

ABORDATGE DOMICILIARI AGUT DES DE L'AP - A propòsit de casos-

Anna Escoz (R3)

Rita Guillamón (R1)

Carla Muñoz (R1)

Tutoritzades per la Dra. Encarna Romero

ÍNDEX

1- Cas clínic 1

2- Cas clínic 2

3- Cas clínic 3

4- Conclusions

CAS CLÍNIC 1

Telefònica 20h:

Contacta filla del pacient perquè està molt inquiet, parla sol, no l'escolta i ha arribat a pegar-li.

Josep, 82 anys, vidu, viu sol, 1 filla. Autònom per les ABVD.

Antecedents: HBP, AIT fa 15 anys, lumbàlgia crònica .

- Recentment intervingut d'una RTU, pel qual va estar hospitalitzat 7 dies i va requerir transfusió de 2CH. Alta fa 48h.

Tractament: tramadol 50 c/8h, diclofenaco 50 s/p, adiro 100mg c/24h, tamsulosina 0,4mg/24h

- Ara ha anat a viure amb la filla mentre acaba de recuperar-se, però des de que va sortir de l'hospital estava molt apagat, "no semblava el meu pare".

Somnolència, decaigut, apàtic. Vespre → **AGITACIÓ**

CAS CLÍNIC 1

EDAT > 65 anys

IQ +
Hospitalització

Canvi de
domicili

Medicació

Clínica
compatible



Inici agut/subagut, alteració
d'atenció i consciència, possibles
al·lucinacions, no alteració cognitiva
prèvia coneguda

CAS DOMICILIARI AMB ORIENTACIÓ DIAGNÒSTICA DE
SÍNDROME CONFUSIONAL AGUT (SCA)

CAS CLÍNIC 1

Amb els antecedents del pacient, cal descartar les causes orgàniques més factibles i preperar-nos pel domicili:

Presa de constants:

Termòmetre, Glucòmetre, tensiòmetre, saturador.

Instrumental

Sonda vesical, recol·lectors, tires reactives, pots de cultiu.

Medicació:

Analgèsics, antipsicòtics (haloperidol i.m /v.o risperidona), benzodiazepines.

CAS CLÍNIC 1

Arribem al domicili....

Habitació: sense llum natural, no rellotge, ràdio i TV.

Lavabo al costat (sí defecacions, orina??)

Observació del pacient: Mig cos fora del llit, inquiet, mirant molt el sostre i moviments de caça amb les mans

Intentem connectar amb el pacient:

