

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

## 424/1863 - DOCTOR, DEME ALGO MÁS FUERTE: ¡NO, GRACIAS!

A. Urbina Juez<sup>1</sup>, J. Capetillo Serra<sup>2</sup>, E. Espejo Marchante<sup>3</sup> y G. Monasterio López<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Médico de Familia. UAP Sopela. Vizcaya. <sup>2</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Plentzia. Vizcaya. <sup>3</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Sopelana. Vizcaya. <sup>4</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Areeta. Vizcaya.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 73 años, viuda desde hace 1 año. A los días de enviudar comienza con anhedonia, apatía muy marcada, que asocian reclimiento domiciliario. Ante sospecha de duelo patológico se inicia tratamiento ansiolítico y depresivo, que han precisado hasta 5 rotaciones [antipedresivos (ATD): escitalopram, sertralina, duloxetina, vortioxetina y mirtazapina; benzodiacepinas (BZD): lorazepam, cloracepato dipotasico, clonazepam, diazepam] por ineeficacia y progresión sintomática. En este momento, la paciente es valorada por psiquiatría, neurología y medicina interna. A los 6 meses, caída domiciliaria con fractura pertrocantérea de cadera derecha, que precisa ingreso en media estancia para realizar rehabilitación, durante el cual comienza con síntomas de demencia, episodios de agitación psicomotriz nocturnos y parkinsonismo, siendo dada de alta ante la imposibilidad de completar la rehabilitación con mirtazapina, quetiapina, lormetazepam y clonazepam a pesar de la persistencia de la sintomatología neuropsiquiátrica. Dada la evolución, comenzamos deprescripción farmacológica progresiva, evidenciándose mejoría repentina tras el cese del lormetazepam, recuperando así su estado de ánimo, capacidades cognitivas y ritmos biológicos.

**Exploración y pruebas complementarias:** Fase de depresión: Barthel: 100, Mini-Mental: 29/30, Yesavage 12 puntos. Fase de demencia: Barthel: 50, Mini-Mental: 11/30, Yesavage 18. Actual: Barthel: 90, Mini-Mental: 30/30 Yesavage 8. Analítica: anodina, incluyendo RPR, B12 y TSH. Hemo y urocultivos: negativos. LCR: anodino. TAC TAP: incidentaloma tumor de GIST. RNM cerebral: múltiples lesiones isquémicas y atrofia cortical leve, compatibles con la edad. Electroencefalograma: anodino.

**Orientación diagnóstica:** Demencia farmacológica.

**Diagnóstico diferencial:** Depresión. Pseudodemencia depresiva. Demencia vascular. Enfermedades neurodegenerativas: neurolúes, priones... Duero patológico.

**Comentario final:** A lo largo de los años vamos siendo conscientes de la importancia de deprescribir, a pesar de que se nos enseña a lo contrario durante la etapa preclínica. En el paciente anciano, es sumamente importante evitar el efecto cascada con la incorporación de nuevos tratamientos ante la aparición de nuevos síntomas. En el caso particular de los ancianos, es más importante aún, pudiendo ocasionar pérdida de capacidades, por eso lo ideal es tener presente la posibilidad de retirar fármacos cuando ya no son necesarios y antes de iniciar otros, especialmente, psicofármacos.

### Bibliografía

1. Somme J, Zaranz JJ et al. Trastornos de las funciones cerebrales superiores. Zaranz Neurología, 6<sup>a</sup> ed. Elsevier, 2018; pp. 181-218.

**Palabras clave:** Demencia. Anciano. Benzodiacepinas.