

## Caídas del anciano en la comunidad: ¿qué debe hacer el médico de atención primaria?

M.L. Narro, R. Fraile, L. Sáez y J. Arribas

Centro de Salud Azuqueca de Henares. Guadalajara.

### INTRODUCCIÓN

Las caídas, por su elevada frecuencia y sus múltiples consecuencias, constituyen un importante problema de salud pública. Hay que tener en cuenta que son acontecimientos evitables y tienen múltiples factores de riesgo. La misión del médico de atención primaria es evaluar el riesgo de caídas en toda la población anciana, identificar los factores de riesgo y poner en marcha medidas preventivas.

### CONCEPTOS Y ESTADÍSTICAS

La OMS define caída como la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al paciente al suelo en contra de su voluntad.

Alrededor del 30% de las personas mayores de 65 años sufren una caída anual. El 50% de los ancianos sufrirán más de una caída. En realidad estas cifras son superiores, ya que si no se dan consecuencias importantes no suelen ser motivo de consulta.

### CONSECUENCIAS DE LAS CAÍDAS

#### La mortalidad

La tasa de mortalidad por caída aumenta con la edad, de 50/100.000 a los 65 años hasta 525/100.000 en individuos mayores de 85 años. En los EE.UU. los accidentes son la sexta causa de muerte en las personas mayores de 65 años, ocasionando una mortalidad superior a las neumonías y la diabetes. Del seguimiento de los ancianos que sufrieron una caída se puede observar un aumento de la tasa de muerte tardía. Este aumento de mortalidad se debe más al grado de fragilidad del paciente que a las consecuencias directas de éste.

Se considera anciano frágil al que tiene un perfil de senilidad con discapacidad mental y funcional asociada, con datos de pluripatología o polifarmacia que se suele caer en el interior de la casa durante la realización de tareas domésticas.

#### Morbilidad

Las lesiones que se producen por las caídas se pueden agrupar en (tabla 1):

#### Consecuencias inmediatas

El 50% sólo produce lesiones menores, el 1% da lugar a fractura de cadera, el 5% a otras fracturas y otro 5% a lesiones graves de tejidos blandos.

#### Consecuencias de permanecer caído durante un tiempo prolongado

La imposibilidad de levantarse ocurre en la mitad de los casos y el 10% quedan tumbados en el suelo más de una hora. Las consecuencias de la caída se agravan con cuadros de deshidratación, infecciones y rabdomiolisis. A veces puede ocurrir también una hipotermia, que puede acarrear una mortalidad entre el 0 y el 9% de los casos.

#### Secuelas de la inmovilización

La inmovilización secundaria puede conllevar otras complicaciones como rigidez, osteopenia, etc.

#### Consecuencias psicológicas

Se unen bajo la denominación de "síndrome poscaída", manifestándose sobre todo en mujeres de edad avanzada que viven solas. Representan una pérdida de confianza en las propias capacidades y el miedo a volver a caerse, con importantes modificaciones en sus hábitos de vida previos. El paciente no quiere salir de su casa ni exponerse a ningún riesgo.

#### Consecuencias sociales

La caída provoca ansiedad en los familiares y cuidadores que puede condicionar la vida de su entorno familiar, sobre todo si da lugar a ingresos hospitalarios o si su destino final es una residencia de ancianos.

#### Consecuencias económicas

Son difíciles de cuantificar, pero representan importantes cargas económicas tanto directas (lesiones físicas, fármacos, cirugía) como indirectas (cuidadores, residencias, etc.).

### ¿QUÉ DEBE HACER EL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA ANTE LAS CAÍDAS?

En toda la población anciana hay que valorar el riesgo de caídas, profundizando sobre todo en la anamnesis y en la exploración física para descartar enfermedades que pueden causarlas o evaluar las causas de la caída si ya la tuvo.

Correspondencia: Dra. M.L. Narro Ortiz.  
Laguna de Taravilla, 4, 3.<sup>o</sup> B. 19005 Guadalajara.

SEMERGEN: 2001; 27: 358-361.

