

424/925 - ¿PROGRESIÓN TUMORAL O POLIMEDICACIÓN?

Z. Maravi Jaime¹, G. Castiñeiras Pardo¹, C. Rguigue Meklaa¹ y F. Mora Moreno²

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Molino de la Vega. Huelva.²Médico de Familia. Centro de Salud Molino de la Vega. Huelva.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 78 años con adenocarcinoma en fundus gástrico de alto grado en seguimiento por ESC Paliativos, derivado por su MAP por progresivo deterioro general de tres semanas de evolución con limitación para ABVD, movilidad, astenia y anorexia; sin datos de infección, sufre caída accidental sin sincope, ni presíncope. Antecedentes personales: alérgico a Augmentine, exbebedor, DM tipo 2 insulinodependiente, nefropatía diabética, cirrosis hepática enólica, varices esofágicas sangrantes (3 episodios HDA), encefalopatía hepática leve y descompensación hidrópica. Intervenciones: colecistectomía, amputación pie izquierdo como complicación DM, disnea grado II-III de NYHA. Edemas habituales en miembros inferiores. Tratamiento: allopurinol, AAS, furosemida, atenolol, metoclopramida, lactulosa, omeprazol, espironolactona, insulina glargina, Novorapid, paracetamol y metamizol.

Exploración y pruebas complementarias: REG, consciente, poco colaborador, responde órdenes sencillas, muy postrado, eupneico, frialdad distal, no dolor. TA: 105/68 mmHg, FC: 80 lpm, SatO2: 98%, afebril. Auscultación cardiorrespiratoria: tonos apagados y MV disminuido, resto anodino. Abdomen: sin alteraciones, no estreñimiento. MMII con ligeros edemas, signos de insuficiencia venosa crónica, muñón pie izquierdo sin patología asociada. Fragilidad cutánea con múltiples hematomas en cuatro miembros. No heridas. Cavidad oral: no lesiones, halitosis, sequedad cutánea-mucosa. Analítica: Hemograma, coagulación, bioquímica: glucosa: 195 resto normal. Orina: mínimos leucocitos, nitritos negativos. Durante ingreso: paciente empeora clínicamente, poco reactivo, postrado, muy somnoliento, disfagia intensa, poco comunicativo, hiperglucemias 300 mg/dl, analítica anodina, a pesar de actitud terapéutica instaurada. Planteándose mala situación clínica, limitación de esfuerzo terapéutico (LET), realizar tratamiento sintomático y acompañamiento del paciente a la familia quienes comprenden y aceptan. A la LET y tratamiento sintomático vía SC, paciente empieza a mejorar de forma general con alta domiciliaria y pauta mínima farmacológica y sintomática. Actualmente en seguimiento compartido por ESC Paliativos y EA Primaria.

Orientación diagnóstica: Deterioro de estado general sin causa clara.

Diagnóstico diferencial: Enfermedad infecciosa, de origen metabólico, orgánico, farmacológico, deshidratación, progresión enfermedad neoplásica.

Comentario final: A la mayoría de personas mayores y/o pacientes pluripatológicos solemos polimedicarlos para controlar sus distintas y múltiples patologías así como efectos secundarios de medicamentos prescritos. Muchas veces sin tener en cuenta el perjuicio que ocasiona la polimedición y no valoración de la

desprescripción y LET ante esos efectos secundarios.

Bibliografía

1. Gallo C, Vilosio J. Actualización de los criterios STOPP-START, una herramienta para la detección de medicación potencialmente inadecuada en ancianos. *Evid Act Pract Ambul.* 2015;18(4):124-9.

Palabras clave: Desprescripción. Polimedición.