



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/1860 - La importancia de la revisión del tratamiento del paciente polimedcado

Y. Morte Train^a, D.M. Campodónico^a, L. Castro Reyes^a, N. Sánchez Prida^b, T. Gómez Gascón^c, L. Andrés Berrián^d, M.P. Díaz Sánchez^e, E. Congiu^f y C. Vargas-Machuca Cabañero^g

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Guayaba. Madrid. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Orcasitas. Madrid. ^cTutor Adjunto de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Guayaba. Madrid. ^dMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud General Ricardos. Madrid. ^eMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Calesas. Madrid. ^fMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Rosales. Madrid. ^gTutora Adjunta de Medicina Familiar. Centro de Salud Guayaba. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 74 con antecedentes personales de VHC sin descompensaciones pero con hipertensión portal sin varices esofágicas, estreñimiento crónico con colonoscopia en 2014 normal, dispepsia, osteoporosis, demencia mixta con deterioro moderado, fibromialgia, trastorno depresivo y trastorno de personalidad histriónico. En tratamiento desde hacía años con distraneurine, aricept, lyrica, sertralina, lorazepam, olanzapina, mirtazapina, tramadol, seractil (dexibuprofeno), alprazolam y paracetamol. Anamnesis: Acude a la consulta de atención primaria por astenia y cuadros presincopales desde hacía un mes acompañados de una deposición aislada de coloración negruzca. Se le realizó analítica donde se objetivó hemoglobina de 6,2 estando los tres meses anteriores en 11,3. Se decidió derivar a urgencias para transfusión y estudio de la anemia microcítica.

Exploración y pruebas complementarias: Hemodinámicamente estable. A la exploración destaca tacto rectal negativo. Analíticamente destacaba Hb de 6,2 con VCM 83,2, HCM 26,5. ECG: ritmo sinusal a 70 lpm con bloqueo de rama izquierda conocido. Radiografía de tórax y abdomen normales. Gastroscoopia: Imagen de gastritis crónica. Se le transfunden 3 concentrados de hematíes y 1.000 mg de hierro parenteral con lo que remontó a Hb de 10,1. Se revisó tratamiento objetivándose que la paciente tomaba seractil, pautado por la unidad del dolor hacía años, pudiendo ser una de las causas de las pérdidas digestivas.

Juicio clínico: Anemia microcítica hipocroma sin sangrado macroscópico en probable relación con pérdidas digestivas crónicas y a la toma de seractil.

Diagnóstico diferencial: 1. Sangrado por varices esofágicas, 2. Sangrado por úlcera duodenal, 3. Sangrado por pérdidas digestivas crónicas secundarias al uso de seractil.

Comentario final: Este caso nos sirve para reflexionar sobre la importancia que tiene comprobar cada cierto tiempo la medicación que están tomando nuestros pacientes y cómo la están tomando. Especialmente los pacientes polimedcados con más de 5 fármacos, dado que son estos pacientes los

que tienen más riesgo de sufrir interacciones entre unos y otros o incluso, como en nuestro caso, seguir tomando un fármaco que en lugar de beneficiarle le perjudica para su salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. Worldwide prevalence of anaemia 1993-2005. WHO Global database of Anaemia. 2008.
2. Urrutia A, Sacanella E, Mascaró J, Formiga F. Anemia en el anciano. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2010;45(5):291-7.
3. Anaemia - vitamin B12 and folate deficiency. Prodigy [Internet]. Abril de 2008 [citado 15/3/2013]; Disponible en: <http://prodigy.clarity.co.uk>
4. López XL, Pérez N. Estudio de una anemia. Fistera [Internet]. 19 de julio de 2006 [citado 6/2/2013]; Disponible en: www.fistera.com
5. Cullis J. Diagnosis and management of anaemia of chronic disease: current status. *BJH.* 2011;154:289-300.