

Actualizaciones para el Equipo de Atención Primaria de Salud

Prevención de Caídas en el Adulto Mayor

Dra. María Sofía Cuba Fuentes

RECOMENDACIONES PRÁCTICAS:

- La evaluación del ambiente seguro se recomienda en todos los pacientes con historia de caídas.
- El ejercicio y el entrenamiento en balance y equilibrio previenen las caídas y los daños que estas producen.
- Todos los pacientes con riesgo de caídas, deben recibir una intervención multifactorial, que incluya ejercicios, ambiente seguro, revisión de patologías y medicación adecuada

Introducción

Consideramos una caída a toda precipitación repentina e involuntaria del cuerpo hacia un plano inferior, con o sin lesión secundaria, con o sin pérdida del estado de conciencia.¹

Las caídas son un problema del adulto mayor frecuentemente ignorado tanto por los pacientes, la familia como por los profesionales de salud. Sin embargo si aprendemos a reconocer y manejar de forma adecuada este problema, involucrando a la comunidad, a la familia y al individuo, tendremos un impacto enorme en la calidad de vida de estos pacientes y en los costos de salud que implican el cuidado de los adultos mayores.

el transcurso de un año. Aunque no existen estudios equivalentes en Perú, observaciones no estructuradas parecen corroborar estos resultados.

Más de la mitad de las caídas llevan a algún tipo de lesión y uno de cada tres adultos mayores que caen sufren serios daños como fracturas de cadera y traumatismos encefalo craneanos.²

Hasta un 95% de las fracturas de cadera en los adultos mayores son causadas por caídas

Factores de Riesgo

Las caídas accidentales son debidas a una combinación de factores extrínsecos (ambientales), intrínsecos (anormalidades de los órganos y sistemas) y situacionales. Los tres tipos de factores son potencialmente remediables con intervención.

Los factores extrínsecos constituyen la primera causa de caídas en los adultos

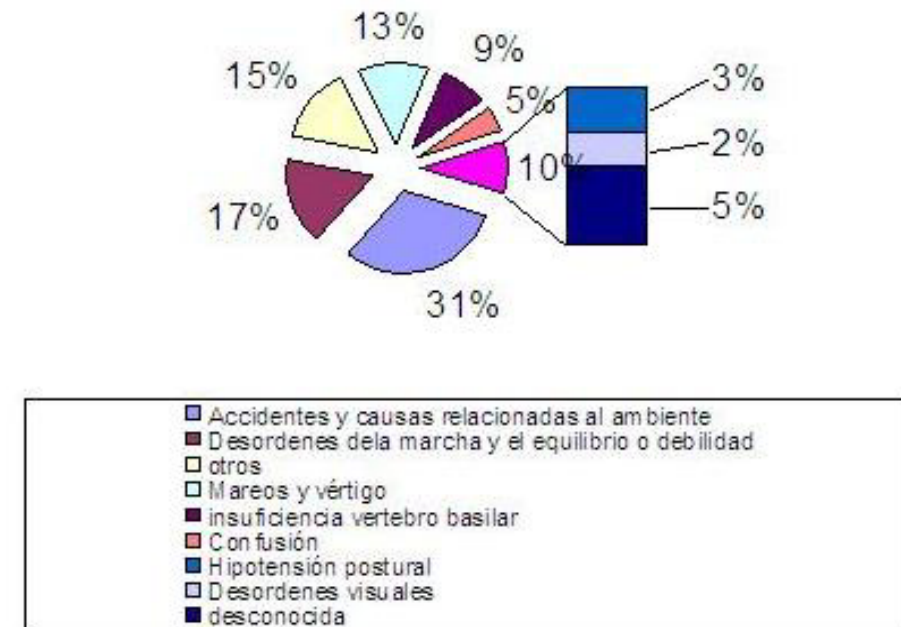
Epidemiología

Las caídas son un problema de salud serio en los adultos mayores. Por ejemplo en Estados Unidos se calcula que 30 a 40 % de los adultos mayores que viven en la comunidad caen en

(*) Médica Familiar. Universidad Peruana Cayetano Heredia.



Figura Nro 1 Causas de caídas en la población de Adultos Mayores de Estados Unidos (No se tienen datos disponibles a nivel nacional)



Fuente: CDC. Web-based Injury Statistics Query and Reporting System (WISQARS)⁶

mayores -Figura 1-, ellos incluyen peligros ambientales como pisos resbalosos, pobre iluminación, calzado inadecuado, etc. Todos estos factores deben ser evaluados e investigados por el equipo de salud.