Atenció fluctuant, discurs incoherent, al·lucinacions visuals, parla agressiva

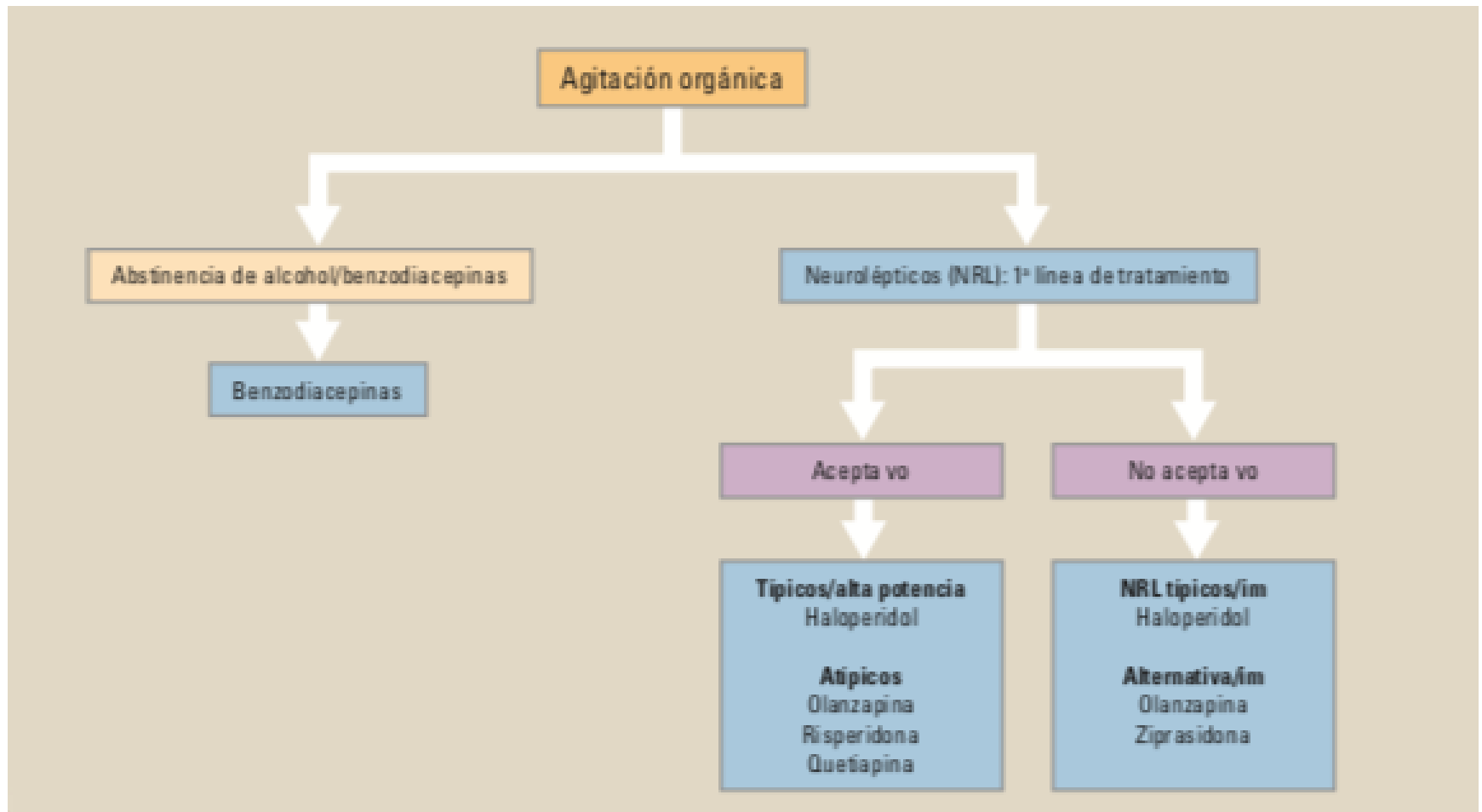
EXPLORACIÓ FÍSICA

Difícil exploració per nul·la col·laboració del pacient

Plantagem medicació via oral per ajudar-lo, però no és viable.

Dins la mínima exploració física impressiona de **possible RAO**

CAS CLÍNICO 1



Protocolo de actuación ante el paciente agitado. E. Martínez Larrull, I. Muñoz Roldán, D. Micheloud Giménez y J.A. Nuevo González

Servicio de Urgencias. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España.

CAS CLÍNIC 1

Als 15 min efectiu → EF: Constants estables, afebril. ACR: N

Destaca dolor hipocondri on es palpa **globo vesical** → Procedim al sondatge amb l'obtenció total de 600cc. Recollida de mostra per cultiu.

(Tacte rectal per si sospitéssim impactació.)

Després de la manipulació s'agita de nou → **Nova administració de 2,5mg d'haloepridol.**

CAS CLÍNIC 1

Derivació?

- Benefici/risc d'acudir a URG a les 21h.
- Analítica fa 48h correcte. Què més pot aportar?

Causa tractada?

- Primera RAO del pacient: retirar i reiniciar tamsulosina. Control estret familiar . Podem valorar mantenir SV??
- Sediment i cultiu; valorar antibioteràpia.

Pautes a domicili

- Podem deixar medicació de rescat: Risperidona o haloperidol 2-3 dies o fins resolució delírium (NO marxa de cop!). ½ dosi que l'impregnació
- Mesures no farmacològiques

Seguiment

- Activar equip domiciliari per l'endemà
- Donar signes i símptomes d'alarma: aparició de febre, incapacitat per miccionar, agitació que no cedeix amb la medicació o excés de somnolència.

