

# Anticoagulación

## Visión médico-paciente

### Caídas



Incluye  
información  
para paciente



Dr. Miguel Ángel Prieto

Médico de Familia.

Centro de Salud de Vallobín-La Florida. Oviedo





2014 • MEDICAL & MARKETING COMMUNICATIONS  
Fernández de los Ríos, 108. 1º izq • 28015 Madrid

DEPÓSITO LEGAL: M-8913-2014 • ISBN: 978-84-695-9522-0

Queda rigurosamente prohibida, sin previa autorización por escrito de los editores,  
la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier procedimiento.

Sin perjuicio de la financiación que BOEHRINGER INGELHEIM ofrece para la redacción del presente documento, las opiniones, manifestaciones, conclusiones, y, en general, cualquier contenido de dicho documento son de la exclusiva responsabilidad del autor o autores. Por consiguiente, BOEHRINGER INGELHEIM respeta la independencia del autor o autores, y no asume responsabilidad alguna, presente o futura, sobre el contenido del documento («Anticoagulación. Visión médico-paciente. Caídas»).

# Anticoagulación

## Visión médico-paciente



## Caídas

Dr. Miguel Ángel Prieto Díaz

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria  
Centro de Salud de Vallobín-La Florida. Oviedo  
Coordinador del Área Cardiovascular de la SEMERGEN.  
Grupo de Trabajo de Hipertensión Arterial de la SEMERGEN  
*Clinical Hypertension Specialist of the European Society of Hypertension*

### Importancia de las caídas en el paciente anciano

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define «caída» como la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipite al individuo al suelo en contra de su voluntad.

Las caídas son la segunda causa mundial de muerte por lesiones accidentales o no intencionales, y constituyen los accidentes más frecuentes entre las personas de edad avanzada<sup>1</sup>; presentan mayor prevalencia en relación a la **edad del paciente**, que es

el **principal factor de riesgo de caídas**. Así, un tercio de las personas mayores de 65 años y la mitad de las personas mayores de 80 años sufren, al menos, una caída al año<sup>2</sup>, y aquellos ancianos que ya han sufrido una caída tienen entre 2 y 3 veces más probabilidades de volver a caerse en el transcurso del siguiente año.

Hay que tener en cuenta además, que las caídas son la **primera causa de incapacitación**.

**dad física**, ya que aquellos ancianos con secuelas de fracturas poscaídas sufren una pérdida importante de capacidad funcional, con afectación de la calidad de vida y aumento de su dependencia para las actividades básicas de la vida diaria<sup>3</sup>.

La edad también constituye un factor pronóstico, pues la mortalidad en los mayores de 80 o más años es 6 veces superior a la de los ancianos de 65-79 años<sup>4</sup>. Asimismo, los ingresos hospitalarios como consecuencia de las caídas en los ancianos también son cinco veces más frecuentes que las lesiones producidas por otras causas.

Teniendo en cuenta el envejecimiento de la población en nuestro país, así como las previsiones para los próximos años, puede decirse que las caídas constituyen un problema de salud pública de primer orden.

### ¿Cuáles son los principales factores de riesgo de las caídas en los ancianos?

Las factores de riesgo o causas de las caídas pueden ser de distinta etiología, pero básicamente se pueden agrupar en dos tipos: *factores intrínsecos*, relacionados con el propio anciano y *factores extrínsecos*, relacionados con su entorno.

#### Factores de riesgo intrínsecos

- Antecedentes de caídas previas en el anciano.
- Edad (a mayor edad, mayor riesgo).
- Sexo femenino.

- Vivir solo.
- Polimedicación (más de cuatro).
- Psicofármacos<sup>5</sup> (Tabla 1).
- Enfermedad crónica.
  - Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.
  - Depresión.
  - Artritis.
- Alteración de la movilidad y de la marcha.
- Miedo a caerse.
- Carencias nutricionales.
- Carencia de vitamina D.
- Deterioro cognitivo, demencia.
- Trastornos visuales (cataratas, glaucoma, etc.).
- Problemas de los pies (juanetes, deformidades de los dedos, úlceras, etc.).
- Antecedentes de ictus, infarto cerebral, enfermedad de Parkinson.
- Infecciones/enfermedades agudas (infecciones urinarias, gripe, etc.).

#### Factores de riesgo extrínsecos

- Calzado y ropa inadecuados.
- Riesgos ambientales (iluminación insuficiente o inadecuada, suelos resbaladizos, superficies irregulares, etc.).
- Ayudas para caminar o dispositivos auxiliares inadecuados.
- Otros factores: caídas al montar y bajar del autobús, por sacudidas en él y en el tren, caídas desde un taburete, una silla, la cama, en la escalera, el tejado, de un árbol, como peatón o al conducir un coche, con el uso de herramientas, etc.