## Anamnesis

### Antecedentes personales

Preguntar por:

- Enfermedades actuales y pasadas.
- Hábitos tóxicos.
- Consumo de fármacos. La polifarmacia (consumo de más de 4 fármacos) constituye un factor de riesgo de caídas. Los medicamentos más implicados son: benzodiápinas, diuréticos, barbitúricos, fenotiacinas, antidepresivos y butirofenonas.
- Caídas previas.
- Factores de riesgo asociado. La caída es en muchos casos consecuencia de múltiples factores, siendo los más destacados el deterioro cognitivo y el consumo de ciertos fármacos. Las caídas son el resultado de unir los factores de riesgo intrínsecos (tabla 2) y específicos de cada individuo y los extrínsecos (tabla 3), derivados de la actividad y del entorno. Estos últimos incluirían el lugar de residencia, el mobiliario, la vestimenta, el tipo de actividad que realiza y los cambios de domicilio, con la consiguiente desorientación temporoespacial. Los factores intrínsecos incluyen alteraciones fisiológicas propias de la edad y las enfermedades agudas y crónicas que pueden facilitar la caída. Es importante valorar también la pérdida o no de conciencia para ver si existe enfermedad sincopal.

## Exploración

Haremos hincapié en:

- Exploración cardiovascular. Arritmias, signos de estenosis aórtica, inestabilidad del seno carotídeo e hipotensión ortostática.

**Tabla 1. Complicaciones médicas de las caídas**

Complicaciones inmediatas
Fracturas: cadera, antebrazo, húmero, pelvis y costales
Contusiones: grados I, II y III
Heridas
Contracturas y desgarros
Lesiones de los nervios periféricos y de la columna vertebral
Traumatismos craneoencefálicos: conmoción, contusión y hematomas epidural y subdural
Traumatismos torácicos y abdominales
Consecuencias de permanecer caído durante un tiempo
prolongado
Hipotermia
Deshidratación
Rabdomiolisis
Infecciones
Secuelas de la inmovilización
Rigidez articular
Úlceras por presión
Trombosis venosa profunda
Alteraciones en distintos órganos y sistemas
Respiratorio: empeoramiento de la función ventilatoria y neumonías
Circulatorio: úlceras tróficas
Digestivo: dispepsia, fecaloma y estreñimiento
Locomotor: osteoporosis y atrofia muscular

– Exploración neurológica. Estado mental, valoración muscular, signos de focalidad, exploración del cerebelo, enfermedad de Parkinson, etc.

– Exploración de las extremidades. Movilidad, deformidades, etc.

– Valoración de la agudeza visual y auditiva.

– Estudio de la marcha y del equilibrio. Se utilizan diferentes tests para la valoración de la movilidad como el de Tinetti y el *get-up and go test*. En este último, el anciano está sentado en una silla, tiene que levantarse, permanecer momentáneamente de pie, caminar hacia una pared situada aproximadamente a 3 m, darse la vuelta sin tocar la pared, volver a la silla, dar una vuelta alrededor de ésta y sentarse de nuevo. Se valoran la velocidad de la marcha, la longitud del paso, la base de sustentación, la regularidad del paso y la relación entre el tiempo de apoyo de los dos pies y uno solo; se puntúa de 1 a 5, donde 1 es una prueba normal, 5 es muy alterada y 2, 3 y 4 son, respectivamente, muy poco, mediana y moderadamente alterada. Aumenta el riesgo de caídas una puntuación igual o superior a 3.

– Función cognitiva. Se emplean tests como el Mini-mental.

– Función física. Se valoran actividades de la vida diaria con tests como el de Katz o el de la Cruz Roja.

– Función afectiva. Valorada con la escala de Yesavage.

– Función social. Se pregunta sobre la historia matrimonial, los amigos, los recursos económicos, la vivienda, el cuidador, etc.

## Evaluación del anciano que ha sufrido una caída

– Valoración de las consecuencias inmediatas. La caída debe ser tratada como una urgencia médica, examinando bien al paciente, sobre todo el sistema neurológico y cardiovascular, para descartar la posibilidad de fracturas.

**Tabla 2. Factores de riesgo intrínseco**

Causas intrínsecas no sincopales
Trastornos de la marcha y el equilibrio: debilidad muscular, enfermedad sensorial, del aparato locomotor, por apoyo de extremidades, etc.
Accidentes isquémicos transitorios y accidentes cerebrovasculares agudos
Lesión vestibular
Insuficiencia vertebrobasilar
Deterioro cognitivo
Trastornos por ansiedad/depresión
Enfermedad aguda: infecciones respiratorias, urinarias, etc.
Fármacos
Causas intrínsecas sincopales
Enfermedad cardíaca asociada con frecuencia a bajo gasto: estenosis aórtica, estenosis e insuficiencia mitral y miocardiopatía hipertrófica
Enfermedad isquémica
Reflejos cardiovasculares anómalos tras la micción, defecación o toser
Hipoglucemia, hipoxia y anemia
Convulsiones

