

¡Y ENCIMA AHORA TIENE DOS BRECHAS!

González Gamarra A, Vicuña Castrejón B, Guzón Centeno M, Álvarez Hermida A, Rebollo Martínez B, Fernández Cuartero B

Centro de salud de Goya Madrid

INTRODUCCION

La prevalencia de caídas en los mayores de 85 años es superior al 50% y es una causa frecuente de inmovilización. Las evidencias para su prevención son limitadas. Las causas de las caídas en los pacientes geriátricos suelen ser multifactoriales

DESCRIPCION DEL CASO

Paciente de 90 años, hipertenso grado 1, insuficiencia renal grado 3a, anemia, dislipemia, claudicación intermitente, deterioro cognitivo tipo Alzheimer. En tratamiento con Adiro, Rivastigmina, Lisinopril/Hidroclorotiazida, Simvastatina, Pentoxifilina y Omeprazol. Recientemente se había cambiado la rivastigmina de dosis oral a parches. Vive con su mujer y es dependiente para las actividades de la vida diaria salvo la alimentación. Camina ayudado por un bastón. Refiere caídas frecuentes en el último año. Es referido al hospital por traumatismo craneoencefálico, que precisa suturas. Exploración neurológica anodina. La tensión arterial es 115/60 y no consta el resto de la exploración física. Se le practica TAC cerebral: solo mostraba datos de atrofia cerebral difusa

ESTRATEGIA PRACTICA DE ACTUACION

El paciente es traído por su mujer al día siguiente esta algo somnoliento, aunque su mujer refiere que últimamente esta así casi todo el día.

La herida no presenta datos de infección y el paciente no ha presentado cefalea marcada, vómitos, pérdida de fuerza o convulsiones. Ha dormido peor y le han dado paracetamol para el dolor. No fiebre

La auscultación cardiaca esta rítmico a unos 80 latidos por minuto. La auscultación pulmonar muestra crepitantes bibasales TA: 112/ 86 que tras bipedestación era de 89/76 mm Hipoacusia bilateral

Disminución de fuerza simétrica en ambas extremidades inferiores. Sensibilidad poco valorable y marcha con pasos cortos arrastrando los pies, con disminución del braceo y falta de equilibrio con aumento de la base de sustentación.

La prueba "Time Up and Go Test" le llevo más de 1 minuto y preciso ayuda.

Las causas de las caídas en los pacientes geriátricos suelen ser multifactoriales y exigen un abordaje de revisión de las enfermedades coexistentes, medicación, además de la evaluación del déficit sensitivo motor y de los posibles factores precipitantes



Palabras Clave empleadas en la búsqueda bibliografica

Falls, aging, orthostatic hypotension and adverse drugs reactions



REFERENCIAS

- V A. Moyer, on behalf of the U.S. Preventive Services Task Force. Prevention of Falls in Community-Dwelling Older Adults: U.S Ann Intern Med. 2012;157:197-204.
- Schmader K. Appropriateness of medication prescribing in ambulatory elderly patients J Am Geriatr 1994;42(12):1241-7
- Scheffer AC .Fear of falling: measurement strategy, prevalence, risk factors and consequences among older persons Age Ageing. 2008 Jan;37(1):19-24
- Sáez T, Suárez C, Sierra MJ et al. Hipotensión ortostática en la población anciana y su relación con el tratamiento antihipertensivo. Med Clin (Barc) 2000; 114: 525-529
- Lanier J.B .Evaluation and Management of orthostatic hypotension . Am Fam Physician 2011;84(5):527-36