



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/1966 - Control de tratamientos crónicos en primaria: complicación potencialmente letal en pacientes polimedicados

A.M. Aragón Merino^a, M.C. Romera Montero^b, M.J. Jurado Mancheño^c, M.D. Sánchez Alex^d, M.D. Rivera Pérez^e, M.Á. Fandiño Márquez^f, M. Turégano Yedro^g y L. Peña Isorna^f

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona Centro. Cáceres. ^bDCCU Rota. Rota. Cádiz. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Aldea Moret. Cáceres. ^dMédico de Familia. Centro de Salud Arcos de la Frontera. Cádiz. ^eMédico de Familia. DCCU. Cádiz. ^fMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Manuel Encinas. Cáceres. ^gMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Jorge. Cáceres.

Resumen

Descripción del caso: Varón, 89 años, antecedentes de HTA, HBP, exfumador, Parkinson y enfermedad cerebral multiinfarto, asistido al presentar vómitos incoercibles de contenido hemático de coloración oscura con presencia de coágulos de manera masiva. Inestabilidad hemodinámica y criterios de gravedad a su llegada, TA: 60/22 y FC: 68 lpm, frialdad y palidez mucocutánea intensa, con ligera obnubilación.

Exploración y pruebas complementarias: Restos hemáticos en cavidad bucal. Pulsos presentes pero débiles. Rítmico. Murmullo vesicular disminuido, posible broncoaspiración. Abdomen blando, depresible, no doloroso sin masas ni megalías palpables. Tratamiento crónico del paciente: Adalat Oros 30 mg, Bioplak 125 mg y Enantyum 25 mg, de años de evolución. En servicio de Urgencias comienzan con infusión de líquidos endovenosos con suero fisiológico 0.9%, aseguramos dos vías periféricas, administramos bolo de 80 mg de omeprazol e iniciamos perfusión a 8 mg/h y transfusión de 4U de concentrados de hematíes. Estabilizado el paciente con TA de 99/56, se realiza una primera endoscopia de urgencias, sin objetivar lesiones subyacentes excepto pequeño eritema en cuerpo confirmados en las de control, sin datos clínicos ni analíticos de resangrado, y quedando la etiología incierta al no objetivar lesión con estigmas de sangrado.

Juicio clínico: Hemorragia digestiva alta.

Diagnóstico diferencial: Úlcera gástrica, úlcera duodenal, hemorragia digestiva alta.

Comentario final: El tratamiento con antiinflamatorios y AAS aumenta a medida que aumenta la edad de nuestros pacientes, y en un 35% está indicado de manera inapropiada (> 65 años o más), según criterios STOPP/START. La HDA es una emergencia relativamente común y potencialmente letal y es evidente que el incremento en la proporción de pacientes mayores de 60 años, usualmente con otras comorbilidades, hace que resistan menos las consecuencias de una hemorragia y que todavía las tasas de mortalidad permanezcan altas. Desde atención primaria se debería realizar un seguimiento de dichos pacientes y tratamientos crónicos, sin olvidarnos de la automedicación, y prescripciones particulares.

Bibliografía

1. Contardo Zambrano C, Espejo Romero H. Hemorragia digestiva alta no originada por varices. *Acta Med Peruana*. 2006;23(3).
2. Delgado Silveira E, Muñoz García M, et al. Prescripción inapropiada de medicamentos en los pacientes mayores: criterios STOPP/START. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2009;44.

Palabras clave: Comorbilidades. Complicaciones. Cronicidad.