**Tabla 1.** Identificación de la medicación que debe evitarse o usar con precaución en los ancianos. Criterios Beers 2012 American Geriatrics Society

<b>GRUPO 1: FÁRMACOS QUE SE DEBEN EVITAR EN ANCIANOS</b>
<b>1. Fármacos anticolinérgicos (pueden producir confusión y alucinaciones)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antihistamínicos</li> <li>• Antiespasmolíticos</li> </ul>
<b>2. Antitrombóticos (pueden producir mareos y caídas)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dipyridamol</li> </ul>
<b>3. Fármacos cardiovasculares (pueden producir hipotensión y caídas)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alfabloqueantes: doxazosina, prazosina, terazosina</li> <li>• Antiarrítmicos: amiodarona, flecainida, procainamida, propafenona, disopiramida, digoxina</li> <li>• Diuréticos: espironolactona, furosemida, tiazidas, acetazolamida</li> <li>• Antagonistas del calcio: nifedipino</li> </ul>
<b>4. Fármacos con acción sobre el SNC (pueden producir confusión, somnolencia)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antidepresivos: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Antidepresivos tricíclicos: sedación, hipotensión arterial, síncope</li> <li>- ISRS (paroxetina, sertralina, citalopram): osteopenia</li> <li>- Trazodona: confusión, somnolencia</li> <li>- Antipsicóticos (neurolepticos prolongados): parkinsonismo</li> </ul> </li> <li>• Benzodiazepinas: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vida media corta-riesgo de caídas: alprazolam, lorazepam, oxazepam</li> <li>- Vida media larga: diazepam, clonazepam, flurazepam</li> </ul> </li> <li>• Hipnóticos no benzodiazepínicos: zolpidem (riesgo de caídas)</li> </ul>
<b>5. Fármacos hormonales</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insulina (pautas móviles): riesgo de hipoglucemias</li> <li>• Antidiabéticos orales: clorpropamida, gliburida</li> </ul>
<b>6. AINE AAS, diclofenaco, ibuprofeno, naproxeno, meloxicam, indometacina, piroxicam. Riesgo de sangrado intestinal y fracaso renal</b>
<b>GRUPO 2: FÁRMACOS POTENCIALMENTE INADECUADOS EN ANCIANOS CON DETERMINADAS ENFERMEADES</b>
<b>1. Insuficiencia cardiaca</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• AINE</li> <li>• Antagonistas del calcio (diltiazem, verapamilo).</li> </ul>
<b>2. Síncopes</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fármacos antidemencia: donepezilo, galantamina, rivastigmina</li> <li>• Antidepresivos tricíclicos</li> <li>• Neurolepticos: olanzapina</li> </ul>
<b>3. Demencia</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fármacos anticolinérgicos</li> <li>• Benzodiazepinas</li> <li>• Antipsicóticos crónicos</li> </ul>
<b>4. Pacientes con antecedentes de caídas y fracturas</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anticonvulsionantes</li> <li>• Antipsicóticos</li> <li>• Benzodiazepinas</li> <li>• Hipnóticos no benzodiazepínicos: zolpidem</li> <li>• Antidepresivos: tricíclicos e ISRS</li> </ul>
<b>GRUPO 3: FÁRMACOS QUE SE DEBEN USAR CON PRECAUCIÓN</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vasodilatadores: incrementan riesgo de mareos</li> <li>• Antipsicóticos y antidepresivos: riesgo de hiponatremia</li> </ul>

ISRS: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina; AINE: antiinflamatorios no esteroideos; AAS: ácido acetilsalicílico

Algunos autores consideran que también se debe considerar la **exposición al riesgo**, puesto que hay estudios que sugieren que, tanto las personas con mucha actividad, como las inactivas, tienen mayor riesgo de sufrir caídas.

### ¿Cómo valoramos el riesgo de caídas en el anciano?

Es necesario desarrollar una buena prevención primaria de las caídas en los ancianos, para ello **antes de que se produzca una caída es necesario hacer una valoración integral por parte del personal médico**

**o de enfermería, especialmente de los muy ancianos y frágiles**, ya que tras esta valoración se pueden orientar las estrategias y establecer una priorización de intervención con medidas encaminadas a prevenir las caídas.

En esta valoración lo primero es **identificar los factores de riesgo** del paciente concreto en relación a las caídas, para ello se pueden utilizar escalas validadas que tengan en cuenta estos factores.

