
ACTUALIDAD

CAÍDAS EN EL ANCIANO. CONSIDERACIONES GENERALES Y PREVENCIÓN

Dra. Regla Ledia González Sánchez,¹ Dra. María Magdalena Rodríguez Fernández,² Dra. María de Jesús Ferro Alfonso.³ y Dr. Josué Raúl García Milián.⁴

RESUMEN: La incidencia de las caídas en la población anciana es mucho mayor que en el resto de la población. Los ancianos muchas veces lo aceptan como parte inevitable del envejecimiento y por ello con mucha frecuencia dejan de consultar al médico sobre este hecho, por ello el médico de familia debe de forma activa pesquisar dentro de su población aquellos pacientes con riesgo de sufrir caídas y con ello evitar las consecuencias orgánicas y psicológicas que éstas acarrearán. Para ello debe conocer las causas más frecuentes que las provocan y lo más importante, la prevención de las mismas. En este trabajo abordamos estos aspectos de manera clara y sencilla para su mejor comprensión.

Descriptores DeCS: ACCIDENTES POR CAIDAS/prevenición & control; HERIDAS Y LESIONES/epidemiología.

Las caídas y las fracturas suponen sin dudas un importante problema tanto médico como social, dada la gran incidencia entre la población anciana, los problemas que de éstas se derivan y el aumento progresivo de personas mayores de 60 años. Es evidente, por tanto, la importancia del tema que nos ocupa, así como la preocupación por descubrir formas de prevención de dichas caídas.^{1,2}

Las caídas provocan lesiones importantes y fracturas que en los pacientes de edad geriátrica conllevan una larga y difícil rehabilitación, pudiendo llegar a ser en ocasiones fatales; además traen consigo, por leves que sean, factores físicos o psicológicos, pérdida de la movilidad y para las personas ancianas, esto es tan precioso como la vida misma.³

¹ Especialista de I Grado en Medicina Interna. Instructora de la Facultad "Miguel Enríquez". Subdirecta Docente Policlínico California San Miguel del Padrón

² Especialista de I Grado en Medicina Interna de II Grado en Gerontología y Geriatría. Profesora Auxiliar de la Facultad "Clinicoquirúrgico 10 de Octubre"

³ Especialista de I Grado en Medicina General Integral del Policlínico "Bernardo Posse".

⁴ Especialista de I Grado en Medicina Interna del Hospital "Clinicoquirúrgico 10 de Octubre".

IMPORTANCIA EPIDEMIOLÓGICA

La incidencia anual de caídas entre personas ancianas que viven en la comunidad aumenta del 25 % entre los 65-70 años, al 35 % después de los 75. La mitad de las personas mayores que se caen lo hacen repetidas veces y son más frecuentes en hogares de ancianos y residencias.

Las mujeres parecen sufrir más caídas que los hombres hasta los 75 años, a partir de la cual la frecuencia es similar en ambos sexos.²

CONSECUENCIAS DE LAS CAÍDAS

Físicas: La fractura es la consecuencia más seria de las caídas. La tasa de mortalidad entre los enfermos que han sufrido una fractura de cadera es del 10-20 % más alta que entre aquellas de igual sexo y edad que no la han sufrido.^{2,3}

La mayor parte de estos fallecimientos ocurren en los 4 meses siguientes, además es causa de incapacidad física posterior, ya que la mitad de los que sobreviven tras ella no recuperan nunca el nivel funcional que tenían antes.³

Otras consecuencias son daños de tejidos blandos, los traumas de tejidos nerviosos (poco frecuente, pero graves); así como la hipotermia, deshidratación, infecciones respiratorias y sobre todo, el tromboembolismo pulmonar y las úlceras de decúbito.³

Psíquicas: Generan miedo a caer otra vez, o un estado continuo de ansiedad, pérdida de confianza en sí mismo, aislamiento social, y restricción de las actividades de la vida diaria.⁴

Sociales: Los familiares ante una caída, con frecuencia reaccionan con ansiedad y se convierten en sobreprotectores que limitan la relativa autonomía del anciano.^{4,5}

