



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

387/34 - ANTICOAGULACIÓN EN ANCIANOS. A PROPÓSITO DE UN CASO

J. Martín Delgado¹, E. Vejo Puente², A. Villaverde Llana³, L. Campo Alegría⁴, V. González Novoa⁵, E. Miguel Martínez⁶

¹Médico de Familia. Centro de Salud Liébana. Potes. Cantabria. ²Médico de Familia. Centro de Salud Bezana. Santa Cruz de Bezana. Cantabria. ³Médico de Familia. Centro de Salud de Colindres. Cantabria. ⁴Médico de Familia. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria. ⁵Médico Especialista en Medicina Física y Rehabilitación. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria. ⁶Odontólogo. Centro de Salud Camargo Costa. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Varón 86 años con antecedentes de enfermedad de Parkinson grave institucionalizado por dependencia funcional y cognitiva moderada secundaria (demencia Parkinson), sin otros antecedentes de interés y con registro de caídas muy frecuentes. Valoración geriátrica: Minimental test 20/35, GDS 5, Barthel 50, SPPB de 1. En exploración rutinaria su médico de Atención Primaria detecta pulso arrítmico.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración física: BEG, bien hidratado y perfundido. Consciente, desorientado, poco colaborador. Parkinson de predominio rígido-acinético. CyC: carótidas arrítmicas, sin soplos. No adenopatías. AC: arrítmica, sin soplos. AP: no ruidos añadidos. Abdomen: blando, depresible, no doloroso, no megalías, ruidos normales. EEII: no edemas ni signos de TVP. Pruebas complementarias: ECG: ACxFA a 83 lpm, sin bloqueos, crecimiento de cavidades ni alteraciones de la repolarización. EcoCG: FEVI > 60%. No valvulopatías. Corazón estructuralmente normal.

Juicio clínico: FA de data desconocida que tras estudio cardiológico se filia como FA permanente no valvular. Nos planteamos entonces iniciar anticoagulación con una puntuación CHA2DS2VASc de 2 (edad) con un HAS-BLED de 1 (edad) (bajo riesgo de sangrado).

Diagnóstico diferencial: FA valvular. FA no valvular. Flutter auricular. Extrasístoles auriculares.

Comentario final: Recordar la importancia de exploración rutinaria del paciente anciano, sospechar ante el hallazgo de arritmias en la toma de pulsos o TA la posible existencia de fibrilación auricular y el riesgo de eventos cardiovasculares graves que esta arritmia puede suponer. Aunque las guías nos indiquen la anticoagulación, se decide en este caso tener en cuenta la alta incidencia de caídas que aunque no valoradas por los instrumentos de riesgo de ictus y hemorragia, son muy significativas en el paciente que nos ocupa, por lo que en este caso se decidió no anticoagular por el alto riesgo y frecuencia de caídas. En los meses siguientes sufre varias caídas en una de las cuales se fractura la cadera, al alta hospitalaria se añade anticoagulación con dabigatrán 110 mg cada 24 horas. El paciente fallece a los tres meses por hemorragia digestiva alta masiva incoercible. La valoración geriátrica integral es la pieza fundamental para evaluar la indicación de anticoagulación.

Bibliografía

January CT, et al. 2014 AHA/ACC/HRS guideline for the management of patients with atrial fibrillation: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and the Heart Rhythm Society. *J Am Coll Cardiol.* 2014;64:e1-e76.

Formiga F, et al. Es ya el momento de optimizar el tratamiento anticoagulante en el paciente anciano con fibrilación auricular. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2014;49:201-2.

Veiga Fernández F, et al. La anticoagulación oral en el anciano con fibrilación auricular no valvular. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2015;50(3):134-42.