



Unidad Geriátrica de Agudos
y Cuidados de Fin de Vida
Hospital San Juan de Dios

Banderas Rojas en Geriatria

Claudia Recart A., Geriatria
Unidad Geriátrica de Agudos y
Cuidados de Fin de Vida
Hospital San Juan de Dios

Jornadas de Medicina Interna, 10 mayo 2017

Caso clínico

- Mujer 78 años
- Autovalente, Barthel Basal 100/100
- Vive con esposo 84 años en departamento 3^{er} piso sin ascensor
- Dueña de casa
- Sin quejas de memoria
- Antecedentes de DM2, HTA en tratamiento
- Usuaria Glibenclamida 5 mg c/ 12 h y Carvedilol 6.25 mg c/ 12 h vo

Motivo Consulta

- Desde hace 3 días, anorexia, CEG, desorientada y agitada en las noches
- Orina turbia, sin incontinencia, disuria o poliaquiuria
- Afebril
- Deja de consumir medicamentos

Ingreso

- Mal aspecto general
- Deshidratada
- PA: 140/80 FC: 76 x min Reg Sat 96% ambte
- Tº 36,4ºC HGT 240 mg/dl CAM (+)
- Cardiopulmonar normal
- Abd: BDI, RHA (+)
- Puñopercusión (+) a derecha
- EEl: sin TVP, sin edema, pulsos (+)
- No focaliza. Sopor superficial

Laboratorio

- Creatinina 0.9 mg/dl
- ELP normales
- GSV normales
- GB 16.000 Hto 40% Plaquetas 166.000
- PCR 320
- OC: inflamatoria
- Rx Tórax: sin hallazgos relevantes
- ECG: RS regular, sin signos de isquemia, resto N/E
- Hb A_{1c} = 7%

Diagnósticos

- Pielonefritis aguda
- DM2 descompensada
- HTA
- Deshidratación leve
- Delirium hipoactivo
- Prescripciones inapropiadas de medicamentos
- Desfuncionalización aguda

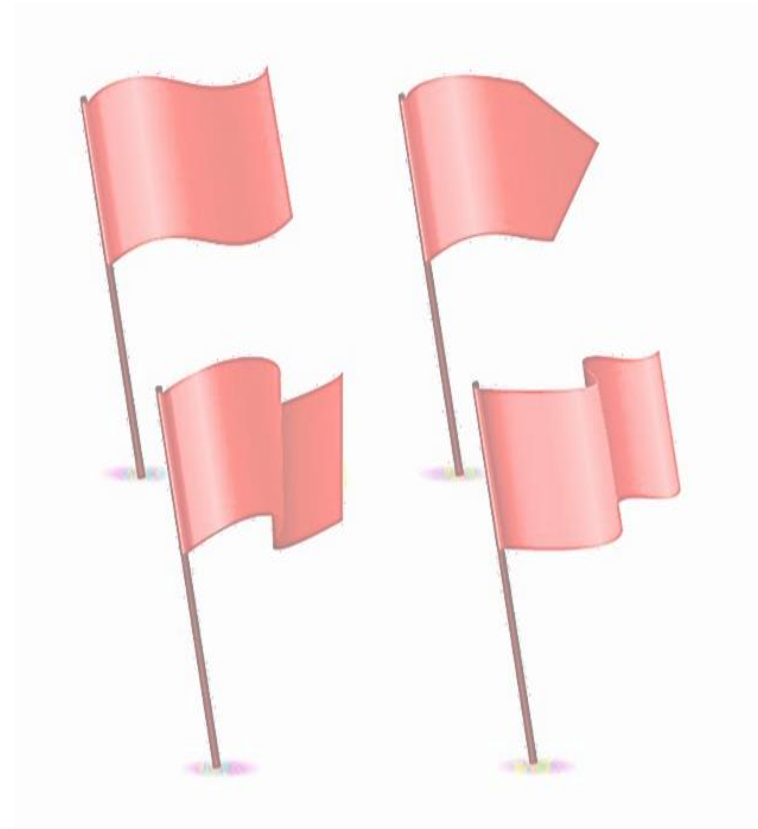
Indicaciones

1. Reposo absoluto
2. Régimen diabético e hiposódico
3. Dalteparina 5.000 U/día s-c
4. Omeprazol 40 mg/día iv
5. Ciprofloxacino 400 mg c/ 12 h iv
6. Diclofenaco 50 mg c/ 8 hr vo en caso de dolor
7. Carvedilol 6.25 mg c/ 12 h vo
8. Haloperidol 5 mg im en caso agitación
9. Contención en cama
10. Instalar sonda foley
11. HGT c/ 6 hr, Insulina Cristalina según esquema

