

## Presentación de Caso

### Caídas en adulta mayor de 82 años.

**Autores:** [Liliams Rodríguez Rivera](#)\*, Alina María González Moro\*, Edith Nieves Álvarez Pérez \*\*, Ludmila Brenes Hernández\*.

\* Especialista de I Grado en Medicina General Integral, Especialista de I Grado en Gerontología y Geriatria, Ms.C en Salud Pública y Envejecimiento.

\*\* Licenciada en Enfermería. Ms.C en Gerontología Social

**Editorial:** Calle G y 27, Vedado, Municipio Plaza de la Revolución.  
CP 10400.

[geroinfo@infomed.sld.cu](mailto:geroinfo@infomed.sld.cu)

Centro de Investigaciones sobre: “Envejecimiento, Longevidad y Salud”.

---

## RESUMEN

Paciente femenina de 82 años, con antecedentes de hipotiroidismo, caídas en los últimos 2 años, en los últimos 6 meses: 2, la última hace 20 días, desde esta fecha se encuentra encamada. Dependiente para todas las actividades Básicas de la Vida Diaria e Instrumentadas; (ABVD- AIVD). Se observan lesiones a nivel de región glútea trocanterica y rodilla derecha. Se decide su ingreso y se le realiza la “Evaluación Exhaustiva” en el Servicio de Geriatria del centro.

**Palabras clave:** caídas, inmovilidad, anciano. Mujer anciana

## ABSTRACT

Old woman of 82 years, with hipotiroidismo antecedents, fallen in the last 2 years, in the last 6 months: 2, the last 20 days ago, from this date she with immobility. Clerk for all the Basic Activities of the Daily Life; (ABDL-AIDL)). They observe lesions to level of region glútea, trocanterica and right knee. Decides evaluation in the hospital entrance, are carried out the “Exhaustive Evaluation” in the Service of Geriatrics of the center

**Keywords:** fall, immobility and elderly

Paciente femenina de 85 años de edad, de procedencia urbana, jubilada, fue costurera muchos años, de escolaridad primaria, sus familiares refieren que la paciente ha sufrido varias caídas en los últimos 2 años, y 2 en los últimos 6 meses. Hace 20 días que fue su última caída que ocurre en la casa de una de sus hijas (Donde estaba residiendo desde hacía 1 mes, en la habitación donde duerme, la cual es amplia y con escasos muebles y cayó encima de una caja de libros. Fue auxiliada inmediatamente y se refiere que no perdió conciencia ni presentó relajación de esfínteres. Desde esta caída comenzó a negarse a caminar y aparecieron “escoriaciones” en región glútea y miembros inferiores. Su condición funcional antes de esta última caída era buena para las ABVD, si con alguna afectación en las Instrumentadas. Por todo esto se decidió ingresar en nuestro centro. Se recibe en el servicio con sondaje vesical.

### **Reportándose:**

#### **Factores de riesgo geriátrico:**

- Caídas
- Inmovilidad
- Incontinencia
- Edad mayor de 75 años
- Riesgo de apariciones de más úlceras por presión

#### **APP:**

- Enfermedad degenerativa Articular
- Hipotiroidismo (Diagnosticado hace 5 años)
- Caídas (Desde hace aproximadamente 2 años)

#### **APF:**

Madre: Fallecida (Suicidio)

Padre: Fallecido (EPOC)

#### **Hábitos Tóxicos:**

- Tabaco: No activamente (Fue fumadora pasiva durante 50 años aproximadamente)
- Alcohol: No
- Café: No

**Alergia medicamentosa:** No refiere.

**Polifarmacia:** No

**Medicamentos que consume (al ingreso):**

- Levotiroxina (1.5 mg) ½ tableta en la mañana.

**Traumatismo:** No refiere.

**Operaciones:** No refiere.

**Transfusiones:** No refiere.

**Examen Físico:**

General: No deambula. En decúbito

Panículo adiposo conservado

TCS: No infiltrado

Mucosas: Normo húmedas, hipo coloreadas.

Piel: En región glútea derecha: Área de aproximadamente 2 centímetros de diámetro eritema cutáneo que no palidece, con pérdida parcial del grosor de la piel que afecta a la epidermis, tipo ulcera superficial que tiene aspecto de abrasión, no interesa el tejido celular subcutáneo, no zonas de necrosis. Rodeada de halo de color rojo, con aumento de temperatura y dolor a la palpación. En región trocántérica izquierda: Pérdida de piel, de aproximadamente 2 centímetros de diámetro de escasa profundidad. En región medial de rodilla derecha: Lesión similar, ambas similares a la lesión de glúteo.

