

347/3712 - ¿ES SOLO ANSIEDAD?

C. Cossio Álvarez^a, S. Córdova Peralta^b, M. Ceña Rodríguez-Roda^a y M. Roselló Peñaloza^c

^aMédico de Familia. Centro de Salud ABS Sant Sadurní d'Anoia. Barcelona. ^bMédico de Familia. Centro de Salud ABS Martorell. Barcelona. ^cMédico de Familia. Centro de Salud ABS Sitges. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 54 años, consulta por nerviosismo de varias semanas de evolución con empeoramiento en las últimas semanas, imposibilitándole realizar sus actividades. Ha consultado en varias oportunidades por misma clínica, en tratamiento con benzodiazepinas sin respuesta. Con TA 182/100, sin otra clínica acompañante que remitía con la administración de diazepam. Antecedentes patológicos: no alergias conocidas. No hábitos tóxicos. miopía magna, hipoparatiroidismo idiopático, epilepsia, HTA, apnea del sueño grado II, síndrome de Arnold-Chiari tipo I. Revisión de prescripción farmacológica: citalopram 10 mg, calcium 1.500 mg/día, calcitriol 0,25 ?g/día, vit D, enalapril 20 mg. No ha retirado de la farmacia ningún fármaco en el último año, se insiste en anamnesis, la paciente explica que no toma el tratamiento porque ya se encontraba bien. Se insiste en cumplimiento terapéutico, después de un mes remisión completa de irritabilidad, HTA controlada.

Exploración y pruebas complementarias: Paciente afebril, buen estado general. Neurológico sin alteraciones. Normohidratada y normocoloreada. AC: rítmica, taquicárdica, no soplos ni roces, pulsos simétricos. AR: taquipneica, MVC. Analítica (05/04/2018). Hemograma normal. Bioquímica: glucosa 108 mg/dL, FG 80, Na145, K 4,4, cloro 105, Ca 5,7 mg/dL, fosfato 5,4 mg/dL, bilirrubina 0,33 mg/dL, ALT 0,32 uKat/L, FA 0,98 uKat/L, GGT 0,32 uKat/L, TSH 0,75 mU/L, calcidiol 12,7 ng/mL, calcitonina 1 pg/mL, PTH 7 pg/mL, albúmina 38,7 g/L. Orina 24h Ca 45 mg/día. Analítica previa (07/03/2016). Hemograma normal. Bioquímica: glucosa 120 mg/dL, FG 78, Na 142, K 4,4, cloro 105, Ca 5,4 mg/dL, fosfato 5,1 mg/dL, FA 0,98 uKat/L, TSH 0,62 mU/L, PTH 8 pg/mL. ECG: RS, 100 lpm, eje 60°, PR 0,12, repolarización sin alteración, no HVI. Rx tórax: ligera cardiomegalia.

Orientación diagnóstica: Hipoparatiroidismo, falta de adherencia terapéutica.

Diagnóstico diferencial: Ansiedad, depresión. Malabsorción intestinal, deficiencia de vitamina D o Ca, diuréticos tiazida, acidosis tubular, Resistencia de los tejidos a PTH: pseudohipoparatiroidismo, Hipocalcemia ficticia por contraste radiológico gadolinio.

Comentario final: La adherencia terapéutica es un elemento clave en el control de las enfermedades crónicas y factores de riesgo. Factores asociados con el incumplimiento son múltiples/interrelacionados detectándose en: ámbito del paciente, tratamiento, sociofamiliar y sanitario. Prevención se basa en mejorar: calidad de la entrevista clínica y relación médico-paciente. Intervenciones: estrategias informativas/educativas, de apoyo/supervisión. La simplificación terapéutica, entrevistas motivacionales son estrategias que han demostrado utilidad.

Bibliografía

1. Baena JM, Gómez-Fernández C, Vilató-García M, et al. Registro del historial fármaco-terapéutico en pacientes con hipertensión arterial: un instrumento para valorar la adherencia terapéutica. Aten Primaria. 2016;43:336-342.

Palabras clave: Adherencia terapéutica. Hipoparatiroidismo.