



PARANINFO DIGITAL

MONOGRÁFICOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

ISSN: 1988-3439 - AÑO XI – N. 26 – 2017

Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n26/023.php>

PARANINFO DIGITAL es una publicación periódica que difunde materiales que han sido presentados con anterioridad en reuniones y congresos con el objeto de contribuir a su rápida difusión entre la comunidad científica, mientras adoptan una forma de publicación permanente.

Este trabajo es reproducido tal y como lo aportaron los autores al tiempo de presentarlo como POSTER en "UNA MIRADA A LA EVIDENCIA" I Congreso Intersectorial Envejecimiento y Dependencia, reunión celebrada del 27 al 28 de octubre de 2016 en Jaén, España. En su versión definitiva, es posible que este trabajo pueda aparecer publicado en ésta u otra revista científica.

<i>Título</i>	Identificación en enfermería del riesgo de caídas en personas mayores
<i>Autores</i>	Raquel <i>Martínez-Navarro</i> , Silvia <i>Fernández-Sánchez</i> , Concepción <i>Fernández-Moreno</i>
<i>Centro/institución</i>	(1) Enfermera Centro de Salud Baza. (2) Enfermera Hospital Torrecardenas, servicio de cardiología. (3) Enfermera Centro de Salud Guadix
<i>Ciudad/país</i>	(1,3) Granada. España. (2) Almería. España.
<i>Dirección e-mail</i>	rmartineznavarro@hotmail.com

TEXTO DE LA COMUNICACIÓN

Introducción

Según la OMS¹, 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 detiene; suponen el 65% de los accidentes en ancianos y constituyen una de las principales causas de muerte en la población mayor.

Debido a su elevada frecuencia y a sus consecuencias, las caídas constituyen un importante problema de salud pública. Es algo muy común ya que, anualmente se caen hasta un 30% de las personas mayores de 65 años, y de éstos, más de la mitad volverán a caerse el siguiente año. Un 10% del total de las caídas provocan daños graves, de los que la mitad son fracturas². En mayores de 80 años, la incidencia aumenta hasta el 50% triplicándose en pacientes hospitalizados e institucionalizados, pudiendo llegar a ser la tasa de mortalidad hasta 150 veces más alta que en la población joven.

Los lugares más usuales donde se producen las caídas son: 60% en domicilio, 30% en lugares públicos y un 10% en residencias.

Objetivos

- Identificar el riesgo de caídas en las personas mayores a las que atendemos.
- Determinar intervenciones para la prevención de las mismas.

Metodología

Estudio cualitativo mediante revisión sistemática de la literatura publicada; se llevaron a cabo búsquedas en las siguientes base de datos electrónicas, Pubmed, EMBASE, CINAHL, PsycINFO y Scielo, utilizando los descriptores en ciencias de la salud (DeCS) y los operadores booleanos AND y OR, con las palabras clave de riesgo de caídas, detección, prevención, personas mayores. La búsqueda se limitó a los idiomas inglés y castellano y a aquellos estudios publicados desde 2006 a 2016.

En la selección de los estudios se incluyeron artículos, tanto con metodología cuantitativa como cualitativa, abarcando trabajos de todos los ámbitos del sistema sanitarios.

Se recuperaron 513 artículos, seleccionando 14 de ellos. En el análisis de datos las herramientas detectadas fueron aquellas con posible utilidad para identificación de riesgo de caídas.

Resultados

La etiología de las caídas es multifactorial:

- Factores intrínsecos: cambios relacionados con la edad como la debilidad muscular, equilibrio, marcha, visión.
- Factores extrínsecos: Relacionados por ejemplo con los medicamentos que consumen (diuréticos, sedantes, hipnóticos, antihipertensivos) y los riesgos medioambientales como la iluminación, el mobiliario de la casa, calzado inadecuado, etc.
- Factores circunstanciales: Relacionado con lo que está haciendo el anciano en el momento de su caída, la hora a la que se produce, las características del centro sanitario, el tiempo de estancia en el mismo.

