

Presentación de caso

Paciente femenina de la raza blanca, de 66 años de edad, con antecedentes patológicos personales de hipertensión arterial sistólica aislada grupo c estadio 2, cardiopatía isquémica, cataratas del OD. La cual acude a consulta pues hace dos meses sufrió una caída de sus propios pies, al tropezar en la acera con un desnivel que existía. Hace varios días presenta dolores articulares, sin signos inflamatorios asociados, localizados en la extremidad superior derecha. La familia esta preocupada pues desde hace dos o tres semanas, esta apática, no quiere salir a la calle, solo desea estar en cama, poco comunicativa, solo realiza las actividades del hogar, como cocinar, barrer, sin apoyar otras labores habituales para ella. Es valorada en consulta de pesquisaje, solicitándose el concurso del equipo multidisciplinario y decidiéndose su ingreso para evaluación exhaustiva o por perdida de las AIVD (Actividades Instrumentadas de la Vida Diaria), o sea pérdida de funcionabilidad.

Nivel educativo: Nivel medio.
Jubilada.

Factores de riesgo geriátricos:

- Inmovilidad relativa.
- Polifarmacia.
- Deterioro Funcional.

Alergia Medicamentosa: No refiere.

Valoración Geriátrica Integral:

Examen Físico: (positivo)

SOMA: Crepitación al movilizar la articulación del codo derecho.

Opacidad del cristalino del Ojo derecho.

T.A (sentado): 160/80 mm de Hg. T.A (bipedestación): 130/75 mm de Hg.

Marcha insegura, a pasos cortos, arrastra los pies, con braceo al caminar.



Escalas Aplicadas:

- Índice de Katz: Independiente.
- Índice de Lawton: Dependiente total (hace solo dos o tres semanas).
- Tinetti: Equilibrio: 9/16 (pierde puntos en: Incapaz de levantarse de la silla si no es con ayuda, necesita más de un intento para levantarse al estar sentado, es inestable después de la acción previa, al ser empujado desde la posición de bipedestación es inestable igualmente, y al sentarse. En cuanto a la Marcha: 10/12. Duda al iniciar la marcha, discontinuidad de los pasos. Total test: 19/28.
- Norton: Estado General: 4 Estado Mental: 4 Actividad: 3 Continencia: 4 Movilidad: 3 Total: 18/20 (Bajo riesgo de úlceras por presión).
- Minimental State Examination: 30/30.
- Yesavage: 7 puntos (Depresión Ligera).
- Escala de valoración social: Adecuado apoyo familiar, situación económica adecuada.
- Escala de riesgo de caídas (JH Dowton): 4 puntos (riesgo de caídas por uso de diuréticos más otros fármacos, caída previa, alteraciones visuales, Marcha inestable).

Tratamiento habitual:

1. Dieta hiposódica.
2. Clortalidona (25 mg): 1 tableta 8:00 a.m.
3. Pentoxifilina (400 mg): 1 tableta c/12 horas.
4. Nitrososrbide(10 mg): 1 tableta 7 a.m, 2 p.m, 7 p.m.
5. ASA (500 mg): ¼ tableta/día.
6. Clordiazepóxido (10 mg): 1 tableta 9.00 p.m.

Complementarios realizados:

Hematológicos:

Hb. 122 g/l

Hto.0.41

V.S.G: 15 mm/h

Glicemia: 4.8 mmol/l

Creatinina: 75 mmol/l.

TGP: 33.4 U/L TGO: 20.2 U/L Proteínas Totales: 61 g/l

Lipidograma: Colesterol: 6.5 mmol/l Triglicéridos: 2.7 mmol/l

Cituria: Sin alteración.

Electrocardiograma: Bloqueo Completo de Rama Izquierda.

Estudios Imagenológicos:

Rx de Tórax PA: No alteraciones pleuropulmonares.

Rx de Miembro Superior derecho y articulación del hombro: Sin alteración.

Ultrasonido Abdominal: Riñón Izq: pequeño quiste a nivel del polo superior.