BIBLIOGRAFIA CAS 1

Barrisford GW, Steele GS. Acute urinary retention. En: O'Leary MP, Hockberger RS, Libman H, editors. UpToDate; 2017. Disponible en:

<https://www.uptodate.com/contents/acute-urinary-retention>

E. Martínez Larrull, I. Muñoz Roldán, D. Micheloud Giménez y J.A. Nuevo González. Protocolo de actuación ante el paciente agitado. Servicio de Urgencias. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España. Medicine. 2015;11(89):5343-7 5347.

Villena Ferrer, S. Morena Rayo, JM. Téllez. Paciente Confuso. Guia Fisterra. Elsevier 2018.

Moore G, Plaff JA. Assessment and emergency management of the acutely agitated or violent adult. UpToDate 2015.

CAS CLINIC 2

Trucada divendres a les 19h:
Ens truca la cuidadora de la pacient i refereix que la trova mes aixafada, ha fet febre de 37,6 i es queixa de disuria. També refereix que aquesta nit no ha dormit be perquè diu que s'ofegava molt i se li han inflat les cames.

Maria, 87 anys, vidua, dependent per les ABVD. Viu a casa amb la cuidadora. Té dos filles amb les qui manté bona relació però viuen lluny.

AP: ICC NYHA III, HTA, DLP, gonàlgia crònica

Al·lèrgies: Penicilina

-
- Va trucar la setmana pasada al seu MAP per augment de la dispnea qui va pujar la dosis de furosemida 40 mg a 3compr/dia
 - Últim ingrès fa 4m per descompensació de la IC

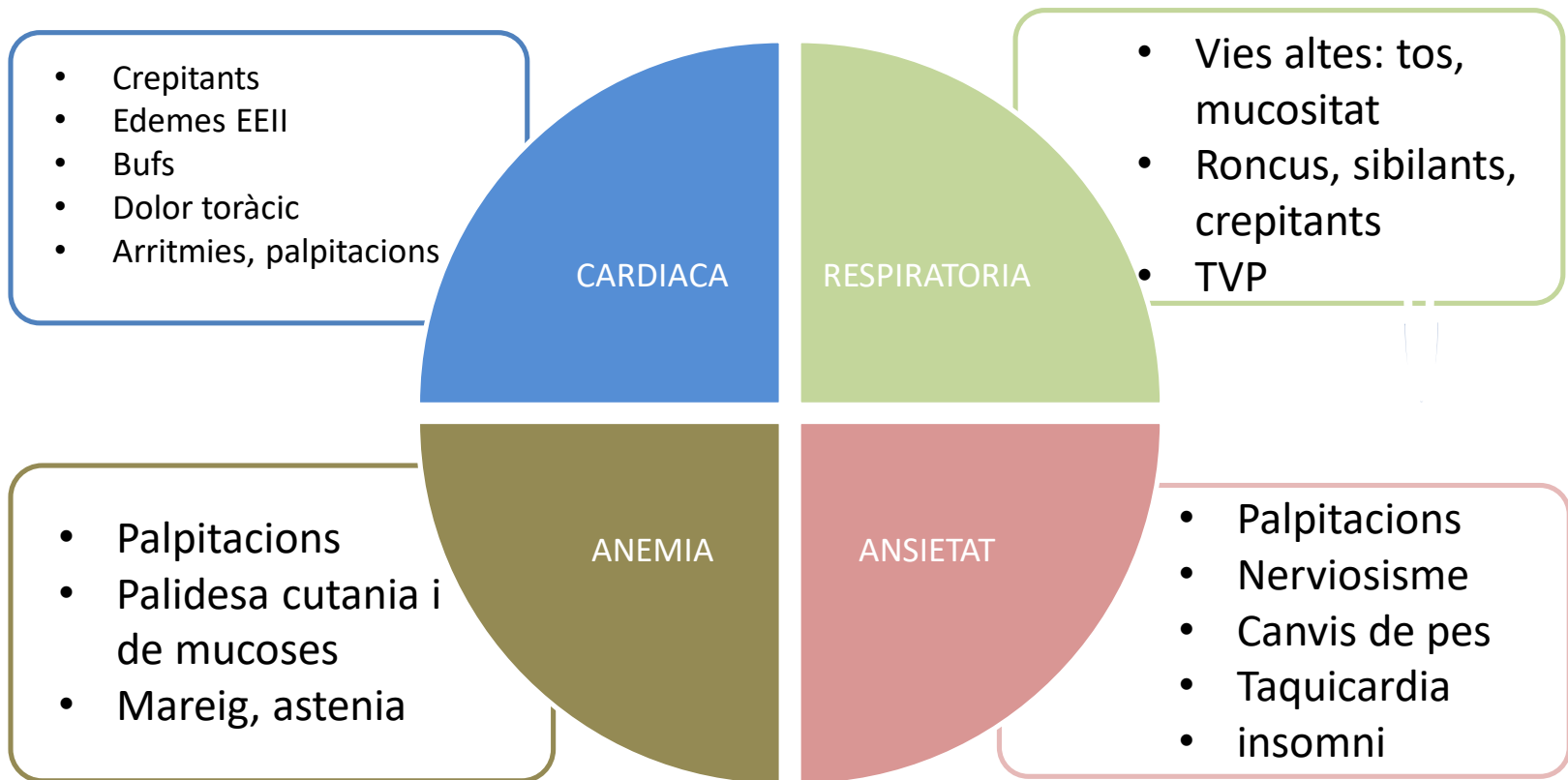
Tractament habitual: Paracetamol 1g/8h, Omeprazol 20mg/dia, carvedilol 6.25mg/12h, amlodipino 5mg/24h, enalapril 5mg/24h, furosemida 40mg/8h, atorvastatina,

