

REPASANDO EN AP

Cómo actuar ante las caídas en ancianos

Caba Martín A, Montoro Sánchez E,
Martos Fabrega V

*Especialistas en Medicina de Familia.
CS de Atarfe (Granada)*

CORRESPONDENCIA

Adoración Caba Martín
E-mail: dori1968@hotmail.com

Recibido el 28-03-2022; aceptado para publicación el 08-05-2022
Med fam Andal. 2022; 1: 52-57

IMPORTANCIA EN LA EVALUACIÓN INICIAL DE LAS CAÍDAS EN ANCIANOS

Presentamos el caso de un varón de 81 años con antecedentes personales: alergia a clavulánico. Esteatosis hepática. Estenosis de canal lumbar y espondiloartrosis. HBP intervenida. Orquitis intervenida. TBC urinaria. Enfermedad de Alzheimer grado moderado e hipertensión. En tratamiento con omeprazol 20 mg/24h, silodosina 8 mg/24h, losartan 50 mg/24h, memantina 20 mg/12 horas, trazodona 100 mg/24h.

Enfermedad actual: hace una semana tuvo una caída. Desde entonces ha ido perdiendo movilidad, permaneciendo en cama de forma permanente, manifestando dolor y muscular y aumento de secreciones bronquiales.

La situación basal del paciente: vive con su mujer bajo la casa de sus hijos. Camina por casa con andador pero no sale a la calle. Precisa ayuda para el aseo y vestirse aunque cuando le hacen la comida se la come solo.

Se solicita asistencia al médico de familia en el contexto del aumento de secreciones respiratorias y febrícula por lo que se indica antibiótico. Ante la imposibilidad de deambular se solicita atención por parte del equipo de urgencias del centro de salud por deterioro de la movilidad. A la exploración presenta paresia de miembros

superiores e inferiores con hipoestesia mayor en miembros superiores. Ante el hallazgo en la exploración se remite a hospital de referencia para completar estudio.

Tras realizar TAC de cráneo y columna cervical el hallazgo es fractura de C5, tipo B3 de la clasificación AOSpine y discretos trazos de fractura en la cortical anterior de C4, sin signos que sugieran invasión del canal raquídeo. Enfermedad de Forestier. Hematoma precervical desde la altura de C1 hasta C6 con discreto abombamiento de la pared posterior de la faringe. Reducción de calibre del conducto raquídeo por discreta retrolistesis del segmento cervical por encima de la fractura, y discreta subluxación de articulaciones interapofisarias C4-C5. Conjuntamente comprimen el cordón medular, sobre todo a nivel C4-C5. Existen alteraciones de señal intramedulares compatibles con edema compresivo que se extienden desde la altura de C2 hasta C7-D1.

Juicio clínico: lesión medular ASIA C nivel C4 por fractura C5. Tetraplejía.

El paciente queda ingresado y en seguimiento por neurocirugía y rehabilitación; dada la situación basal del paciente (Alzheimer moderado), sus comorbilidades y situación actual, descartan, tras hablar con la familia tratamiento quirúrgico e ingresa para tratamiento paliativo con mal pronóstico.

ACTUALIZACIÓN

A propósito de este caso queremos hacer un recordatorio de la pauta de actuación ante las caídas en el paciente mayor dado que son muy prevalentes, constituyen uno de los principales síndromes geriátricos y son un problema de salud pública. Se estima que un tercio de las personas mayores se caen al menos una vez al año y, de ellos, la mitad lo hacen dos o más veces, siendo ésta la población de mayor riesgo de padecer consecuencias debidas a las caídas.

Las caídas constituyen un factor de fragilidad en la población anciana y su etiología es muy variada debido a factores tanto intrínsecos¹ (edad, sexo, enfermedades crónicas, deterioro funcional, mal control postural, trastornos de la marcha y equilibrio, déficit visual, déficit cognitivo, depresión, sarcopenia, etc.) como extrínsecos (de tipo socio económico como menor apoyo social, malas condiciones de la vivienda, vestido inapropiado; de tipo comportamental como polifarmacia, consumo de alcohol o de tipo ambiental como riesgos en el entorno por barreras arquitectónicas, inadecuada iluminación, suelos resbaladizos, presencia de obstáculos, desconocimiento del entorno, etc. ...).

Las caídas son una causa frecuente de lesiones en el anciano² y pueden ser responsables de contusiones, esguinces, traumatismos, fracturas, heridas y/o hemorragias. De los que se caen, entre el 5 y 20% sufren complicaciones severas como fracturas de cadera, hemorragia intracraneal, daño severo de partes blandas, largas estancias en el suelo, discapacidad o incluso fallecimiento. Además, pueden ser responsables de limitación de la movilidad, deterioro funcional, institucionalización y, con frecuencia, un síndrome de miedo a caer, lo que produce una disminución en las actividades físicas y sociales, acompañado de un empeoramiento de su estado funcional, que a su vez predispone a nuevas caídas.