El cuadro clínico descrito sugiere como principal problema geriátrico:

- [A.Síndrome de Inmovilidad.](#)
- [B.Síndrome Hipertensivo.](#)
- [C.Hipercolesterolemia](#)
- [D.Caídas.](#)
- [E.Trastornos de la marcha y el equilibrio](#)

La respuesta correcta es D: Caídas.

Juicio clínico

Un tercio de los mayores de 65 años se caen una o varias veces al año; y más del 50 % lo hacen en forma repetida. Las estadísticas indican que, de todos los que se caen, el 15 % necesita atención por excoriaciones o heridas leves; el 5 % tiene fracturas y, de ellos, sólo el 1 % es una fractura de cadera.

Una y otra vez y en un abrir y cerrar de ojos, quienes cuidan ancianos se enfrentan con caderas rotas, heridas en la cabeza y múltiples problemas internos que podrían haber sido evitados. El Centro de Control de Enfermedades de los Estados Unidos reportó las siguientes cifras:

Más de un tercio de adultos de 65 años y mayores se caen cada año (Hornbrook 1994, Hausdorff 2001). Entre los más ancianos, las caídas son la causa principal de muerte por lesiones (Murphy 2000) y la causa más común de lesiones no fatales y admisiones hospitalarias por trauma (Alexander 1992).

En el año 2003, más de 1,8 millones de personas mayores de 65 años fueron tratados de urgencia por lesiones relacionadas con caídas y más de 420.000 fueron hospitalizados (CDC 2005).

En el año 2002, cerca de 13.000 personas mayores de 65 años murieron de lesiones por caídas (CDC 2004). Más del 60% de las personas que murieron por caídas tenían más de 75 años (Murphy 2000). De aquellos que cayeron, 20 a 30% sufrió lesiones de moderadas a severas tales como fractura de caderas o traumas en la cabeza, que redujeron su movilidad e independencia, y acrecentaron el riesgo de muerte prematura (Sterling 2001). Entre las personas de 75 años y mayores, aquellos que caen tienen cuatro a cinco veces más posibilidades de necesitar cuidados especiales por un año o más (Donald 1999). Las caídas son la causa principal de lesiones traumáticas cerebrales (Jager 2000). Entre los mayores, la mayor parte de las fracturas son causadas por caídas (Bell 2000).

Las lesiones más comunes son las de menor gravedad. Generalmente, excoriaciones en la cabeza o en la cara porque los mayores tienen retrasado el reflejo de extender los brazos para protegerse y se golpean mucho esa zona del cuerpo. Las fracturas más frecuentes son de muñecas, vértebras, costillas y tobillos.

Además de las complicaciones médicas, las caídas también pueden originar trastornos psicológicos y sociales. "El síndrome post caída es muy importante porque la persona que se cae, sobre todo el fracturado, tiene miedo de volver a caerse. Al quedarse en casa, aumenta la inmovilidad, se atrofian los músculos, pierde fuerza, agilidad y se va aislando socialmente". Es difícil estimar la frecuencia de este problema, dado que la mayor parte de las caídas que sufren los ancianos no suponen una queja de salud, salvo que presenten consecuencias o hayan sido vistas por otra persona.

Las caídas y la edad son per se un factor de riesgo para que se produzcan nuevas caídas. Aunque algunas caídas tienen una causa obvia, la mayor parte de ellas parecen estar motivadas por la suma de muchos factores. El riesgo de sufrir una caída aumenta linealmente con el número de factores de riesgo (efecto acumulado).

Los factores de riesgo responsables de una caída pueden ser:

A) Intrínsecos o relacionados con el propio anciano: El anciano tiene predisposición a caer, siendo múltiples las causas que pueden contribuir a ello:

- ⇒ Cambios del envejecimiento que afectan a la visión, el oído o el aparato locomotor.
- ⇒ Enfermedades crónicas y agudas: las caídas pueden ser la primera manifestación, o en otros casos, una manifestación atípica de patología aguda.

