

Prevención de caídas en mayores institucionalizados

Resumen

Las caídas son muy importantes en Geriatría por su elevada incidencia y por las consecuencias que acarrear. Constituyen la forma más frecuente de accidente en las personas mayores. Se estima que alrededor de la mitad de los ancianos que están en residencias u otras instituciones similares tienen, al menos, una caída al año.

El 25% de los individuos que sufren una caída suele presentar lesiones relevantes. Muchas de ellas se ven acompañadas de complicaciones médicas que pueden conducir a un desenlace trágico.

Por ejemplo, en el caso de que tras una caída se produzca una fractura, se requiere de un periodo de hospitalización y, en su caso, de una intervención quirúrgica. Existe un alto riesgo de aparición de complicaciones asociadas con el periodo de encamamiento hospitalario. Entre éstas podemos mencionar trastornos circulatorios, lesiones de la integridad cutánea, atrofi as musculares, edema pulmonar o la aparición de un cuadro confusional agudo.

Estas complicaciones disminuyen en gran medida la calidad de vida del mayor y pueden condicionar un aumento de su grado de dependencia para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD).

La alta incidencia de caídas en mayores institucionalizados y su elevada morbi-mortalidad hacen necesario estudiar el origen de las mismas. La mayoría se debe a la convergencia de varios factores de riesgo. El personal de las instituciones debe ser capaz de identificarlos y actuar sobre ellos para establecer las medidas preventivas oportunas.

PALABRAS CLAVE:

Ancianos, instituciones, caídas, factores, riesgo y prevención.

Prevention of falls of elderly people living in institutions

Summary

25% of the persons suffering a fall have relevant lesions. Many of them are associated to medical problems that may come to a bitter end.

For instance, in case a fracture is produced after a fall, the person needs a long period of hospitalization, even a surgery in some cases. Bedridden patients have a high risk of developing complications, such as circulatory disorders, breaks in skin integrity, muscle atrophy, pulmonary oedema or acute confusional state.

These complications reduce their quality of life to a great extent and may condition their degree of dependency in their basic activities of daily living (BADL).

It is necessary to study the origin of falls, due to their high incidence in elderly people living in institutions and their high morbi-mortality. Most of them are due to a convergence of several risk factors. The personnel in the institutions should be able to identify them and act upon them in order to establish the necessary preventive measures.

KEY WORDS:

Elderly, institutions, falls, factors, risk and prevention.

AUTORA

Laura Castro Mora,
Fisioterapeuta en Centro Para Mayores Alkama S.C.A

INTRODUCCION

Se puede definir caída como la pérdida de soporte o equilibrio que sufre una persona. Todas las caídas, por leves que puedan parecer, conllevan una serie de consecuencias indeseables.

Por un lado, encontraremos lesiones de distinta gravedad como contusiones, heridas, fracturas, traumatismos, etc. La mayoría de estas lesiones requiere un tiempo variable de recuperación durante el cual se precisa de reposo relativo o absoluto. De modo que, de forma secundaria, muchas caídas conllevan las consecuencias de la falta de movilidad: pérdida de autonomía, debilidad muscular, afectación de la coordinación, aislamiento, apatía e incluso síndrome confusional agudo en casos de encamamiento prolongado u hospitalización.

Por otro lado, es frecuente que aparezca el síndrome post-caída. Esto significa que aunque la caída, aparentemente no haya tenido consecuencias, el individuo experimenta vergüenza, inseguridad y miedo a caer de nuevo. Si esta situación se mantiene en el tiempo conlleva la pérdida de autonomía y la afectación de su autoestima.

Estadísticamente está comprobado que a partir de los 60 años de edad, la probabilidad de sufrir caídas aumenta de forma considerable. Con el fin de evitar sus consecuencias negativas es fundamental identificar a los mayores más susceptibles de caerse así como los factores de riesgo de caídas para poder actuar sobre ellos y establecer medidas de prevención.

Con esta finalidad, nos marcamos 4 objetivos a conseguir:

1. Identificar los motivos de las caídas y ponerlos en conocimiento de todo el personal del centro.
2. Identificar a las personas con mayor riesgo de caídas.

