



# **ABORDAJE DEL PACIENTE CON CAIDAS DE REPETICIÓN**

**MODERADOR: DR. ALFONSO LÓPEZ SOTO**

**-LEONOR ASUNCIÓN BALLESTER JOYA  
HOSPITAL GENERAL DE MATARÓ**

**-M<sup>a</sup> ANGELES POLVOROSA GÓMEZ  
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA**



- Mujer de 82 años
- **MOTIVO DE CONSULTA:** caída + dolor e impotencia funcional en la extremidad inferior derecha.
- **ENFERMEDAD ACTUAL:**  
Caída después de tropezar con la alfombra de la sala de estar de su domicilio al levantarse de la butaca y haber presentado leve inestabilidad cefálica. A su ingreso en Urgencias se aprecia fractura subcapital de fémur derecho.  
Síntomas acompañantes??



## **ANTECEDENTES PATOLÓGICOS:**

- HTA y DM tipo 2
- Síndrome depresivo (5 años)
- Historia de múltiples caídas (1-2 al mes), fractura de Colles hace 2 años.
- IQ: Cataratas hace 5 años.
- Gonartrosis con dolor crónico no controlado.
- Aplastamientos vertebrales múltiples.



## TRATAMIENTO HABITUAL:

- Enalapril 20 mg:1-0-0
- Glibenclamida 5 mg/8h
- Ranitidina 150 mg/24h
- Lorazepam 1 mg: 0-0-1
- Paroxetina 20 mg: 1-0-0
- Metamizol 575 mg/8h
- Paracetamol 650 mg si dolor
- Adiro 100 mg:1-0-0
- Carbonato cálcico 1500 mg y colecalciferol 4 mg: 0-0-2



## **VALORACIÓN GERIÁTRICA GLOBAL:**

- **Cribado Cognitivo:** Pfeiffer de 3 errores.
- **Cribado Funcional:**  
Índice de Barthel previo de 85 → 40 puntos
- **Valoración Social.**  
Viuda, sin hijos. Vive con una hermana de 80 años en un primer piso sin ascensor. Dos sobrinos viven en la misma ciudad, dando soporte informal.
- **Cribado Afectivo:** Yesavage: 10/15.



## EXPLORACIÓN FÍSICA:

- Desorientación en tiempo y espacio. Afebril. FC 82 x', TA: 140/85. IMC 18. Portadora de gafas y de prótesis dental. Hipoacusia leve.
- Corazón: arrítmico y sin soplos audibles.
- Respiratorio y abdomen: normal.
- SNC: sin focalidad neurológica.
- EEl: Signos de insuficiencia venosa con varices en EEl. Sin signos de TVP en EEl. Dolor a la digito-presión de la columna dorso-lumbar.



## **EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS:**

- Analítica: VSG 7; Hb 10,5; Hto 31; VCM 89; leucocitos 9.300. Glucosa 168 (Hb glicosilada 7,2). Albúmina 2,9. F. renal, hepática, tiroidea, ac. fólico y Vit. B12 normal
- ECG: fibrilación auricular a 90-100 x', QRS 0°, sin trastorno de la repolarización. Signos de HVI.
- Rx de Tórax: Cifosis dorsal con aplastamiento en forma de cuña en D5 y D8. Silueta cardiaca discretamente aumentada de tamaño y calcificación ateromatosa de 3mm de botón aórtico.



## EVALUACIÓN DE LAS CAIDAS

- **Factores extrínsecos:** sociales y ambientales
- **Factores intrínsecos:**
  - Neurológicos: Depresión y deterioro cognitivo incipiente
  - Cardiacos: Arritmia
  - Musculo-esqueléticos: Gonartrosis, aplastamientos vertebrales y osteoporosis.
  - Endocrinos: DM tipo 2
  - Sistémicos: Anemia
  - Fármacos



## **PROBLEMAS ACTIVOS:**

1. HTA y DM tipo 2 mal controlada
2. Deterioro cognitivo incipiente: demencia multiinfarto, depresión, AIT de repetición, hematoma subdural,...
3. Dolor crónico y osteoporosis
4. Aplastamientos vertebrales: osteoporosis, caídas, MM
5. Fibrilación auricular de reciente diagnóstico: AIT, TEP
6. Anemia: déficit nutricional, mieloma múltiple,...
7. Fractura subcapital de fémur derecho