Aparato respiratorio: Murmullo vesicular disminuido globalmente. No estertores  
FR: 18 x´

Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad. FC: 80 x´  
TA: 100/60 mmHg

Abdomen: Globuloso. RHA presentes. Depresible. Impresiona no doloroso. No T ni vísceromegalia.

Tacto rectal: Esfínter hipotónico. No se palpa T al alcance del dedo. Se palpa materia fecal.

Genitourinario: Sonda vesical permeable. Orina no turbia ni de color patológico.

SN: Consciente, vigil, desorientada en tiempo espacio y persona. No déficit motor ni signos meníngeos.

## Escalas Aplicadas (Instrumentos):

1. Tinetti. Equilibrio: 0 /16 Marcha: 0/12, Total 0/28.
2. IMC: 19.5 (Normopeso) Talla: 160 cm/ peso: 50 kg
3. Norton:

Aspecto	Puntuación
Estado general	2
Movilidad	1
Actividad	1
Estado Mental	2
Continencia	1
<b>Total</b>	<b>6</b>

Riesgo de úlcera por presión.

4. Aclaramiento de Creatinina: 50 ml/min.
5. Índice de Katz: Dependiente para todas las actividades básicas
6. Índice de Lawton: Dependiente para todas las actividades instrumentadas.
7. MMSE: 24 puntos
8. Escala de Zarit a Cuidador A: 33 puntos Cuidador B: 24 puntos  
No sobrecarga de ambos cuidadores
9. Escala de evaluación del riesgo de caídas en el hogar: (anexo): **10: alto riesgo**

**Evaluación biomédica:** 1 (En estado de necesidad)

**Evaluación funcional:** 1 (En estado de necesidad)

**Evaluación psicológica:** 1 (En estado de necesidad)

**Evaluación social:** 2 (En estado de fragilidad) Limitada actividad y participación por condición Biomédica, Cuenta con redes de apoyo, no preparadas para su condición actual. Economía adecuada. Cambio reciente de hogar para facilitar el cuidado.

### Complementarios indicados y resultados:

- Hemoglobina: 11.9 g/dl
- Hto: 0,39
- Leucograma:  $5.8 \times 10^9/L$   
Poli: 065 Linfo: 031 Mono: 001 Eosi: 003
- VSG: 21 mm/h
- Plaquetas adecuadas
- CHCM 306
- Conteo de reticulocitos  $14 \times 10^{-3}/L$
- Glicemia: 4.2 mmol/L,
- Creatinina : 65 mmol/L
- Acido Úrico: 310 mmol/L
- Colesterol: 4.8 mmol/L
- Triglicéridos: 1.6 mmol/L
- GGT: 10u/L
- TGO: 33 u/L
- TGP: 14 u/L
- FA : 158 u/L
- Proteínas Totales: 77 g/L
- Albúmina: 51 g/L
- Cíturia: Positiva al ingreso. Negativa después de retirar sonda realizada a la semana.
- ECG: normal
- Pruebas Tiroideas Indicadas.

### Estudios Imaginológicos:

- **Rx de Columna cervical:** Cambios artrósicos cervicales, signos de disminución de densidad ósea.
- **US del HAS:** Hígado de tamaño normal, ecogenicidad moderada. No lesión focal. No dilatación de vías biliares intra y extrahepáticas. Vesícula sin cálculos. Riñones de aspecto senil sin ectasia ni litiasis. No

ascitis. No derrame pleural. No imagen en pseudorriñón. Aorta de calibre normal.

## **Planteamientos problemáticos:**

### **1. Caídas**

#### 1.2 Inmovilidad Total

1.2.1 Ulceras por presión (Glútea derecha, Trocantérica izquierda y en rodilla derecha, todas en estadio I)

## **DESARROLLO:**

Paciente con antecedentes de hipotiroidismo, caídas en los últimos 2 años, en los últimos 6 meses: 2, la última hace 20 días, desde esta fecha se encuentra encamada. Dependiente para todas las actividades Básicas de la Vida Diaria e Instrumentadas; (ABVD- AIVD). Se decide su ingreso constatándose lesiones a nivel de región glútea trocanterica y rodilla derecha ya descritas. Se decide su ingreso y se le realiza la "Evaluación Exhaustiva" en el Servicio de Geriatría del centro.

