



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 204/93 - Manejo en atención primaria del anciano polimedicado con FRCV

J.M. Bravo González<sup>a</sup>, M. Anta Fernández<sup>b</sup>, C. Fernández Galache<sup>c</sup>, A. García-Lago Sierra<sup>d</sup>, D.M. Robaina Cabrera<sup>e</sup>, B. Martínez Sanz<sup>f</sup>, N. Guelai<sup>d</sup>, L.P. Salag Rubio<sup>c</sup>, I. Galán López<sup>g</sup> e I. Abascal Sañudo<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. <sup>b</sup>Médico Adjunto de Medicina Interna. Hospital Sierrallana. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Zapatón. Torrelavega. <sup>d</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Corrales. Los Corrales de Buelna. <sup>e</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; <sup>f</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Dobra. Torrelavega. <sup>g</sup>Médico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Salud Saja. Cabezón de la Sal.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 90 años, con antecedentes de HTA, DM tipo 2 de larga evolución, F auricular anticoagulada, estenosis aortica severa con disfunción VI moderada, espondiloartrosis lumbar y carcinoma ductal infiltrante de mama derecha hace 2 años, en tratamiento hormonal. Tratamiento habitual con vildagliptina/metformina 50/1.000 (2/día), rivaroxaban 15 mg, valsartan/hidroclorotiazida 160/12,5, torasemida 5 mg 1/día, paracetamol-tramadol 325/37,5 cada 12h, tapentadol retard 100 mg/12 h, lidocaína al 5%, omeprazol 20 mg, letrozol y zolpidem. Realizando vida intradomiciliaria en los últimos meses, con deterioro general progresivo, hiporexia y pérdida ponderal de unos 10 Kg. Acude por dolor en ambos costados de características mecánicas, que no mejora con el tratamiento pautado. También refiere episodios de mareo y ortostatismo, ha sufrido varias caídas recientemente por dificultad para caminar. Se reajustó tratamiento hipotensor e hipoglucemiante, suspendiendo anticoagulación.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA 100/70 en consulta, REG, eupneica, bien hidratada y coloreada, sin signos de IC. Tórax: retracción del pezón derecho, AC arrítmica, soplo sistólico panfocal, AP normal. Abdomen y EEII normales. Glucemia capilar (no basal) 95 mg/dl, ECG: F Auricular a 80 lpm.

**Juicio clínico:** Deterioro general agravado por efectos secundarios de la medicación (hipoglucemia, hipotensión arterial). Anciano polimedicado. Caídas frecuentes en relación con lo anterior. Riesgo de sangrado en relación con caídas.

**Diagnóstico diferencial:** Progresión neoplásica/efectos secundarios de la medicación/deterioro acorde a la edad avanzada.

**Comentario final:** Se trata de un paciente anciano polimedicado, lo que constituye un factor de riesgo independiente de morbilidad. Las reacciones adversas medicamentosas aumentan proporcionalmente con el número de fármacos, ocurriendo casi en el 100% de los pacientes que toman 10 o más. En Atención Primaria es recomendable la revisión estructurada de la medicación, para evitar efectos secundarios y facilitar la adherencia y la eficiencia. El concepto de desprescripción es relevante en el caso de ancianos frágiles y polimedicados. Ya son conocidas las recomendaciones de evitar control antihipertensivo y glucémico estricto en estos pacientes.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Lipska KJ, Ross JS, Miao Y, et al. Potential Overtreatment of Diabetes Mellitus in Older Adults With Tight Glycemic Control. *JAMA Intern Med.* 2015;175:356-62
2. Otero M, Moreno-Gómez AM, Santos-Ramos B, Agra Y. Developing a list of high-alert medications for patients with chronic diseases. *Eur J Intern Med.* 2014;900-8.
3. Programa de Atención al Anciano Crónico Polimedicado de Cantabria. *Farmacología Clínica de Atención Primaria-Seguridad Anciano Polimedicado* 2009-11.