



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 212/195 - Cuidado con el anciano polimedicado

E. Espínola Coll<sup>a</sup>, M.A. Bernal Hinojosa<sup>b</sup>, E.N. Gallego Castillo<sup>c</sup>, B. García Gollonet<sup>d</sup> y J. Cano García<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Coín. Málaga. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Carranque. Málaga. <sup>d</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de San Andrés-Torcal. Málaga.

### Resumen

**Descripción del caso:** Antecedentes personales: intolerancia a amoxicilina, hipertensión arterial, síndrome apnea obstructiva del sueño, fibrilación auricular, artritis reumatoide en tratamiento con metotrexate. Tiroidectomía. Independiente para actividades básicas de la vida diaria hasta hace diez días. En tratamiento con: metotrexate, diclofenaco, enalapril y ciprofloxacino. Enfermedad actual: mujer de 77 años que acude acompañada de sus hijas, según refieren desde hace dos semanas deterioro brusco, basado en desorientación y discurso incoherente, pasando de ser independiente a dependiente para todo, presentando dificultad para la marcha y temblor intencional. Comentarios incoherentes como que “le hablaba su reloj” e incluso “viendo bichos”, aunque hace crítica de los mismos diciendo que es como “estar soñando”. Disminución de la ingesta en los últimos días. No fiebre. No otra sintomatología.

**Exploración y pruebas complementarias:** Afebril, orientada en espacio, no en tiempo. Pupilas isocóricas y normoreactivas, pares craneales normales, no meningismo, tono inicialmente aumentado con pseudo-rueda dentada, que desaparece al relajarse, temblor de actitud discreto, no bradicinesia, Reflejos osteomusculares presentes aunque hipoactivos, marcha cautelosa. Auscultación cardiorrespiratoria: Tonos arrítmicos sin soplos, murmullo vesicular conservado. Abdomen: blando y depresible sin masa ni megalias. Miembros inferiores sin edemas ni signos de trombosis. Electrocardiograma: fibrilación auricular a 68 latidos por minutos. Analítica sanguínea: hemoglobina 11,9, leucocitos 11.000. Bioquímica: urea 211, creatinina 2,5 (previa 0,8), filtrado glomerular 18. TAC cráneo: atrofia cortico-subcortical, lesiones hipodensas sin efecto masa en ganglios de la base, en relación a lesiones isquémicas crónicas. Resto sin hallazgos.

**Juicio clínico:** Encefalopatía urémica, insuficiencia renal aguda.

**Diagnóstico diferencial:** Parkinson, demencia senil, intoxicación medicamentosa.

**Comentario final:** Plan de actuación y evolución: la paciente evolucionó muy favorablemente a raíz de mejorar su función renal, mejorando las funciones cognitivas. Profundizando en la historia clínica de la paciente observamos que la paciente había aumentado la toma de metotrexate por brote de artritis también tenía pautado ciprofloxacino y diclofenaco todos ellos medicaciones nefrotóxicas. En ancianos frágiles debemos de tener cuidado con este tipo de medicación ya que es común que ocasione insuficiencias renales agudas.

### Bibliografía

1. Young G. Septic encephalopathy. En: Vincent J, ed. Yearbook of Intensive Care and Emergency Medicine. Berlin: Springer, 2002.
2. Romero Gomez M, Bautista JD, Grande L, Ramos Guerrero RM, Sanchez Munoz D. New concepts in the physiopathology of encephalopathy and therapeutic prospects. *Gastroenterol Hepatol*. 2004;27(Suppl 1):40-8.

**Palabras clave:** Anciano frágil. Encefalopatía urémica. Insuficiencia renal. Deterioro. polimedicado.