Febre, astenia, disuria, **disnea**, ortopnea, edema a les cames,...

Tot plegat ens fa pensar en una posible → **DESCOMPENSACIÓ DE ICC**

CAS CLINIC 2

- Diagnostic diferencial de dispnea:



CAS CLINIC 2

Clinica IC descompensada
(criteris de Framinhgam
modificats):

- ortopnea, disnea
- Edemes en EEII
- Astenia
- Distensió i dolor abdominal
- Nicturia
- Mareig
- Sincope

En el nostre cas:

Pacient amb **ortopnea**, **febre**,
disuria, **astenia** i **edemes** en
EEII, el síntoma clau per buscar
la causa de la descompensació
serà la febre i la disuria que
ens faran pensar en →
**DESCOMPENSACIO AGUDA
PER INFECCIÓ URINÀRIA**

Causes freqüents de descompensació de ICC:

No cardíacas:

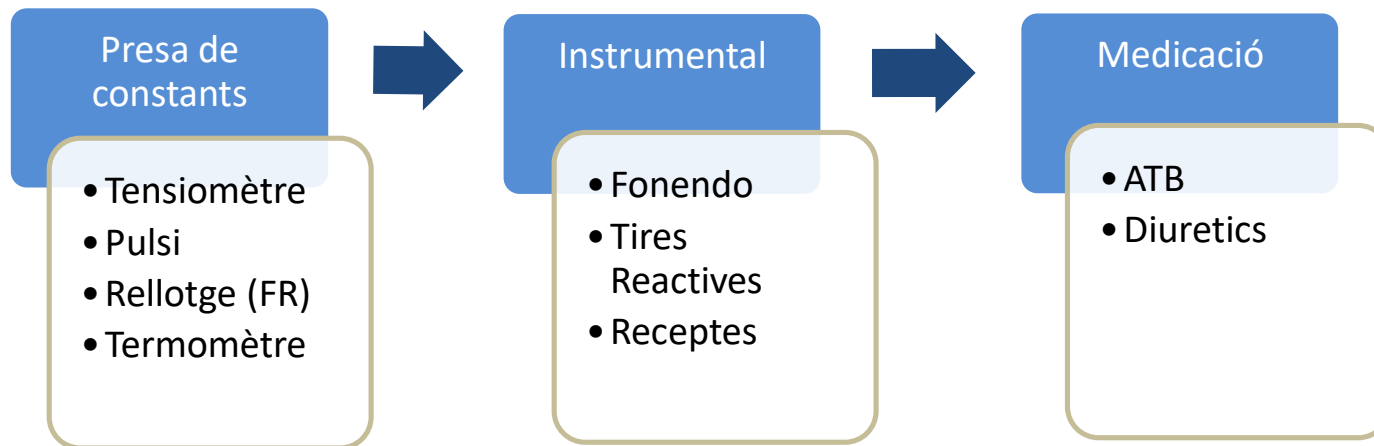
- Incumpliment teràpèutic o dietètic
- Augment de la demanda metabòlica (anèmia, febre, exercisi físic,...)
- Canvi de fàrmacs
- Consum de tòxics
- Insuficiència renal (excés de diurètics)
- Embolisme pulmonar
- HTA mal controlada