- ⇒ Fármacos: Los fármacos juegan un papel muy importante en las caídas del anciano, de forma que existe una relación directa entre el número de medicamentos, y el mayor riesgo de sufrir una caída, considerándose una cifra claramente peligrosa la toma de 4 ó más fármacos. Existen 2 grandes grupos, psicofármacos y fármacos cardiovasculares, que intervienen en la etiología de muchas caídas.

B) Extrínsecos o derivados de la actividad o el entorno: Son numerosos. La mayoría de las caídas se producen durante actividades cotidianas, como andar, cambiar de posición, asearse. Solo el 5-10% tienen lugar en la ejecución de tareas claramente peligrosas. Las caídas que se producen durante la marcha al aire libre son causadas, a menudo, por tropiezos con riesgos imperceptibles.

- ⇒ En la vivienda: suelos irregulares o deslizantes; iluminación incorrecta; escaleras en mal estado; estancias de la casa no acondicionadas adecuadamente.
- ⇒ En las calles, plazas, jardines, etc.: aceras estrechas, pavimento defectuoso, obstáculos.
- ⇒ En los medios de transporte: movimientos bruscos del vehículo.

Los factores ambientales son una causa importante de caídas en ancianos móviles y activos, mientras que para los ancianos enfermos son más importantes los factores intrínsecos.

En la comunidad, las caídas están más directamente relacionadas con factores de riesgo extrínsecos. En las Residencias y Hospitales, influyen más los factores intrínsecos como problemas de la marcha o alteraciones del equilibrio, cuadros confusionales, fármacos, problemas visuales o incontinencia urinaria.

1) Lesiones Físicas: Las caídas en el anciano son un marcador de fragilidad y pueden ser predictores de muerte.

Se han descrito como factores de mal pronóstico que incrementan la mortalidad:

- a. Edad: a mayor edad más mortalidad.
- b. Permanencia durante un periodo prolongado en el suelo, debido a las consecuencias que puede tener como hipotermia, deshidratación, rabdomiolisis, infecciones.
- c. Sexo femenino.
- d. Pluripatología.
- e. Polifarmacia.

Debido a la fragilidad ósea y al fallo en los reflejos de autoprotección, los ancianos se lesionan con facilidad si se caen. Un 40-60% presenta algún tipo de consecuencia física, de las cuales un 30-50% son complicaciones menores y un 10% mayor, del tipo de fracturas óseas o secuelas de la inmovilización (ulceras por presión, trombosis venosas, contracturas, alteraciones de otros órganos).

2) Lesiones Emocionales:

- ⇒ Vergüenza.

⇒ Aislamiento Social.

⇒ "Síndrome Postcaída": Miedo a padecer una nueva caída y la pérdida de confianza para desarrollar una actividad sin caerse. Produce una disminución de la movilidad y de la capacidad funcional, disminuyendo el grado de la actividad habitual del anciano. Suele aparecer en mujeres y sujetos más frágiles. Pueden padecerlo hasta un 50% de los ancianos con reiteradas caídas.

3) Hospitalización.

4) Institucionalización en residencias por pérdida de independencia.

5) Costos económicos.

La caída es un factor básico que deteriora las actividades de la vida diaria en los ancianos. A fin de mantener una mejor calidad de vida, deben averiguarse los factores de riesgo de la caída y en consecuencia tratar de eliminarlos.

Existen dos grandes tipos de estrategias preventivas: Cambiar la conducta (por medio de la concienciación del problema y asumiendo el paciente un papel activo en el desarrollo y puesta en práctica de estrategias para evitar las caídas) y cambiar el entorno.

Para ello, es necesario una combinación de intervenciones médicas, rehabilitadoras y ambientales que será ajustada o modificada para cubrir las necesidades del individuo, con el objetivo de conseguir la máxima y más segura movilidad del anciano.

A. Intervenciones médicas: actuando sobre los múltiples factores de riesgo, con:

1.- Medidas generales: actividad física regular, dieta equilibrada, evitar hábitos tóxicos (alcohol).

2.- Medidas específicas sobre los factores presentes en el propio anciano.