## **Planteamiento problemático:**

### **- Caídas**

Las caídas representan un importante problema de salud para las personas mayores y repercuten en costes elevados. En su prevención se ha demostrado que es clave el conocimiento epidemiológico de la población diana

La caída no es una enfermedad en sí misma y en general, es la expresión de múltiples patologías, tanto crónicas como agudas, que pueden afectar al paciente mayor, lo que se suma a los cambios que ocurren por el proceso del envejecimiento

Las caídas representan uno de los más serios y desafiantes problemas en le mayor. Están asociadas a mortalidad, morbilidad, deterioro funcional y admisión prematura en residencias de ancianos.

Una clave que debe subrayarse es no solo la alta incidencia de caídas en los ancianos (también es alta en los niños y en los atletas) sino también su combinación con la alta susceptibilidad al daño de estos pacientes. los accidentes son la quinta causa de muerte en los mayores de 60 años, después de las enfermedades del corazón, las neoplasias, los accidentes cerebrovasculares y las enfermedades pulmonares, y la caída es la primera causa de muerte por accidentes, además del comprometimiento que trae a la funcionabilidad.

El riesgo de sufrir caídas aumenta a medida que lo hace la edad. Un tercio de los mayores de 60 años que viven en la comunidad se caen al menos una vez al año y la cifra alcanza el 40-50% entre los mayores de 75 años. De los sujetos que sufren una caída, la mitad de ellos presentan dos o más caídas al año. Esta incidencia se triplica en los ancianos institucionalizados y en aquellos pacientes que ya han sufrido caídas en los años previos.

Las caídas son más frecuentes en las personas mayores viejas. -viejas como este caso, y suelen anteceder a un período de declinación gradual de las funciones y al desarrollo de estados confusionales agudos.

En Cuba, en mayores que viven en la comunidad las caídas aumentan del 25% entre los 65-70 años al 35 % después de los 75 años.

La capacidad funcional es definida como la habilidad de mantener las actividades físicas y mentales necesarias al adulto mayor, lo que significa poder vivir sin ayuda para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Esto tiene implicaciones importantes para el adulto mayor, familia, comunidad y el sistema de salud, una vez que la incapacidad ocasiona mayor vulnerabilidad y dependencia, contribuyendo, así, con una disminución del bienestar y de la calidad de vida de los adultos mayores.

Entre las incapacidades, se cita la ocurrencia de caídas en el adulto mayor, con destaque en estudios nacionales e internacionales por ser considerado un evento que afecta directamente la capacidad funcional de los mismos. Puede ser considerada un tipo de accidente inesperado no intencional en que el cuerpo del individuo pasa para un nivel más bajo en relación a la posición original, con la incapacidad de corrección en tiempo hábil condicionada a factores intrínsecos (inherentes al propio adulto mayor) y extrínsecos (relacionados al medio ambiente); es la segunda causa de muerte por lesiones accidentales y no accidentales. Constituye un marcador de fragilidad, que siempre debemos tener en cuenta y nunca subestimar.

Las consecuencias de las caídas pueden ser desde las más simples (tipo escoriación), hasta las más complejas como restricciones de actividades, síndrome del miedo de caer, declino en la salud, lo que genera demanda por cuidados de larga duración.

## **Definición**

La caída es el evento caracterizado por la pérdida de estabilidad postural con un desplazamiento del centro de gravedad hacia un nivel inferior, generalmente el suelo, sin una previa pérdida de conocimiento y sin pérdida del tono postural, ocurriendo de una manera no intencional (Panel on Prevention of Falls in Older Persons, Journal of American Geriatrics Society, 2011).

Esta definición es muy útil para descartar otras patologías que pueden superponerse al evento de las caídas.

Las caídas asociadas a accidentes cerebrovasculares, convulsiones o actividades lúdicas vigorosas deberían excluirse del denominado síndrome de caídas. Las causas y los factores de riesgos de las últimas son totalmente diferentes a los incluidos en esta definición aportada por la OMS.

El diagnóstico diferencial, establece ciertas dificultades por la superposición de eventos. Otras situaciones médicas pueden simular una caída o presentarse como



tal, y entre ellas se encuentran los mareos y los cuadros sincopales. Estudios de cohortes han demostrado que un porcentaje no despreciable de las caídas inexplicables se deben a fenómenos sincopales con amnesia retrógrada del episodio. En otras palabras, el paciente consulta por la caída, pero no refiere pérdida de conocimiento.