Tras la caída en el anciano, se pueden producir una serie de complicaciones como:

- Lesiones tipo desgarros, heridas, contusiones, traumatismos craneoencefálicos, torácicos, abdominales, hematomas, etc. Las fracturas más frecuentes son las de cadera, muñeca, fémur, húmero y costillas.
- Síndrome pos-caída: El anciano, debido a la falta de confianza por miedo a sufrir otra caída más, limita su movilidad.
- Hospitalizaciones e institucionalización.
- Muerte: Las caídas suponen la quinta causa de muerte en éste grupo de edad.

Evaluación del riesgo de caídas

La evaluación del riesgo de caídas en el anciano tiene que constar de una valoración bio-enfermera (diagnóstico enfermero pasado y presente, estado nutricional, historia farmacológica e historia de caídas), una valoración funcional (utilizando el índice de Katz, la escala de incapacidad de la Cruz Roja y el índice de Lawton), una valoración mental (abarcando la esfera cognitiva con el mini examen mental de Lobo y la esfera afectiva mediante la escala de depresión geriátrica de Yesavage), una valoración de la marcha (mediante la escala de Tinetti, test de Romberg) y una exploración física (que la realizará su médico de familia, principalmente neurológica, cardiovascular, del aparato locomotor y de los sentidos, especialmente vista y oído).

Todos los factores de riesgo deben identificarse en la valoración inicial; las escalas disminuyen la incidencia de caídas aunque no existe ninguna que contemple todos los factores de riesgo.

La escala más utilizada es la de Downton, un resultado de dos o más puntos indica alto riesgo de caídas.

Escala de riesgo de caídas (J. H. DOWNTON 1993)		
Riesgo de caída > 2 puntos		
Caídas previas	No	0
	Sí	1
Ingesta de medicamentos	Ninguno	0
	Tranquilizantes/sedantes	1
	Diuréticos	1
	Hipotensores	1
	Antiparkinsonianos	1
	Antidepresivos	1
	Otros medicamentos	1
Déficits sensoriales	Ninguno	0
	Alteraciones visuales	1
	Alteraciones auditivas	1
	Extremidades	1
Estado mental	Orientado	0
	Confuso	1
Deambulaci3n	Normal	0
	Segura con ayuda	1
	Insegura con ayuda	1
	Imposible	1

Método de evaluación del riesgo de caídas

1.- Antes de producirse la caída: Identificar al paciente con alto riesgo de caídas, registrar factores de riesgo y aplicar la escala de Downton en la valoración. Incluir al paciente en el protocolo de prevención de caídas; aplicar medidas preventivas para modificar o tratar los factores de riesgo asociados.

2.- Pacientes con un elevado riesgo de caídas: Si un paciente tiene un elevado riesgo de caídas deberá intervenirse en el mayor número de factores de riesgo asociados detectados.

3.- Pacientes con riesgo bajo de caídas: Se intervendrá mediante medidas preventivas dirigidas al manejo del entorno; enseñanza del proceso/enfermedad; manejo del régimen terapéutico.

Los diagnósticos enfermeros que podemos utilizar asociados al riesgo de caídas son:

- 00155: Riesgo de caídas.
- 1909: Conducta prevención de caídas.
- 1912: Caída.
- 1902: Control del riesgo.
- 1928: Conocimiento prevención caída.
- 1910: Ambiente seguro del hogar.
- 1610: Conducta de compensación auditiva.
- 0202: Equilibrio.
- 0208: Movilidad.

Métodos de prevención de caídas

1.- Prevención Primaria: Son todas aquellas medidas encaminadas a evitar la aparición de la misma; el objetivo de la prevención primaria es evitar que la enfermedad aparezca; pueden ser de protección de la salud, como las que se realizan sobre el medio ambiente o el saneamiento, o bien, medidas de promoción de la salud, es decir, aquellas que se realizan sobre las personas, como por ejemplo, la vacunación.