Cardíacas:

- Taquiarrítmies / Brídiarritmies
- Isquemía miocárdica
- Valvulopatía de nova aparició
- Reducció excesiva de la precàrrega (IECAs, diurètics o nítrats)

CAS CLINIC 2

- Preparem la visita al domicili:
 1. Revisem la historia clínica de la pacient
 2. Antecedents personals
 3. Situació basal
 4. Medicació



CAS CLINIC 2

- A la arribada al domicili...

Constants:

TA 161/75
FC 72
sat basal 93%
temp 37.8^a
FR 27

Anamnesis:

La cuidadora ens explica que esta seguint la dieta habitual, que no han hagut canvis i que esta prenent el tractament correctament. Refereix que fa una setmana es va queixar de mal de cap i li va donar ibuprofè uns quants dies.

EF: Pacient conscient i orientada.
Dispneica, respiració abdominal, pàlida.
AR: MVC, crepitants bibasals
AC: tons ritmics sense bufs
EEII lleus edemes amb fovea

Explor. Complementaries:

- Labstick: leucos +++, hematíes ++
- PPL negativa

CAS CLINIC 2

- Que es el primer que farem?

TRACTAR LA CAUSA DE LA
DESCOMPENSACIÓ



ITU



1. Recollir cultiu?
2. ATB – cefuroxima



CAS CLINIC 2

Quina es la següent actuació?

Derivació a
HUMT

- La pacient es nega a anar a urgències. Refereix que fa dos mesos va morir el seu marit i que no vol ser derivada al hospital.

Tractament a
domicili

- Tractament de la causa de la descompensació -- ATB
- Valorar canvis en el tractament de la ICC.
- - Aumentar la dosi de furosemida
- - Afegir un altre diurètic?

HAD?

- Valorar bomba de furosemida
- Fins els dilluns la pacient no es pot derivar a HAD

CAS CLINIC 2

CONCLUSIONS:

1. Es important preparar el domicili amb antelació
2. Un cop tractada la causa aguda el pacient necessita un seguiment.
3. En el nostre cas, recomanem a la pacient un seguiment amb el seu MAP per valorar si es necessita alguna prova complementària (ecocardio) i optimització del seu tractament de base



Bibliògrafia CAS CLINIC 2

- Maria G Crespo Leiro, Maria J Paniagua Martin. Tratamiento de la insuficiencia cardiaca refractaria o avanzada. Servicio de cardiología. Hospital Juan Canalejo. A Coruña. Revista Española de Cardiología
- P. Vich Perez, A. Kazemzadeh Khajoui, I. Ocaña Casas, A. Lopez Faraldo, C. Escudero Lafont y M.A Sanchez Chillón. Abordaje de la insuficiencia cardiaca en Atencion Primaria. Semergen 2005.
- Manuel Lado Argibay, Fernando Soto Loueiro, Miriam Piñelo Portela. Insuficiencia cardiaca en Urgencias de Atencion Primaria. Actualizacion de “ABCDE en urgencias extrahospitalarias”. 2011
- Guies de pràctica clinica catalana d'insuficiencia cardiaca, 2007.