## **Clasificación de las caídas**

- **Caída accidental:** se produce por una causa ajena al adulto mayor sano (por ejemplo, tropiezo) y no vuelve a repetirse.
- **Caídas reiteradas:** expresa la persistencia de factores predisponentes, como enfermedades crónicas múltiples, fármacos, alteraciones sensoriales, etc.
- **Caída prolongada:** aquella en la que el adulto mayor permanece en el suelo por más de 15 ó 20 minutos por incapacidad para levantarse sin ayuda. Los adultos con mayor prevalencia de caídas prolongadas son los mayores de 80 años; los que tienen debilidad en los miembros; dificultad para realizar actividades cotidianas; y los que toman medicación sedante. La estancia prolongada en el suelo puede provocar lesiones, como escaras por decúbito, hipotermia e infecciones secundarias.

Consideramos que el caso presenta caídas reiteradas, presenta varios factores predisponentes y alteraciones sensoriales, (visuales)

## **Factores de riesgo asociados a las caídas**

Los factores intrínsecos son aquellos directamente relacionados con el paciente y su enfermedad y entre ellos están la comorbilidad, los cambios propios de la edad, las enfermedades agudas o la combinación de estos tres

## **Factores intrínsecos**

- Edad
- Caídas previas
- Alteraciones de la marcha
- Alteraciones del equilibrio
- Uso de bastón u otras ayudas técnicas
- Déficit de fuerza
- Deterioro cognitivo y demencia
- Depresión
- Fármacos (especialmente hipotensores, antiarrítmicos y psicofármacos)
- Déficit visual
- Osteoartrosis
- Limitación en la realización de actividades de la vida diaria
- Déficit de vitamina D2

De estos factores nuestra paciente tiene 85 años ha presentado caídas previas, presenta déficit visual y osteoartrosis

## **Factores extrínsecos**

Los factores ambientales externos potencian los factores intrínsecos y, por tanto, el riesgo de caídas. La escasa iluminación, la presencia de obstáculos o elementos que aumentan el riesgo de tropiezo, la ausencia de objetos protectores, la existencia de barreras dentro y/o fuera del domicilio, el uso de calzado inadecuado, etc. son factores que predisponen a sufrir caídas a sujetos con trastornos de la marcha. Una caída «accidental» o por factores extrínsecos ocurre cuando el estrés del entorno sobrepasa las capacidades homeostáticas del individuo para corregir su postura y no caer. Sin embargo, para el anciano, es inapropiado atribuir la caída solamente a la presencia de un obstáculo en su entorno sin realizar una búsqueda de problemas propios del paciente que lo pongan en riesgo de caerse.

Aunque se aplicó la escala de riesgo de caídas OMS, y esta fue de positivo a riesgo (10 puntos/ alto riesgo) consideramos poco valida ya que la paciente se traslada de manera continua a casa de sus hijos para su cuidado, y esto constituye un factor de riesgo aislado permanente, ya que cambia su hábitat de manera periódica

### **Factores extrínsecos**

- Barreras dentro y fuera del domicilio
- Calzado inadecuado

### **Complicaciones:**

Son consideradas un problema de salud en la población adulta mayor, no sólo por su frecuencia sino por sus consecuencias (físicas, sociales y psicológicas).

En cuanto a las consecuencias de las caídas, las principales se asocian a lesiones físicas: índices de fracturas, complicaciones funcionales, cambios en los hábitos de vida, la consecuencia psíquica relacionada al miedo de caerse Síndrome Postcaída y la asistencia sanitaria: ingreso hospitalario.

La paciente presenta: complicaciones físicas, psicológicas y en la asistencia sanitaria requirió de ingreso hospitalario para dar solución a su estado de salud actual.

La movilidad es uno de los principales determinantes de autonomía para la realización de las actividades de la vida diaria, y su alteración se asocia con un mayor riesgo de dependencia, depresión, caídas, fracturas, institucionalización y muerte. En este caso las caídas condujeron a la inmovilidad de la paciente, pero esta a su vez es un riesgo de caídas también.


### **EVALUACIÓN**

#### **Pruebas para determinar el riesgo de caídas:**

Todos los protocolos coinciden en la realización de estas pruebas, a nuestra

paciente no se les realizó las mismas dado su estado inicial de inmovilidad, pero estas pudieron haber sido realizadas ante la detección de los factores de riesgo evidentes que presentaba. Estas pruebas serán a realizadas en consulta externa en su seguimiento.

**Balance:** El anciano debe ser capaz de mantenerse de pie sin ser ayudado con el uso de un bastón o un caminador en 3 posiciones, pies paralelos, posición semi-tándem y posición tándem durante 10 segundos:

 La imposibilidad de realizarlo o no poder permanecer en la posición por los 10 segundos aumenta el riesgo de caídas. Si el paciente en una de las prueba de balance no logra permanecer en la posición por los 10 segundos finaliza la prueba de balance, es decir no pasa a la siguiente.

