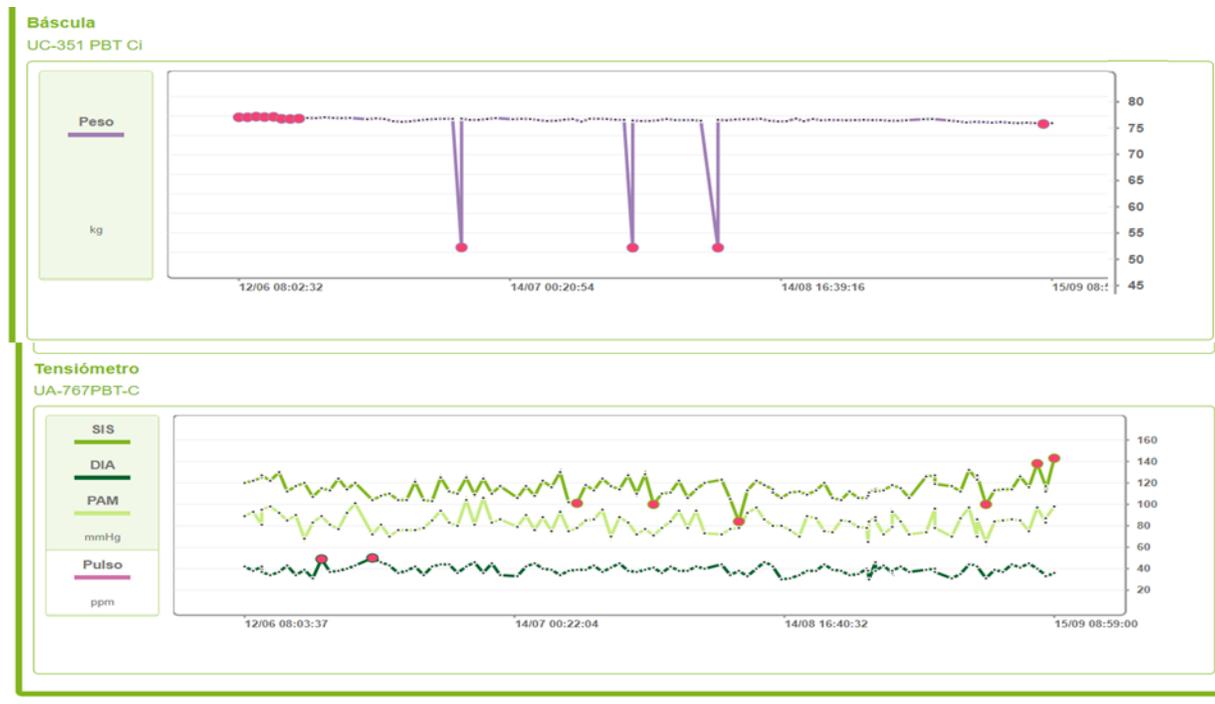
- 2ª semana:** Se programa alternancia en centro de salud (Palomares) y HdM, y el fin de semana en punto de urgencias del distrito (Mairena)

- EGC
 - Envío de furosemida con el paciente
 - Traslado en medios propios

- > 3ª semana:** Consensuamos con MF y C la administracion a días alternos y posteriormente reinicio de via oral

• **Intervenciones** Seguimiento compartido

- No ha tenido ingresos** ni necesidad de HdM desde Oct 2018, habiéndose utilizado en ocasiones bolos 250 mg furosemida en centro de salud. No ha vuelto a tener aftas ni artritis.
- En tto con Torasemida, Bisoprolol, Sacubitrilo-Valsartan, Espironolactona, Apixaban, LAMA-LABA, Sertralina, Metformina-Empaglifozina, Cloroquina, Colchicina y CPAP.
- Sigue sin fumar. Se ha colocado CPAP y ha mejorado insomnio y vuelto a salir a la calle, incorporándose a taller de “memoria”
- Ha realizado documento de VVA. Han decidido mantener un único domicilio
- Ha actualizado gafas. No han puesto ascensor. No sabemos si se va a vacunar este año



ELEMENTOS CLAVE

- 1) Perspectiva **CRONOLÓGICA** de la Enfermedad crónica compleja
- 2) Ámbito **INTEGRAL**: Clínico (clínico/funcional/fragilidad/cognitivo/afectivo)
Social, Farmacológico, **Pronóstico**, Autogestión y Preferencias
- 3) Ambito **PRACTICAS DE VALOR: MBE y de “NO HACER”**: Fármacos indicados y dosis adecuadas. Desprescripción
- 4) **COORDINACIÓN** Interniveles: Primaria/Hospital e Interprofesionales: Medico/Enfermera
- 5) Recursos sanitarios **ADAPTADOS**: HdM, telemonitorización, Centro de salud
- 6) Proceso de **APRENDIZAJE y CONFIANZA** para Paciente/familia y profesionales