3. Mantener las instalaciones en condiciones de seguridad.
4. Reducir el número de caídas mediante la aplicación de medidas de prevención.

CONTENIDOS

Para el primer objetivo, es necesario conocer los motivos que pueden dar lugar a la caída de una persona. Saber identificar los factores de riesgo de caídas con antelación puede evitar o reducir el número de las mismas. Los factores de riesgo pueden ser intrínsecos a la persona o extrínsecos a ella.

Como factores intrínsecos, encontramos:

- Edad avanzada. A mayor edad más riesgo debido al deterioro de las cualidades psicomotrices.
- Mal estado de salud general: patologías de base, inactividad física, etc.
- Afecciones neurológicas: deterioro cognitivo, Parkinson, hemiplejía, etc.
- Alteraciones genito-urinarias que ocasionan múltiples visitas al baño (incontinencias, diarreas, infecciones de orina, etc.). Es destacable que durante la noche el riesgo de caída se incrementa debido al estado de somnolencia.
- Alteraciones del aparato locomotor: anomalías de la marcha, trastornos del equilibrio, disminución de la fuerza, deformidades articulares, etc.
- Afecciones sensoriales: disminución de la agudeza visual, hipoacusia, etc.
- Medicación que reduzca el estado de alerta y/o afecten a su estabilidad o capacidad de respuesta a los estímulos externos. (tranquilizantes, anti-depresivos, hipotensores, etc.).

Factores de riesgo intrínsecos	Factores de riesgo extrínsecos
Edad avanzada Patologías de base o mal estado de salud general Afecciones neurológicas: Parkinson, ictus, demencias, etc. Alteraciones genito-urinarias y digestivas como incontinencia, diarrea, o infección del tracto urinario. Alteraciones del aparato locomotor: trastornos de la marcha o del equilibrio, deformidades articulares, etc. Afecciones sensoriales: disminución de la agudeza visual, hipoacusia, etc. Medicación que reduzca el estado de alerta o afecten a su estabilidad (sedantes, antidepressivos, hipotensores, etc.).	Sillas y mobiliario en mal estado. Acceso difícil al timbre de llamada o al baño. Obstáculos en zonas de paso: alfombras, felpudos, cables mal fijados, etc. Suelos deslizantes, mojados o con desnivel. Iluminación insuficiente. Ayudas técnicas inapropiadas. Falta de dispositivos de seguridad: cinturones de sujeción, barandillas en las camas, pasillos y escaleras. Ropa o calzado inadecuado: zapatos con poca sujeción, ropa que arrastra, etc.

Figura 1. Cuadro resumen de factores de riesgo de caídas.

En cuanto a los factores extrínsecos, encontramos:

- Sillas y mobiliario en mal estado.
- Acceso difícil al timbre de llamada o al baño.
- Obstáculos en zonas de paso: alfombras, felpudos, cables mal fijados, etc.
- Suelos deslizantes, mojados o con desnivel.
- Iluminación insuficiente.
- Ayudas técnicas inapropiadas.
- Falta de dispositivos de seguridad: cinturones de sujeción, barandillas en las camas, pasillos y escaleras.
- Ropa o calzado inadecuado: zapatos con poca sujeción, ropa que arrastra, etc.

Para el segundo objetivo, identificar a las personas con mayor riesgo de caídas, se hará un seguimiento individualizado de cada usuario/a. Se tendrá en cuenta su capacidad funcional, su equilibrio, la toma de medicamentos, la existencia de caídas previas, etc. Para ser lo más objetivo posible, nos valdremos de escalas estandarizadas como la escala de Barthel, que mide la autonomía del individuo en base a su capacidad para realizar 10 actividades básicas de la vida diaria; La escala de Tinetti, que evalúa la marcha y el equilibrio o la escala de riesgo de caídas De J. H. Downton que valora la posibilidad de que haya caídas de repetición.