El riesgo se incrementa con cada caída, lo que hace necesario la individualización del riesgo de caída de repetición, la evaluación de los factores implicados en cada sujeto (intrínsecos y extrínsecos)³, el peso de cada uno de ellos y el desarrollo de una estrategia de intervención dirigida a actuar sobre los factores modificables.

Después de evaluar el estado general y tratar las posibles lesiones asociadas, en muchas ocasiones, es necesario realizar un estudio para determinar la existencia de trastornos subyacentes que puedan haber sido responsables directos o indirectos de la caída.

La actuación inicial del médico de familia:

-La realización de la anamnesis debe incluir: es fundamental dejar claro el mecanismo de la caída, que puede ser por factores extrínsecos (no dependientes del propio paciente) o intrínsecos (dependiente del paciente).

Preguntas que se deben de realizar en la anamnesis de una caída son: ¿cuándo y cómo fue la caída? ¿Dónde se ha caído? ¿Recuerda o no la caída? ¿Alguien ha presenciado la caída? ¿Cuánto tiempo estuvo en el suelo?

En nuestro caso la anamnesis no se pudo realizar correctamente por las caracterizaras del paciente (dificultad para realizar historia clínica) y porque la caída no fue presenciada por familiares.

Las personas mayores pueden tener mermadas sus facultades de comunicación (visión, habla y escucha). Por ello puede ser necesario preguntar sobre lo ocurrido varias veces (posibilidad de amnesia) e insistir sobre tratamientos médicos y enfermedades varias ocasiones. Hay que dejar que el paciente se exprese y hacer preguntas concisas y fáciles de entender. Se debe preguntar y/o revisar en la historia del paciente, los antecedentes de: historia previa de una caída, problemas de equilibrio, uso de medicación psicotrópica, artritis o problemas de visión. La patología médica aguda que puede causar una caída en un paciente anciano que debe de ser historizada en el momento de la caída (son: síncope, ataque isquémico transitorio, neoplasia, alteración metabólica, infección y anemia). También se debe evaluar el entorno social y la situación del hogar. Debe de evaluarse si el paciente vive solo, si puede cuidarse, qué tiempo ha podido estar en el suelo, si existe evidencia de abuso de sustancias, la existencia de algún dispositivo para la ayuda a caminar, así como saber qué estaba haciendo cuando ha ocurrido la caída.

-La exploración del paciente debe descartar daño en las extremidades y en el cráneo. Debe de realizarse una exploración completa por aparatos, prestando atención a la movilidad y posibles fracturas (más frecuente de cadera) y lesiones de partes nobles, así como estado de consciencia mediante la Escala de coma de Glasgow (Glasgow Coma Score [GCS]) (Tabla 1).

La GCS se emplea ampliamente como guía de la gravedad de la lesión cerebral. Varios estudios han demostrado que existe una buena correlación entre la GCS y los resultados neurológicos. Una puntuación del coma de 13 o superior está correlacionada con una lesión cerebral leve, la de

Deben de tomarse las constantes, tensión arterial, glucemia, saturación y electrocardiograma de 12 derivaciones junto con tira de ritmo.

Las posibles pruebas complementarias deben estar orientadas por el examen físico y la anamnesis.

Para evaluar la movilidad básica y posibles trastornos de la marcha y equilibrio se puede pedir al paciente que camine (si previamente lo hacía). Otra opción puede ser la realización de la prueba "Levante y Anda" (- Get Up and Go- TUG). La

prueba del TUG consiste en medir el tiempo que tarda la persona en levantarse de una silla con reposabrazos, caminar 3 metros, girar y regresar a la silla y sentarse; se tiene que hacer la prueba una vez a modo de prueba y luego dos veces siendo cronometrado. Su tiempo de administración es de 1-2 minutos. Se suele considerar que está correcto si lo realiza en 10 segundos o menos.

Determinación exacta del mecanismo de la caída y su posible prevención.

Valorar las lesiones sufridas y la letalidad de la caída a través de diferentes escalas⁴:

Escala abreviada de lesiones (Abbreviated injury scale [AIS]) (Tabla 2): a cada lesión traumática se le asigna un nivel de gravedad de entre 1 y 6. Este sistema proporciona tan solo una ordenación aproximada y el aumento de la mortalidad asociado a ello no es lineal.