Indicaciones

1. Reposo absoluto
2. Régimen diabético e hiposódico
3. Dalteparina 5.000 U/día s-c
4. **Omeprazol 40 mg/día iv**
5. **Ciprofloxacino 400 mg c/ 12 h iv**
6. **Diclofenaco 50 mg c/ 8 hr vo en caso de dolor**
7. **Carvedilol 6.25 mg c/ 12 h vo**
8. **Haloperidol 5 mg im en caso agitación**
9. **Contención en cama**
10. **Instalar sonda foley**
11. **HGT c/ 6 hr, Insulina Cristalina según esquema**

Banderas Rojas



Hospitalización y Reposo Absoluto

- Hospitalización como factor de riesgo en Adulto Mayor
- Pocas condiciones ameritan Reposo Absoluto
- Deterioro funcional “inducido” → DEPENDENCIA
no siempre atribuible a enfermedad que causó hospitalización
- **Evitar reposo absoluto** salvo indicaciones estrictas

Hospitalización y Reposo Absoluto

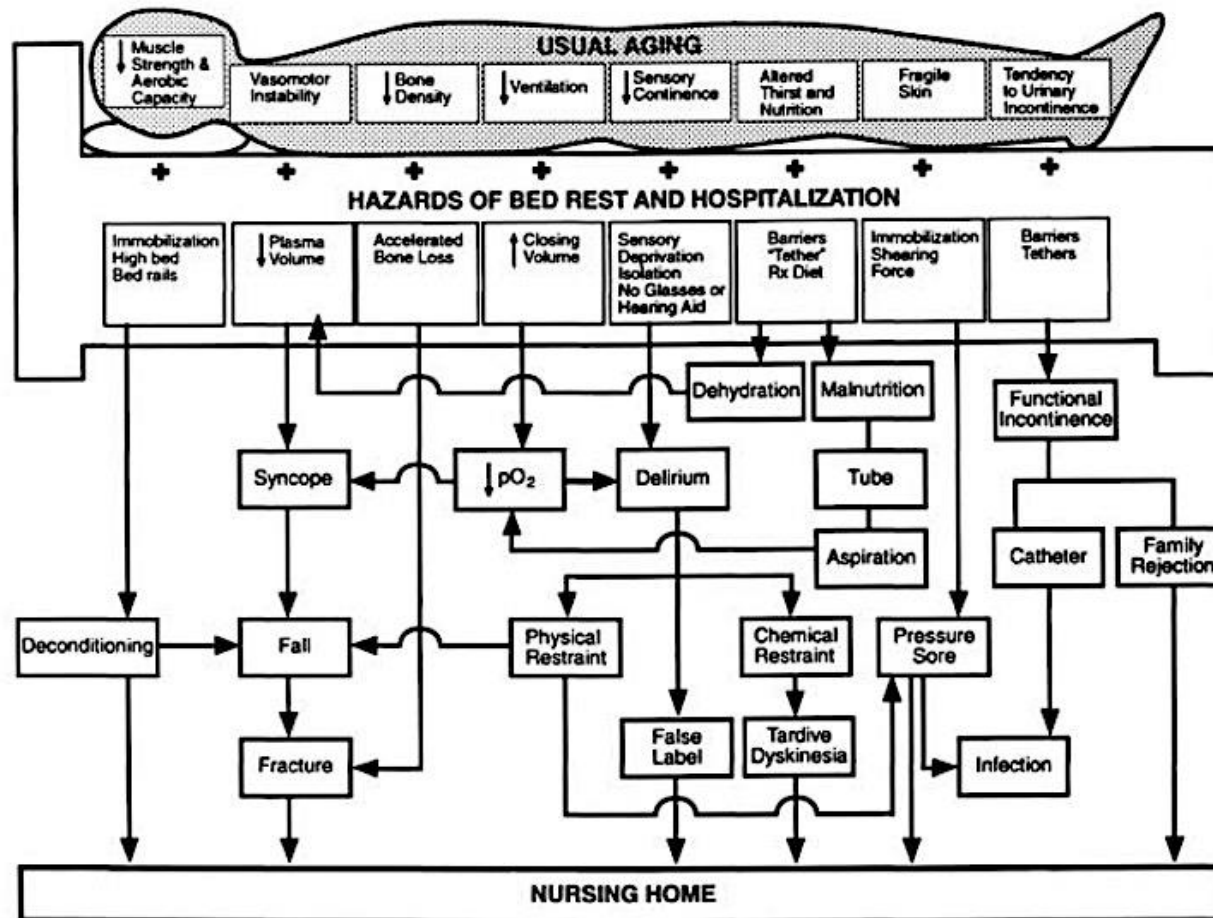


Figure 1. The cascade to dependency.