Una de las escalas más utilizadas es la de **J. H. Downton**<sup>6</sup> (Tabla 2). Esta escala recoge algunos de los factores con mayor incidencia en el riesgo de caídas, su uso es muy sencillo, está validada y se puede utilizar en diferentes ámbitos asistenciales.

**Tabla 2.** Escala de valoración de riesgo de caídas J.H. Downton

<b>Caídas previas (en los últimos 12 meses)</b>	No	0
	Sí	1
<b>Medicación</b>	Ninguna	0
	Tranquilizantes – Sedantes	1
	Diuréticos	1
	Hipotensores no diuréticos	1
	Antiparkinsonianos	1
	Antidepresivos	1
	Otros medicamentos	0
<b>Déficit sensorial</b>	Ninguno	0
	Alteraciones visuales	1
	Alteraciones auditivas	1
	Extremidades (ictus...)	1
<b>Estado mental</b>	Orientado	0
	Confuso	1
<b>Deambulación</b>	Normal	0
	Segura con ayuda	0
	Insegura con ayuda/sin ayuda	1
	Imposible	0
<b>Tres o más puntos indican alto riesgo de caída</b>		

Consta de 5 ítems: caídas previas en los últimos 12 meses, medicación, presencia de déficit sensorial, estado mental y deambulación. El nivel de corte para un **alto riesgo de caídas** es una puntuación de **3 o más**.

Una encuesta también muy sencilla de aplicar para la detección de ancianos con alto riesgo de caídas es la siguiente, con seis preguntas<sup>7</sup> (cuantas más respuestas sean positivas, mayor es el riesgo de caerse):

1. ¿Se ha caído alguna vez en el último año?
2. ¿Toma más de cuatro medicamentos al día?
3. ¿Está diagnosticado de infarto cerebral o de enfermedad de Parkinson?
4. ¿Tiene problemas con el equilibrio?
5. ¿Deja de andar cuando habla?
6. ¿Es incapaz de levantarse de una silla cuya altura está a nivel de las rodillas sin utilizar los brazos?

Tres o más de las respuestas positivas indican un alto riesgo de caídas.

Debemos tener en cuenta que la valoración del riesgo de caídas de un anciano debe ser un proceso dinámico y continuo, **cualquier cambio en la situación del paciente nos obligará a una reevaluación del riesgo**, especialmente si hay variaciones en el nivel de conciencia, en la medicación, ingresos hospitalarios o caídas.

Una vez realizada la valoración del riesgo, podemos planificar y asesorar sobre actividades de prevención de las caídas en función de los factores de riesgo que presente el paciente.

## Prevención primaria de caídas

Es importante **implicar tanto al paciente como a su familia**, en especial a su cuidador principal, en conocer las principales medidas de prevención de caídas en los pacientes de alto riesgo. Hay medidas generales y específicas en función del factor intrínseco causante.

### Medidas generales

- Recomendar al paciente que antes de levantarse e incorporarse permanezca sentado en la cama.
- Enseñar al paciente a pedir ayuda siempre que lo necesite.
- Aconsejar el uso de ropa y calzado adecuado, ajustado al pie y antideslizante.
- Evitar suelos irregulares, resbaladizos o mojados y evitar alfombras resbaladizas.
- Colocar medidas de protección en el aseo, con asideros en duchas y baños.

### Medidas específicas

En relación con los factores de riesgo intrínsecos:

- **Medicaciones que puedan aumentar el riesgo de caídas:**

Los psicofármacos merecen una atención muy especial (Tabla 1). Si el paciente toma tranquilizantes, ansiolíticos o antidepresivos, debemos analizar la idoneidad de su indicación terapéutica y, si deben tomarlo, se ha de vigilar su nivel de conciencia de forma periódica, y en especial antes de realizar movilizaciones.

Si el paciente toma fármacos antihipertensivos, hay que enseñarle a incorporarse de la cama, de una silla, o en cualquier situación tras un reposo prolongado.

● **Pacientes con déficits sensoriales:**

- Comprobar que, si utiliza gafas, audífono, etc., estos funcionen correctamente.
- Si el paciente tiene un defecto auditivo, hablarle despacio y claro, manteniendo el contacto visual.

● **Pacientes con alteración del estado mental:**

- Cuidados dirigidos a mantener la orientación del paciente sobre su entorno.
- Usar órdenes sencillas que faciliten la comprensión del paciente.
- Empleo de restricciones mecánicas protectoras si es necesario.

● **Pacientes con limitación en la movilidad/deambulación:** instruir al paciente y cuidador sobre la forma más segura de moverse, ayudando al paciente en aquellas actividades que lo precisen (levantarse, deambular, etc.).

