



269/43 - CONSECUENCIAS DE UNA CAÍDA CASUAL EN PACIENTE PLURIPATOLÓGICO DE EDAD AVANZADA

M. Robles Salaverri^a, M. Anguita Tirado^b, R. Lopéz Tornero^c y F. Vidal Ros^d

^aMédico Residente de Medicina del Trabajo. Hospital Universitario Santa Lucía. Cartagena. Murcia. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torre Pacheco Oeste. Murcia. ^cMédico del Trabajo. Hospital Universitario Santa Lucía. Cartagena. Murcia. ^dEnfermero del Trabajo. Hospital Universitario Santa Lucía. Cartagena. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 83 años HTA, DM tipo II y ERC estadio 3; que acude a consulta del Centro de Salud por caída casual sin pérdida de conciencia, tras exploración y realización de pruebas de imagen se diagnostican fractura de cabeza humeral y del techo acetabular izquierdos. Se decide derivar a Urgencias, donde es valorado por Traumatología, sin precisar tratamiento quirúrgico. Se le pautó paracetamol 1 g. y tramadol (2 comp. c/8h), y desde entonces el paciente presenta deterioro clínico con desorientación y estreñimiento por lo que acude de nuevo a Urgencias a los 5 días, resolviéndose parcialmente el estreñimiento con enema, siendo valorado por Cirugía. Ante la presencia de fiebre, hipertensión arterial e hiperglucemia (319 mg/dl) se decide finalmente ingreso en Medicina Interna a los 7 días de la caída. Precisa transfusión de dos concentrados de hemoderivados, sin incidencias. En todo momento se mantiene afebril y tanto respiratoria como hemodinámicamente estable. Debido a que el paciente es totalmente dependiente para las ABVD, se solicita traslado a hospital de cuidados medios para continuar tratamiento del dolor, rehabilitación y cuidados supervisados, que no pueden facilitarse en su domicilio.

Exploración y pruebas complementarias: REG, durmiendo, pero despierta fácilmente al llamarlo, desorientado en lugar, no reconoce a su esposa, sequedad de mucosa oral, palidez cutánea, hematoma en resolución en hombro izquierdo, y cadera izquierda. Eupneico en reposo. Afebril. Normotenso. No adenopatías axilares, submandibulares, axilares. AC: rítmico, sin soplos. AP: MVC. Abdomen: levemente distendido, blando y depresible, doloroso a la palpación, no masas ni visceromegalias. Peristaltismo disminuido. MMII: no edema, no signos de flebitis ni de insuficiencia venosa. Pulsos pedios conservados y simétricos. Rx hombro izquierdo: fractura cabeza de humero impactada. Rx pelvis y cadera: fractura rama iliopubiana izquierda. TAC Fractura del techo acetabular izquierdo (rama ileopubiana). Ecografía abdominal: el único hallazgo ecográfico es una vesícula dilatada y con múltiples litiasis.

Juicio clínico: Síndrome confusional agudo con agitación psicomotriz de causa multifactorial, a partir de caída casual.

Diagnóstico diferencial: Diabetes mellitus tipo 2, con mal control metabólico. Descompensación hiperglucémica cetósica. Anemia normocítica. Estreñimiento agudo secundario a encamamiento.

Enfermedad renal crónica, con hiperpotasemia leve. Efectos secundarios de fármacos.

Comentario final: En pacientes de edad avanzada pluripatológicos una caída puede desencadenar alteración de sus patologías de base, dando lugar a un deterioro grave del paciente. Por ello, es muy importante actuar de forma correcta y coordinada desde Atención Primaria con Atención Hospitalaria, desde el primer momento, dado que son muy vulnerables. Un paciente con una situación basal independiente para las ABVD, puede acabar con dependencia total para ellas, incluso con necesidad de tratamiento paliativo.

Bibliografía

1. Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Jameson JL, Loscalzo J, eds. Harrison Principios de Medicina Interna, 18ª edición. México: McGraw-Hill; 2012.
2. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias: Guía Diagnóstica y Protocolos de Actuación, 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2014.
3. Aguilar Rodríguez F, Bisbal Pardo O. Hospital Universitario 12 de Octubre: Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica, 7ª ed. Madrid: MSD; 2012.