CAS CLÍNIC 3

Telefònica
19.30h:

Contacta la dona del pacient per éxitus ja amb elastòmer per final de vida esperat i desitjat a domicili.

Domingo, 87 anys, viu amb la dona.

Antecedents: Alzheimer GDS 5, HTA, DM2, IC per miocardiopatia dilatada amb FE 35% (CF II de NYAH), Cardiopatia isquémica, Insuficiència mitral.

Recentment hospitalitzat per descompensació de la seva insuficiència cardíaca amb ajust del tractament diurètic a domicili i tractat pel HAD amb . Alta fa 24h
Últim any 3 descompensacions de la IC, 1 amb tractament per l'atenció domiciliària amb ajust del tractament diurètic.

Tractament: Metformina 850mg/12h, enalapril 5mg/12h, Furosemida 40 mg/12 h, bisoprolol 5mg/24h.

Ens avisen del 061 per éxitus del pacient amb elastòmer per final de vida esperat a domicili.

ÉXITUS → IMPORTANT ABANS D'ANAR AL DOMICILI...

CAS CLÍNIC 3

EDAT > 75 anys

Hospitalització
+ descompensacions
recents IC

Alzheimer GDS 5

REVISIO HISTORIA
CLINICA

EXITUS

CAS CLÍNIC 3

Cal preparar-nos pel domicili:

Cal tenir en compte els antecedents del pacient:

- IC: Aprox. El 40% de les morts per IC es deuen a progressió de la malaltia a fase TERMINAL.
- Alzheimer GDS 5: Barthel previ, comorbiditats (disfagia), estat funcional de la malaltia.
- DM2: complicacions micro/macro vasculars que empitjoren la qualitat de vida.

Instrumental:

- CERTIFICAT DE DEFUNCIÓ
- Estetoscopi.
- Material per retirar elastòmer.

CAS CLÍNIC 3

Exploració física:



Manca de signes vitals:

- No tons cardíacs
- No respiració
- No reflexe pupil·lar ni corneal.
- No reflexe dolorós.
- Retirada elastòmer.



CAS CLÍNIC 3

NO oblidar mai la part emocional
de l'acompanyament als familiars.

**“Curar a veces, aliviar a menudo,
consolar siempre”**

CAS CLÍNIC 3



CAS CLÍNIC 3

EL CERTIFICAT DE DEFUNCIÓ

- **Què és?**
- Quan una persona mor és necessari el certificat mèdic de defunció per inscriure la mort. És el document oficial que acredita la mort d'aquesta persona. Qui estén el certificat pot ser el facultatiu que hagi assistit el difunt en la seva última malaltia o qualsevol altre metge que reconegui el cadàver i comprovi la certesa de la mort.

Colegio de _____

Sello

Nº Certificado

CLASE 3ª - SERIE A

D. / Dña. _____

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en _____, con el número _____

y con ejercicio profesional en _____

CERTIFICO la defunción de

Nombre del fallecido/a: _____

1º Apellido del fallecido/a: _____

2º Apellido del fallecido/a: _____

Fecha de nacimiento

Día _____

Mes _____

Año _____

Sexo: Varón ☐ Mujer ☐

Documento
de identidad:

☐ D.N.I.

Número: _____

☐ Pasaporte

Número: _____

☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número: _____

Hora y fecha de la defunción

Hora : minutos _____ : _____

Día _____

Mes _____

Año _____

¿En qué municipio ocurrió la defunción?: _____

Domicilio particular ☐

Centro hospitalario ☐

Residencia socio-sanitaria ☐

Lugar de trabajo ☐

Otro lugar ☐

3,00 Euros. Derechos autorizados

Causas de defunción (ver instrucciones en página 2)

Intervalo de tiempo aproximado ¹

I. Causa inmediata ²

(a)

Horas _____ Días _____ Meses _____ Años _____

Causas intermedias ³

(b)

Horas _____ Días _____ Meses _____ Años _____

Debido a

↓

Debido a

↓

Debido a

↓

Causa inicial o fundamental ⁴

(d)

Horas _____ Días _____ Meses _____ Años _____

II. Otros procesos ⁵

Horas _____ Días _____ Meses _____ Años _____

¿Ha habido indicios de muerte violenta?