El enfermero debe educar en salud y promover hábitos de vida saludables en el anciano, de forma que, debe evitar que, el mismo, desarrolle hábitos tóxicos como el tabaco o alcohol, fomentar el ejercicio físico ya que la frecuencia del sedentarismo aumenta con la edad; más de la mitad de los ancianos reconocen pasar gran parte del día sentados. El sedentarismo se asocia a una mayor mortalidad mientras que el ejercicio físico reduce la incidencia de enfermedades coronarias, HTA, diabetes mellitus tipo 2, depresión y ansiedad. Los adultos mayores pueden realizar la mayoría de las actividades que realizaban cuando eran jóvenes pero a menor velocidad. A mayor edad, mayor dificultad de adaptación al ambiente y mayor tiempo en la toma de decisiones de respuesta que, junto a la pérdida de equilibrio, favorecen las caídas. El sedentarismo provoca pérdida de la masa ósea, fácilmente prevenible con la realización de actividad física moderada, como pasear.

Es necesario el uso de ropa y calzado cómodo que permitan realizar los desplazamientos sin dificultad. El ejercicio físico sirve para controlar la atrofia muscular, favorece y mejora la movilidad articular, disminuye o frena la descalcificación ósea, hace más efectiva la contracción cardíaca, favorece la eliminación de colesterol (disminuye el riesgo de arterioesclerosis e hipertensión, reduce el riesgo de formación de trombosis y embolias), disminuye el riesgo de infarto de miocardio, el riesgo de ACV, aumenta la capacidad ventilatoria y la respiración en general, reduce y controla la obesidad, disminuye la formación de cálculos en riñones y conductos urinarios, etc.

En ancianos enfermos, el ejercicio se ajustará a las capacidades de las que dispongan; para ancianos frágiles, el ejercicio recomendado es de baja intensidad y aeróbico.

Ante la aparición de dolor, disnea, inestabilidad o mareo habrá que reducir o incluso suspender el ejercicio.

Se le recomendará realizar ejercicio aeróbico durante más de 30 minutos, más de tres días a la semana y de intensidad moderada.

En cuanto a la obesidad se les recomendará mantener un IMC entorno al 18-20.

2.- Prevención Secundaria: El objetivo es lograr que la enfermedad desaparezca en sus primeras fases. Se debe realizar cribado para intentar detectar de forma precoz los problemas de salud; las acciones se orientan al diagnóstico precoz y al tratamiento intensivo de las enfermedades para evitar que éstas evolucionen y propicien que quienes las padezcan tengan que acudir al hospital.

La prevención secundaria se pone en marcha cuando la prevención primaria no ha existido o ha fracasado.

En ésta fase se incluirá una adecuada valoración del anciano con el objetivo de identificar los factores de riesgo clave y establecer las medidas correctoras multidisciplinares de forma eficaz.

Es importante adaptar el entorno para favorecer los desplazamientos y la autonomía, es decir, evitar barreras arquitectónicas, mantener el nivel sensorial, realizar adaptaciones técnicas, estimular la independencia en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

- Tener en cuenta la amplitud, peso y facilidad para abrir y cerrar las puertas.