Los factores intrínsecos incluyen anomalías en cualquiera de los órganos y sistemas que contribuyen al control postural. El control postural depende de 3 componentes: *estímulo sensorial* es decir estímulos visuales y vestibulares, *procesamiento central* que básicamente involucra partes del Sistema Nervioso Central y *la respuesta efectora* que involucra neuronas motoras superiores e inferiores, músculos y articulaciones.

El personal de salud a cargo de la evaluación de un adulto mayor debe tener en cuenta que la falla en cualquiera de estas áreas puede ser una causa prevenible de caídas ³

Aproximadamente 10% de las caídas son debidas a causas agudas. Estas incluyen estados de hipoperfusión cerebral y alteraciones endocrinas, infecciosas, metabólicas e isquémicas. Los problemas de salud agudos incrementan el riesgo de caídas, especialmente cuando están sobreimpuestos a condiciones crónicas que afectan el control postural (Por ejemplo osteoartritis, disminución de agudeza visual). Las drogas psicotrópicas

Un adulto mayor que cae tiene 2 a 3 veces mas posibilidades de caer de nuevo que el resto de la población

y el alcohol pueden llevar alteraciones transitorias en el estado de alerta y atención e incrementar el riesgo de caídas.⁴

Los factores situacionales comprenden comportamientos de riesgo. Como el no usar instrumentos de ayuda prescritos (bastones o andadores) o no usar lentes.

Evaluación

Los profesionales de la salud que tienen contacto con adultos mayores deben hacer una evaluación anual de caídas. Muchas de las caídas no serán informadas, por esto es necesario no esperar una información voluntaria. Se recomienda preguntar anualmente a los adultos mayores si sufrieron alguna caída en el ultimo año -figura 2-.

Para el profesional de la salud que atiende a los adultos mayores es importante conocer a la familia y alertarla sobre los peligros que

implican las caídas, para que todos tomen parte en las medidas de prevención en el hogar.

En el Recuadro 1 que se muestra en esta página podemos apreciar los aspectos básicos que debe incluir esta evaluación

Recuadro 1. Aspectos básicos de la Evaluación multidisciplinaria para la prevención de caídas en Adultos Mayores.

Cuando se realice la evaluación para la prevención de caídas en Adultos Mayores se deben investigar todos los siguientes tópicos:

- **La caída:** las circunstancias en las que ocurrió ¿dónde?, ¿a qué hora del día?, ¿qué actividad estaba realizando?, del uso de aparatos de ayuda, lentes, historia de consumo de alcohol, síntomas asociados: sensación de desvanecimiento, vértigo, desequilibrio.
- **Historia de caídas:** frecuencia, circunstancia de las caídas previas.
- **Alteración en la movilidad:** ¿se moviliza solo?, ¿con alguna dificultad?, ¿dentro y fuera de la casa?, ¿puede realizar actividades de la vida diaria (comer, vestirse, ir al baño)?, ¿Puede realizar actividades instrumentales (cocinar, comprar sus alimentos)?
- **Diagnósticos médicos que puedan impactar en el riesgo de caídas:** alteraciones visuales, problemas neurológicos, musculoesqueléticos, etc.
- **Medicación que toma** ¿usa antidepresivos, antipsicóticos, o benzodiazepinas, anticonvulsivantes, anticolinérgicos?, ¿usa tres o más antihipertensivos asociados?
- **Examen físico:** Cardiovascular, que incluya hipotensión ortostática, control de pulso; evaluación visual; examen neurológico que incluya fuerza muscular, propiocepción, sensación vibratoria, táctil, test de romberg, y reflejos osteotendinosos: además realizar medición de la longitud de las piernas.
- **Evaluación cognitiva:** mini mental test o test del reloj (dibujar un reloj de manecillas)
- **Evaluación del desempeño:** Test "Get up and Go" (levántate y camina). observar a un paciente sentado, pidiéndole que sin ayuda de las manos se levante, camine diez pasos se de la vuelta y regrese a sentarse: si esto dura mas de 16 segundos el paciente debe ir a una evaluación mas amplia ya que tiene mayor riesgo de caerse.
- **Test de laboratorio:** si se sospecha de alguna causa específica y prevenible de caídas, se deben realizar exámenes laboratoriales correspondientes (TSH, hematócrito, Vit B12, RPR)
- **Evaluación del ambiente donde vive:** es importante realizar una visita domiciliaria para evaluar las condiciones de seguridad en el ambiente donde vive el paciente: pisos resbalosos, pobre iluminación, calzado inadecuado (pantuflos), falta de manijas o agarraderas, en las escaleras, en la ducha o el baño, uso de alfombras sobre el piso. Luego se podran dar instrucciones sobre como este ambiente puede ser mejorado, según lo requerido.

Intervenciones

Presentamos en las páginas siguientes algunas de las intervenciones más útiles en la prevención de caídas según su nivel de evidencia -Recuadro 2-.

