

CAIDAS EN PERSONAS INSTITUCIONALIZADA Y CÓMO PREVENIRLAS

Docente Tomás Salgado Jiménez (Neuropsicoterapeuta)

Apartado 3

3.1 Las personas institucionalizadas pueden sufrir caídas, **Primero** por la propia institucionalización la cual constituyen un hándicap o factor desfavorable en ocasiones por diferentes motivos, los cuales tienen que ver, en parte, por la propia institución (arquitectura, objetos rodantes, desniveles, escaleras, suelos, alumbrado y condiciones desfavorables por la escasez de personal, y/o desconocimiento de estos al respecto.

Segundo por las propias condiciones personales de la persona institucionalizada (novedad, salud funcional, demencias, desorientación, miedos, desconocimiento del entorno, medicación – polifarmacia- y otras eventualidades) Las cuales veremos mas adelante.

LAS CAIDAS es unos de los síndromes geriátricos, posiblemente más terrible, que puede sufrir una persona anciana, y al mismo tiempo más prevenible en las instituciones.

- **SINDROME**, Es toda aquella circunstancia que acaecida como una situación mórbida padecida (enfermedad o lesión) de causada fortuita o no, la cual desencadena una serie de circunstancias anómalas, derivadas de la primera, que agravan la situación inicial, complicándose la salud de la persona mayor. Sobre todo, ancianidad frágil.

Las caídas se definen como acontecimientos involuntarios que hacen perder el equilibrio y dar con el cuerpo en tierra u otra superficie firme que lo detenga (OMS octubre 2012).

Volviendo a los factores de riesgo de caídas, son muy variados, suelen coincidir varios en una misma persona y es la interacción de múltiples causas la que genera la caída. Los factores más relevantes son las alteraciones de la marcha y del equilibrio, los problemas osteomusculares o podológicos, el deterioro cognitivo, los efectos secundarios de fármacos, la depresión y las alteraciones de la visión. Algunos de ellos no son modificables, como la edad y el sexo, pero existen otras causas de caídas sobre las que es posible intervenir, como la inactividad física, la disminución de fuerza muscular y el miedo a caer. Estos componentes, se mejoran con fisioterapia, movimiento supervisado y otros. Que ya veremos más adelante.

Como ya comenté anteriormente. En el medio residencial, cobran especial relevancia los factores externos, no solo por la infraestructura de la que debe disponer el centro sino porque la propia organización y funcionamiento del centro, así como la dotación de personal, pueden ser en sí mismos factores de riesgo.

Una pincelada a factores de prevención sería: Las estrategias dirigidas a la prevención de caídas incluyen la valoración de los factores de riesgo conocidos y el tratamiento de los factores modificables identificados. Las principales intervenciones son el ejercicio físico, la valoración del entorno, la corrección visual y la revisión de la medicación.

La investigación de los factores de riesgo de las caídas ha recibido una atención científica creciente en los últimos años, ya que la valoración y detección de estos factores son esenciales para desarrollar programas de intervención eficaces.

Debido a que los factores de riesgo son múltiples, las intervenciones preventivas más eficaces parecen ser las evaluaciones multidimensionales seguidas de intervenciones multifactoriales, aquellas intervenciones que abordan todos y cada uno de los factores de riesgo modificables identificados.

Los adultos mayores institucionalizados suelen ser más frágiles, presentan mayor deterioro cognitivo y/o funcional, mayor comorbilidad y mayor polifarmacia, motivo por el que la incidencia de caídas es más alta: más de la mitad de los adultos mayores de este grupo se caen al menos una vez al año.

- **3.2** Sería de mención, y no lo quiero dejar atrás, aunque lo exponga como detalle más adelante, una de la circunstancia factorial, de morbo-morbilidad también, es causada por una deficiencia nutricional, siendo un factor importante desencadenante de la osteoporosis, la falta de nutrientes en la dieta diaria de complementos vitamínicos como es la vitamina D3, el magnesio, vitamina C, junto con otros oligoelementos
- **(Existen más de 80 oligoelementos: calcio, cobre, yodo, hierro, litio, manganeso, cinc, etc)**, los son fundamentales en la formación de hueso con calidad, los cuales son insuficientes en la ingesta diaria y, también, quizás un exagerado exceso de calcio y otros elementos, esto proporciona una cristalización aumentada, no solo la osteoporosis de los huesos en muchas personas, lo cual el hueso tienden a romperse, sobre todo en zonas osteoporóticas cristalizadas de regiones óseas como es el cuello del fémur.

