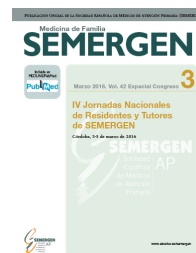




Medicina de Familia. SEMERGEN

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



O-066 - IATROGENIA DE LO COMÚN

C. López López, M. García Ventura y M.J. Tijeras Úbeda

CS La Cañada, Almería.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 79 años, poco frecuentador de nuestra consulta de Atención Primaria (AP), que acude acompañado por sus hijas. Estas refieren que desde hace dos años presenta deterioro cognitivo progresivo y cuadros sincopales con pérdida de tono muscular, sin relajación de esfínteres, con alucinaciones visuales, motivo por el cual ha tenido varios ingresos hospitalarios. Como antecedentes presenta HTA, diabetes mellitus II, artrosis y demencia senil. Está en tratamiento con omeprazol 20 mg desde hace más de 20 años, enalapril 20 mg/día, metformina 850 mg/día, paracetamol 1 g/8 horas, rivastigmina 6 mg/día y desde hace 2 años toma calcio y magnesio, por encontrarse en analítica del último ingreso cifras de hipocalcemia (6,40 mg/dl) e hipomagnesemia (0,38 mg/dl), que pese a tratamiento, no mejoran. Revisando los informes de los ingresos, vemos que las cifras de los iones citados, ya eran bajas desde hacía dos años, y le habían realizado endoscopias digestivas y pruebas de imagen que resultaron ser normales. Un TAC cerebral de hace un año se informa como "atrofia cortical, cambios propios de la edad".

Exploración y pruebas complementarias: Alerta, desorientado, aspecto parkinsoniano, sin asimetría motora. Deambula con ayuda. Índice de Barthel 30 puntos (dependencia grave), SPMSQ (Pfeiffer) de 7 errores (deterioro cognitivo grave). La auscultación cardiopulmonar y la exploración abdominal, son anodinas. Se le solicitó nuevo TAC craneal, y ante la sospecha de que la toma de omeprazol durante tantos años estuviese causando un déficit en la absorción de magnesio, se procedió a sustituirlo por ranitidina 150 mg/día, citándolo con nueva analítica en dos meses. La mejoría del estatus cognitivo fue notable. Presentaba lenguaje e ideación lentos, pero estaba orientado en tiempo y espacio. El Pfeiffer fue de cero errores y el test de Lobo de 33 puntos. En la analítica el calcio había subido a 7,89 y el magnesio se había normalizado.

Juicio clínico: Hipomagnesemia severa secundaria al tratamiento con omeprazol.

Diagnóstico diferencial: Causas deterioro cognitivo: degenerativo, vascular, traumatismos, hipotiroidismo, depresión, déficit vitamínico, tóxicos, fármacos.

Comentario final: Destacar dos puntos: la importancia del Médico de AP en el seguimiento de los pacientes ancianos polimedicados, y el déficit de magnesio como causa a tener en cuenta en el diagnóstico diferencial de demencias. La OMS define polifarmacia como un síndrome geriátrico consistente en el uso concomitante de 3 o más medicamentos. Es imprescindible revisar periódicamente la medicación de nuestros pacientes, para evitar secundarismos a fármacos, que suponen entre un 7,2-14% de los ingresos de ancianos en medicina interna, evitando las

consecuencias sobre la salud y sobre el sistema sanitario. Por otro lado, comentar que estudios han demostrado que el 34% de los ancianos que toman IBPs, lo hacen sin indicación, y añadir que el uso concomitante con metformina, produce un efecto aditivo en cuanto a producir hipomagnesemia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gato Díaz A, Córdoba Soriano JC, Mora Escudero I. Hipomagnesemia grave debida a tratamiento prolongado con omeprazol. Med Clin (Barc). 2011;136:84-5.
2. www.aemps.gob.es. Riesgo de hipomagnesemia asociado a los medicamentos inhibidores de la bomba de protones.
3. www.who.com