Proporcionar material de apoyo para la movilidad (bastones, andadores, muletas, etc.).

● **Pacientes con incontinencia:** facilitar la evacuación urinaria cada 2 o 3 horas.

Si el paciente ha tenido una primera caída es importante minimizar el síndrome poscaída (miedo y la inseguridad del paciente tras una caída), para ello, si no existe contraindicación, es importante estimular al paciente y tratar de paliar las consecuencias físicas y psicológicas como el miedo a volver a caer, que junto con la sobreprotección que puede ejercer la familia hacen

que el paciente se vuelva más dependiente para las actividades de la vida diaria.

Es importante tratar el dolor físico producido por la caída, evitar un reposo prolongado, reanudar la deambulación lo antes posible, ayudar al paciente incluso con los movimientos más básicos que le ayuden a recuperar confianza, rehabilitar el equilibrio y reeducar la marcha, además de tratar específicamente secuelas de la caída como puedan ser esguinces articulares, fracturas, etc.

### Caídas en el paciente anticoagulado

Los anticoagulantes orales han mostrado durante años su eficacia en la prevención y tratamiento de enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, fundamentalmente con fármacos antagonistas de la vitamina K (AVK).

En los últimos años la introducción de nuevos anticoagulantes orales (NACO) aportan nuevas evidencias en cuanto a su eficacia, pero especialmente en cuanto a seguridad, en comparación con los anticoagulantes tradicionales AVK<sup>9-10</sup> (Tabla 3).

Pues bien, a pesar de esta probada eficacia, los anticoagulantes orales son fármacos que con frecuencia se encuentran con una baja prescripción y la razón que se aduce para ello es que los pacientes que reciben anticoagulantes orales, ante una caída, tienen un alto riesgo de sufrir una hemorragia mayor<sup>11,12</sup>.

En general, este es un aspecto poco estudiado, ya que los pacientes con alto riesgo de caídas por lo general no son incluidos en los grandes ensayos clínicos.



**Tabla 3.** Tabla comparativa de eficacia y seguridad de los nuevos anticoagulantes comparados con warfarina

Variable	Dabigatrán 150 mg BID	Dabigatrán 110 mg BID	Rivaroxaban 20 mg QD	Apixaban 5 mg BID
Ictus o embolia sistémica	35%	n.s.	n.s.	21%
Ictus isquémico	24%	n.s.	n.s.	n.s.
Ictus hemorrágico	74%	69%	41%	49%
Hemorragia intracraneal	59%	70%	33%	58%
Mortalidad	n.s.	n.s.	n.s.	11%
Mortalidad vascular	15%	n.s.	n.s.	n.s.

#### Reducción del riesgo relativo (RRR)

BID: dos veces al día; QD: una vez al día

Algunos estudios recientes buscan dar respuesta a la hipótesis de si los pacientes anticoagulados y con alto riesgo de caídas sufren un aumento del riesgo de hemorragias mayores.

Así, Donzé *et al*<sup>3</sup>, en un estudio prospectivo con 515 pacientes anticoagulados, no encontraron una asociación estadística entre el alto riesgo de caída en estos pacientes y el riesgo de sangrado mayor en comparación con los pacientes con bajo riesgo de caídas, concluyendo los autores que sus hallazgos sugieren que el alto riesgo de caídas no es una razón para rechazar la anticoagulación en pacientes en los que esté indicada.

Estos hallazgos son consistentes con los encontrados en otros estudios, así, pacientes con fibrilación auricular tratados con anticoagulantes que sufrieron una caída en el último año no tuvieron un alto riesgo de hemorragias graves comparados con los pacientes que no sufrieron caídas<sup>14</sup>.

En otro estudio retrospectivo, se analizaron 2.664 caídas en 1.861 pacientes y los resultados mostraron una menor tasa de he-

rridas hemorrágicas en los que recibían anticoagulantes que en los pacientes sin anticoagulación (6,2% frente al 11,3%)<sup>15</sup>.

Sin embargo, en otro estudio retrospectivo de 20.000 beneficiarios de Medicare<sup>16</sup> con fibrilación auricular, los pacientes con alto riesgo de caídas fueron 1,9 veces más propensos a tener una hemorragia intracraneal; sin embargo, la pauta de warfarina en condiciones basales no afectó significativamente al riesgo de hemorragia intracraneal.

En otro estudio<sup>17</sup>, los pacientes con alto riesgo de caídas tenían un aumento del riesgo de hemorragia intracraneal, especialmente hemorragia intracraneal traumática, sin embargo estos pacientes se beneficiaban del tratamiento anticoagulante cuando tenían fibrilación auricular y varios factores de riesgo (CHADS<sub>2</sub> de 2 o más puntos), para la prevención de la variable principal compuesta de ictus, hemorragia intracraneal, infarto de miocardio y muerte.

