



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

387/108 - MI FAMILIAR ESTÁ DESCONTROLADA

M. Montes Pérez¹, J. Villar Ramos², M. Guerra Hernández³, A. Altadill Bermejo⁴, M. Caballero Álvarez⁵, C. Concellón García¹

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerto Chico. Santander. Cantabria.²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Santander. Cantabria.³Médico de Familia. Centro de Salud Los Corrales. Buelna. Cantabria. ⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Saja. Cabezón de la Sal. Cantabria. ⁵Médico Residente Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud Isabel II. Santander. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 70 años, sin alergias medicamentosas conocidas, vive sola, independiente para las actividades básicas de la vida diaria y con funciones intelectuales superiores conservadas hasta la última fecha de visitas ambulatorias a MAP. AP: HTA. Tratamiento habitual: valsartán+hdctz, paracetamol, absorbentes. Acude un familiar de tercer grado a nuestra consulta de atención primaria para comentar que la paciente lleva meses con problemas del tipo: falta de higiene personal y de la vivienda, deudas en las compras, aislamiento social, quejas de los vecinos y posibles episodios de peligro para ella misma y entorno. Acudimos a visita domiciliaria para valoración, invitamos a acudir al centro de salud para revisión completa con analítica que rechaza, realizar mini mental test para estudio situación cognitiva, se encuentra con discurso aparentemente coherente, parcialmente desorientada en tiempo y espacio, abandono de higiene personal y de vivienda, no aspecto desnutrición, alimentación inadecuada, come sola, incontinencia urinaria, no adherencia terapéutica, no relaciones sociales, olvidos acontecimientos recientes, niega problema físico o psíquico. La exploración física completa general es normal. Acordamos visita de enfermería para extracción sanguínea en domicilio y de trabajadora social para valoración situación social.

Exploración y pruebas complementarias: Mini mental test: 17 puntos. Serología T. pallidum negativo. TAS 150, TAD 90, FC 98. HG: Hb 14,6, Hto 44,1, plaquetas 266, leucocitos 7,3. BQ: Glc 78, Cr 0,82, FG 73, ac. úrico 4,0, Col 231, LDL 162, HDL 46, port totales 6,6, albúmina 3,9, Na 142, K 5,2, perfil hierro y enzimas hepáticas normal, TSH 1,5, proteinograma normal.

Juicio clínico: Deterioro cognitivo.

Diagnóstico diferencial: Enfermedad de Alzheimer. Demencia frontotemporal. Demencia por cuerpos de Lewy. Otros tipos de demencias. Encefalopatías tóxicas y metabólicas. Trastornos autoinmunes, infecciones, linfoma, síndromes paraneoplásicos, enfermedad cerebrovascular...

Comentario final: La demencia y la pérdida de capacidad que supone van a aparecer con frecuencia en nuestros cupos de pacientes, no tiene curación pero es importante su diagnóstico para ejercer autonomía a través de las Voluntades Anticipadas o toma de decisiones importantes mientras se conserve la capacidad. Existen unos "instrumentos de protección de la persona" como la autotutela, poderes generales preventivos y voluntades anticipadas para garantizar la autonomía en el futuro. Ante situaciones que supongan peligro para el paciente o para ajenos se conoce el internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico pero también podría aplicarse a enfermedades no psiquiátricas como demencia avalado jurídicamente.

Bibliografía

Gutiérrez Luna, M. Internamiento involuntario de incapaces.

Simón Lorda P. El consentimiento informado y el anciano. En Ribera Casado JM, Gil Gregorio P. Problemas éticos en relación con el paciente anciano.