Las pautas de evaluación y tratamiento de las personas institucionalizadas con caídas de repetición o riesgo de presentar caídas las voy a elaborar en este documento, basándome en la revisión bibliográfica y adaptación del documento “World Guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative Age and Ageing 2022”, en el ámbito residencial.

Aunque tenemos que tener en cuenta, las diferencias psicosociales, españolas, respecto a costumbre y hábitos peculiares de nuestros mayores, como así, lo deberían hacer en los diferentes países en los cuales los cambios y hábitos de ejercicio y alimentación, pueden influir muchos en la morbo-morbilidad del hueso. Por ejemplo: excesiva ingesta de carne, azúcar y falta de cantidades deportivas o recreativas de las personas a lo largo de su vida, máxime en la edad adulta.

3.3 El objetivo principal de este apartado, pretende ampliar el conocimiento de la prevención de caídas en el adulto mayor institucionalizado y los componentes que pueden estar implicados en estas, para los proveedores de atención socio-sanitaria, y a sus trabajadores de atención socio-sanitaria. Con un afán de reducir al máximo posible las posibilidades de caídas y su peligroso síndrome posterior.

En las últimas guías publicadas en 2022, se clasifica a los adultos mayores con riesgo de sufrir una caída en las siguientes categorías:

- Pacientes con bajo riesgo de caídas, subsidiarios de educación y ejercicio para mejorar globalmente la salud y prevenir caídas.
- Pacientes con riesgo intermedio, a los que se les debe ofrecer ejercicio adaptado o fisioterapia para mejorar equilibrio y fuerza y reducir el riesgo de caídas.
- Pacientes con alto riesgo de caídas que precisarán de una evaluación multifactorial y unas intervenciones individualizadas.

Nota. Todos los mayores institucionalizados, deberán llevar una supervisión especializada nutricional, y hacer posible un aporte de nutrientes, los cuales pueden escasearse por los motivos propios de no mantener un tiempo de exposición al sol necesario, al mismo tiempo de evitar costumbres nocivas de alimentos, que pueden causar sobrecarga de ácidos o cristaloides alimentarios, los cuales reducen la calidad del funcionamiento de huesos y articulaciones.

En las evaluaciones a las personas institucionalizadas:

Todas las personas mayores que entren en contacto con profesionales de la salud deben ser interrogados sobre caídas ya que no suelen expresarlo de forma espontánea

Todas las personas mayores que entren en contacto con profesionales de la salud deben ser interrogadas, al menos una vez al año, sobre si han sufrido una o más caídas en los últimos 12 meses, y la frecuencia, las características, el contexto, la gravedad y las consecuencias de la/s misma/s.

Si se dispone de recursos y/o tiempo se recomienda preguntar, además, si han experimentado mareo, pérdida de conciencia o de equilibrio y/o miedo a caer que limiten sus actividades habituales.

En los sujetos que respondan afirmativamente a cualquiera de las cuestiones anteriores se deben evaluar los déficits del equilibrio y la marcha para diferenciar entre riesgo intermedio o alto y así facilitar su calificación de riesgo.

A las personas con caídas o lesiones relacionadas con las caídas se les debe preguntar sobre los detalles del evento y sus consecuencias, la presencia de mareo o de algún trastorno previo de movilidad o miedo a caer que limite las actividades habituales.

Se deben clasificar como pacientes con alto riesgo de caídas a aquellos que: hayan precisado tratamiento médico o quirúrgico tras la caída, hayan presentado 2 o más caídas en el último año, hayan pasado más de una hora tendidos en el suelo o sido incapaces de levantarse de forma independiente, sean considerados pacientes frágiles o presentado una pérdida transitoria de conciencia.

En definitiva, en el ámbito residencial, todos mayores deben ser incluidos en el grupo de alto riesgo y recibir una evaluación integral seguida de una intervención multidisciplinar del equipo de trabajo, y si fuera necesario de especialistas externos.

3.4 Notas: 3 preguntas clave para detectar posibilidad de caída:

Cualquier respuesta afirmativa a

- a) ¿Se ha caído durante el último año?
- b) Se siente inestable al estar de pie o caminar? o
- c) ¿Tiene miedo a caerse? Esto conduce al paso de "gravedad de la caída".