Ya existen estudios en relación a los NACO, concretamente con dabigatrán el estudio RELY<sup>17</sup>. En la cohorte de pacientes con pre-

sión arterial bien controlada, el espectro de hemorragia intracraneal fue similar para pacientes recibiendo warfarina frente a aquellos recibiendo dabigatrán, pero con un menor riesgo absoluto de hemorragia intracraneal y de hemorragia intracraneal traumática con dabigatrán. Las hemorragias intracraneales mortales fueron sustancialmente menos frecuentes con dabigatrán que con warfarina.

Por último, con datos basados en un estudio<sup>18</sup>, con un modelo de predicción se puede afirmar que **un paciente con fibrilación auricular que recibe anticoagulantes orales tendría que caerse unas 295 veces en un año para que el riesgo de una hemorragia subdural relacionada con las caídas superase el beneficio de la prevención de un ictus.**

Por tanto, el riesgo de caída no debe ser un factor importante en la decisión de pautar un tratamiento anticoagulante en los pacientes con fibrilación auricular. De todos los grupos de edad de pacientes con fibrilación auricular, los pacientes de 65 años y más obtienen el mayor beneficio en la prevención de ictus con anticoagulantes, y los clínicos no debemos tomarnos el riesgo de caídas de un paciente como una contraindicación para llevar a cabo esta anticoagulación.

### Caídas en pacientes que han sufrido un ictus

Los pacientes que han sufrido un ictus y han sobrevivido tienen un alto riesgo de tener una amplia serie de complicaciones, tanto en la fase aguda como en la tardía, que incluyen el dolor, deterioro cognitivo, déficits motores y sensitivos, depresión, espasmos musculares, incontinencia de esfínteres, infecciones del tracto urinario,

encamamiento, dependencia para todas las actividades de la vida diaria y caídas.

Distintos estudios analizan y tratan de identificar el riesgo de **caídas** en el paciente que ha sufrido un ictus; estas **se producen en los primeros 6 meses después del ictus, fundamentalmente en el primer mes, siendo la pérdida del equilibrio uno de los factores predictivos**<sup>19</sup>.

En el LEAPS Study<sup>20</sup> en una población seleccionada, los pacientes que han sufrido un ictus, aunque mejoren en su deambulación y movilidad, permanecen con un alto riesgo de caídas, especialmente en aquellos con deterioro grave.

Otros estudios<sup>21</sup> hacen hincapié en los factores de riesgo para las caídas, incluso desde las fases tempranas de la rehabilitación, como son la alteración del equilibrio, la desorientación temporoespacial, los déficits del autocuidado, como factores más predictores que otros factores más generales como la edad, la incontinencia o la discapacidad sensorial.

Los autores de este trabajo concluyen que **la prevención y la identificación de los factores de riesgo para caídas en la etapa de rehabilitación posterior al ictus es crucial** y se deben centrar los esfuerzos tanto en el paciente como en sus familias.

Por último, una reciente revisión en *The Cochrane Collaboration*<sup>22</sup> sobre la prevención de caídas en pacientes tras un ictus, muestra que existe evidencia insuficiente sobre los ejercicios físicos o la prescripción de gafas de lente multifocal para evitar o disminuir las caídas en estos pacientes. Dos estudios encontraron asociación significativa de la vitamina D frente a placebo y del alendronato frente a alfacalcidol para una reducción de las caídas, pero son necesarios más estudios antes de aplicar estos resultados a la práctica clínica.