FACTORES QUE INFLUYEN EN LAS CAÍDAS DEL ANCIANO⁶

- Enfermedades crónicas: Enfermedad de *Parkinson*, demencias, enfermedad cerebrovascular.
- Alteraciones visuales: Cataratas, retinopatía, glaucoma, etcétera.
- Sistema vestibular: La pérdida de equilibrio relacionada con la edad, puede ocurrir como resultado de osteoporosis con acúmulo de calcio en el órgano de corti; además puede ocurrir por traumatismos, infecciones del oído y por consumo de fármacos como furosemida, aspirina, aminoglucósidos, etcétera.
- Sistema locomotor: Alteraciones osteomusculares asociadas directa o indirectamente con la edad, así como los problemas de los pies (*hallux valgus*, callos y otras deformidades) pueden ser una causa más de trastorno del equilibrio y de la marcha, y con ello acarrear caídas.
- Sistema neurológico: Cambios estructurales en la corteza cerebral, bien de causa vascular o degenerativa, trastornos de la vía piramidal, extrapiramidal o cerebelosos, son causas importantes de inestabilidad de la marcha.
- Enfermedades agudas: Las infecciosas, y la exarcebación de algunas enfermedades crónicas, como la insuficiencia cardíaca congestiva, puede precipitar caídas. De hecho, la caída puede ser un signo indirecto del inicio de una enfermedad en pacientes mayores y no es extraño una caída como primera manifestación de una neumonía, por ejemplo, en un anciano.
- Polifarmacia: El 81 % de los ancianos toman medicación y de ellos los 2/3 partes ingieren más de un fármaco habitualmente. Esta cifra aumenta con la edad, y así hasta el 30 % de los mayores de 75 años toman más de 3 fármacos.

- Uso incorrecto de los medicamentos: No es infrecuente en la población anciana el mal cumplimiento en la frecuencia de las dosis, la confusión entre distintos fármacos o la automedicación. Todo esto junto con la presencia de pluripatología, supone que las reacciones adversas sean más frecuentes entre los ancianos, y por tanto aumenta el riesgo de caídas.⁴

Por ser este último aspecto uno de los más importantes, pasaremos a describir brevemente los fármacos más relacionados con la incidencia de caídas.

Benzodiazepinas: El Nitrazepán y Flurozepán parecen ser los que más problemas causan en este sentido, el Clobazán y el Clordiazepóxido, los que con menor frecuencia se asocian con caídas.

Antihipertensivos: Se consideran en segundo lugar después de los sedantes, pueden influir en las caídas por producir hipotensión postural (Metildopa, betablo-queadores, etc) o disminuir el flujo sanguíneo cerebral.

Diuréticos: Por producir hipotensión sobre todo cuando son empleados en enfermedades cardíacas.

Fenotiacinas: Sus reacciones adversas son las extrapiramidales y el parkinsonismo. Puede explicar cierta asociación con caídas.

Antidepresivos tricíclicos: Aumenta la propensión a las caídas sobre todo cuando se asocian a otras drogas que provocan hipotensión postural, siendo su principal exponente la Imipramina. Además este grupo provoca trastornos del ritmo cardíaco y efecto anticolinérgicos que puede intervenir en las caídas del anciano.

Antiinflamatorios no esteroideos: Existen estudios que afirman que el 20 %

de los ancianos tratados con ellos desarrollan inestabilidad y confusión.¹

Teniendo en cuenta lo antes expresado, debemos ser cautelosos a la hora de imponer tratamiento donde se combinen estos fármacos, debido al peligro potencial de caídas que esto conlleva.

Los factores extrínsecos son la causa del 77 % de caídas como los derivados del entorno (existencia de alfombras, excesos de espejos, pijamas de pantalón largo, pisos muy pulidos, animales, escaleras, sillas y mesas bajas, etcétera).⁷

Ante todo lo dicho, nos queda el aspecto más importante, identificar dentro de la población que atendemos, aquellos ancianos con riesgo de sufrir una caída y cómo evitar que esto ocurra.

GRUPOS DE RIESGO^{1,2}

Los factores que aumentan el riesgo de caída son: la edad, historia de caídas previas, las alteraciones de la estabilidad y/o la marcha y el número de fármacos usados; por lo que se deben dividir en 3 grupos.

Alto riesgo: Aquellas que reúnan varios de los factores anteriores, más de 75 años y que posean patologías crónicas o permanezcan ingresados en hogares.

Riesgo intermedio: Ancianos entre 70 y 80 años que se valen por sí solos, pero con un factor de riesgo específico.

Bajo riesgo: Menor de 75 años, buena movilidad, no enfermos, pero que han podido tener alguna caída, generalmente por un descuido.

