



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/283 - MÁS EXPLORACIÓN, MENOS MEDICACIÓN

S. Yebra Delgado^a, M. Álvarez Calleja^b, M. Álvarez García^c, A. de Antonio Pérez^d, P. de la Fuente Laso^e y V. García Faza^c

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Calzada. Gijón. Asturias. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Cabueñes. Centro de Salud El Coto. Gijón. Asturias.

^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Llano. Gijón. Asturias. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Cabueñes. Centro de Salud El Llano. Gijón. Asturias.

^eMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Cabueñes. Centro de Salud Contrueces. Gijón. Asturias.

Resumen

Descripción del caso: Presentamos el caso de un varón de 74 años hipertenso con antecedentes de cardiopatía isquémica grave, insuficiencia cardiaca y renal crónicas a seguimiento por Cardiología y Nefrología. Acude en varias ocasiones en los últimos meses a diferentes servicios de atención sanitaria (urgencias, consulta de cardiología, centro de salud...) por una clínica de disnea nocturna de características atípicas que le impide el descanso, automedicándose con diuréticos y nitratos a demanda. Tras el último alta hospitalaria, iniciamos seguimiento en el domicilio.

Exploración y pruebas complementarias: En todas las ocasiones la exploración física realizada y los estudios complementarios fueron anodinos. Rx tórax: mínima redistribución vascular, ECG: bradicardia sinusal. Fue diagnosticado en varias ocasiones de IC agudizada y angor atípico/inestable, con aumentos progresivos de medicación diurética y antianginosa sin mejoría. En el domicilio realizamos también una exploración de la esfera mental con distintas escalas validadas llegando al diagnóstico de delirium.

Juicio clínico: Delirio.

Diagnóstico diferencial: Delirio, demencia, disnea de causa orgánica.

Comentario final: En la literatura geriátrica se alerta sobre el infradiagnóstico del delirio y la necesidad de mantener siempre un alto nivel de sospecha, siendo la patología crónica y la polimedicación una de sus causas. El diagnóstico es un diagnóstico clínico. Decidimos retirar toda la medicación e iniciar tratamiento con haloperidol. Gracias a la posibilidad del seguimiento, pudimos ver la evolución favorable de la clínica desapareciendo la sintomatología sin ganancia ponderal y sin empeoramiento de su patología de base con mejora incluso de su función renal. Con este caso queremos resaltar la importancia de una exploración completa incluyendo la esfera mental y social del paciente, haciendo hincapié en la revisión de la medicación para retirar los fármacos innecesarios. Para ello los médicos de MFyC disponemos de una ventaja inherente a nuestra especialidad como es la posibilidad del seguimiento longitudinal tanto en la consulta como en el domicilio, que nos permite una valoración integral del paciente.

Bibliografía

1. SEGG, ed. Tratado de Geriátria para residentes. Madrid: International Marketing & Communication, S.A., 2006.
2. Martins S, Fernandes L. Delirium in elderly people: a review. *Front Neur.* 2012;3:101.

Palabras clave: Polimedicación. Delirio.