



Medicina de Familia. SEMERGEN

<https://www.elsevier.es/semergen>



199/35 - LAS CAÍDAS, EL GRAN ENEMIGO DEL PACIENTE ANCIANO

N. Espina Rodríguez, P. González Jiménez y P. Molina García

Médico Residente de 4º año. CS Tiro Pichón. Málaga.

Resumen

Descripción del caso: Paciente mujer de 88 años con AP: HTA, FA permanente anticoagulada, deterioro cognitivo incipiente, parcialmente dependiente para ABVD, come y se ducha sola pero precisa ayuda para salir a la calle. Tiene una cuidadora por horas en domicilio. Tratamiento habitual: amlodipino 5 mg; lorazepam 1 mg; sintrom con adecuado control de INR. Si lo precisa, vamos a visitar a domicilio, pero habitualmente acude su hija por ella a nuestra consulta. Nos comenta que la está notando más torpe y que esta mañana ha amanecido con un hematoma pretibial derecho por caída accidental durante la noche, desconoce si ha presentado TCE con/sin pérdida de conocimiento.

Exploración y pruebas complementarias: Acudimos a domicilio a valorar a la paciente, TA 130/65; FC 75 lpm, satO2 basal 99%; neurológicamente se encuentra consciente y orientada, sin signos de focalidad, moviliza activamente 4 miembros y con Glasgow 15. No heridas visibles por cabeza, cara ni cuero cabelludo. ACR: tonos arrítmicos con FC controlada, sin soplos; MVC. Abdomen normal. MID presenta hematoma pretibial con herida incisa con sangrado activo, realizamos coagucheck y presenta INR 8 por lo que se deriva a urgencias. Análítica sanguínea con Hb 12, INR tras administración de vitamina K de 3,5; creat 1,4 (similar a previas) resto de hemograma y bioquímica sin alteraciones de interés. Rx tórax leve cardiomegalia; ECG con FA a 70 lpm; TAC cráneo con signos degenerativos sin evidenciarse foco de hematoma ni sangrado activo. Alta a domicilio. Inicialmente sustituimos lorazepam por deprax; y analizando las posibles contraindicaciones de nuestra paciente para continuar anticoagulada, la sufre nueva caída nocturna y es encontrada de madrugada por la hija sin respuesta a estímulos. Tras visita de personal médico de urgencias se objetiva el fallecimiento de la paciente.

Juicio clínico: Diagnóstico de sospecha: hemorragia cerebral (no realizada autopsia).

Diagnóstico diferencial: Contraindicaciones y situaciones de riesgo: deterioro cognitivo que dificulte la cooperación del paciente. Riesgo hemorrágico (HASBLED): discrasia sanguínea, intervenciones qx, úlcera péptica u otras hemorragias de tracto digestivo, urogenital o respiratorio, etc.; HTA grave, insuficiencia hepática o renal grave; coagulopatías...

Comentario final: La medicina de atención primaria nos permite un abordaje integral de la patología del paciente con gran cercanía al entorno que le rodea, todo ello puede ayudar a dar un enfoque mucho más idóneo para evaluar el tratamiento que mejor se ajusta a cada paciente de forma individualizada aunque en muchas ocasiones en nuestra práctica clínica diaria nos resulta complicado debido a la gran complejidad que supone la comorbilidad del paciente anciano.

BIBLIOGRAFÍA

1. Falk R. Atrial fibrillation. *N Engl J Med.* 2001;344:1067-78.
2. Shireman T, et al. Development of a contemporary bleeding risk model for elderly warfarin recipients. *Chest.* 2006;130:1390-6.