En cuanto al mantenimiento de las instalaciones, cada centro debe establecer claramente la persona o personas en la que recae esta función y gestionar las adecuaciones o reparaciones necesarias en el menor tiempo posible.

Con toda la información referente a las características y estructura arquitectónica del centro, así como el perfil de los mayores que se encuentran institucionalizados en él, se tomarán las correspondientes medidas preventivas, que se detallaran en el siguiente apartado.

RESULTADOS

Medidas de prevención de las caídas en mayores

Valorados los factores de riesgo que afectan a cada usuario/a se establecen las medidas de prevención de caídas. Tras años de trabajo con mayores institucionalizados se ha comprobado

que las medidas preventivas más eficaces son las siguientes:

1. **Mantenimiento de las instalaciones.** El centro debe ofrecer un entorno seguro, limitado por puertas con mecanismos de cierre por pulsador, suelo antideslizante y sin desniveles y con una iluminación adecuada. Las instalaciones deben disponer de dispositivos de seguridad como barandillas en los pasillos, asideros de manos en los baños, elementos señalización de cristales, timbres de llamada, etc. Se debe evitar que haya obstáculos o superficies resbaladizas. Es necesario revisar periódicamente, así como cuando se detente alguna anomalía, el estado de las instalaciones y del material geriátrico, subsanando cualquier situación que lo requiera como: barandillas flojas, zonas de paso con desniveles, mobiliario en malas condiciones, pérdidas de agua que formen charcos en zonas de paso, etc.
2. **Adecuación de ayudas técnicas:** Los centros de mayores cuentan con material ortopédico a disposición de los residentes que lo necesiten. Tras una valoración funcional, se determinará si es necesario el uso de muletas, andadores o silla de ruedas que garanticen que los desplazamientos se realicen en condiciones de seguridad. Los usuarios que tengan pautado el uso de andador lo utilizarán al entrar en las distintas dependencias del centro hasta llegar a su silla, encargándose el personal de su retirada si éste dificulta el funcionamiento, por ejemplo al entrar en las salas de actividades o comedores. Igualmente el personal debe proporcionárselo cuando el usuario se disponga a marcharse.
3. **Fomento de la autonomía** mediante su participación en actividades de gerontogimnasia y tratamientos individuales de fisioterapia que ayuden a mejorar sus cualidades físicas de tono muscular, equilibrio, control postural y coordinación de movimientos.
4. **Valoración individual del riesgo de caídas** en base a escalas específicas como la de J. H. Downton o la de A. M. Tromp y colaboradores, donde se atiende a una serie de ítems que nos indican si esa persona tiene un riesgo alto, moderado, bajo o nulo de sufrir caídas.
5. **Adaptación de horarios:** Se tendrá en cuenta aquellos usuarios que requieren periodos específicos de descanso para adaptar los horarios de sueño, aseo, etc. Observando el registro de caídas de cada individuo se ha comprobado que en algunos usuarios las caídas se producen a la misma hora del día. Esto puede ser de utilidad para pautar periodos de descanso a determinadas horas como medida de prevención de caídas por agotamiento.

6. **Adaptación del tratamiento farmacológico** para mantener un estado de alerta adecuado, utilizando fármacos con menos efectos secundarios.
7. **Uso de ropa y calzado adecuado**, zapatos bien ajustados, con tacón bajo, suela de goma anti-deslizante y talón cubierto. Ropa cómoda y largo adecuado.
8. **Disminuir aporte de líquidos por la tarde** o a partir de las 19'00 horas y administrar los diuréticos por la mañana en la medida de lo posible.
9. **Tratamiento de alteraciones sensoriales** como la visión (prescripción de gafas).
10. **Prevención y tratamiento del sobrepeso** (dietas hipocalóricas).
11. **Poner frenos a las sillas de ruedas** y enseñar al usuario a frenarlas.
12. **Enseñar y reforzar la información sobre el uso del timbre de llamada.**
13. **Información sobre prácticas seguras y percepción del riesgo**, ayudar al usuario a reconocer los peligros y adoptar prácticas seguras. Ejemplo: no levantarse de la silla de ruedas sin poner los frenos, no levantarse a orinar por la noche sin llamar al timbre para que el personal auxiliar le ayude.
14. **No dejar solo/a al usuario/a durante la higiene, traslados o movilizaciones.**
15. **Uso de dispositivos de seguridad:** barandillas, asideros de manos en cuartos de aseo, sistemas de sujeción homologados, etc.
16. **Dejar al alcance de la mano todo lo que el usuario pueda necesitar**, especialmente al encamado: pañuelos, agua, timbre, etc.