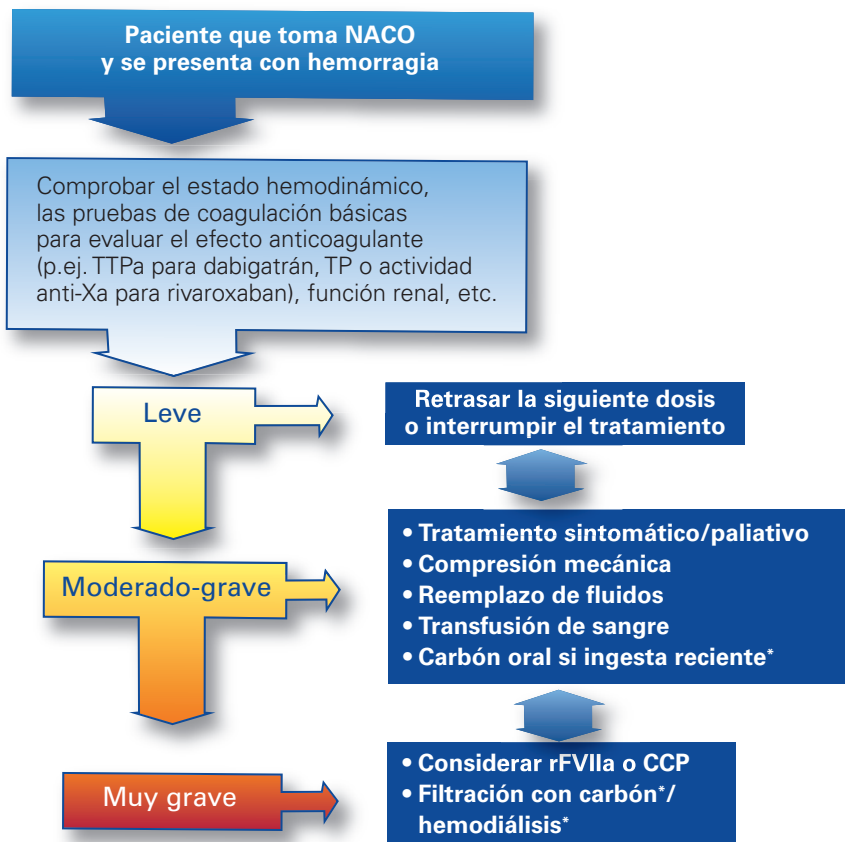
## Actitud ante una caída en un paciente anticoagulado. ¿Qué hacer ante una hemorragia?

El paciente debe ser informado de que ante una caída o una contusión importante, aunque no haya evidencias de sangrado, debe acudir a su médico para ser valorado y descartar una hemorragia interna. También debe acudir de forma urgente si la hemorragia es importante.

## Paciente tratado con AVK

- Si no hay hemorragias o son insignificantes: medidas usuales.
- Si hay hemorragias moderadas: 2-5 mg de vitamina K1 oral. Si existe evidencia de anticoagulación significativa: 5-10 mg de vitamina K1 i.v. muy lenta (no más de 1 mg/min).
- En situación de emergencia de **hemorragia grave**, los factores de coagulación pueden volver a la normalidad administrando sangre entera fresca, concentrado de complejo protrombínico.

**Figura 1.** Actitud ante una hemorragia en un paciente que toma un nuevo anticoagulante oral (NACO)



\* con dabigatrán

TTPa: tiempo de tromboplastina parcial activado; TP: tiempo de protrombina; rFVIIa: factor VII recombinante activado; CCP: concentrado de complejo de protrombina

## Paciente tratado con NACO

La experiencia disponible del manejo de las complicaciones hemorrágicas asociadas a los NACO es escasa aún.

- La información disponible procede de pequeños estudios en sujetos sanos o en animales.
  - Existen guías de sociedades científicas basadas en datos farmacocinéticos o en pruebas básicas de hemostasia sin información sobre pacientes en la vida real<sup>23</sup> (Figura 1).
  - Los nuevos anticoagulantes en la actualidad no disponen de antídotos específicos.
- En muchos casos, la simple supresión del fármaco puede ser la única medida necesaria, debido a su semivida corta y su farmacocinética previsible.
  - Existen datos experimentales que avalan la utilidad de agentes hemostáticos que generan trombina:
    - Concentrado de factores del complejo protrombínico.
    - FEIBA®.
    - Factor VIIa recombinante.
    - La tasa de hemorragias observada en los ensayos clínicos es menor que con AVK.