⇒ \S Visión: usar gafas, revisión por un oftalmólogo, operación de cataratas

⇒ Audición: evaluación audiológica, extracción de cerumen.

⇒ Alteraciones de los pies: acudir al podólogo, cortar uñas y callosidades, corregir

deformidades.

B. Intervenciones rehabilitadoras: Algunos pacientes pueden beneficiarse de un programa de rehabilitación para enseñarle a levantarse tras una caída, reeducar la marcha o rehabilitar su estabilidad. Hay que tratar de forma precoz el síndrome postcaída.

C. Intervenciones ambientales: Incluye la educación del paciente y sus cuidadores para que el entorno se adapte al anciano.

- ⇒ Generales: Retirar alfombras o fijarlas. Graduar la luz para evitar destellos. Luz adecuada en el trayecto entre la cama y el baño. Considerar los servicios de telealarma.
- ⇒ En casa: Poner pasamanos en las escaleras. Tener fácil acceso a los instrumentos de cocina. Armarios y estantes bien fijos y a la altura adecuada. Indicadores de gas. Barras de sujección en la bañera. Utilizar asientos elevados y asideros en el inodoro. Evitar superficies resbaladizas. Usar colchones no depresibles.
- ⇒ Calzado: Calzado bien ajustado y antideslizante. Evitar caminar descalzo, en calcetines o en pantuflas.
- ⇒ Ayudas externas (bastón, andador...) adaptadas a sus necesidades.

D. Intervenciones psicosociales: Evitar la sobreprotección de los familiares con el anciano que se cae. Hay que estimular el mantenimiento de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Detectar las necesidades de soporte social y responder a esas necesidades.

Por tanto los principales objetivos que el Médico Geriatra, en colaboración con otros profesionales, debe tener al abordar el problema de las caídas en el anciano. serán prevenir las caídas mediante las estrategias señaladas, conocer los factores que las favorecen o las causan para corregirlos y, si ya están presentes las caídas, tratar de recuperar y rehabilitar al anciano de sus secuelas.

Un síntoma:

Hay ideas instaladas en la sociedad que son falsas y peligrosas. Una de ellas es considerar que es normal que las personas adultas mayores se caigan frecuentemente. Sin embargo, los especialistas, alertan sobre los cuidados que hay que tomar para evitar este tipo de situaciones porque muchas de las causas son modificables, y además porque las consecuencias comprometen seriamente la salud de los ancianos.

Prevención

"La mejor prevención es la actividad física porque tiene efectos benéficos en el área mental, cardiovascular, neurológica, psicológica y social", mantener una rutina de ejercicios semanales acorde a la edad y las posibilidades de cada persona.

Además, para evitar las caídas se deben controlar con regularidad la visión y la audición. Y también, el médico debe supervisar la medicación. "En general, son pacientes poli medicados y los efectos colaterales se observan con el tiempo. Por ejemplo, algunos fármacos alteran la coordinación, la marcha y el equilibrio", asegura el especialista.

Por otra parte, todos los factores de riesgo ambiental hay que modificarlos. En el cuarto de baño, lo mejor es reemplazar la bañera por un zócalo bajo; colocar agarraderas y antideslizantes. Barandas dobles en las escaleras. Aumentar la luz artificial dentro de los cuartos. Es decir, modificar todo aquello que dentro de la casa pueda entorpecer o dificultar los movimientos o implique riesgos de caídas:

- En la cama, es fundamental levantarse y acostarse despaciosamente.
- Al agacharse o incorporarse, hacerlo lentamente para evitar los mareos.

