



204/43 - LAS COSQUILLAS SIN ANTICOAGULAR

B. Coll Bas^a, M. Santos Gravalosa^a, J.L. Cepeda^b y A. Nofan Maayah^a

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria; ^bMédico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camargo Costa. Santander.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 94 años, acude al SUAP por sensación de cosquillas en MII desde hace tres horas, sin otra clínica. Niega traumatismo previo. Se objetiva frialdad del miembro y se deriva a Hospital de Sierrallana, siendo posteriormente derivada al HUMV. AP: HTA, ACxFA no anticoagulada (cesado en 2015 durante ingreso en Medicina Interna por hipernatremia e ITU), gota, PTC derecha. Dependiente para actividades básicas de la vida diaria. Tratamiento habitual: Masdil Retard 120 mg 1/12h, alopurinol 100 mg 1/24h, furosemida 40 mg 1/24h, bromazepam 1,5 mg 1/24h, trazodona 100 mg 1/24h, tramadol 50 mg 1/12h si dolor.

Exploración y pruebas complementarias: Consciente y orientada, hemodinámicamente estable, AC: arrítmica con soplo sistólico Ao III/VI, AP: MVC, Abdomen anodino, EII frialdad y palidez con ausencia de pulsos distales, conservados en EID. PC: BQ: urea 71 mg/dL, Cr 0,90 mg/dL, Na 146 mEq/L. HG: leucocitos 12.800 (fórmula normal), Hb 14,5 g/dL, plaquetas 142.000. TP: 75%.

Juicio clínico: Isquemia arterial aguda EII. A su llegada al HUMV la paciente estaba sin dolor e inmediatamente se avisó a CCV, que la valoró de forma urgente. Le realizaron arteriotomía objetivando una arteria femoral NO aterosclerótica, por lo que se realizó la embolectomía, consiguiendo buena reperusión inmediata, objetivando buenos flujos mediante doppler.

Diagnóstico diferencial: Isquemia arterial aguda de origen cardio-embólico (ACxFA no anticoagulada). Isquemia arterial aguda de origen aterotrombótico local (edad avanzada, probable ateromatosis). Neuropatía periférica (muy poco probable, dada la exploración).

Comentario final: Se reintrodujo anticoagulación, subcutánea los primeros 10 días (Clexane 60 mg/12h sc), recomendando vía oral posterior. Valorada de forma ambulatoria por Cardiología, le pautaron Equis 2,5 mg/12 h, sin complicaciones hasta la fecha. La paciente contaba con 4 puntos en la escala CHA2DS2-VASc, lo que implica un 4% de probabilidad de enf. embólica sistémica o cerebral. En cuanto al riesgo de sangrado, presentaba sólo 1 punto en la escala HAS-BLED. Se eligió el apixaban por ser el que presenta superioridad en estudios comparados con warfarina para prevención de ictus o embolia, con una tasa inferior de hemorragia mayor y de mortalidad total. El papel de la anticoagulación oral en pacientes jóvenes o con buena calidad de vida está muy bien definido. No obstante, cuando nos enfrentamos al paciente anciano pluripatológico, queda bastante en el aire los criterios de retirada de anticoagulación oral, teniendo que valorar en cada caso el riesgo/beneficio. La aparición de complicaciones cardioembólicas debe sopesarse, junto con los

riesgos hemorrágicos, nefrotóxicos y de interacciones medicamentosas. Se debe llegar a un acuerdo con el paciente y la familia, aunque sí creo que la Comunidad Médica debería consensuar estas situaciones, cada vez más frecuentes en nuestra práctica diaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. López-Soto A, Formiga S, Bosch X, García-Alegría J; en representación de los investigadores del estudio ESFINGE. Prevalencia de la fibrilación auricular y factores relacionados en pacientes ancianos hospitalizados: estudio ESFINGE. Med Clin (Barc). 2012;138:231-7.