## Bibliografía

1. Sattin RW. Falls among older persons: A public health perspective. *Annu Rev Public Health* 1992;13:489-508.
2. Skelton D, Todd C. What are the main risk factors for falls amongst older people and what are the most effective interventions to prevent these falls? How should interventions to prevent falls be implemented? Copenhagen, World Health Organization, Europe, 2004 <http://euro.who.dk/HEN/Syntheses/Fallrisk/20040318-1>
3. Mesures de seguretat per a malalts amb risc de lesió. In: Consorci Sanitari de Barcelona, editor. *Protocolos i procediments d'infermeria del Institut Municipal d'Assistència Sanitària*. Barcelona: 2005. p.1-7.
4. Sethi D, et al. Injuries and violence in Europe. Why they matter and what can be done. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006. [www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20060601\\_1](http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20060601_1)
5. The American Geriatrics Society 2012 Beers Criteria Update Expert Panel. American Geriatrics Society Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *J Am Geriatr Soc* 2012;60(4): 616-31.
6. Downton JH, Andrews K. Prevalence, characteristics and factors associated with falls among the elderly living at home. *Aging (Milano)* 1991;3(3):219-28.
7. Lund J and EUNESE WG4 members: Leaflets for Care Givers and Elderly People, Athens, 2007.
8. Connolly SJ, Ezekowitz MD, Yusuf S, et al. Dabigatran versus warfarin in patients with atrial fibrillation. *N Engl J Med* 2009;361: 1139-51.
9. Patel MR, Mahaffey KW, Garg J, et al. Rivaroxaban versus warfarin in nonvalvular atrial fibrillation. *N Engl J Med* 2011;365:883-91.
10. Granger CB, Alexander JH, McMurray JJ, et al. Apixaban versus warfarin in patients with atrial fibrillation. *N Engl J Med* 2011;365:981-92.
11. Ogilvie IM, Newton N, Welner SA, Cowell W, Lip GY. Underuse of oral anticoagulants in atrial fibrillation: a systematic review. *Am J Med* 2010;123(7):638.e4-645.e4.
12. Dharmarajan TS, Varma S, Akkaladevi S, et al. To anticoagulate or not to anticoagulate? A common dilemma for the provider: physicians' opinion poll based on a case study of an older long-term care facility resident with dementia and atrial fibrillation. *J Am Med Dir Assoc* 2006;7(1):23-8.
13. Donzé J, Clair C, Hug B, et al. Risk of falls and major bleeds in patients on oral anticoagulation therapy. *Am J Med* 2012;125(8): 773-8.
14. Jacobs LG, Billett HH, Freeman K, et al. Anticoagulation for stroke prevention in elderly patients with atrial fibrillation, including those with falls and/or early-stage dementia: a single-center, retrospective, observational study. *Am J Geriatr Pharmacother* 2009;7(3): 159-66.
15. Bond AJ, Molnar FJ, Li M, et al. The risk of hemorrhagic complications in hospital inpatients who fall while receiving antithrombotic therapy. *Thromb J* 2005;3(1):1.
16. Gage BF, Birman-Deych E, Kerzner R, et al. Incidence of intracranial hemorrhage in patients with atrial fibrillation who are prone to fall. *Am J Med* 2005;118(6):612-7.
17. Hart RG, Diener HC, Yang S, et al. Intracranial hemorrhage in atrial fibrillation patients during anticoagulation with warfarin or dabigatran: the RE-LY trial. *Stroke* 2012;43(6):1511-7.
18. Man-Son-Hing M, Nichol G, Lau A, Laupacis A. Choosing antithrombotic therapy for elderly patients with atrial fibrillation who are at risk for falls. *Arch Intern Med* 1999;159(7): 677-85.
19. Wagner LM, Phillips VP, Hunsaker AH, Fordeucey PG. Falls among community-residing

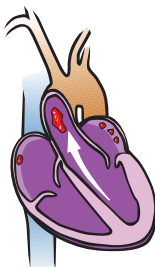
stroke survivors following inpatient rehabilitation: a descriptive analysis of longitudinal data. *BMC Geriatrics* 2009;9:46.

20. Tilson JK, Wu SS, Cen SY, et al. Characterizing and identifying risk for falls in the LEAPS study: a randomized clinical trial of interventions to improve walking poststroke. *Stroke* 2012;43(2):446-52.
21. Campbell GB, Matthews JT. An integrative review of factors associated with falls during post-stroke rehabilitation. *J Nurs Scholarsh* 2010;42(4):395-404.
22. Verheyden GS1, Weerdesteyn V, Pickering RM, et al. Interventions for preventing falls in people after stroke. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;5:CD008728.
23. Camm AJ, Kirchhof P, Lip GY, et al. Guidelines for the management of atrial fibrillation: the Task Force for the Management of Atrial Fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J* 2010;31(19):2369-429.

# Consejos para el paciente sobre ANTICOAGULACIÓN

## ¿Cuál es el objetivo de mi tratamiento anticoagulante?

- Los anticoagulantes impiden sobre todo la formación de coágulos, especialmente en el corazón.



Los tomarán **TODOS** aquellos **pacientes que tienen riesgo de sufrir una complicación de trombosis y/o embolia:**

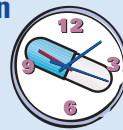
- Arritmia cardíaca (fibrilación auricular)
  - Cardiopatía isquémica
  - Ictus
  - Trombosis venosa profunda o embolismo pulmonar
  - Enfermedad o reemplazo de alguna válvula del corazón
- Para el tratamiento sea efectivo y evitar complicaciones, debe seguir estrictamente la dosis que le ha recomendado su médico.