Gravedad de la caída; la caída con daño (lo suficientemente grave como para necesitar valoración médica), quedarse en el suelo sin posibilidad de levantarse, o perder la consciencia/sospecha de síncope.

Fragilidad: Las herramientas habitualmente utilizadas para valorar la fragilidad incluyen el Fenotipo de fragilidad y la Escala de fragilidad clínica. En caso de sospecha de síncope habría que poner en marcha la valoración/manejo del síncope.

Los ejercicios para el equilibrio/fuerza de las piernas deberían recomendarse al grupo intermedio de discapacidad, o sea personas con posibilidades de caerse, pero que podrían mejorar su fuerza. La evidencia demuestra que unos ejercicios para el equilibrio complejos son más efectivos para la prevención de las caídas.

Las personas con alto riesgo de caídas pueden experimentar un rápido deterioro, por lo que se recomienda un seguimiento inmediato y un asesoramiento sobre la frecuencia de la consiguiente utilización de los servicios sanitarios: test "levántate y anda" cronometrado.

Prueba "levanta y anda" (Test get up and go)

- El paciente se sienta en una silla con brazos
- Se le indica que se levante (inicio prueba y de cronometraje),

camina 3 metros y vuelve a sentarse en la silla inicial (fin de cronometraje)

- Interpretación:

- < 20 segundos: normal

- > 20 segundos: riesgo de caída aumentado

Una vez clasificado el caso en riesgo bajo, intermedio o alto, ya sea tras visita casual o tras asistencia sanitaria por una caída, se recomienda tomar las siguientes medidas:

Grupo de bajo riesgo (sin antecedente de caídas o caída aislada sin lesión secundaria, ausencia de trastorno de equilibrio o inestabilidad de la marcha): iniciar medidas de prevención primaria y reevaluación anual.

Grupo de riesgo intermedio (antecedente de caída sin lesiones secundarias, pero con presencia de trastorno de la marcha o del equilibrio): ejercicios de fuerza y de equilibrio.

Grupo de alto riesgo (sujetos con al menos una caída el último año y alguno de los siguientes: lesión secundaria a la caída, más de 2 caídas en el último año, fragilidad conocida, incapacidad de levantarse sin ayuda tras permanecer en el suelo al menos una hora tras la caída, sospecha de pérdida de conocimiento como posible contribuyente de la caída). En estos casos se debe ofrecer una evaluación del riesgo multifactorial y una valoración avanzada de síncope y fragilidad si se sospecha su presencia. Supervisión continuada y acompañamiento en deambulación siempre.

3.5. EVALUACIÓN DE LAS PERSONAS CON HISTORIAL DE CAIDAS, INSTITUCIONALIZADAS

Según La Guía de Recomendaciones en Prevención de Caídas en la Persona Mayor Institucionalizada; 2023; Otros soportes; digital; 62 p.; - Guía recomendaciones en prevención de caídas en la persona mayor institucionalizada. CONSEJERÍA DE SANIDAD, CONSEJERÍA DE FAMILIA, JUVENTUD Y POLÍTICA SOCIAL

La Guía de manejo y prevención de caídas en adultos mayores considera que todos los mayores institucionalizados son sujetos de alto riesgo de caídas.

En base a esta consideración hace las siguientes recomendaciones respecto a la evaluación:

Cuándo realizar la evaluación multidimensional de los mayores institucionalizados:

- Todos los adultos mayores que ingresan en un centro residencial deben recibir una evaluación multidimensional en el momento de la admisión (**Recomendación 1C**).
- Todos los adultos mayores institucionalizados que hayan sufrido una caída deben recibir una valoración multidimensional tras la misma (**Recomendación E**).
- Todos los adultos mayores institucionalizados deben recibir una reevaluación periódica multidimensional, al menos una vez al año, o cuando el sujeto sufra un cambio en su estado de salud.

Objetivos de la evaluación multidimensional de los mayores institucionalizados:

- Identificar el mecanismo por el que se producen las caídas.
- Identificar los factores de riesgo, diferenciando los modificables de los no modificables.
- Identificar las consecuencias de las caídas.

