P-177

DEPRESCRIBIR PARA PROTEGER: LA LONGITUDINALIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA COMO BARRERA DE SEGURIDAD EN EL PACIENTE COMPLEJO CON DIABETES Y ENFERMEDAD RENAL AVANZADA

Pablo Hipólito Walker Fernández[1], María Aranzazu Murciano Antón[1], Juan Pablo Luizaga Luizaga[1]

[1] *Centro de Salud Dr Pedro Laín Entralgo*

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 77 años con diabetes mellitus tipo 2 (DM2), hipertensión arterial, enfermedad renal crónica (ERC) avanzada y polifarmacia. En un control analítico en Atención Primaria se detectó un deterioro severo de la función renal con un filtrado glomerular estimado (FGe) de 15,4 mL/min/1,73 m² (previo de 25,5 mL/min/1,73 m²), manteniendo HbA1c (7,5%) y LDL (32 mg/dL) en objetivos. Tras acudir a urgencias por mareo e hipotensión, fue dado de alta con diagnóstico de fracaso renal agudo (FRA) prerrenal atribuido a causa farmacológica, modificando únicamente la pauta antihipertensiva. En Atención Primaria se asumió el caso realizando una revisión clínica integral y una deprescripción adaptada al FGe: se suspendió semaglutida 1 mg (riesgo de deshidratación); se redujeron enalapril (de 20 a 2,5 mg/día), rosuvastatina/ezetimiba 20/10 mg (a rosuvastatina 10 mg) y alopurinol (a 100 mg/48 h); se simplificó la analgesia (sustituyendo tramadol/paracetamol y metamizol por paracetamol 650 mg); se ajustó la dosis de insulina glargina U300 y se mantuvieron empagliflozina 10 mg/día (por su beneficio cardiorrenal), la anticoagulación y la eritropoyetina.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Los controles analíticos en Atención Primaria y urgencias reflejaron el deterioro renal agudo respecto a estudios previos. La exploración física en la consulta de primaria mostró únicamente edemas en miembros inferiores sin cambios respecto a controles anteriores. Al mes, el control analítico de nefrología confirmó la recuperación del FGe a 22 mL/min/1,73 m², manteniendo un control glucémico y lipídico adecuado sin requerir nuevos ajustes.

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA Y JUICIO CLÍNICO

FRA prerrenal sobre ERC inducido por hipoperfusión renal y carga farmacológica no ajustada en un paciente polimedicado. La adecuación terapéutica exigió evaluar individualmente la función renal y el balance beneficio-riesgo.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El cuadro de mareo e hipotensión se asoció desde el inicio a la inestabilidad hemodinámica y a la carga de fármacos desajustada a la función renal, descartándose otras causas.

CONCLUSIONES

Este caso demuestra el valor transformador de la longitudinalidad y continuidad asistencial en Atención Primaria como garante esencial de la seguridad del paciente. La deprescripción no es un mero trámite administrativo ni la simple retirada de fármacos, sino un acto clínico complejo que implica suspender, reducir, sustituir, ajustar y mantener tratamientos según el contexto individual. En pacientes complejos con DM2 y ERC avanzada, la deprescripción oportuna ante cambios clínicos o analíticos es la mejor herramienta para evitar la toxicidad iatrogénica, restaurar la función renal y estabilizar al paciente bajo la premisa de que "menos es más".

BIBLIOGRAFÍA

1.-Esteban Jiménez Ó, Murciano Antón MA, Barrio Díez I, Rogero Blanco ME. Uso racional de fármacos como buena práctica clínica. Deprescribir como actividad de prevención cuaternaria. Rev Clín Med Fam. 2026;19(2):169-171. doi:10.55783/rcmf.190202.

CÓMO CITAR

Walker Fernández PH, Murciano Antón MA, Luizaga Luizaga JP. DEPRESCRIBIR PARA PROTEGER: LA LONGITUDINALIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA COMO BARRERA DE SEGURIDAD EN EL PACIENTE COMPLEJO CON DIABETES Y ENFERMEDAD RENAL AVANZADA. Diabetes Práctica. 2026;17(Supl. 4):161-162. doi:10.52102/diabet/pract.2026.s4