

el 7/12/2009. Nos encontramos una paciente hemodinámicamente estable, con varias máculas hiperpigmentadas ovaladas en tronco y región axilar y el resto de la exploración somática anodina. Desde el punto de vista neurológico destacaba únicamente un sistema motor con tetraparesia (4/5 en MSI y MMII, 3/5 en MSD), con conservación de la sensibilidad (en todas sus modalidades) y reflejos sin alteraciones. No tenía nistagmo, dismetrías ni disdiadiocinesia. La marcha en tandem era imposible con un Romberg + y ataxia con aumento de la base de sustentación, anteflexión del tronco y claudicación a escasos pasos. Respecto a las pruebas complementarias que se realizaron (analítica de sangre, ECG, RxTx, sistemático y sedimento de orina, urocultivo, Rx de pelvis y CT craneal) se constató la persistencia de la lesión torácica (sin datos de crecimiento), se descartaron complicaciones de la prótesis de cadera o nueva fractura y se evidenció una ITU por *Escherichia coli* que se trató satisfactoriamente con antibioterapia. La RMN (fig. 1) estableció el diagnóstico definitivo ya que confirmó la progresión de su enfermedad de base como causa subyacente del cuadro. En ella se visualizaban neurofibromas espinales múltiples, con mayor afectación de raíces C2 e impronta significativa sobre la médula. La enferma fue intervenida el 1 de marzo de 2010 (laminectomía). Posteriormente se incorporó a un programa de rehabilitación exhaustivo experimentando una recuperación significativa. En agosto de 2010 era capaz de deambular sin apoyos e independiente para todas las AVD.

En la anamnesis dirigida averiguamos que poseía dos hermanos afectados. En este momento está en curso el resultado del estudio genético de sus hijas.

La historia de esta paciente ha resultado especialmente curiosa por dos razones: por lo infrecuente del síndrome que padece (concluimos que no se deben subestimar tales patologías para no caer en el infradiagnóstico), y por la atipicidad de su presentación y evolución. Lo relevante del caso es su debut clínico a los 65 años y el curso larvado de la enfermedad, con un marcado efecto sobre el estado funcional. Cabe al respecto señalar que a pesar de tener el diagnóstico, sólo la VGI y el abordaje clásico en Geriatría (incluyendo el manejo en los distintos niveles asistenciales) han permitido conseguir el resultado descrito.

Bibliografía

1. Lynch TM, Gutmann DH. Neurofibromatosis 1. *Neurol Clin.* 2002;20:841-65.
2. Mumoli N, Cei M, Bartolomei C, Pirillo V. A patient with loss of vision in the right eye and neurofibromatosis type 1. *CMAJ.* 2009;180:203-6.

Elisa Martín de Francisco Murga*, Marta Isabel Castro Rodríguez y Leocadio Rodríguez-Mañas

Servicio de Geriatría, Hospital Universitario de Getafe, Getafe, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [\(E. Martín de Francisco Murga\).](mailto:aisha_7@hotmail.com)

doi:10.1016/j.regg.2011.03.004

Magnitud del problema de caídas en una red regional de residencias de ancianos españolas

Magnitude of the problem of falls in a regional network of Spanish nursing homes

El conocimiento explícito de la magnitud del problema de caídas en una red de residencias de ancianos puede ser clave para estimular la implementación de intervenciones preventivas centralizadas¹. Por este motivo, diseñamos un estudio con el objetivo de describir la incidencia de caídas y sus principales consecuencias en la red de residencias de ancianos de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia (CARM).

El diseño fue longitudinal (un año de seguimiento) y la población diana fue las personas de 65 años o más que residen en las 45 residencias para personas mayores de la CARM. Excluimos los sujetos incapaces de deambular al menos 5 metros y/o con enfermedad terminal. Mediante muestreo probabilístico por conglomerados bietápicos, intentamos asegurar una muestra de 319 sujetos para conseguir estimaciones con precisión de $\pm 5\%$ y confianza del 95%, para valores mínimos esperados del 35% (incidencia según estudios previos)².

Una vez solicitado el consentimiento informado y entrevistado a cada participante, el personal sanitario de los centros cumplió un registro de caídas *ad hoc* sobre características y consecuencias de los incidentes. En base a este registro agrupamos los sujetos en «sin caídas» (ninguna caída), «alguna caída» (≥ 1 caída) y «caídas repetidas» (≥ 2 caídas). Consideramos las variables edad y sexo del sujeto, y las principales consecuencias de las caídas (físicas, miedo de volver a caerse, y necesidad de asistencia sanitaria).

