



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 347/135 - DESPRESCRIPCIÓN EN EL PACIENTE ANCIANO CON DIABETES

J. Erdozain Corpas<sup>a</sup> y C. García Victori<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Centro de Salud Las Delicias. <sup>b</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Cádiz.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer 76 años. Acude a consulta para revisión diabetes tipo 2. AP: DM2 (desde hace 11 años), HTA, IAM, episodio de insuficiencia cardiaca congestiva, gonartrosis bilateral con limitación importante para la deambulación, hipertransaminasemia, dislipemia y esteatosis hepática. Polimedicada con enalapril/HCTZ, rosuvastatina, AAS, carvedilol, metformina, gliclazida, paracetamol, etoricoxib en agudizaciones, condroitín sulfato, fluoxetina, omeprazol, ácido alendrónico y lorazepam. Acude con su hijo para recoger analítica de control. Refiere presentar glucemias basales 160 mg/dl recientemente, junto con cefalea, sensación de astenia y ánimo decaído de predominio vespertino. Buena adherencia terapéutica, con dieta y tratamiento. Pese a ello, gana peso lenta y progresivamente, lo que le hace caer en el agotamiento: “estoy cansada de tomar tantas pastillas”. Se le indica realizar controles de glucemia cuando note cefalea. Al realizarlos, se detectan cifras en torno a 60-70 mg/dl. La paciente refiere mejoría de la cefalea ingiriendo alimentos. Al detectar hipoglucemias, se corrige pauta terapéutica, retirando gliclazida, y cambiando a sitagliptina. Al disminuir hipoglucemias y peso mejoró estado ánimo, ansiedad, artralgias y esteatosis hepáticas. Todo ello permitió la retirada progresiva de otros fármacos (fluoxetina, lorazepam, etoricoxib, ácido alendrónico, condroitín sulfato y omeprazol) evitando interacciones y efectos secundarios de fármacos cuyo riesgo potencial supera el beneficio esperado.

**Exploración y pruebas complementarias:** Peso 79 kg, T: 168 cm, IMC 28 kg/m<sup>2</sup>, TA: 128/83 mmHg, ACR normal, abdomen sin alteraciones, extremidades: pulsos pedios presentes, no edema, no signos de flebitis ni tvp. Exploración con monofilamento normal. Retinografía normal. Glucemia basal 158 mg/dl, HbA1c 7,6%, GPT: 47 u/l, GOT: 51 u/l, GGT: 66 u/l. Albuminuria: 19 mg/g.

**Orientación diagnóstica:** Hipoglucemias en paciente anciano.

**Diagnóstico diferencial:** Cefalea tensional, síndrome ansioso-depresivo.

**Comentario final:** A medida que la población envejece y aumenta la esperanza de vida, surge una mayor necesidad de establecer directrices y objetivos adaptados. La presencia de múltiples comorbilidades hacen el abordaje de la DM2 complejo y, a menudo, nos conduce a polifarmacia y efectos secundarios. Es importante tener en cuenta el estado salud y la capacidad funcional del paciente en formulación de objetivos, minimizando los riesgos. La revisión cuidadosa y reflexiva del tratamiento es clave para optimizar la salud y calidad de vida del paciente, especialmente en el anciano frágil.

### Bibliografía

1. Farrell B, Black C, Thompson W, McCarthy L, et al. Desprescribin antihyperglycemic agents in older persons. Can Fam Physician. 2017;63:832.

**Palabras clave:** Anciano. Diabetes. Desprescripción.