



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 482/1172 - EL PACIENTE NO SON PARTES, SINO UN TODO

C. Cañardo Alastuey<sup>1</sup>, S. Soler Allué<sup>2</sup>, L. Pobo Sancho<sup>3</sup> e I. Cañardo Alastuey<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Médico de Urgencias y Emergencias. 061 Aragón. <sup>2</sup>Residente de 4<sup>º</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Huesca Pirineos. Huesca. <sup>3</sup>Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Grañén. Grañén. Huesca. <sup>4</sup>Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de Barbastro. Barbastro. Huesca.

### Resumen

**Descripción del caso:** Aviso a domicilio a las 9:00 horas. Varón de 85 años con pérdida de consciencia con pródromos estando en el baño y tras realizar una deposición muy abundante y maloliente, marronácea. No relajación de esfínteres ni movimientos tónico-clónicos, no otra clínica acompañante. Recuperación total del cuadro a llegada del personal sanitario. Dado de alta hospitalaria hace 10 días por ictus tipo POCI. Vive en domicilio con esposa e hijo. Dependiente para ABVD. Deterioro cognitivo. Barthel basal: 20. Polifarmacia (bisoprolol 2,5, atorvastatina 20, edoxabán 60 mg, quetiapina 25 mg, haloperidol gotas, tramadol/paracetamol 37,5/325 mg, paracetamol 500 mg).

**Exploración y pruebas complementarias:** TA 63/34 mmHg, FC 90 lpm, Sat O2 92%. Afebril. Eupneico. Glucemia capilar 123. Palidez cutánea. Normohidratado. REG Glasgow 14/15. Tendencia a la somnolencia. Resto de exploración neurológica sin hallazgos llamativos, fuerza conservada en extremidades, hace bipedestación. No alteración del habla. AC: rítmica, soplo sistólico panfocal. AP: mvc. Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación. No masas ni megalias. No signos de irritación peritoneal. Peristaltismo aumentado. EEII: no edemas, no signos de TVP. ECG: ritmo sinusal a 92 lpm.

**Orientación diagnóstica:** Síncope. Hipotensión.

**Diagnóstico diferencial:** Síncope vasovagal-defecatorio. AIT/hemorragia cerebral. Exceso medicación sedante. Hemorragia digestiva.

**Comentario final:** Estamos atendiendo a una población cada día más envejecida, y sobre todo cuando nuestro medio de trabajo es el rural. Por ello es importante que todo médico especialista en MFyC, trabaje en su consulta diaria o durante las guardias, aborde al paciente geriátrico desde una perspectiva multidimensional, no solo centrándose únicamente en el episodio clínico actual. La valoración geriátrica integral es una herramienta que nos puede ayudar a realizar esta evaluación y en la toma de decisiones sobre las intervenciones a realizar en la persona mayor frágil. Valora el área biológica, mental, funcional y psicosocial. El eje por su importancia y concepto globalizador, es la valoración funcional. Solamente una visión holística permitirá entender al paciente anciano en su real dimensión, garantizando una atención adecuada y efectiva.

## **Bibliografía**

1. Manual de diagnóstico y tratamiento dirigido al Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. RESIMECUM. Ediciones SEMERGEN SL, 2015.
2. Manual para el manejo del paciente crónico dirigido al Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. RESICRON. Ediciones SEMERGEN SL, 2018.

**Palabras clave:** Fragilidad. Valoración geriátrica integral.