Calculamos las tasas de incidencia de caídas (cuantitativamente y dicotómicamente en «alguna caída» y «caídas repetidas»), apor- tando las estimaciones puntuales e intervalos de confianza del 95%

(IC 95%) para la muestra total y estratificada según edad y sexo. Analizamos las diferencias respecto a edad y sexo mediante el cálculo de la razón de densidades de incidencia y sus IC 95%. Finalmente, describimos las frecuencias de las principales consecuencias de las caídas.

Resultados

Trescientos diecinueve individuos de 11 centros, uno de cada comarca, cumplieron los criterios de inclusión e iniciaron el estudio. Sin embargo, analizamos 275 individuos de 10 centros, puesto que una institución decidió no facilitar los datos del seguimiento. El seguimiento medio fue de 8,4 meses/sujeto.

La mayoría son mujeres (61,5%) y la media de edad es de 81,6 años. De los 275 participantes, 75 sufrieron un total de 128 caídas durante el seguimiento (24 sufrieron caídas repetidas), con tasa de caídas de 67,5 por 100 personas/año. Las tasas de alguna caída y caídas repetidas son 39,5 y 12,7 por 100 personas/año, respectivamente (tabla 1). Si bien las tasas puntuales son mayores en las mujeres tanto para alguna caída (*Hazard ratio [HR]*: 1,65; IC 95%: 0,98-2,76) como para caídas repetidas (*HR*: 2,41; IC 95%: 0,90-6,46), el análisis bivariado de este factor no revela diferencia significativa.

Considerando la población de estudio total ($N_e = 2.556$), que es la población diana ($N_d = 3.635$) menos el porcentaje de los que no cumplieron los criterios de inclusión (29,7%), estimamos que ocurren aproximadamente 2.098 caídas/año, afectando a 1.010 personas.

En cuanto a las consecuencias, cerca del 50% de las caídas no causaron ningún problema físico. Aunque las principales consecuencias físicas fueron leves: contusión, herida superficial o dolor (43,8%); se produjeron fracturas en el 7% de las caídas y traumatismo craneoencefálico en el 2,3%. Ocho de las 75 personas que

Tabla 1

Tasas de incidencia de alguna caída y de caídas repetidas (100 personas/año)

Sexo y grupo de edad (años)	T	N	Alguna caída (≥ 1 caída)		Caídas repetidas (≥ 2 caídas)	
			Tasa de incidencia*	IC 95%	Tasa de incidencia*	IC 95%
Mujer						
65-74	12,5	18	63,8	19,6-100,0	8,0	0,0-23,6
75-84	52,9	78	41,6	24,2-59,0	15,1	4,6-25,6
≥ 85	52,6	72	43,7	25,8-61,6	19,0	7,2-30,8
Total	118,2	169	45,7	33,5-57,9	16,1	8,8-23,3
Varón						
65-74	19,8	30	40,4	12,4-68,4	15,1	0,0-32,3
75-84	32,9	52	21,3	5,5-37,1	0,0	-
≥ 85	18,8	24	31,9	6,4-57,4	10,6	0,0-25,3
Total	71,5	106	29,4	16,8-41,9	7,0	0,9-13,1
TOTAL	189,7	275	39,5	30,6-48,5	12,7	7,6-17,7

N: número de sujetos; T: tiempo de seguimiento (en años).

* Número de personas que sufren caídas por 100 personas/año.

cayeron sufrieron fractura (10,7%; IC 95%: 3,7-17,7). Respecto a las consecuencias psicológicas, la mayoría de los residentes refiere tener miedo de volver a caerse. Además, tras el 73,2% de las caídas fue necesario asistencia sanitaria.

Discusión

Este estudio explicita la magnitud del problema de caídas en las residencias de ancianos de la CARM. Aunque existen intervenciones preventivas eficaces³, la incidencia identificada persiste al mismo nivel de los primeros estudios de hace casi 20 años (Figura 1). El muestreo utilizado posiblemente el primero que considera todos los ancianos institucionalizados de una comunidad autónoma, permite generalizar los resultados y quizás extrapolarlos a otras regiones que, igual que la CARM, no hayan implementado estrategias de prevención centralizadas. Adicionalmente, la incidencia identificada puede servir de parámetro/indicador para la evaluación de la efectividad de futuros programas de prevención aplicados a nivel regional.