**Prueba de levantarse de una la silla:** el adulto mayor debe levantarse y sentarse en la silla, sin el uso de los brazos, en 5 ocasiones. Se medirá el tiempo en segundos que invirtió el adulto mayor para levantarse y sentarse en la silla exitosamente, y las veces las veces en que lo logró.



Clasifique al paciente según el tiempo que se demoran en completar la prueba de levantarse de la silla:

Grupo 1:  $\geq 16.7$  seg

Grupo 2: 13.70 – 16.69 seg

Grupo 3: 11.20 – 13.69 seg

Grupo 4:  $\leq 11.19$  seg

A mayor tiempo para realizar la prueba o imposibilidad de completarla, mayor riesgo de caídas.

**Velocidad de la marcha.** Es conocida la correlación de esta con el nivel de salud en general. Este examen consiste en medir el tiempo en caminar 4 metros con el calzado y las ayudas que habitualmente utilice el paciente. El explorador cuenta el tiempo que tarda en recorrer la distancia.

Calcule la velocidad según la fórmula:

$$\text{Velocidad} = \frac{\text{distancia en metros}}{\text{tiempo en segundos}}$$

Clasifique al paciente según el tiempo en recorrer la distancia completar la prueba:

Grupo 1: Menor de 0.46 m/s

Grupo 2: 0.47 – 0.64 m/s

Grupo 3: 0.65 – 0.82 m/s

Grupo 4: Mayor de 0.83 m/s.

A menor velocidad para realizar la prueba o imposibilidad de completarla, mayor riesgo de caídas.

**Test de Tinetti.** Test de la marcha y equilibrio. Puntaje para ambos campos; 0 No realizado, se realizará igualmente en consulta de seguimiento en la Clínica de caídas.

## **Laboratorio**

Resulta acertado en el proceso diagnóstico de los pacientes que han sufrido caída

sin causa aparente, o varias caídas, contar con un examen completo de sangre.

## **EVALUACIÓN DEL PACIENTE CON CAÍDA/S**

1. Revisión tanto de las circunstancias de las caídas como de la comorbilidad.
2. Revisión de la medicación y/o de la introducción de un nuevo fármaco que podría precipitar el evento.
3. Pruebas de la movilidad y de la marcha.

Es un problema que el paciente o la familia no refieren de manera espontánea, es importante que el médico interroge en forma directa. Cuando el paciente, la familia o los cuidadores se refieren a ello en la consulta, suelen describirlo como accidente, desmayos, pérdidas repentinas del estado de conciencia, o pérdida súbita de la fuerza en las piernas. Muchos pacientes ocultan las caídas para evitar que el médico los limite en sus actividades cotidianas o por otros motivos

Se debe interrogar al paciente en forma minuciosa y precisa acerca de los posibles factores de riesgo de caídas (por ejemplo, la presencia de factores extrínsecos orientará a una causa accidental).

Conocer como ocurrió la caída en que circunstancia es fundamental para poder realizar una adecuada valoración de la misma. Un examen físico dirigido nos ayudará a detectar trastornos hemodinámicos, problemas visuales groseros, déficits neurológicos y/o problemas ortopédicos evidentes en los miembros inferiores, así como problemas graves del pie.

**Intervenciones específicas según la causa de la caída.** En este caso fundamentalmente encaminada a:

- Accidental o relacionada con el ambiente donde vive: revisar cuidadosamente los factores ambientales y, una vez identificados, modificarlos.
- Trastornos visuales.

En esta adulta mayor el examen oftalmológico constató déficit visual. presencia de cataratas bilaterales, sumado a las múltiples caídas que condicionaron un

Síndrome post caída en la evaluación del equipo multidisciplinario, conduciendo a una cascada de eventos adversos, caídas, inmovilidad, úlceras por presión.

## **Síndrome Post- caídas:**

Una consecuencia importante a tener en cuenta en esta problemática es el llamado "síndrome postcaída" denominado así por Murphy J, en 1982, y después en el 1985 el "The Kellogg International Work Group on the Prevention of Falls of Elderly", reconoció la importancia del temor a caer; y uno de los hallazgos más importantes de este grupo fue, que aunque las caídas no ocasionaran lesiones físicas, podían tener otras consecuencias, la más importante el temor a caer de nuevo. Las secuelas que desde un punto de vista psicológico puede llevar consigo una caída suelen agruparse bajo el epígrafe de "síndrome postcaída". Podríamos definirlo como el conjunto de consecuencias a corto y largo plazo, producidas tras el hecho físico de la caída, dentro de la esfera psíquica, en el ámbito de las cogniciones y emociones, que provocan conductas y actitudes con resultado de restricción o disminución en las actividades físicas y sociales.