- Amplitud en habitaciones y pasillos si es preciso movilizarse con silla de ruedas o andadores.
 - Retirar muebles que puedan impedir la deambulaci3n y colocar muebles en sitios estrat3gicos que sirvan como punto de apoyo a la misma.
 - Barandilla en pasillos.
 - Iluminaci3n adecuada con interruptores al alcance.
 - Eliminaci3n de alfombras, cables o cordones que puedan favorecer las caídas.
 - Superficies antideslizantes y rampas de acceso.
 - Uso de barras de sujeci3n en bańos, elevadores de WC, asiento en el bańo, grifería de sencillo manejo.
 - Sustituci3n de botones y cremalleras por velcro, prendas abiertas por delante y suelas antideslizantes en los zapatos.
 - Sillas s3lidas, pesadas, con respaldo alto y apoya brazos.
 - La detecci3n de la necesidad de ayudas t3cnicas para la deambulaci3n: los bastones y andadores favorecen la estabilidad, permiten la descarga de las articulaciones afectadas, proporcionan una mayor seguridad en los desplazamientos y aumentan la confianza del paciente y los cuidadores.
- 3.- Prevenci3n terciaria: En la prevenci3n terciaria o de rehabilitaci3n, las actividades se dirigen a la rehabilitaci3n y al tratamiento de la enfermedad. El objetivo es evitar, tanto la progresi3n de la enfermedad como las posibles complicaciones para que as3 mejore la calidad de vida de aquellos ancianos que la padecen. Entre sus objetivos concretos se incluye:
- 3.1.- Evitar, retrasar o disminuir las complicaciones de la inmovilidad.
 - 3.2.- Movilizaciones pasivas diarias; en caso de no poder movilizar una articulaci3n, hay que mantenerla inm3vil en posici3n funcional.
 - 3.3.- Deambulaci3n precoz, carga en vertical
 - 3.4.- Administrar heparina para evitar trombo-embolismos.
 - 3.5.- Drenaje postural de secreciones respiratorias, inspiraciones profundas y estimulaci3n de la tos; fisioterapia respiratoria
 - 3.6.- Dieta con residuos, masajes abdominales, laxantes o enemas para evitar estreńimiento.
 - 3.7.- Higiene e hidrataci3n de la piel, cambios posturales, protecci3n de prominencias 3seas
 - 3.8.- Estimulaci3n afectiva, sensorial y temporo-espacial.

Conclusiones

Tanto en el hospital como en el domicilio o en una instituci3n socio-sanitaria, el profesional de enfermería debe realizar una valoraci3n exhaustiva del anciano incluyendo, en el Plan de Cuidados personalizado, los objetivos y las acciones a tener en cuenta por todo el personal para evitar las caídas con base a os protocolos existentes. Éstas incluyen la pr3ctica del ejercicio f3sico, la reducci3n de los peligros ambientales y el control del tratamiento m3dico.

La enfermera realizar3 el registro de las caídas sufridas por el anciano, las circunstancias en las que se produjo, si se encontraba solo o acompańado en el momento de la incidencia, factores que hayan podido influir en la misma y las consecuencias sobre la salud del anciano.

En aquellos que hayan sufrido una caída en los 3ltimos tres meses, o que padezcan caídas de repetic3n, se realizar3 una nueva valoraci3n de los factores de riesgo y se

levará a cabo un programa individualizado de intervención multifactorial, así como la rehabilitación si fuera necesaria.

Bibliografía

1. Cruz E, González M, López M, Godoy ID, Ulises Pérez M. Caídas: Revisión de nuevos conceptos. 2014; 13(2): 86-95.
2. Gobierno Hernández J, Pérez de las Casas MO, Madán Pérez MT, Baute Díaz D, Manzanque Lara C, Domínguez Coello S. ¿Podemos desde atención primaria prevenir las caídas en las personas mayores? *Aten Primaria*. 2010;42(5):284-91.
3. André da Silva Gama Z, Gómez Conesa A, Sobral Ferreira M. Epidemiología de caídas de ancianos en España. Una revisión sistemática, 2007. *Rev Esp Salud Pública*. 2008;82:43-56.
4. Morales Razo P, Rivas Ruiz R, Durán de la Fuente IE. Caídas en el anciano. *Rev Fac Med UNAM*. 2007; 50(6):235-7.
5. Machado Cuétara RL, Bazán Machado MA, Izaguirre Bordelois M. Principales factores de riesgo asociados a las caídas en ancianos del área de salud de Guanabo. *MEDISAN*. 2014;18(2):156-61.
6. Curcio CL, Gómez F, Osorio JL, Rosso-Manizales V. Caídas recurrentes en ancianos. *Acta Med Colomb*. 2009; 34(3):103-10.