PREVENCIÓN^{1,3,6,7}

Lo fundamental en este tema, es su prevención, pues de hecho, al evitar una caída estamos evitando sus consecuencias. El trabajo del médico de familia deberá estar encaminado fundamentalmente a prevenir las caídas accidentales, ya que constituyen el mayor porcentaje; o detectar las causas orgánicas de las mismas con el consiguiente tratamiento, o interconsulta de los casos que lo ameriten. Por ello el médico debe recomendar que es importante mantener una iluminación adecuada en el área donde se mueve el anciano, evitar colocación de objetos de baja altura con los que el anciano pueda tropezar, las alfombras deben estar bien colocadas, no dejar en el suelo herramientas o juguetes, los animales domésticos no deben circular por las habitaciones,

colocar barandas a ambos lados de las escaleras, etcétera.⁷

Otro elemento importante es la corrección, es decir, el ajuste de las actividades del paciente para compensar sus incapacidades, tales como: el uso de espejuelos, bastón, collarín cervical, andadores, etc. Se debe recomendar rehabilitación con ejercicios que mejoren el tono muscular, la flexibilidad y la agilidad del anciano sobre todo después del encamamiento; al igual que la rehabilitación psicológica para intentar devolver al anciano la confianza en sí mismo, tras una caída.^{1,6}

Se deben controlar las enfermedades crónicas que presente el paciente y brindar educación sanitaria sobre la correcta utilización de los medicamentos, así como conocer las principales formas de prevención y tratamiento de las caídas en el anciano (Anexo).

ANEXO

Prevención y tratamiento de las caídas en el anciano. Elementos en la valoración del equilibrio y la marcha

Anormalidad	Diagnóstico posible	Rehabilitación o adaptaciones ambientales.
Dificultad para levantarse y sentarse en sillas	Miopatía, artritis, síndrome parkinsoniano postural, falta de ejercicios	Sillas altas y firmes, ejercicios de fortalecimiento.
Desequilibrio durante el giro y la extensión del cuello	Enfermedad degenerativa cervical como artritis y espondilitis	Ejercicio del cuello, collar cervical, almacenamiento adecuado de los artículos de uso diario en la cocina y habitación
Desequilibrio después de percusión de esternón	Síndrome parkinsoniano y otras enfermedades del SNC	Entrenamiento del equilibrio, ejercicios de la espalda, Ambiente sin obstáculos, Bastón apropiado y luz de Noche
Marcha. Altura de los pies disminuidas	Enfermedad del SNC, dificultad sensorial múltiples (visuales, vestibulares) y miedo al caer	Evaluación sensorial, zapatos apropiados (tacón bajo, bien amarrados, no uso de chancletas). Enseñanza de la marcha. Alfombra plana. Piso pulido

Anexo. (Continuación)

Desequilibrio sobre áreas irregulares	Propiocepción disminuida y debilidad del tobillo	Enseñanza de la marcha, zapatos apropiados, bastón apropiado
Desequilibrio mientras gira	Enfermedad del cerebelo, pérdida del campo visual, déficit sensorial múltiple, síndrome parkinsoniano y hemiparesia	Ejercicios, ambiente sin obstáculos, enseñanza de la marcha y bastón apropiado.
Inestabilidad con ojos cerrados	Alteraciones multisensorial Alteraciones Propioceptiva. Deficiencia B 12. Diabetes mellitus.	Tratamiento específico y buena iluminación nocturna

SUMMARY: The incidence of falls among the elderly is much higher than in the rest of the population. Aged people many times accept it as an inevitable part of aging and that's why they frequently stop consulting the doctor about this fact. Therefore, the family physicians should find in their population those patients at risk of falling, avoiding this way their organic and psychological consequences. It is important for physicians to know the commonest causes of these falls and how to prevent them. These aspects are approached in this paper in a clear and simple way in order to attain a better understanding.

Subject headings: ACCIDENTAL FALLS/prevention & control; WOUNDS AND INJURIES/epidemiology.

Referencias Bibliográficas

1. Ribera Casado JM, Cruz Jentoft AJ. Geriátría Formación Continuada en Atención Primaria. Editorial Idepsa (Internacional de Ediciones y Publicaciones S.A.) Madrid 1991:75-81.
2. Ribera Casado JM, Verga G. Enfermería Geriátrica. Editorial Idepsa. Madrid 1991: 192-207.
3. Espinosa Brito A, Ramos Cabrera J. Temas de Geronto-Geriátría. Editorial Finlay. Cienfuegos 1990:
4. Salgado Alba A, Guillen Llera F, Díaz L. Tratado de Geriátría y Asistencia Geriátrica. Barcelona. 1986.
5. Carrasco García MR. La problemática del anciano. Actualidad en Geriátría. Serie información temática (1).
6. Flórez Tascón FJ, López Ibor JM. Saber envejecer. Editorial Planeta de Agostini S.A. España 1996:35-44.
7. Felsón DT. Prevención de las fracturas de cadera. Hospital Practice 4,2:25-39.

Recibido: 6 de marzo de 1998. Aprobado por: 8 de octubre de 1998.

Dra. Regla Ledia González Sánchez. Especialista de I Grado en Medicina Interna. Instructora de la Facultad "Miguel Enríquez". Subdirectora Docente Policlínico California. San Miguel del Padrón, Ciudad de La Habana, Cuba.