## EVOLUCIÓN:

- IQ a las 48 horas de haberse producido la fractura.
- Colocación de prótesis bicéntrica. Previamente tracción mecánica de la extremidad, presentando desorientación, actitud desconfiada, pero colaboradora.
- Necesidades básicas cubiertas.
- En el postoperatorio inmediato, requirió transfusión de dos concentrados de hematies.
- Durante las 36 horas post-intervención, permaneció con medicación parenteral: ranitidina; metamizol; solución glucosalina (1500 cc/24 horas) y con pauta de insulina rápida s.c., según resultado de BMT, con buenos controles metabólicos.



- A las 24 horas post-intervención, inicia clínica de intranquilidad, con actitud más demandante, se avisó al Médico de Guardia, el cual tras no apreciar alteraciones a nivel de la exploración física y en las exploraciones complementarias, pautó **diazepam 5 mg.** sl. El tratamiento inicialmente fue efectivo;
- A las pocas horas, la paciente presenta agitación psicomotriz y alucinaciones visuales, arrancándose la vía de perfusión ev.
- Requiere contención física.
- Reevaluada la paciente por el equipo UFISS multidisciplinar, se modificó el tratamiento farmacológico sintomático, con buena respuesta en el transcurso de las siguientes 48-72 horas.
- Al 7º día post-intervención quirúrgica, la paciente había iniciado la marcha con andadores y ayuda de otra persona, por lo que el equipo de Traumatología le da el alta sin modificaciones sustanciales en el tratamiento habitual de la paciente.



## DOS PROBLEMAS PRINCIPALES:

1. FRACTURA DE FÉMUR.
2. SÍNDROME CONFUSIONAL.

## FACTORES DESENCADENANTES:

1. DEMORA EN LA REALIZACIÓN DE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA.
2. ADMINISTRACIÓN DE DIAZEPAM.



## ETIOLOGÍA DEL CUADRO CONFUSIONAL:

1. INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA EN EL PACIENTE FRÁGIL.
2. DETECCIÓN TARDÍA DEL CUADRO.
3. ADMINISTRACIÓN DE DIAZEPAM.
4. PAUTA INADECUADA PARA CONTROL DEL DOLOR.
5. PROBABLE HIPERVOLEMIA (SUEROTERAPIA, CH, FÁRMACOS EV....).
6. CAMBIO DEL ENTORNO HABITUAL.
7. FACTORES PRECIPITANTES:
  - EDAD.
  - ANEMIA.
  - DESNUTRICIÓN.
  - DETERIORO COGNITIVO.
  - DEPRESIÓN.
  - LIMITACIÓN FUNCIONAL.
  - ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR PROBABLE.



## ABORDAJE TERAPÉUTICO DE NUESTRA PACIENTE:

### a) VALORACIÓN GLOBAL DE LOS FACTORES PRECIPITANTES DE CAIDAS.

1. FACTORES VASCULARES (ARRITMIAS, HIPERSENSIBILIDAD CAROTÍDEA..)
2. HIPOTENSIÓN POSTURAL.
3. DETERIORO COGNITIVO / DEMENCIA ESTABLECIDA.
4. ALTERACIONES VISUALES.
5. PSICOFÁRMACOS.
6. OTROS FÁRMACOS: VASODILATADORES, B-BLOQUEANTES...
7. DOMICILIO HABILITADO.
8. CAPACIDADES FUNCIONALES.
9. PROBLEMAS ANATÓMICOS PARA LA MARCHA.
10. GAFAS MULTIFOCALES, GAFAS GRADUADAS RECIENTEMENTE.
11. CONSUMO DE ALCOHOL.