- **Aspectos a incluir** en la evaluación multidimensional:

- a) Identificar los mecanismos por los que se ha producido la caída (factores desencadenantes o precipitantes): interrogar sobre las circunstancias de la misma, si se ha asociado a mareo, pérdida de conocimiento u otros síntomas, como cefalea, dolor torácico o palpitaciones. Preguntar si ha tenido otras caídas previas y cuándo se han producido.

b) Identificar los factores de riesgo intrínsecos para caídas (factores predisponentes):

Tabla 1. Factores de riesgo intrínsecos relacionados con caídas

Dominio valorado	Factor de riesgo	Instrumento de valoración
Movilidad	Equilibrio	Equilibrio del SPPB
	Marcha	Velocidad marcha (riesgo aumentado si <0,8 m/s medir en 4 o 6 m) (Recomendación 1A)
	Fuerza muscular	Dinamómetro de presión palmar(Handgrip) según los criterios europeos actuales del EWGSOP2 (European Working Group on Sarcopenia in Older People 2) de 2019
	Ayudas técnicas	Valorar uso correcto de ayudas técnicas
	Evaluación podológica	Descartar calzado inapropiado y problemas de pies (remitir podólogo si precisa)
	Evaluación del síndrome de temor a las caídas	Se recomienda la valoración de la autopercepción del riesgo y temor a caer con la escala Falls Efficacy Scale – International (FES-I) o bien con su versión corta Short-FES-I (Recomendación 1B)
Evaluación sensorial	Sistema vestibular	Descartar mareo, exploración y valorar remitir a Otorrinolaringología
	Visión	Preguntar si afectación visual. En pacientes con déficit visual, valorar remitir a Oftalmología
	Audición	Descartar afectación auditiva en la anamnesis y descartar tapones en la exploración
Evaluación funcional		Valorar ABVD: Barthel, AIVD: Índice de Lawton. FAC
Evaluación mental	Cognitiva (funciones ejecutivas)	Evaluación mediante test cognitivos: Test del reloj, MOCA, Trail Making TestB
	Delirium	Confussion Assessment Method (CAM)
	Trastornos afectivos	Geriatric Depression Scale (GDS)
	Insomnio	Preguntar por higiene sueño

Evaluación del sistema autonómico	Hipotensión ortostática	Descartar bajada de tensión arterial de >20mmHg en bipedestación tras un mínimo de 5 minutos en decúbito
	Evaluación de incontinencia urinaria	Test de las tres preguntas 3IQ
Historia médica	Problemas cardiovasculares	Descartar síntomas cardiológicos, exploración cardiovascular, valorar la realización de electrocardiograma 12 derivaciones. Remitir a Cardiología si precisa (Recomendación 1B)
	Problemas neurológicos	Epilepsia: descartar crisis.
		Parkinsonismo: valorar marcha, movilidad, hipotensión ortostática, test cognitivo de tarea dual
Historia médica Evaluación farmacológica	Presentación atípica de procesos médicos	Valorar comorbilidad, fármacos, anamnesis, exploración multidominio para descartar procesos agudos que puedan haber contribuido a la caída, realización de analítica y otras pruebas complementarias
	Otros procesos médicos	Recoger información sobre otras comorbilidades: Diabetes mellitus: grado de control, episodios de hipoglucemia... Osteoporosis y fracturas previas Dolor mal controlado
Evaluación nutricional	Estado nutricional	Test screening: MNA, exploración nutricional
Evaluación farmacológica	Vitamina D	La suplementación de vitamina D está indicada sin necesidad de análisis de sangre

*Anexo III: Tests de screening y escalas de valoración.

Tener en cuenta, según la historia clínica de la persona:

Enfermedad ósea que se caracteriza por una disminución de la densidad del tejido óseo y tiene como consecuencia una fragilidad exagerada de los huesos.

3.6 ¿CÓMO ACTUAL EN CASO DE CIDA DE UNA PERSONA EN UNA INSTITUCIÓN?

Si hay personal Médico y/o Enfermería (Anexo IV)

El personal de enfermería evaluará las consecuencias de la caída y en caso necesario avisará al médico. Realizará las curas o asistencia derivada de su actividad profesional y en caso necesario activará la derivación a atención hospitalaria si fuera preciso. Realizará el seguimiento y la continuidad de cuidados si el residente no es derivado. Todo ello quedará registrado en la historia del residente.

Además, en el registro de enfermería/ medicina se anotará la fecha, hora, lugar, causa, estado general de la persona antes y después del accidente, constantes vitales incluyendo tensión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria, ritmo, saturación de oxígeno, temperatura, cifras de glucemia capilar, dolor (EVA, PAINAID).

