



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 160/1750 - Anciano polimedicado: peligro constante

M.L. Asensio Ruíz<sup>a</sup>, M. Silvestre Niño<sup>b</sup>, I. Alcántara Alonso<sup>b</sup>, M. Delgado Magdalena<sup>c</sup>, T.M. Biec Amigo<sup>d</sup> y J.M. Flores Acosta<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Fuentelarreina. Madrid. <sup>b</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fuentelarreina. Madrid. <sup>c</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad de los Periodistas. Unidad Norte. Madrid. <sup>d</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria y Médico de Familia. Centro de Salud Barrio del Pilar. Madrid. <sup>e</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria y Médico de Familia. Centro de Salud Infanta Mercedes. Madrid.

## Resumen

**Descripción del caso:** Mujer 75 años. No RAMC. No hábitos tóxicos. IABVD. Antecedentes médicos: HTA, gastritis crónica, colon irritable, insomnio, osteoporosis, poliposis intestinal. Tratamiento habitual: pantoprazol, cinisaprida, ibandronato mensual, indapamida, lorazepam, paracetamol. Motivo de consulta: acude a consulta de Atención Primaria: cambio de carácter, astenia y tristeza de dos semanas de evolución. Tras anamnesis, exploración física y test de Goldberg se diagnostica de depresión. Tratamiento: escitalopram 10 mg/24h. Quince días después del inicio del tratamiento, acude a urgencias: ideación autolítica, apraxia (no sabe vestirse), bradipsiquia, bradilalia, ideas delirantes y persistencia de ánimo depresivo. No fiebre, tos, expectoración, cefalea ni otra sintomatología.

**Exploración y pruebas complementarias:** Urgencias: EF: TA 166/88. FC 87 LPM. Buen estado general. Cabeza, cuello, ACP, abdomen, extremidades: sin alteraciones. Neurológico: pupilas isocóricas normorreactivas. Fuerza y sensibilidad normales. Afasia global. Mutismo. No dismetrías. Meníngeos negativos. Marcha eubásica. Pruebas complementarias. Analítica: hemograma normal. Bioquímica: Na 116,3 mmol/L. Bioquímica orina: normal. TC craneal: probable lesión isquémica región frontal derecha. Interconsulta psiquiatría. Juicio clínico: síndrome confusional. Ingreso en medicina interna: RM cerebral: infarto subagudo territorio ACMD. Evolución: favorable tras tratamiento corrector hiponatremia. Juicio clínico: síndrome confusional agudo secundario a hiponatremia moderada. Posible SIADH farmacológico. Encefalopatía metabólica. Recomendaciones: suspender escitalopram. Acude a Urgencias un mes más tarde: tristeza, abulia, ideas de muerte, hiporexia, alteración del ciclo vigilia-sueño. EF: no focalidad neurológica. PC: analítica normal. Na 135,7 mmol/l. JD: depresión. Tratamiento: sertralina 25 mg/24h. Evolución: tratamiento con sertralina 25 mg/24h. Seguimiento sodio normal. Actualmente tratamiento sertralina.

**Juicio clínico:** Síndrome confusional agudo. SIADH farmacológico.

**Diagnóstico diferencial:** Patología cerebrovascular. Patología psiquiátrica: delirium, esquizofrenia. Cuadros infecciosos siendo la infección urinaria el diagnóstico infeccioso asintomático más frecuente en el anciano con síndrome confusional agudo. Trastornos hidroelectrolíticos y metabólicos. Efectos secundarios de la medicación e interacciones medicamentosas. Intoxicaciones. Factores ambientales: falta de sueño. Traumatismos fundamentalmente craneoencefálicos o cirugías previas.

**Comentario final:** Los ancianos son una población especialmente vulnerable a la utilización de múltiples fármacos, por tener una mayor morbilidad y unas condiciones fisiopatológicas que hacen más probable la aparición de RAM e interacciones medicamentosas. Los fármacos antidepresivos más utilizados son los ISRS, fármacos seguros pero no exentos de efectos secundarios que debemos conocer. Uno de estos es la hiponatremia que aparece entre el 0,5-25% de los casos, más frecuentemente descrita con citalopram. Existen pocos casos comunicados con escitalopram. Tan solo 4 casos encontrados en la bibliografía El riesgo es mayor en las primeras semanas de tratamiento, en mayores de 65 años y en mujeres. Desde atención primaria es importante, siempre que se introducen nuevos fármacos informar al paciente y a los familiares de los posibles efectos adversos y realizar un seguimiento de los mismos sobre todo en el anciano polimedicado.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Hyponatremia Associated with Escitalopram N Engl J Med. 2007;356:94-5.
2. Drug-induced hyponatraemia. Aust Adv Drug Reactions Bull. 2008;27:19-20.
3. Bouman WP, Pinner G, Johnson H. Incidence of selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) induced hyponatraemia due to the syndrome of inappropriate antidiuretic hormone secretion (SIADH) in the elderly. Int J Geriatr Psychiatry. 1998;13(1):12-5.
4. Juncà Creus E, Recasens Sala M, Ricart Angel W, Fernández-Real JM. Endocrinología y Nutrición. 2008;55:178-80.