Ambiente Seguro:

Se realizará una evaluación multifactorial, con la visita domiciliaria, en la que se deben determinar los riesgos del ambiente en el que vive el paciente, y plantear intervenciones individualizadas, para la modificación de riesgos en el hogar, como el quitar alfombras pequeñas, instalar manijas en los baños, si es posible aumentar la altura del inodoro, buscar una buena iluminación en los ambientes, si la casa tiene escaleras estas deben tener pasamanos a ambos lados y en lo posible un material antideslizante en las gradas, poner los utensilios al nivel de los hombros de paciente, etc.

Ejercicio y Terapia física:

El ejercicio es eficaz en la prevención de caídas tanto el pacientes de alto riesgo (factores de riesgo múltiples o historia de caídas previas) como de bajo riesgo.

En pacientes de bajo riesgo, una sesión de ejercicio grupal semanal que refuerce el equilibrio (como el Tai Chi), complementada con ejercicios en casa diarios han demostrado ser medidas eficaces de prevención.^{4,8}

En pacientes de alto riesgo de caídas, los programas diseñados individualmente (por un profesional entrenado), con ejercicios que incluyen fortalecimiento muscular sobre todo a nivel de miembros inferiores y mejoramiento del equilibrio por un periodo mínimo de 3 meses, han demostrados ser efectivos en la prevención de caídas y en la disminución de injurias en los pacientes que se caen.⁷

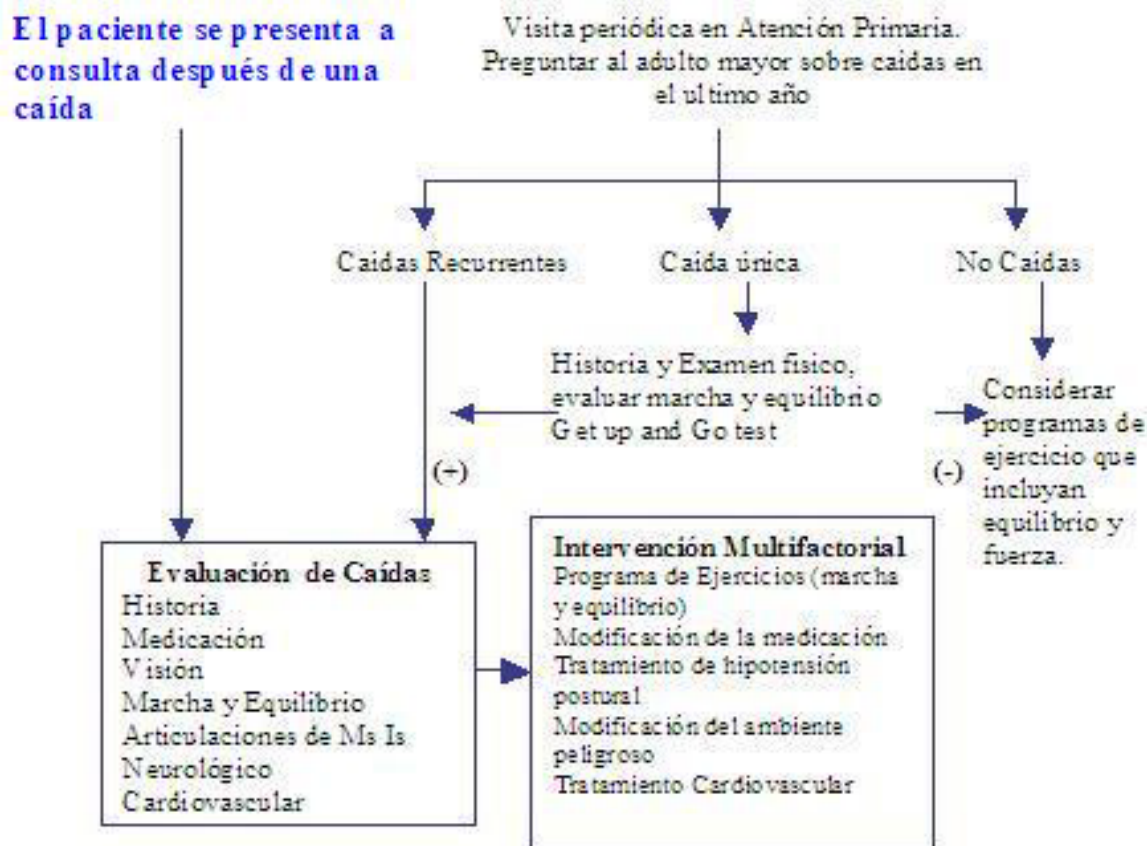
Corrección del déficit visual:

Corregir la pérdida de visión de acuerdo a la causa: cataratas, presbicia, daño macular.



