



## 242/2789 - ¿DÓNDE RESIDO ESTE MES?

A. Chiquero Valenzuela<sup>a</sup>, I. Casado Pérez<sup>a</sup> y P. de Rus Mendoza<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta de Madrid. Andújar. Jaén.

<sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Puerta de Madrid. Andújar. Jaén.

## Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 72 años que acude a urgencias de su centro de salud por cuadro de vértigo y caídas frecuentes. La acompañante refiere que la nota desorientada, incapaz de realizar sus tareas diarias, con caídas frecuentes en domicilio y pérdida del control esfinteriano.

**Exploración y pruebas complementarias:** Normocostante. Afebril. BMT 135. ACR: anodina. Exploración neurológica: consciente, orientada aunque somnolienta. Glasgow 14/15. Leve disartria, letargo e hipersalivación. Rehistoriamos a la hija, quien admite que es cuidadora durante 6 meses al año y que no tiene relación con el resto de sus hermanos. Revisamos su historia de salud de Diraya y encontramos consultas fuera de nuestro hospital de referencia. Hallamos un informe antiguo de Neurología de otra provincia con juicio clínico de leucoencefalopatía vascular degenerativa crónica junto y tratamiento.

**Juicio clínico:** Leucoencefalopatía vascular degenerativa crónica.

**Diagnóstico diferencial:** AIT, Consumo de fármacos, enfermedad de alzhéimer, degeneración del lóbulo frontotemporal, enfermedad cuerpos de Lewy, enfermedad infecciosa.

**Comentario final:** Importancia de la historia clínica y su rigurosa visualización, no sólo de nuestras consultas sino de las de la comunidad. Sobre todo cuando hay rotación de domicilio. Establecer al cuidador principal dentro de la familia. Conocer las relaciones familiares del paciente con problemas de dependencia. La cuidadora actual desconocía la patología y el tratamiento de su madre. Con esta profundización en la historia clínica no sólo hemos gestionado bien los recursos disponibles sino que hemos evitado una derivación a segundo nivel ahorrando recursos diagnósticos y económicos. Hemos solventado un problema clínico y una falta de adherencia al tratamiento por desconocimiento. Hemos empoderado a la actual cuidadora: la paciente ha reiniciado tratamiento y continuará el seguimiento asistencial.

## Bibliografía

1. Martínez Altarriba MC. Guía de manejo de las demencias en Atención Primaria. Madrid: Pierre Fabre; 2016.
2. Thomas Carazo E, Nadal Blanco MJ. Abordaje diagnóstico y terapéutico de la demencia en atención primaria. Semergen. 2001;27:575-86.

**Palabras clave:** Historia clínica. Cuidador principal. Deterioro cognitivo.