Valoración de gravedad de lesiones (Injury Severity Score [ISS]) (Tabla 3): se basa en una clasificación anatómica de la gravedad de las lesiones de la AIS, combinando los niveles de gravedad en un único valor que está correlacionado con los resultados. Es un sistema de puntuación comprendido entre 0 y 75, y aumenta con la gravedad (a mayor

Tabla 1. Escala de coma Glasgow (Glasgow Coma Score [GCS])

Puntuación	Mejor respuesta ocular (E)
1	No abre los ojos
2	Abre los ojos frente al dolor
3	Abre los ojos ante órdenes verbales
4	Abre los ojos espontáneamente
Puntuación	Mejor respuesta verbal (V)
1	Ninguna respuesta verbal
2	Sonidos incomprensibles
3	Palabras inapropiadas
4	Confuso
5	Orientado
Puntuación	Mejor respuesta motora (M)
1	Ausencia de respuesta motora
2	Reacción de extensión ante el dolor
3	Reacción de flexión ante el dolor
4	Reacción de retirada ante el dolor
5	Localización del dolor
6	Obedece órdenes

Tabla 2. Escala abreviada de lesiones (Abbreviated injury scale [AIS])

Puntuación	Lesión
1	Menor
2	Moderada
3	Grave
4	Severa
5	Crítica
6	Incompatible con la supervivencia

Tabla 3. Valoración de gravedad de lesiones (Injury Severity Score [ISS])

Región	Descripción de la lesión	Escala abreviada de lesiones (AIS)	Elevar al cuadrado las 3 más altas
Cabeza y cuello	Contusión cerebral	3	9
Cara	Ausencia de lesión	0	
Tórax	Volet costal	4	16
Abdomen	Contusión hepática menor Rotura de bazo compleja	25	25
Extremidad	Fractura de fémur	3	
Externa	Ausencia de lesión	0	
Valoración de gravedad de lesiones	50		

Tabla 4. Valoración del traumatismo revisada (Revised Trauma Score [RTS])

Escala de coma Glasgow (GCS)	Presión arterial sistólica (PAS)	Frecuencia respiratoria (FR)	Valor codificado
13-15	≥89	10-29	4
9-12	76-89	≥29	3
6-8	50-75	6-9	2
4-5	1-49	1-5	1
3	0	0	0

puntuación mayor gravedad de las lesiones y, por tanto, mayor mortalidad). Para establecer la puntuación de la ISS se asigna una puntuación AIS a cada lesión y solamente se emplea la puntuación AIS más alta de cada zona del cuerpo para el cálculo de la ISS. Las puntuaciones de las 3 zonas del cuerpo con lesiones más graves se elevan al cuadrado y se suman para obtener la puntuación ISS.

Valoración del traumatismo revisada (Revised Trauma Score [RTS]) (Tabla 4): mide el componente dinámico agudo del traumatismo e incluye 5 variables: GCS, frecuencia respiratoria (FR), expansión respiratoria, presión arterial sistólica (PAS) y llenado capilar. Los valores de la TS oscilan entre 16 (mejor) y 1 (peor) y se calculan sumando los puntos asignados a las variables componentes.

Tras la anamnesis y evaluación física inicial: se debe valorar la existencia o no de hemorragia, tanto interna como externa. De esta manera se establecerá un procedimiento más o menos agresivo.

No debe de olvidarse que los pacientes ancianos tienen mayor riesgo de desarrollo de hipotermia, otros factores que deben de tenerse en cuenta son los reflejos de vías respiratorias disminuidos, de tal manera que la valoración de la vía respiratoria debe de ser evaluada y manejada de manera prioritaria para evitar la aspiración.

Los criterios que indican la necesidad de la derivación al hospital son:

- Si la persona, en algún momento, ha perdido el conocimiento o está desorientada.
- Si se queja de dolor al intentar incorporarse o presenta una deformidad llamativa en alguna extremidad. En este caso, no hay que moverla y se le colocará la cabeza de lado para facilitar la respiración y se inmovilizará para evitar lesiones a nivel de columna.
- Ante la presencia de sangrado por la nariz, la boca o los oídos o por la presencia de una herida.
- Si presenta náuseas o vómitos o una inusual somnolencia.
- Si respira con dificultad después de un golpe en el tórax, ante la sospecha de un traumatismo costal.

En cualquier caso, aunque la persona mayor que ha sufrido una caída se encuentre, aparentemente, bien, lo recomendable es trasladar a un centro sanitario para descartar cualquier tipo de lesión interna que se haya podido producir, realizar el tratamiento y observación en base a la lesión que la caída haya producido. Sobre todo, ante sospecha de lesiones severas o incluso fracturas, más aún, si la caída no ha sido presenciada, no incorpore o movilice al paciente.