Se trata fundamentalmente de cambios del comportamiento y de actitudes que pueden observarse en las personas que han padecido una caída y que van a provocar una disminución de las actividades físicas y sociales. El síndrome postcaída, incluye tanto el miedo a padecer una nueva caída, como la pérdida de confianza para realizar una determinada actividad sin caerse así como la disminución de la movilidad y de la capacidad funcional.

Miedo a caídas: un fenómeno distinto al síndrome postcaídas es el miedo a las caídas y se presenta haya o no habido caídas, además y considera un marcador de fragilidad.

## **Tratamiento del Síndrome Postcaída:**

Dado que las conductas problema que aparecen en el síndrome postcaída son:

1. Las conductas de evitación como tendencia a la inmovilidad, negación parcial (no ambular por determinados lugares), quejas psicósomáticas variadas, negativa a utilizar dispositivos de ayuda, etc.
2. Las alteraciones cognitivas como ansiedad anticipatoria, evaluación negativa de los propios recursos, distorsión de síntomas somáticos, rumiaciones de evitación, etc.

**Objetivos terapéuticos concretos los siguientes:**

- mejorar su estado anímico y físico
- reducir las respuestas de ansiedad
- disminuir las elaboraciones cognitivas
- eliminar las conductas de evitación

Los protocolos se componen de tres niveles: sobre el sujeto con síndrome postcaída, sobre el entorno humano (cuidadores/familiares) y sobre el entorno físico cercano (programa de control de estímulos ambientales).

Relacionado a la corrección del déficit visual. La evidencia es insuficiente a la hora de recomendar o no recomendar las intervenciones visuales dentro de los programas de prevención multifactoriales. En un ensayo clínico aleatorizado con valoración visual aislada e intervención, se observó un aumento paradójico del porcentaje de caídas y del riesgo de estas (RR 1,54; IC al 95% 1,19-2,06), probablemente relacionado con el ajuste de las nuevas lentes. No obstante, cuando esté indicada, debe realizarse cirugía de cataratas, porque reduce el riesgo de caída

***La evolución de la paciente fue satisfactoria se aplicaron todos los protocolos de intervención establecidos: Inmovilidad y ulcera por presión y caídas.***



Los cuidados de la piel, el manejo de la incontinencia, la movilización y el uso de colchones especiales, son recomendaciones generales en caso de úlceras por presión en cualquier estadio.

### **Tratamiento durante el ingreso:**

Levotiroxina (1.5 mg) ½ tableta 8.00am.

Movilizar cada 1 ½ hora

Colchón antiescara

Entrenamiento vesical para retirar la sonda (está colocada en APS a petición familiar por “incontinencia urinaria”)

**Fisioterapia:** Centrada en la reeducación de la marcha, el uso adecuado de ayudas técnicas, los ejercicios de equilibrio y los ejercicios de resistencia.

Programación intervención oftalmológica cataratas/ una vez recuperadas funciones.

**Paciente con 21 días de estadía hospitalaria, con tratamiento de fisioterapia y psicoterapia de apoyo por síndrome post caída realizada por el equipo multidisciplinario. Se recuperó totalmente en todas las ABVD, al realizar al alta su evaluación funcional, y aunque hay un déficit visual no es de tal magnitud que le imposibilite la marcha con ayuda.**

### **Tratamiento al alta:**

-Mantener ejercicios programados, incluirse en programa de Tai-chi

-Uso de ayuda técnica: Andador.

-Eliminar riesgos domiciliarios detectados y creación de entornos seguros

-800-UI, Vit D + Calcio 1.200 mg de calcio

- Consulta y seguimiento por médico de familia (se envía resumen detallado)
- Consulta en Clínica de caídas para seguimiento

**Puntos claves:**

- Las caídas no siempre son accidentales, y pueden ser la manifestación de una enfermedad subyacente. En ella influyen factores intrínsecos propios del adulto mayor y extrínsecos que incluyen: comportamentales, ambientales y socioeconómicos.
- La caída suele llevar a la dependencia por temor a nuevas caídas.
- Además de las consecuencias físicas, las caídas tienen importantes repercusiones psicológicas, económicas y sociales.
- Los programas de ejercicios e intervenciones en la comunidad, reducen la proporción de caídas y riesgo de caer.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS;**

