

MEDICAMENTOS QUE PUEDEN AUMENTAR EL RIESGO DE CAÍDAS

PSICOTROPOS

(asociados con riesgo de caídas)

Antidepresivos

Tricíclicos^{BEERS} (amitriptilina, imipramina...)

ISRS^{BEERS} (citalopram, escitalopram, fluoxetina, paroxetina, sertralina...)

ISRN^{BEERS} (duloxetina, venlafaxina...)

Otros (bupropión, mianserina, mirtazapina, trazodona...)

- No hay datos concluyentes de que unos antidepresivos tengan mayor o menor riesgo de caídas que otros¹⁰. Hay muy pocos datos relativos al uso de ISRN o al uso del grupo "otros" antidepresivos¹¹.
- Con los ISRS el riesgo de caídas parece ser mayor al inicio del tratamiento y a dosis altas^{2,7,11}.
- Parece prudente evitar la paroxetina en personas ancianas ya que es el ISRS con mayor efecto anticolinérgico^{12,13}.

Antipsicóticos^{STOPP} (cuando se usan como hipnóticos, salvo si el trastorno del sueño se debe a psicosis o demencia), ^{BEERS}

Haloperidol, olanzapina, quetiapina, risperidona...

- No parece haber diferencias en el riesgo de caídas entre antipsicóticos típicos y atípicos^{11,13}.
- Olanzapina puede tener un riesgo mayor que el resto por su mayor efecto anticolinérgico^{12,13}.

Hipnóticos sedantes^{STOPP, BEERS}

Benzodiazepinas (clonazepam, diazepam, lorazepam...)

Hipnóticos-Z (zopiclona, zolpidem...)

- Las benzodiazepinas de acción corta no son más seguras que las de acción larga¹⁰.
- El riesgo de caídas guarda más relación con el inicio del tratamiento o con la dosis que con la vida media del fármaco, por lo que puede ser mayor al iniciar el tratamiento, en las primeras semanas tras un aumento de dosis y a dosis altas^{2,11,12,15}.

Antiepilépticos^{BEERS}

Fenitoína, carbamazepina, valproato...

- La evidencia sobre la relación entre el uso de antiepilépticos y las caídas es limitada⁷. Los estudios no distinguen si las caídas han sido provocadas por los fármacos o por las crisis epilépticas⁹.
- Evitar su uso en otras indicaciones distintas a crisis epilépticas o trastornos del estado de ánimo¹⁰.

Opioides^{BEERS}

Codeína, morfina, tramadol...

- Es posible que el mayor riesgo aparezca al iniciar el tratamiento⁹.

Antiparkinsonianos

Agonistas dopaminérgicos (pramipexol, ropinirol...)

IMAO-B (selegilina, rasagilina...)

- En los pacientes con parkinson el riesgo de caídas se ve aumentado por la inestabilidad postural, la rigidez muscular y la bradicinesia propias de la enfermedad, además de los efectos hipotensores de los tratamientos².

MEDICAMENTOS QUE PUEDEN AUMENTAR EL RIESGO DE CAÍDAS

CARDIOVASCULARES

(asociados con riesgo de caídas)



Antihipertensivos

Diuréticos tiazídicos (clortalidona, hidroclorotiazida...)	<ul style="list-style-type: none">– Los antihipertensivos como grupo se han asociado con un aumento del riesgo de caídas. No obstante, los datos relativos al uso de betabloqueantes son contradictorios y en algunos estudios no parecen estar asociados a un aumento de este riesgo^{3,8}.– El riesgo de caídas podría estar influenciado por la duración del tratamiento, siendo más alto durante las primeras 24 horas del inicio, cambio o aumento de la dosis del antihipertensivo¹⁶.– Los diuréticos pueden aumentar el riesgo de caídas al obligar al paciente a levantarse repetidas veces durante la noche¹⁷.– Los diuréticos del asa tienen un efecto diurético rápido y potente comparado con otros diuréticos³.– Verapamilo, diltiazem y los betabloqueantes tienen también efecto bradicardizante⁷.– Los bloqueantes de canales del calcio, los IECA y los ARA II son criterio STOPP en pacientes con hipotensión postural persistente, con descenso >20 mmHg de PAS¹⁴.
Diuréticos del asa (furosemida, torasemida...)	
Bloqueantes de canales del calcio ^{STOPP} (amlodipino, diltiazem, nifedipino, verapamilo...)	
IECA ^{STOPP} (lisinopril, ramipril, enalapril, captopril, perindopril...)	
ARA II ^{STOPP} (candesartán, irbesartán, losartán, valsartán...)	
Betabloqueantes (atenolol, carvedilol, metoprolol, propranolol...)	

Antagonistas de receptores alfa-adrenérgicos^{STOPP}

Alfuzosina, doxazosina, prazosina, tamsulosina, terazosina...	<ul style="list-style-type: none">– Hipotensión ortostática grave⁷. Son criterio STOPP en pacientes con hipotensión postural persistente, con descenso >20 mmHg de PAS¹⁴.
---	--

Nitratos de acción prolongada^{STOPP}

Trinitrato de glicerilo, mononitrato y dinitrato de isosorbida...	<ul style="list-style-type: none">– Bajadas bruscas de tensión que pueden provocar síncope. Hipotensión postural persistente⁷. Son criterio STOPP en pacientes con hipotensión postural persistente, con descenso >20 mmHg de PAS¹⁴.
---	---

Antiarrítmicos

Amiodarona, digoxina, flecainida...	<ul style="list-style-type: none">– Bradicardia y arritmias⁷.
-------------------------------------	--

MEDICAMENTOS QUE PUEDEN AUMENTAR EL RIESGO DE CAÍDAS

OTROS

(por su mecanismo de acción podrían aumentar el riesgo de caídas, pero no hay evidencia para establecer una asociación)



Antimuscarínicos urinarios

Oxibutinina, solifenacina, tolterodina... – Alta potencia anticolinérgica^{7,13}.

Inhibidores de la acetilcolinesterasa

Donepezilo, rivastigmina, galantamina... – Bradicardia sintomática y síncope⁷.

Antihistamínicos sedantes

Clorfenamina, hidroxizina... – Sedación⁷. Alta potencia anticolinérgica¹³.

Relajantes musculares

Baclofeno... – Sedación y reducción del tono muscular⁷.

Hipoglucemiantes

– En los pacientes con diabetes el riesgo de caídas puede verse aumentado por factores específicos de la enfermedad como la neuropatía, retinopatía, etc. y por el riesgo de hipoglucemias asociado a un control glucémico intensivo. El riesgo podría ser mayor en pacientes tratados con insulina¹⁸.

BEERS, STOPP: criterios de prescripción potencialmente inadecuada en personas mayores de 65 años. Se especifican los criterios BEERS definidos para personas con antecedentes de caídas o fracturas y los STOPP de los fármacos a evitar porque aumentan de forma predecible el riesgo de caídas en personas mayores