## ¿A qué HORA debo tomar el anticoagulante?

- **Todos los días, a la misma hora** para crear una rutina.
- En caso de dudas u olvidos consulte siempre con su médico.

### Ayudas para **NO OLVIDAR** tomar la medicación

- ✓ Ponerla cerca de objetos de uso diario
- ✓ **Alarma** diaria en los móviles
- ✓ **Pastilleros** semanales para tener ordenada la medicación
- ✓ Uso de **aplicaciones de móvil**



## ¿Cuál es la principal **COMPLICACIÓN** de tomar anticoagulantes?

- La mayor complicación de los anticoagulantes orales es el **sangrado anormal o hemorragia.**

**Ante cualquier hemorragia, por mínima que sea, debe consultar con su médico o en su centro de control**

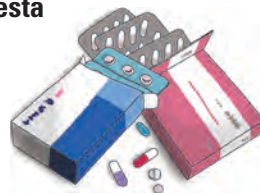
### La mayoría de las veces son **hemorragias leves** y sin apenas repercusiones:

- ✓ Menstruaciones más abundantes
- ✓ Sangrado por la nariz
- ✓ Sangrado de las encías con el cepillado dental
- ✓ Moratones en la piel
- ✓ Pequeñas hemorragias en la parte blanca del ojo
- ✓ Esputos manchados de sangre



## ¿Qué **PRECAUCIONES** debo tener al tomar anticoagulantes?

- **NO debe automedicarse.** Existen medicamentos que pueden alterar el efecto del anticoagulante.
- Puede comer de todo, de forma variada y equilibrada.
- Evite el uso excesivo de **alcohol** y el **tabaco.**
- Siempre que acuda a cualquier consulta médica o al dentista **informe de que está tomando anticoagulantes.**
- Evite practicar **deportes de alto impacto** y actividades que puedan ocasionar golpes con facilidad.



**NO DEJE** de tomar su medicación sin que lo sepa el médico, ni **MODIFIQUE** jamás la dosis por iniciativa propia

# Prevención de CAÍDAS

## CAÍDAS

- Las caídas pueden tener graves consecuencias en el estado de salud, autonomía y calidad de vida del individuo.
- Aproximadamente el **10-20%** de caídas tiene como consecuencia **fracturas**.
- Si el paciente está anticoagulado, debe tener especial precaución debido a la mayor dificultad en el control de las hemorragias.
- **Caerse después de sufrir un ictus es bastante común** debido a los déficit motores, sensitivos y visuales.



### Todos podemos caernos, pero tienen más RIESGO:

- ✓ Mayores de 65 años
- ✓ Con dificultad para ver, oír, caminar o moverse
- ✓ Si toman medicamentos para dormir, reducir la presión arterial, la glucosa...
- ✓ Pacientes desorientados, mareados
- ✓ Pacientes recién operados

## Si tras la caída se produce una HERIDA sangrante ¿qué debo hacer?

- **Comprima la zona de la herida** con una gasa estéril durante al menos **15 minutos** de forma intensa y continuada.
- Si así no se detiene la hemorragia o la herida es de gran tamaño, precisa puntos o está sucia, diríjase al Servicio de Urgencias más cercano.
- También tras sufrir un traumatismo se puede producir un **hematoma interno** sin cambio de la coloración en la piel, pero con hinchazón de la zona dañada, por lo que debe acudir al Servicio de Urgencias más cercano.
- Si una caída es grave y acarrea un dolor físico agudo, sangrado abundante, etc. **acuda a Urgencias inmediatamente**.



Si sufre más de 2 caídas leves en un plazo de 6 meses, acuda al médico

## ¿Cómo prevenir las caídas?

- **No se levante rápido**, espere un par de minutos sentado en el borde de la cama.
- Utilice **calzado adecuado** y no vaya descalzo.
- Use **bastón o andador** si tiene problemas para caminar.
- Sométase a un **examen de la vista**.
- No tome medicamentos que no le hayan sido indicados.



### Haga de su hogar un lugar más seguro:

- ✓ En el **suelo** evite irregularidades, desniveles y objetos que puedan hacerle tropezar, fijando las alfombras con cinta adhesiva o bordes de goma
- ✓ Evite suelos mojados y encerados
- ✓ La **luz** debe ser amplia e indirecta
- ✓ Se recomienda una altura de **cama** de 45-50 cm
- ✓ No utilice taburetes, **mantenga los objetos que necesite a su alcance**
- ✓ Sustituya la bañera por un **plato de ducha** y use **alfombrilla antideslizante**









[www.anticoagulante.es](http://www.anticoagulante.es)

DAB472