1. Machado Cuétara, R. L., Bazán Machado, M. A., & Izaguirre Bordelois, M. Principales factores de riesgo asociados a las caídas en ancianos del área de salud Guanabo. *Medisan*. 2014; 18(2), 158-164.
2. Fhon, J. R. S., Fabrício-Wehbe, S. C. C., Vendruscolo, T. R. P., Stackfleth, R., Marques, S., & Rodrigues, R. A. P. Caídas en el adulto mayor y su relación con la capacidad funcional. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2012; 20(5):09
3. Rodríguez, L., López, D. D., Izaguirre, A. M., Herrera, Y. R. Algunas causales relacionadas con caídas en el hogar del adulto mayor. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 2014; 31(1): 35-41.
4. Pellicer García, B., Juárez Vela, R., Gracia Carrasco, E., Guerrero Portillo, S., García, S. (2015). Epidemiología de caídas en la población anciana española no institucionalizada. Revisión sistemática *Revista Rol de Enfermería*. 2014.;38(11): 760-765.
5. Karlsson, M. K., Vonschewelov, T., Karlsson, C., Cöster, M., & Rosengen, B. EPrevention of falls in the elderly: a review. *Scandinavian journal of public health*. 2013; 41(5): 442-454.
6. O'Halloran AM ,Pénard N , Galli A , Fan CW , Robertson IH ,Kenny RA Falls and falls efficacy: the role of sustained attention in older adults *BMC Geriatr*. 2011; (11): 85.
7. Cabestany, J., Moreno, J. M., Pérez, C., Samà, A., Català, A., Rodriguez-Molinero, A., Arnal, M. FATE: One step towards an automatic aging people fall detection service. In *Mixed Design of Integrated Circuits and Systems (MIXDES)*, Proceedings of the 20th International Conference. IEEE. 2013: 545-555.

8. L R Mañas. Tratado de Medicina Geriátrica. **Caídas y trastornos de la marcha en el anciano**. 2015; Elsevier.
9. Karlsson, M. K., Vonschewelov, T., Karlsson, C., Cöster, M., Rosengen, B. E. Prevention of falls in the elderly: a review. *Scandinavian journal of public health*. 2013; 41(5): 442-454.
10. Risco, Y. L., Pupo, O. H., Pargas, A. R., & Viamontes, C. A. . Comportamiento de las caídas en el adulto mayor en un área de salud. *Revista Archivo Médico de Camagüey*. 2015; 6 (2).
11. Matsuda, P. N., Verrall, A. M., Finlayson, M. L., Molton, I. R., & Jensen, M. P. Falls among adults aging with disability. *Archives of physical medicine and rehabilitation*. 2015; 96(3): 464-471.
12. Nicola Fairhall, Catherine Sherrington, Stephen R. Lord, Susan E. Kurrle, Colleen Langron, Keri Lockwood, Noeline Monaghan, Christina Aggar, and Ian D. Cameron. Effect of a multifactorial, interdisciplinary intervention on risk factors for falls and fall rate in frail older people: a randomised controlled trial. *Age Ageing* 2014; 43: 616-622.
13. Melendez-Moral, Juan, Tatiana Garzón-Soler, Alicia Sales-Galán, Teresa Mayordomo-Rodríguez. "Efectividad de una intervención para reducir el miedo a caer en las personas mayores que viven en la comunidad." *Aquichan [Online]*, 2014; (14) .2

14. Kim T. J. Bongers, Yvonne Schoon, Maartje J. Graauwmans, Henk J. Schers, René J. Melis, and Marcel G. M. Olde Rikkert. The predictive value of gait speed and maximum step length for falling in community-dwelling older persons. *Age NAD Ageing*. 2014; 151

## Anexo

### ESCALA DE EVALUACIÓN DEL RIESGO DE CAÍDAS EN EL HOGAR:

#### TAREAS DOMÉSTICAS

. ¿Limpia las salpicaduras tan pronto como se producen?  sí  no

. ¿Mantiene limpio y sin obstáculos los suelos y las escaleras?  sí  no

. ¿Guarda los libros, revistas y material de costura y juguetes de los niños tan pronto como acaban de usarlos?  sí  no