Omeprazol e IBP

- Indicaciones precisas de uso:
 - Reflujo Gastro esofágico
 - Úlcera péptica
 - Erradicación *H pylori*
 - Etc.
- Asociación uso de IBP con infección por *Clostridium difficile*, pérdida masa ósea y fracturas
- **Evitar uso salvo indicaciones estrictas**

Ciprofloxacino

- **Quinolonas con efecto prodelirante**
- Susceptibilidad a neurotoxicidad favorecida por:
 - Edad avanzada
 - Deterioro función renal
 - Aumento permeabilidad barrera hémato encefálica
- Inhibición de (R) GABA y activación de (R) NMDA
- Cefalosporinas como alternativa → Ceftriaxona

Drugs & Aging 1999;15(1):15-28

Ann Pharmacother 2008;42:1843-50

Br J Clin Pharmacol 2011;72 (3): 381-393

AINE y Analgesia

- Mayor riesgo hemorragia G-I y enfermedad ulcerosa péptica (especialmente si uso AAS, anticoagulante, corticoides); falla renal
- **Evitar AINES**
- Elección: Paracetamol → seguro
 - 500-1.000 mg hasta c/ 6 h
- Opioides en caso de dolor moderado-severo
 - Riesgo delirium, caídas
- Otras alternativas no farmacológicas para control del dolor/ inflamación

HTA

- Metas individualizadas:
- $PA < 150/90$ mmHg en AM
 - ↓ ACV, enfermedad CV y muerte
- $PA < 140/90$ mmHg
 - Si DM, ERC, CC
 - Sin otra comorbilidad, “excelente estado”, si < 80 años
- Inicio de terapia con IECA, ARA 2, BCC, Tiazidas
 - B- Bloqueo no como 1^{ra} línea
- “Start slow, go slow”

Ann Intern Med 2017; 166: 430-437

Drugs Aging 2014. DOI 10.1007/s40266-014-0219-8

JAMA 2014; 311 (5): 507-520

Circulation 2011; 123: 2434-2506

Journal of Hypertension 2013; 31:1281-1357

Diabetes Mellitus

- Manejo complejo: comorbilidad, cambios fisiológicos, polifarmacia
- Mayor riesgo hipoglicemia mientras más intenso es control glicémico
 - Riesgo caídas, fracturas, deterioro cognitivo, muerte
- **Evitar** Sulfonilureas → **Glibenclamida** (t $\frac{1}{2}$ prolongada, gran potencia; hipoglicemia severa y prolongada)
- 1^{ra} opción: Metformina; inhibidor DDP IV

Diabetes Care 2017, Vol 40 Suppl 1

Diabetes Mellitus

- Personalizar y racionalizar Objetivos terapéuticos:
- **HbA_{1c} 7-7.5%** en AM sano, buena funcionalidad
 - Glicemias ayuna 90-130 mg/dl
- **HbA_{1c} 8-8.5%** en frágiles, comorbilidad importante, expectativa de vida < 5 años
 - Glicemias ayuna 100-200 mg/dl
- Buscar activamente deterioro cognitivo y depresión

Delirium

- Siempre buscarlo activamente
- **¡¡¡Prevenir!!!!**; tratar si apareció
- Buscar causa
 - Infección
 - Deshidratación
 - Dolor
 - Inmovilismo
 - Fármacos
 - Dispositivos invasivos
- Manejo no farmacológico
- Si agitación peligrosa, una opción Haloperidol 0.5 -1 mg vo/iv/im

NEJM 2006: 354 (11); 1157-1165

NEJM 1999; 340 (9): 669-677

NICE Clinical Guideline 2010

BMJ 2007, 334. 842-846

Age and Ageing 2011;40:23-29

En suma,

Indicaciones Modificadas

- 1. Levantar asistido**
- 2. Régimen diabético e hiposódico**
- 3. Ceftriaxona 2 gr/día iv**
- 4. Paracetamol 500 mg vo si dolor o fiebre (máximo c/ 6 h)**
- 5. Enalapril 10 mg c/ 12 h vo**
- 6. Haloperidol 0,5 mg vo en caso agitación PELIGROSA**
- 7. Manejo ambiental del delirium**
- 8. Levantar al baño. Medir diuresis**
- 9. HGT c/ 6 hr, Insulina Cristalina según esquema**

Banderas Rojas

- Presentación atípica de las enfermedades en el Adulto Mayor (AM)
- Evitar inmovilismo y reposo innecesario
- Uso de Omeprazol/IBP en casos seleccionados
- Evitar fármacos inapropiados para el AM (Beers, STOPP/START). Existen alternativas más seguras
- Evitar la Polifarmacia

Banderas Rojas

- Fijar objetivos terapéuticos realistas, basados en características del AM y de manera individualizada
 - DM2
 - HTA
- Mayoría de guías clínicas excluyen a frágiles y mayores de 80 años, e incluyen jóvenes; por tanto siempre debe primar el CRITERIO CLINICO y la INDIVIDUALIDAD de cada paciente

Banderas Rojas

- Prevención y manejo ambiental del delirium
- Evitar fármacos y condiciones prodelirantes
- Invadir sólo en caso estrictamente necesario
- Que la hospitalización sea lo más breve posible, y lo menos deletérea

Muchas
gracias





**Unidad Geriátrica de Agudos
y Cuidados de Fin de Vida
Hospital San Juan de Dios**

UGA.CFV @ redsalud.gov.cl

Anexos: 256404 - 281971