Sí ☐

No ☐

¿Se practicó autopsia clínica?

Sí ☐

No ☐

¿La defunción ha ocurrido como consecuencia directa o indirecta de?:

Accidente de tráfico ☐ No ☐ Sí ☐

Accidente laboral ☐ No ☐ Sí ☐

Fecha del mismo: Día _____

Mes _____

Año _____

En _____, a _____ de _____ de _____

Firma del médico

Hora y fecha de la defunción Hora : minutos : Día Mes Año

¿En qué municipio ocurrió la defunción?: _____

Domicilio particular ☐ Centro hospitalario ☐ Residencia socio-sanitaria ☐ Lugar de trabajo ☐ Otro lugar ☐

Causas de defunción (ver instrucciones en página 2)Intervalo de tiempo aproximado¹

I. Causa inmediata²

[illegible]

Debido a

Causas intermedias³

[illegible]

Debido a

[illegible]

Debido a

Causa inicial o fundamental⁴

(d) Horas Días Meses Años

II. Otros procesos⁵

[illegible]

¿Ha habido indicios de muerte violenta?

Sí ☐ No ☐

¿Se practicó autopsia clínica?

Sí ☐ No ☐

¿La defunción ha ocurrido como consecuencia directa o indirecta de?:

Accidente de tráfico No ☐ Sí ☐ Accidente laboral No ☐ Sí ☐

Fecha del mismo: Día Mes Año

En _____, a _____ de _____ de _____

Firma del médico

CAS CLÍNIC 3

Recomanacions:

1. Utilitzar informació real.
2. Utilitzar bona lletra o majúscules.
3. Evitar abreviatures i/o sigles.
4. Descriure la seqüència lògica de patologies.
5. Certificar una única causa fundamental.
6. Certificar malalties i síndromes sense ambigüetats.
7. Evitar certificar entitats mal definides com causa fonamental.
8. Evitar certificar signes i símptomes.
9. No certificar mecanismes (diagnòstics) de mort.
10. Complimentar personalment el Certificat Mèdic Oficial de Defunció (CMD), amb signatura i número de col·legiat/da.

CAS CLÍNIC 3

Las causes de defunció comprenen tres apartats:

- **Causa Inmediata:** malaltia o condició que ha causat finalment la mort. És la malaltia, dany o complicació que directament precedeix a la mort. És la última conseqüència de la causa fonamental, ja sigui en un període de temps més llarg o més curt.
- **Causa Antecedent/Causa intermèdia:** malaltia/es o condició/ns que han contribuït a la causa immediata.
- **Causa inicial o fonamental:** malaltia o lesió que va iniciar els fets que han conduït a la mort. (bàsica, pròxima, o primària)

CAS CLÍNIC 3

- CAUSA IMMEDIATA: DESCOMPENSACIÓ INSUFICIÈNCIA CARDIACA.
- CAUSA INTERMÈDIA: INSUFICIÈNCIA MITRAL
- CAUSA INICIAL O FONAMENTAL: CARDIOPATIA ISQUÈMICA.
- ALTRES: HTA, ALZHEIMER, DM tipus 2.

Bibliografia CAS CLÍNICA 3

- <http://www.comsegovia.com/pdf/Docm%20Cert.%20Defuncion/ponencias/CERTIFICADO%20DEFUNCION%20OMC-Madrid.pdf>
- <https://web.gencat.cat/ca/tramits/que-cal-fer-si/mor-un-familiar/>
- https://www.fesemi.org/sites/default/files/documentos/ponencias/pppea-semi-2005/terminal_lanzarote.pdf

Conclusions

- L'atenció domiciliaria cal preparar-la previamente sempre que sigui possible.
- Cal tenir en compte les peculiaritats de l'entorn en el domicili, així com també les seves limitacions.
- És important recordar que el malalt domiciliari és, la majoria de vegades, un pacient pluripatològic complex i cal abordar-lo de forma integral.

Moltes gràcies per l'atenció