. ¿Guarda con frecuencia los objetos usados en estantes accesibles?  sí  no

#### SUELOS

. ¿Procura que todas las alfombras pequeñas tengan dorso antideslizante?  sí  no

. ¿Están bien fijos los bordes de las alfombras?  sí  no

. ¿Ha corregido los desniveles del suelo?  sí  no

#### BAÑOS

. ¿Usa alfombra o adhesivo antideslizante en la bañera o la ducha?  sí  no

. ¿Tiene barandilla su baño?  sí  no

. ¿Mantiene el jabón en una jabonera de fácil acceso?  sí  no

. ¿Son de fácil acceso las toallas u otros objetos de uso en el baño?  sí  no

. ¿Usa cortina en su bañera para evitar mojar el piso del baño?  sí  no

. ¿Tiene el interruptor del baño al lado de la puerta?  sí  no

#### PASILLOS

. ¿Puede cruzar todas las habitaciones y pasar de una a otra sin dar vueltas alrededor de los muebles?  sí  no

. ¿Está libre de obstáculos el camino desde el dormitorio hasta el  sí  no

**baño?**

. ¿Permanecen apartados del camino los cables del teléfono y de otros aparatos?

**ILUMINACIÓN**

. ¿Tiene interruptores cerca de todas las puertas? sí \_\_\_ no \_\_\_

. ¿Tiene iluminación suficiente para eliminar las áreas oscuras? sí \_\_\_ no \_\_\_

. ¿Tiene una lámpara o interruptor al alcance de la cama? sí \_\_\_ no \_\_\_

. ¿Tiene luces nocturnas en el cuarto de baño y en el pasillo que conduce del dormitorio al baño? sí \_\_\_ no \_\_\_

sí \_\_\_ no \_\_\_

. ¿Están bien iluminadas las escaleras? sí \_\_\_ no \_\_\_

. ¿Tiene interruptor al principio y al final de las escaleras?

**ESCALERAS**

. ¿Tiene barandillas seguras a ambos lados y a todo lo largo? sí \_\_\_ no \_\_\_

. ¿Están bien separados los pasamanos de las paredes de modo que usted se pueda sujetar bien? sí \_\_\_ no \_\_\_

sí \_\_\_ no \_\_\_

. ¿Tienen los pasamanos una forma bien definida de modo que usted sepa cuándo llega al final de la escalera? sí \_\_\_ no \_\_\_

sí \_\_\_ no \_\_\_

. ¿Están las escaleras en buen estado? sí \_\_\_ no \_\_\_

sí \_\_\_ no \_\_\_

. ¿Están todos los bordes de la escalera bien sujetos y en buen estado? sí \_\_\_ no \_\_\_

sí \_\_\_ no \_\_\_

. ¿Ha sustituido usted los niveles por rampas y los ha iluminado bien? sí \_\_\_ no \_\_\_

sí \_\_\_ no \_\_\_

. ¿Es de poca pendiente su escalera?

. ¿Es ancha como para no tropezar con alguien que suba o baje al mismo tiempo?

**SILLAS**

. ¿Evita usted las escaleras para alcanzar anaqueles altos? sí \_\_\_ no \_\_\_

sí \_\_\_ no \_\_\_

. ¿Usa usted una silla fuerte para alcanzar anaqueles altos?	sí ___ o ___
. ¿Están todas las sillas en buen estado?	sí ___ no ___
. ¿Apoya siempre la silla en una base firme y nivelada?	sí ___ no ___
. ¿Cuando usa una escalera o silla, lo hace mirando los escalones y manteniendo el cuerpo nivelado?	sí ___ no ___
. ¿Evita las sillas sin brazos?	sí ___ no ___
. ¿Evita las sillas con respaldos demasiado bajos?	
<b>COCINA</b>	
. ¿Coloca los utensilios más usados a la altura de la cintura?	sí ___ no ___
. ¿Coloca los armarios a la altura del pecho?	sí ___ no ___
. ¿Señala claramente el encendido y apagado de la cocina?	sí ___ no ___
. ¿Evita las mesas con patas inseguras?	sí ___ no ___
. ¿Evita los adornos o mesas con trípodes o pedestal?	sí ___ no ___
<b>CALZADO</b>	
. ¿Tienen sus zapatos suela o tacones que eviten los deslizamientos?	sí ___ no ___
. ¿Utiliza zapatillas bien ajustadas y que no se salgan del pie?	sí ___ no ___
. ¿Evita caminar descalzo?	sí ___ no ___
. ¿Utiliza zapato bajo y cómodo para trabajar en la casa o el jardín?	sí ___ no ___
. ¿Sustituye el calzado cuando se gastan las suelas y pudiera resultar resbaladizo?	sí ___ no ___
<b>EVALUACIÓN: Conceda un punto por cada respuesta negativa</b>	
<b>1-5 Poco riesgo      6-9 riesgo medio      10 o + alto riesgo</b>	