"The patient who falls", Mary E. Tinetti, JAMA, Jan 20. 2010, vol 303



## ABORDAJE TERAPÉUTICO DE NUESTRA PACIENTE:

### b) VALORACIÓN GLOBAL DE LOS FACTORES FARMACOLÓGICOS.

#### CRITERIOS DE BEERS' 2002.

- **Fármacos que deberían ser evitados en las personas mayores de 65 años debido a presentar unos riesgos coconsiderados innecesarios por alternativas más seguras.**
- **Estos fármacos no se deberían utilizar en personas mayores con determinadas patologías médicas.**

- Indometacina
- Ketoralaco
- Pentazocina
- Meperidina
- Relajantes musculares y antiespasmódicos
- Nitrofurantoina
- Amitriptilina
- Fluoxetina diariamente

- BZD acción larga o dosis altas
- Barbitúricos
- Metildopa
- Nifedipino acción corta
- Amiodarona
- Clorpropamida
- Antihistamínicos
- Anfetaminas



## ABORDAJE TERAPÉUTICO DE NUESTRA PACIENTE:

### b) VALORACIÓN GLOBAL DE LOS FACTORES FARMACOLÓGICOS II.

- Actualmente criterios STOPP (Screening Tool of older persons' potentially inappropriate prescriptions). Detección de prescripciones inapropiadas en personas mayores.
- Criterios START: <intentan conseguir la utilización de tratamientos apropiados en el anciano con diversas comorbilidades cuando no hay contraindicación para su uso.

Enalapril 20 mg:1-0-0  
Glibenclamida 5 mg/8h  
Ranitidina 150 mg/24h  
Lorazepam 1 mg: 0-0-1  
Paroxetina 20 mg: 1-0-0  
Metamizol 575 mg/8h  
Adiro 100 mg:1-0-0  
Carbonato cálcico y  
vitamina D: 0-0-2.



- IGUAL O FRACCIONADO.
- METFORMINA 1-0-1.
- OMEPRAZOL 0-0-1.
- IGUAL O DISTRANEURINE.
- PARACETAMOL 1g 1-1-1.
- TRAMADOL 1-0-1.
- BIFOSFONATOS.



## • ABORDAJE FASE AGUDA:

1. CONTROL VOLEMIA Y DIURESIS.
2. PSICOTERAPIA VERBAL DE CONTENCIÓN.
3. DISTRANEURINE O BIEN MIDAZOLAM SI MUCHA AGITACIÓN (BAJA DOSIS!!!). **ALTERNATIVA: NEUROLÉPTICOS.**
4. PARACETAMOL 1G 1-1-1 EV, ALTERNADO CON TRAMADOL 50 MG 1-0-1 INICIALMENTE.
5. CAMBIAR RANITIDINA POR OMEPRAZOL.
6. VIGILAR SI SE HA SUSPENDIDO DE FORMA BRUSCA PAROXETINA Y LORAZEPAM!!!!.
7. INTERCONSULTA RHB.
8. CONTROL CONSTANTES, ESPECIALMENTE TEMPERATURA, ANALÍTICA GENERAL CON ESTUDIO DE DEMENCIA, VALORAR POSIBILIDAD DE TC CRANEAL.
9. VALORAR NECESIDAD DE PROTECTOR DE CADERA (PREVENCIÓN TERCIARIA).



## TRATAMIENTO AL ALTA:

1. TRATAMIENTO ACTIVO OSTEOPOROSIS CON BIFOSFONATOS (ALENDRONATO), VITAMINA D Y CALCIO.
2. TRATAR LA FA UTILIZANDO POR EJEMPLO DIGOXINA NO A DOSIS PLENAS. CONSIDERAR SEGUIR ANTIAGREGACIÓN EXCLUSIVAMENTE POR ALTO RIESGO DE CAIDAS (**Indicación clase IA guías manejo FA AHA**).
3. PAUTA ANALGÉSICA SIN AINES, BZD NI MÓRFICOS. PREFERENTEMENTE PARACETAMOL Y TRAMADOL.
4. CAMBIO DE RANITIDINA POR OMEPRAZOL 0-0-1.
5. INTENTAR LIGAR AL ALTA POR MEDIACIÓN DE LA TRABAJADORA SOCIAL BARRERAS EN DOMICILIO Y CUIDADORA.
6. CAMBIAR ANTIDIABÉTICO POR METFORMINA.
7. POSIBILIDAD DE MODIFICAR PAUTA DE ENALAPRIL.



MUCHAS GRACIAS A TODOS!!!!