**Tabla 3. Factores de riesgo extrínseco y su prevención**

Factores extrínsecos	Prevención
Iluminación en el lugar de residencia	Evitar deslumbramientos y sombras; los interruptores de la luz deben estar accesibles a la entrada de las habitaciones; el baño, pasillo y dormitorio con luz nocturna
Suelos	No deslizantes; usar cera antideslizante; evitar las alfombras y, si las hay, con los bordes y esquinas adheridos al suelo y poco gruesas; eliminar objetos del suelo y cables
Escaleras	Siempre iluminadas al principio y al final con interruptores de luz; peldaños de una altura máxima de 16 cm, con fondo y borde resaltado y en buen estado; pasamanos bilaterales
Mobiliario	Utensilios de uso diario siempre a mano y evitar alturas; cerrar siempre los cajones y mejor tener armarios de puertas correderas; las sillas, deben tener reposabrazos para apoyarse al levantarse y sin ruedas
Cuarto de baño	Asideros y alfombrilla antideslizante en baño y ducha; váter alto; la puerta se abrirá hacia el exterior
Dormitorio	Camas anchas de altura adecuada; evitar mueble bajos y objetos en el suelo
Factores de la calle	Cuidarse de los semáforos de breve duración o intermitentes; usar bancos altos; evitar zonas de obras o aceras estrechas; prestar atención a obstáculos como farolas, buzones, señales de tráfico y contenedores
Factores en el transporte	Escalones de subida al autobús de altura adecuada o con rampa; intentar ir sentado o bien sujeto por movimientos bruscos del vehículo; prepararse con antelación para salir y avisar para evitar arranques rápidos
Calzado y ropa del paciente	Suelas antideslizantes; prohibido tacón alto; no andar sólo con calcetines; no usar zapatillas sueltas; cuidado con la ropa que dificulte el movimiento
Residentes solos en la comunidad	Conexión de sistema de alarma; centros de día; casa de la tercera edad, etc.
Residencia en instituciones	Contar con las medidas anteriores y evitar en lo posible las medidas de sujeción por riesgo de accidentes

– Identificación de las causas y circunstancias de la caída. Una buena anamnesis es importante. Las ocasiones más frecuentes de caída son en actividades cotidianas, solo el 5% se dan en actividades con mayor riesgo en ancianos más vigorosos, produciendo consecuencias más graves.

Para estudiar a estos pacientes se debe realizar una valoración con las siguientes preguntas: ¿se acuerda de la caída?, ¿perdió el conocimiento?, ¿pudo amortiguar la caída?, ¿sintió que de repente le fallaron las piernas?, ¿dónde se cayó?, ¿en qué momento del día?, ¿qué hacía en el momento de la caída?, ¿alguien ha presenciado la caída?, ¿cuánto tiempo ha permanecido en el suelo?, ¿se pudo levantar solo?, ¿se ha caído alguna otra vez en los últimos 6 meses?, ¿cuántas veces?

– Valoración de las consecuencias a largo plazo. Descartar el síndrome poscaída.

## PREVENCIÓN DE LAS CAÍDAS EN EL ANCIANO

El objetivo principal es disminuir el riesgo de caídas, sin limitarle su movilización, su independencia y sus actividades diarias.

La prevención se realiza sobre distintos aspectos:

– Valoración del paciente y su entorno para crear el ambiente más adecuado y evitar las caídas (prevención primaria).

– Intentar la recuperación total de la autonomía del paciente tras la caída (prevención secundaria).

– Evitar secuelas (prevención terciaria).

Cualquier anciano debe recibir estas medidas preventivas a partir de los 60 años de edad para que vayan modificando sus hábitos, pero también tenemos que tratar de

identificar a los grupos con mayores factores de riesgo. Según el riesgo se clasifican en:

- Ancianos de menor riesgo. Incluye a los menores de 75 años con buena movilidad, con riesgo sobre todo, al bajar las escaleras.
- Ancianos de riesgo intermedio. Edad entre 70 y 80 años, autosuficientes y con un único factor de riesgo.
- Ancianos de alto riesgo. Mayores de 75 años, con enfermedades crónicas o con varios factores de riesgo asociados. El máximo riesgo de lesiones graves ocurre en pacientes psicogeriatríficos con movilidad pero frágiles.