- Al utilizar el inodoro, los pacientes que sufren de artrosis de cadera sienten dolor al agacharse y se dejan caer. Esto puede causar una fractura de cadera y es recomendable elevar el inodoro o colocar adaptadores.
- Las mesas deben ser firmes y las sillas tener apoyabrazos de ambos lados y respaldos altos.
- Usar calzado cómodo y ajustado al pie.
- No tener en las habitaciones alfombras parciales.
- No cargar peso (por ejemplo, al ir a comprar cosas) para evitar perder la estabilidad.
- Asegúrese de que todos los cuartos están bien iluminados y que los interruptores de la luz son fáciles de alcanzar, incluso al levantarse de la cama. Mantenga una luz que sea fácil de encontrar en emergencias. Las que tienen un botón que brilla en la oscuridad, o una pequeña luz que señala su ubicación, sirven muy bien.
- Ponga barandas en las escaleras y una buena iluminación, fácil de controlar desde ambos extremos de la misma. Fíjese en que la alfombra no esté suelta o deshilachada.
- Asegure el baño con barras agarraderas, particularmente para entrar en la bañera - y para usar el retrete -, y alfombrillas antideslizantes para la ducha. Si le cuesta mucho sostenerse, puede adquirir un banco para duchas.
- Mantenga la casa ordenada, asegurándose de que no hay cables de teléfono o eléctricos sueltos con los cuales se pueda enredar. Clave las alfombras con tachuelas y pegue los pisos de vinilo para evitar tropiezos. Intente que la persona mayor utilice zapatos antideslizantes, de tacón bajo, o pantuflas que vayan bien a su medida. Nunca deben caminar descalzos o en calcetines.
- En la noche déjele cerca los remedios y el agua que pueda necesitar, para que no sea necesario levantarse a buscarlos.
- Provea de un caminador o bastón si es necesario. Dígale que se quede sentado/a cuando esté cansado o se maree, y recuérdale pararse lentamente. Algunos medicamentos causan somnolencia y cierta inestabilidad. Si este es el caso, tome mayores precauciones para evitar daños.
- Recuerde los peligros exteriores; pinte las escaleras externas con pintura mezclada con arena para darle mejor tracción. Mantenga las entradas limpias y sin objetos, sin nieve, hojas o semillas.
- Lleve a la persona mayor a exámenes regulares de vista y oído. Las dificultades visuales pueden complicar el buen deambular y los problemas auditivos pueden provocar mareos y afectar el balance.
- Hágale hacer ejercicios para fortalecer los músculos, tales como las caminatas diarias. Limite el alcohol para evitar inestabilidad.
- Finalmente, asegúrese de proveerle de un servicio de emergencias para ayudarse de que tendrá ayuda si se llega a caer. Estos sistemas son esenciales para proveer seguridad a aquellos mayores que viven solos.

Bibliografía:

Tinetti M, Christianna S, Williams MPH. Falls, injuries due to falls, and the risk of admission to a nursing home. *N Engl J Med* 1997; 337:1279-84.

[Medline].

Riesgo de caídas en la tercera edad. (3 de marzo, 2006). Disponible en: <http://www.lucor.com>

Carmen Lucía Curcio, José Fernando Gómez, M.D, Angélica García. Caídas y capacidad funcional entre ancianos colombianos que realizan y no realizan ejercicio. *Colombia medica*, 1998; 29:125-28. Disponible en:

<http://www.colombiamedica.univalle.edu.co>

N. B. Alexander & A. Goldberg. Clinical gait and stepping performance measures in older adults. Published online: 22 March 2006 # EGREPA 2006 REVIEW. *Eur Rev Aging Phys Act* (2006) 3:20–28. DOI 10.1007/s11556-006-0001-y.

G. Meyer & M. Ayalon Biomechanical aspects of dynamic stability. REVIEW. Published online: 15 March 2006.# EGREPA 2006. *Eur Rev Aging Phys Act* (2006) 3:29–33. DOI 10.1007/s11556-006-0006-6.

GEORGE F. FULLER, COL, MC, USA. White House Medical Clinic, Washington, D.C Falls in the Elderly.61(7). April 1, 2000. Disponible en: <http://www.aafp.org>

Klaus Hauer, Sarah e. Lamb, Ellen c. Jorstad, Chris Todd, Clemens Becker.

Systematic Review. Systematic review of definitions and methods of measuring falls in randomised controlled fall prevention trials. *Age and Ageing* 2006; 35: 5–10 ©

The Author 2006. Published by Oxford University Press on behalf of the British Geriatrics Society. doi: 10.1093/ageing/afi218.