En la Exploración física se valorará escala de Glasgow, presencia de lesiones externas, sangrado, contusiones, lesiones externas, heridas. Etc.,.

Es importante reflejar si el residente toma antiagregantes y/o anticoagulantes.

Igualmente se procederá a cumplimentar el Registro de Notificación de forma detallada, indicando así mismo en el registro el profesional que informa a la familia, día, fecha y hora.

3.7 MANEJO Y PREVENCIÓN DE LAS CAIDAS EN INSTITUCIONES

1. Programa de actividad física multicomponente.

- a) El **entrenamiento de la resistencia aeróbica** podría incluir bloques (en función de la capacidad funcional de la persona) de:
 - b) Caminar en diferentes direcciones y ritmos. ! Caminar en cinta rodante.
Subir escaleras.
Bicicleta estática.

2. El entrenamiento de equilibrio y marcha incluirá ejercicios desde la posición de sentado y posición de pie como:

- a) Ejercicios sin desplazamiento:
- b) Subir y bajar talones.
- c) Quedarse sobre un pie, en la posición de tándem o semitándem. Ejercicios con desplazamiento:

- a) Caminar con apoyo talón-punta, subir escaleras con ayuda, transferir el peso corporal (desde una pierna a la otra)
- b) Desplazamientos multidireccionales con pesos extra (2-4 kg)
- c) Ejercicios de Tai Chi modificados.
Estos ejercicios se pueden realizar todos los días en 2 o 3 series de 8-10 repeticiones cada una.

El **entrenamiento de la flexibilidad** debe incluir ejercicios para los grupos musculares: Estiramientos, yoga o pilates.

Cómo realizar el entrenamiento

1. Es importante que se combine el programa de equilibrio con entrenamiento de fuerza y resistencia, ya que ha demostrado mejorar la capacidad funcional.
2. Realizar el programa de ejercicios al menos 2 ó 3 veces por semana.
3. Comenzar con 10-15 minutos durante las primeras semanas y progresar
 - a. paulatinamente el tiempo de la actividad.
 - b. - Repetir cada ejercicio 3-5 veces en cada sesión.
 - c. - Mantener la posición durante 10-30 segundos.
 - d. - Efectuar los movimientos lentamente, nunca hacerlo de forma violenta.
 - e. - El estiramiento no puede causar dolor, sí puede generar cierta molestia o incomodidad.

Muy importante, la atención de un nutricionista especializado en personas mayores. Para aportar nutrientes como la vitamina D, proteínas, y minerales necesarios en las personas mayores.

CUESTIONARIO DE PREGUNTAS

1º- ¿causas por las que una personas mayor institucionalizada, puede caerse?

- a- Por ser torpe
- b- Por ser mayor
- c- Por las sillas de ruedas con frenos
- d- Por rotura del cuello del fémur

2º- En el entrenamiento físico. No es verdad

- a) Repetir cada ejercicio 3-5 veces en cada sesión.
- b) Mantener la posición durante 10-30 segundos.
- c) Efectuar los movimientos lentamente, nunca hacerlo de forma violenta.
- d) El ejercicio mental es el mejor, para mantener un buen equilibrio

3º- Las caídas ¿las evalúa?

- a) El auxiliar de enfermería
- b) El celador y la enfermera
- c) El auxiliar y el medico
- d) La enfermera y o el medico

4º- Un factor interno predisponente para las caídas:

- a) La vista y el oído, son factores intrínsecos
- b) Un cubo en el pasillo
- c) Una silla de ruedas
- d) La cama

5º- Grupo de alto riesgo:

- a) Sujetos con al menos una caída el último año y alguna lesión, anciano frágil
- b) Sin antecedente de caídas o caída aislada
- c) Antecedente de caída sin lesiones secundarias
- d) Todas son ciertas

6º- Prueba “levanta y anda”:

- a) < 20 segundos: normal
- b) < 25 segundos: normal
- c) < 30 segundos: normal
- d) Ninguno es cierto

7º- Todas las personas mayores que entren en contacto con profesionales de la salud:

- a) Deben ser interrogadas, al menos una vez al año,
- b) No se necesita interrogarla, solo con la observación
- c) Es mejor, esperar a que se caiga alguna vez
- d) Todas son verdaderas