Al generalizar el dato sobre fracturas, se prevé aproximadamente 121 fracturas/año en esta población (cerca de tres fracturas/semana). La mayor incidencia en relación a estudios previos en ámbito español².

Podemos concluir, que la alta incidencia de caídas y sus consecuencias destacan la importancia del diseño sinérgico de intervenciones preventivas, tanto por parte del organismo gestor de la red de residencias como descentralizadas a nivel institucional.

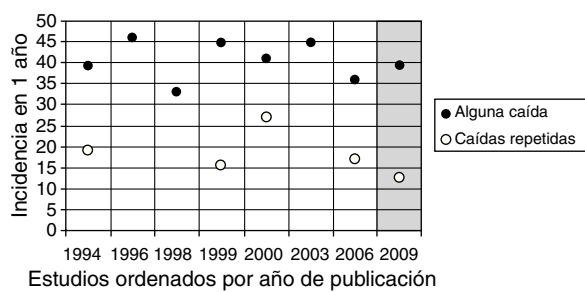


Figura 1. Incidencia de alguna caída (≥ 1 caída) y de caídas repetidas (≥ 2 caídas), ajustada a un período de un año en residencias de ancianos españolas.

Estudios: 1994: García et al.⁴; 1996: Buz⁵; 1998: Fernández-Castañón y Cielos⁶; 1999: Bueno et al.⁷; 2000: Moreno et al.⁸; 2003: Guerra et al.⁹; 2006: Neira y Rodríguez-Mañas^{10,*}; 2009: presente estudio.

En este estudio, las caídas repetidas son definidas por tres o más incidencias.

La coordinación efectiva de estas intervenciones puede ser útil para disminuir la magnitud del problema, explicitada en este estudio, y mejorar la seguridad y calidad de vida de las personas mayores que viven institucionalizadas.

Agradecimientos

Al Instituto Murciano de acción social, al personal responsable de las residencias y a las personas que decidieron participar del estudio.

Bibliografía

1. Rubenstein LZ, Josephson KR, Robins AS. Falls in the nursing home. *Ann Intern Med*. 1994;121:442-51.
2. Silva Gama ZA, Gómez-Conesa A, Sobral M. Epidemiología de caídas de ancianos en España: revisión sistemática. 2007. *Rev Esp Salud Pública*. 2008;82:43-55.
3. Cameron ID, Murray GR, Gillespie LD, Robertson MC, Hill KD, Cumming RG, et al. Interventions for preventing falls in older people in nursing care facilities and hospitals. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;20:CD005465.
4. García JF, Antón C, Espejo B. Factores de riesgo y consecuencias de las caídas en los residentes de un centro geriátrico asistido. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 1994;29:25-30.
5. Buz J. Circunstancias, consecuencias y variables relacionadas con las caídas en población anciana institucionalizada. *Geriátrika*. 1996;12:22-6.
6. Fernández-Castañón MP, Cielos MJ. Caídas de ancianos en un centro de día y una residencia. *Geriátrika*. 1998;14:147-50.
7. Bueno A, Padilla F, Peinado C, Espigares M, Gálvez R. Factores de riesgo de caídas en una población anciana institucionalizada. Estudio de cohortes prospectivo. *Med Clin (Barc)*. 1999;112:10-5.
8. Moreno V, Gómez A, Skurzok H, Nsue DO, Camañ E, García F, et al. Caídas en una residencia asistida: estudio de un año de seguimiento. *Gerokomos*. 2000;11:62-70.
9. Guerra RO, Villaverde C, Coelho G, Tirado B, Ruiz CA, Ruiz R, et al. Factores intrínsecos de riesgo de caídas en una población geriátrica institucionalizada. *Geriátrika*. 2003;19:17-20.
10. Neira M, Rodríguez-Mañas L. Caídas repetidas en el medio residencial. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2006;41:201-6.

Zenewton André da Silva Gama^{a,*}
y Antonia Gómez-Conesa^b

^a UD Medicina Preventiva y Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Murcia, Murcia, España

^b Departamento de Fisioterapia, Facultad de Medicina, Universidad de Murcia, Murcia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: zasgama@um.es (Z.A. da Silva Gama).

doi:10.1016/j.regg.2011.04.003