Figura Nro 2

Valoración multidisciplinaria para la prevención de caídas en Adultos Mayores. Recomendaciones de la Sociedad Norteamericana de Geriatría.



Fuente: Guías para la prevención de caídas en Adultos mayores².

Pronóstico

Preferir lentes de visión a distancia a los lentes multifocales

Control de la medicación:

Verificar el uso de múltiples drogas: antihipertensivos, medicación psicotrópica como las benzodiazepinas, y anticolinérgicos que incrementan el riesgo de caídas. En este aspecto es importante el uso racional de medicamentos

Intervenciones multifactoriales

Son la estrategias mas efectivas, especialmente cuando son diseñadas para las personas con mayor riesgo de caídas. Ellas deben incluir un programa de ejercicio con marcha y entrenamiento de equilibrio de preferencia diseñado individualmente por un terapeuta físico, aconsejar sobre el uso de dispositivos de ayuda, revisión y modificación de farmacoterapia, modificar peligros ambientales y evolución medica y cardiológica adecuada.⁶

La recuperación después de una caída implica disminución de la calidad de vida, restricción de la movilidad, decline funcional, así como limitaciones auto impuestas por el miedo a caer de nuevo, los cuales pueden llevar a ansiedad depresión y aislamiento social hasta en un 30% de las personas que caen.

Las consecuencias de una caída no solo afectan a la persona sino que tienen un gran impacto a nivel familiar, ya que al tener una persona dependiente, los recursos familiares (económicos, emocionales y personales) deben ser reorientados a estos fines no planificados. En grado último, las caídas en los adultos mayores afecta también a la propia comunidad, que se ve afectada por la carga social que los adultos mayores implican ²

Por todo ello es importante que los Equipos de Atención Integral de Salud coordinen esfuerzos para prevenir efectivamente las caídas en los adultos mayores.

Recuadro 2. Nivel de Evidencia para las intervenciones empleadas en la prevención de caídas².

Nivel de Evidencia de las Intervenciones para caídas		
Recomendación	Nivel	Comentario
1. Evaluación de peligros en el hogar se recomienda en todos los pacientes con historia de caídas	A	RR 0.66 NNT 5 prevención de caídas
2. Ejercicio y terapia física para prevención de caídas y daños por caídas	A	RR 0.86, NNT 16 prevención de caídas, NNT 9 prevención de injurias por caídas
3. Los pacientes deben recibir una intervención y evaluación de riesgos multifactorial, ya que es la estrategia más efectiva en prevención de caídas.	A	RR 0.82 NNT 11 prevención de caídas
4. La evolución y la discontinuación de medicación que incrementa el riesgo de caídas	B	RR 0,61 no significativo estadísticamente NNT 7

A = consistente, evidencia de buena calidad, B = evidencia de baja calidad

Bibliografía

1. The American Geriatrics Society. Guideline for the prevention of falls in older persons. Journal of the American Geriatrics Society. JAGS 2001;49:664-72
2. The American Geriatrics Society, Clinical Practice Guidelines, Fall prevention pamphlet 2002.
3. Woolacott MH. Systems contributing to balance disorders in older adults. J Gerontology Med Sci 2000 424- 435.
4. Mahoney J. Falls and Mobility disorders . En Landefeld CS, Palmer R, Jhonson, Editores. Current Geriatric Diagnosis Treatment. New York Lange Medical Books/ MacGraw-Hill 2005 Cap 12 Pag 74-87.
5. Bicket D. Common Geriatric Problems . En South.Paul J. Matheny S, Lewis E, Current Diagnosis and Treatment Family Medicine . New York Lange Medical Books/ MacGraw-Hill 2004 Cap 38 Pag 494-505.
6. Shobha S. Prevention of falls in Older patients. Am Fam Physician 2005;72:81-8,93-46
7. Close J. Prevention of falls in elderly trial (PROFET) Lancet 1999 353:93
8. Centers for disease Control and Prevention (CDC pagina de Internet)). Injury Statistics Query and Reporting System (WISQARS) actualizado en mayo 2005, disponible en: <http://www.cdc.gov/ncipc/wisqars/fatal/help/datasources>
9. Cumming RG. Epidemiology of medication-related fall : Drugs Aging. 1998 Jan;12(1):43-53

PUNTOS CLAVE PARA RECORDAR

- Se debe preguntar a todos los pacientes adultos mayores si han sufrido una caídas en el último año, aunque sea otro el motivo de consulta.
- Las caídas suelen conducir a dependencia ya sea por las lesiones que pueden producir o por temor a nuevas caídas.
- Las caídas no siempre son eventos accidentales . pueden ser la manifestación de una enfermedad subyacente.
- La estrategia más efectiva para el manejo del síndrome de caídas es la intervención multifactorial.