



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

482/1322 - DESPRESCRIPCIÓN, ¿SOLO EN ATENCIÓN PRIMARIA?

M. Resa Pascual¹, L. Bea Berges², J. Monsalve de Torre³ y L. Olagaray Munguía⁴

¹Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Siete Infantes. Logroño. La Rioja. ²Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alfaro. Alfaro. La Rioja. ³Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Siete Infantes. Logroño. La Rioja. ⁴Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Siete Infantes. Logroño. La Rioja.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 81 con antecedentes de fibrilación auricular permanente e hipertensión arterial con buen control. Acudió a consulta por lumbalgia de características mecánicas, sin signos de alarma. Al realizar la prescripción, se valoró la polimedication. Tomaba gabapentina 100 mg/24h, digoxina 0,25 mg/24h, rosuvastatina 5 mg/48h, bisoprolol 1,25 mg/24h, losartán 25 mg/24h, acenocumarol según INR. Se indicó analgesia y medidas físicas, y el seguimiento de la lumbalgia se evaluó en sucesivas consultas, en las que se indicó desprescripción de gabapentina, digoxina y rosuvastatina. La hija de la paciente tras insistirle en una segunda opinión acude a una consulta de cardiología privada donde realizan ecocardio con único hallazgo de dilatación auricular, ECG con FA y le manda realizar una analítica a través del sistema nacional de salud. Ante los resultados de la analítica el cardiólogo le realiza a la paciente recetas, a través del sistema nacional de salud, de rosuvastatina como tomaba previamente y digoxina. Además la diagnostica de diabetes mellitus y recomienda iniciar tratamiento con metformina. Informamos a la paciente de que no cumple criterios de diabetes mellitus y que aunque así fuese el objetivo de control estaría en 8% de Hb1A por lo que no vamos a iniciar tratamiento con metformina. Además le informamos de nuestro desacuerdo en el reinicio de rosuvastatina pues no se va a beneficiar de la prevención primaria y si puede verse perjudicada por eventuales efectos adversos.

Exploración y pruebas complementarias: A la exploración sistema locomotor normal. AC arrítmica a frecuencias de 60 lpm. En analítica solicitada por cardiólogo privado: LDL 112, HbA1 6,9%, glucemia 102. En analíticas previas ninguna glucemia basal por encima de 125 ni HbA1 por encima de 6,5%.

Orientación diagnóstica: Fibrilación auricular. Polifarmacia.

Comentario final: Este caso nos muestra claramente como el médico de familia tiene un papel importantísimo en el seguimiento de los pacientes crónicos y los factores de riesgo cardiovascular, evita la polifarmacia y genera equidad entre la población. Además nos muestra cómo acceder a la atención hospitalaria a través de la medicina privada puede generar justo el efecto contrario, el criterio de derivación es básico para mantener la salud pública.

Bibliografía

1. RedGDPS.

Palabras clave: Polifarmacia. Equidad. Deprescripción.