



Clínica cotidiana

Un problema farmacológico

Patricia Martínez Arias*, José Antonio López Freire, Blanca Sanz Pozo

Centro de Salud Las Américas. Parla (Madrid).

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 23 de enero de 2018

Aceptado el 7 de julio de 2018

On-line el 21 de diciembre de 2018

Palabras clave:

Polifarmacia

Eventos adversos farmacológicos

Alteraciones de la marcha

Keywords

Polypharmacy

Adverse drug events

Gait disorders

R E S U M E N

Varón de 62 años de edad, que acude por alteración de la marcha y caídas frecuentes en el último mes. Tiene antecedentes de hipertensión arterial, miocardiopatía hipertrófica obstructiva, alcoholismo, hernia discal intervenida con secuelas (entre las que destaca el dolor crónico), episodio de pérdida de memoria en contexto de trastorno depresivo, insomnio y trastorno adaptativo.

Tras una valoración integral, se consigue aclarar la raíz del problema: la polifarmacia es el origen de dichas alteraciones. Se instaura un tratamiento, que resulta ser muy efectivo: valorar el riesgo/beneficio y suspender la medicación innecesaria. Por tanto, a raíz de este caso, se evidencia la importancia del abordaje adecuado de la polifarmacia en el paciente anciano, así como la herramienta al alcance del médico de familia para solucionar o evitar muchos efectos adversos: la deprescripción.

© 2018 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Publicado por Ergon Creación, S.A.

A pharmacological problem

A B S T R A C T

A 62-year-old man attended due to impaired gait and frequent falls in the last month. He has a history of hypertension, obstructive hypertrophic cardiomyopathy, alcoholism, herniated disc that required surgery with subsequent sequelae such as chronic pain, memory loss episode in the context of depressive disorder, insomnia and adaptive disorder. Therefore, the patient is under treatment with several drugs, which are indicated for the treatment of each of these pathologies. However, they are 8 drugs with their potential adverse reactions and interactions that must be taken into account, especially in the elderly patient, more susceptible to suffer them.

The alteration presented by the patient required multiple assessments and a wide differential diagnosis. Among the possible pathologies, syncope of cardiogenic or neurogenic cause, geriatric syndromes, traumatological pathology, psychiatric syndromes, etc., had to be excluded.

After an integral assessment and several normal complementary tests, the origin of the problem is the polypharmacy. A treatment is established, which is very effective: assess

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: patriciamarias@hotmail.com (P. Martínez Arias).

<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2018.043>

2254-5506 / © 2018 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

the risk/benefit and stop the unnecessary medication. So, the importance of the adequate management of polypharmacy in the elderly patient is evident, as well as the tool available in primary care to solve or avoid many adverse effects: deprescription.

© 2018 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.
Published by Ergon Creación, S.A

Varón de 62 años de edad, sin alergias medicamentosas, que presenta los siguientes antecedentes personales:

- Hipertensión esencial, en tratamiento con atenolol (100 mg en el desayuno y 50 mg en la cena).
- Miocardiopatía hipertrófica obstructiva, por la que toma diltiazem (120 mg cada 12 horas) y ácido acetilsalicílico (100 mg diarios).
- Abuso de alcohol crónico, que precisó ingreso voluntario en unidad de deshabitación alcohólica hace 14 años; mantiene la abstinencia desde entonces.
- Hernia discal intervenida en cinco ocasiones desde 1980, con posterior síndrome por discectomía y lumbociatalgia crónica, estenosis leve del canal lumbar L3-L4 y síndrome miofascial. Por todo ello está en seguimiento en la Unidad del Dolor. Está en tratamiento con naloxona/oxicodona (15/7,5 mg cada 12 horas) y amitriptilina (10 mg), junto con infiltraciones facetarias.
- Episodio de pérdida de memoria, estudiado en neurología hace dos años, con juicio clínico de dolor crónico y trastorno depresivo reactivo a lo anterior, con quejas subjetivas de memoria en este contexto, sin datos de deterioro cognitivo. Posteriormente, acude a consulta por insomnio y ánimo deprimido; se pauta trazodona (100 mg) y diazepam (5 mg). Ante la ausencia de mejoría y la verbalización de ideas de muerte, se le remite a psiquiatría.
- Trastorno adaptativo visto en psiquiatría hace un año. Se pauta sertralina (50 mg) y continuar con trazodona (100 mg) y diazepam (5 mg).

El paciente acude ahora a la consulta de atención primaria por episodios de caídas frecuentes, en torno a 4-5 en el último mes, con traumatismos asociados. En ninguna ocasión ha llegado a perder el conocimiento. No presenta pródromos y no refiere tropiezos como causa de las caídas. La familia refiere que camina más lento de lo habitual y que, al caerse, dice incoherencias. El último episodio que refieren ha sido hace 24 horas; ha cursado con pérdida de conciencia e incontinencia de esfínteres asociada.

Presenta constantes vitales mantenidas, con auscultación cardiorrespiratoria sin hallazgos patológicos. La exploración neurológica es la siguiente: consciente y orientado en las tres esferas, funciones superiores conservadas, pupilas isocóricas y normorreactivas a la luz, pares craneales sin alteraciones; no rigidez de nuca; no disimetría ni disidiadocinesia; fuerza y sensibilidad táctil conservada en las extremidades; alteración de la marcha, enlentecida y rígida, incapaz de realizar marcha en tándem; Romberg positivo con retropulsión.