Trasladar a la persona al servicio de urgencias del centro de salud/hospital si fuera necesario, solicitando ambulancia de traslado con equipo

médico, enfermería y técnico conductor tanto para movilizar de forma correcta, así como si es necesario el equipo completo en el caso de que se trate de un paciente inestable, realizando una movilización correcta entre dos o más personas, en bloque, fijando tanto columna como posibles miembros fracturados, por el riesgo de mayor dolor con la movilización y, sobre todo por el riesgo de provocar otras lesiones mayores o agravar las ya existentes.

La actuación del equipo de Atención Primaria debe ir encaminada a **prevenir las caídas en el anciano para ello se deben realizar las siguientes recomendaciones**, bien en la consulta o con ocasión de realizar una visita domiciliaria:

- A nivel general: adaptar la vivienda: entre las principales medidas, será importante una iluminación adecuada, evitar obstáculos, como pueden ser alfombras o muebles en la medida que sea posible (para facilitar la movilidad), evitar suelos resbaladizos, cables, etc. y adaptar las puertas y las diferentes habitaciones para que la persona pueda moverse con mayor libertad. También es importante contar con agarraderos y sujeciones en los lugares más importantes, como en el baño o cerca de la cama.
- También es importante cuidar la salud de la persona mayor, la nutrición, hidratación, forma física, revisar la vista y el oído; así como tener en cuenta la patología y medicación prescrita para evitar riesgos innecesarios por interacciones medicamentosas que favorezcan la pérdida del equilibrio o problemas de coordinación motora.
- Asegurarse de que la persona lleva un calzado adecuado también puede evitar más problemas y caídas. Evitar rozaduras y heridas puede evitar a su vez dificultades a la hora de caminar que provoquen caídas.

Como conclusión

- Las caídas en el paciente mayor son muy prevalentes, constituyen uno de los principales síndromes geriátricos y son un problema de salud pública⁵. Su etiología es multifactorial

debido a factores tanto intrínsecos como extrínsecos.

- Las caídas son una causa frecuente de lesiones en el anciano y pueden ser responsables de complicaciones graves o fallecimiento, así como largas estancias en el suelo, deterioro funcional, discapacidad, institucionalización o síndrome de miedo a caer.
- Después de evaluar inicialmente el estado general y las posibles lesiones asociadas, en muchas ocasiones, es necesario realizar un estudio para determinar la existencia de trastornos subyacentes.
- Debe de realizarse historia clínica y anamnesis completa junto con la exploración física. Las posibles pruebas complementarias deben de estar orientadas por el examen físico y la anamnesis.
- Aunque la persona mayor que ha sufrido una caída se encuentre, aparentemente, bien, lo recomendable es trasladar a un centro sanitario para valoración y descartar cualquier tipo de lesión que se haya podido producir, realizar el tratamiento y observación en base a la lesión que la caída haya producido.
- Ante sospecha de lesiones severas o incluso fracturas, o si la caída no ha sido presenciada, no incorpore o movilice al paciente hasta una primera valoración. Dependiendo de la valoración inicial debería de ser derivado al medio hospitalario para evaluación radiográfica o una prueba de imagen.
- El médico de atención primaria debe estar sensibilizado para poder concienciar al

paciente de la gravedad potencial de estas caídas y explicar que se están poniendo en marcha mecanismos y programas preventivos para evitarlas⁶, disminuir los riesgos que las producen y buscar soluciones a sus consecuencias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kiel DP. Falls in older persons. Risk factors and patient evaluation. UpToDate; 2021; Acceso 28-1-2022. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/falls-in-older-persons-risk-factors-and-patient-evaluation>
2. Khow KSF, Visvanathan R. Falls in the Aging Population. Clinics in Geriatric Medicine. 2017; 33: 357-368. Available in: <https://doi.org/10.1016/j.cger.2017.03.002>
3. Rodríguez-Molinero A, Narvaiza L, Gálvez-Barrón C, de la Cruz JJ, Ruíz J, Gonzalo N, et al. Caídas en la población anciana española: incidencia, consecuencias y factores de riesgo. Revista Española de Geriátria y Gerontología. 2015; 50: 274-280. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-resumen-caidas-poblacion-anciana-espanola-incidencia-S0211139X15000931>
4. Rapsang AG, Shyam DC. Compendio de las escalas de evaluación de riesgo en el paciente politraumatizado. Cirugía Española. 2015; 93: 213-221. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-articulo-compendio-escalas-evaluacion-riesgo-el-S0009739X14000797>
5. Organización Mundial de la Salud. Caídas [internet]. OMS. 2021. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/falls>
6. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. Madrid. 2014. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/ca/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/Fragilidad/FragilidadyCaidas_personamayor.pdf