Escala de riesgo de caídas	Alto riesgo >2	
Caídas previas	No	0
	Si	1
Medicamentos	Ninguno	0
	Tranquilizantes, sedantes, diuréticos, antidepresivos, otros	1
Déficits sensoriales	Ninguno	0
	Alteraciones visuales, auditivas	1
Estado mental	Orientado	0
	Confuso	1
Deambulaci3n	Normal	0
	Segura con ayuda, insegura	1

Figura 2: Escala de Riesgo de Caídas Downton.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Las medidas preventivas adoptadas deben aplicarse con continuidad por parte de todos los profesionales, por lo que es necesario un buen sistema de comunicaci3n entre los trabajadores de los distintos turnos (libro de incidencias, mensajes en soporte electr3nico, libros de registro de caídas, etc.)

La mayoría de caídas se deben a múltiples factores de riesgo. El personal de las instituciones debe ser capaz de identificarlos y ponerlos en conocimiento del profesional correspondiente mediante

comunicaci3n directa o anotaci3n en el libro de incidencias, para establecer las medidas preventivas oportunas.

Los factores de riesgo extrínsecos, tales como obstáculo en zonas de tránsito, iluminaci3n insuficiente, mal estado del mobiliario, suelo mojado o con desniveles, etc., se comunicaran al personal de mantenimiento para su reparaci3n.

Asimismo, si se observa que alg3n usuario/a tiene un calzado inadecuado o ropa que arrastra se procederá a contactar con el familiar para solucionarlo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Molina Y., Caídas en el adulto mayor, Compendio de geriatría clínica, 2003.
2. Lázaro del Nogal M. en grupo de trabajo con la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, Evaluación del anciano con caídas de repetición, Fundación Mapfre, 2001.
3. Montecinos H., Grandes Síndromes Geriátricos: caídas en el adulto mayor, Manual de geriatría y gerontología de la Pontificia Universidad Católica de Chile.
4. Downton J. H., Falls in the elderly, A Hodder Arnold Publication, 1993
5. Muñoz Conde M., Aguiar García F. y otros autores, Estrategia de prevención, detección y actuación ante el riesgo de caídas en el Sistema Sanitario Público de Andalucía, Consejería de salud de Andalucía, 2009.
6. Guía de actuación en las personas mayores en atención primaria, Servicio Canario de Salud, Consejería de Sanidad y Consumo del Gobierno de Canarias, 2002.
7. Figura 1: Cuadro resumen de factores de riesgo de caídas. Elaboración propia.
8. Figura 2: Escala de riesgo de caídas Downton, Autor: J.H. Downton, 1993.
9. Figura 3: Modelo de hoja de registro de caídas en instituciones. Elaboración propia.

AGRADECIMIENTOS

Mi agradecimiento al centro de mayores y unidad de estancia diurna Alkama S.C.A., donde he desarrollado mi profesión a lo largo de los 10 últimos años. Mi agradecimiento también a todos los mayores que le han dado sentido a mi trabajo, me han ofrecido su confianza y la oportunidad de aprendizaje.

¡Este es tu año!

OPOSICIONES

2017
Una plaza te espera



Ahora es el momento de emprender una carrera profesional en la Administración Pública

Te ofrecemos el mejor material para superar con éxito las pruebas selectivas:

Cuerpos de Seguridad

Servicios de Salud

Comunidades Autónomas

Corporaciones Locales

Administración del Estado

Temarios Generales

eRodio

Formación para el empleo



www.temariosoposiciones.com