Tiene analítica reciente y ECG sin hallazgos reseñables.

Ante la sospecha de síncope con signos de alarma, se le remite a Urgencias para valoración.

Allí descartan síncope de causa cardiogénica, tromboembolismo pulmonar (TC torácico normal) y patología intracranial aguda (TC craneal sin alteraciones).

Desde el Servicio de Urgencias cursan ingreso en Medicina Interna para completar el estudio.

En el momento del alta hospitalaria, el paciente presenta los siguientes diagnósticos: caídas de repetición, en relación con síncope ortostático, y síndrome rígido-hipoquinético, poco tremórico, con alucinaciones visuales complejas, disautonomía y deterioro cognitivo leve, en relación con polifarmacia.

Se suspende naloxona/oxicodona, amitriptilina, trazodona y diazepam. Con ello se resuelve el cuadro.

El paciente acude de nuevo a nuestra consulta. Ya no presenta enlentecimiento ni alteración de la marcha, ni ánimo triste. Tiene control parcial del dolor con analgésicos de primer escalón. Verbaliza que "tras suspender todas esas medicaciones es como si hubiese resucitado".

Comentario

La polifarmacia se define como el uso de múltiples fármacos por parte de un paciente, generalmente entre 5 y 10. Este problema atañe, sobre todo, a personas mayores que, en comparación con pacientes más jóvenes, tienen mayor número de patologías que requieren prescripción de medicamentos.

Por otra parte, el empleo de un mayor número de fármacos se relaciona con un riesgo aumentado de tener una reacción adversa farmacológica¹, independientemente de la edad, así como de ingreso hospitalario².

Existen varios motivos por los que las personas mayores son más susceptibles a la polifarmacia:

- Tienen un riesgo aumentado de reacciones adversas debido a cambios metabólicos y disminución del aclaramiento de creatinina.
- La polifarmacia incrementa el riesgo potencial de interacciones entre fármacos y el de prescripción de fármacos inadecuados³.
- La polifarmacia es un factor de riesgo independiente para fracturas de cadera en ancianos⁴.
- La polifarmacia incrementa la posibilidad de "cascadas de prescripción"⁵. Estas se inician cuando un efecto adverso a la medicación es interpretado como una nueva patología y se prescribe otro fármaco para tratamiento de la misma.
- El empleo de múltiples fármacos puede ocasionar problemas de adhesión, sobre todo si existe déficit visual o cognitivo asociado.

Por tanto, hay que buscar el equilibrio en la prescripción, para evitar tanto el infra como el sobretratamiento. El paciente crónico complejo requiere, en muchas ocasiones, la prescripción de múltiples medicamentos, por lo que el médico puede verse en la tesitura de adaptar lo previsto en las guías de prescripción a las necesidades particulares de dicho paciente en cuestión. Esto requiere considerar cuidadosamente qué fármacos pueden ser suspendidos o sustituidos por otros menos dañinos⁶, especialmente en las etapas finales de la vida, en que la expectativa de vida del paciente condiciona los objetivos terapéuticos a alcanzar^{7,8}.

En este caso, queda reflejado que el beneficio de la medicación era apenas perceptible, porque el paciente seguía con mal control del dolor y con efectos adversos que experimentaba en relación con la polifarmacia. Al tener mal control del dolor, también era complicado suspender la medicación analgésica; se pudo hacer en el hospital al ingresar al paciente para vigilar estrechamente su evolución.

Por tanto, un reto para los médicos de atención primaria es la deprescripción y el adecuado seguimiento de la polifarmacia en el paciente crónico complejo. Hay que perder el miedo a dejar de prescribir fármacos que en principio podrían estar indicados para el tratamiento de una determinada patología.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Härkänen M, Kervinen M, Ahonen J, Voutilainen A, Turunen H, Vehviläinen-Julkunen K. Patient-specific risk factors of adverse drug events in adult inpatients - evidence detected using the Global Trigger Tool method. *J Clin Nurs*. 2015; 24: 582-91.
2. Lu WH, Wen YW, Chen LK, Hsiao FY. Effect of polypharmacy, potentially inappropriate medications and anticholinergic burden on clinical outcomes: a retrospective cohort study. *CMAJ*. 2015; 187: e130-7.
3. Weng MC, Tsai CF, Sheu KL, Lee YT, Lee HC, Tzeng SL, et al. The impact of number of drugs prescribed on the risk of potentially inappropriate medication among outpatient older adults with chronic diseases. *QJM*. 2013; 106: 1009-15.
4. Komagamine J, Hagane K. Intervention to improve the appropriate use of polypharmacy for older patients with hip fractures: an observational study. *BMC Geriatr*. 2017; 17: 288.
5. Ponte ML, Wachs L, Wachs A, Serra HA. Prescribing cascade. A proposed new way to evaluate it. *Medicina (Buenos Aires)*. 2017; 77: 13-6.
6. Scott IA, Hilmer SN, Reeve E, Potter K, Le Couteur D, Rigby D, et al. Reducing inappropriate polypharmacy: the process of deprescribing. *JAMA Intern Med*. 2015; 175: 827-34.
7. Argouillon L, Manciaux MA, Valance A, Bonneville A. Potentially inappropriate prescribing in elderly patient: analyze before/after hospitalization. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 2018; 16: 155-63.
8. Endsley S. Deprescribing unnecessary medications: a four-part process. *Fam Pract Manag*. 2018; 25: 28-32.