### Prevención de los factores extrínsecos

El 50-70% de las caídas ocurren en casa y, de ellas, el 76% son en el dormitorio o en el cuarto de baño.

El equipo de atención primaria debe recoger información sobre estos factores a través de la visita domiciliaria o mediante la entrevista e intentar poner en marcha las medidas que se detallan en la tabla 3.

### Prevención de los factores intrínsecos

Entre las medidas de prevención destacamos:

– Recomendar una nutrición completa para su edad, que incluya lácteos y proteínas (1 g/kg).

– El consumo de medicamentos. Las normas de prescripción en geriatría son usar el menor número de medicamentos posible, tratar sólo si existe amenaza para la vida o su confortabilidad, delimitar las prescripciones en el tiempo y seleccionar los medicamentos.

– Consumo de alcohol. No se ha relacionado con una mayor incidencia de caídas.

– Tratamiento de la pluripatología. Sobre todo de enfermedades neurológicas, de la agudeza visual y auditiva, de la osteoporosis y de la enfermedad cardíaca.

– Debe hacerse una valoración de las deformidades de los pies, ya que el dolor puede generar una disminución del equilibrio que puede ser solucionada.

– Valorar la existencia de hipotensión ortostática; y si está presente, se debe aconsejar cómo variar de postura, recomendar ejercicios, etc.

– Promover la práctica diaria de ejercicio físico para mantener y aumentar la capacidad de actividad física, su amplitud, la coordinación de movimientos, el fortalecimiento muscular y un mayor control del equilibrio.

## REHABILITACIÓN DE LAS CAÍDAS

En ancianos que han sufrido una caída deben ponerse en marcha unas medidas de educación que les ayuden a enfrentarse a nuevas situaciones de riesgo, para lograr que puedan levantarse solos y mejorar la estabilidad y la marcha ante situaciones precipitantes.

– El anciano aprende a levantarse a partir de estar tendido en el suelo, con varias etapas: decúbito lateral, a cuatro patas, acercarse a un mueble que sirva de apoyo, poner un pie en el suelo e intentar levantarse. Además, en el momento de caer debe intentar enlentecer la fuerza de la caída agarrándose o golpeándose con otro objeto antes de ir al suelo para evitar fracturas.

– Se rehabilita la estabilidad de pie y en actividad, con ejercicios de movilización cefálica y de la columna cervical que estimula el sistema laberíntico, ejercicios de corrección de retropulsión con el cuerpo a 15° de inclinación y

luego comenzando a andar; también se efectúan ejercicios de deambulación rápida con cambios de dirección, salvando obstáculos y subida y bajada de escaleras.

– Despues de la caída hay que revalorar la marcha. Su regularidad, grado de elevación de los pies en cada paso, la media vuelta, la marcha atrás y la subida y bajada de escaleras. Si fuera preciso, hay que ayudarse con un bastón o andador.

## BIBLIOGRAFÍA GENERAL

- Buchner DM, Larson EB. Falls and fractures in patients with Alzheimer-type dementia. *JAMA* 1987; 257(11): 1492-1495.
- Cummings RG, Miller PJ, Kelsy JL et al. Medications and multiple falls in elderly people: the St. Louis OASIS study. *Age and Ageing* 1991; 20: 455-461.
- Radebaugh TS, Hadley E, Suzman R. Falls in the elderly. *Clin Geriatr Med* 1985; 1.
- Ray WA, Griffin MR, Schaffner W, Baugh DK, Melton LJ 3rd. Psychotropic drug use and the risk of hip fracture. *N Engl J Med* 1987; 316 (7): 363-369.
- Robbins AS, Rubenstein LZ, Josephson KR, Schulman BL, Osterweil D. Predictors of falls among elderly people: Results of two population-based studies. *Arch Intern Med* 1991; 149: 1628-1633.
- Rubenstein LZ, Robbins AS, Schulman BL, Josephson KR, Osterweil D. Fall and instability in the elderly. *J Am Geriatr Soc* 36: 1998; 266-278.
- Stewart RB, Moore MT, May FE, Marks RG, Habe WE. Nocturia: a risk factor for falls in the elderly. *J Am Geriatr Soc* 1992; 40 (12): 1217-1220.
- Tinetti ME, Speechley M, Ginter SF. Risk factors for falls among elderly persons living in the community. *N Engl J Med* 1988; 319 (26): 1701-1707.
- Tinetti ME, Speechley M. Prevention of falls among the elderly. *N Engl J Med* 1989; 320 (16): 1055-1059.