

RINCÓN CIENTÍFICO



REVISIONES

"EL PROBLEMA DE LAS CAIDAS EN LA TERCERA EDAD"

Autores

Antonio Gomariz Guijarro
(Médico Diplomado en Geriatría)
Diego Nicolás Torres
(Diplomado en Enfermería)

Correspondencia

Antonio Gomariz Guijarro
Residencia de 3º Edad de Espinardo
C.P. 30100 ESPINARDO. MURCIA
Tel.: 830500

RESUMEN

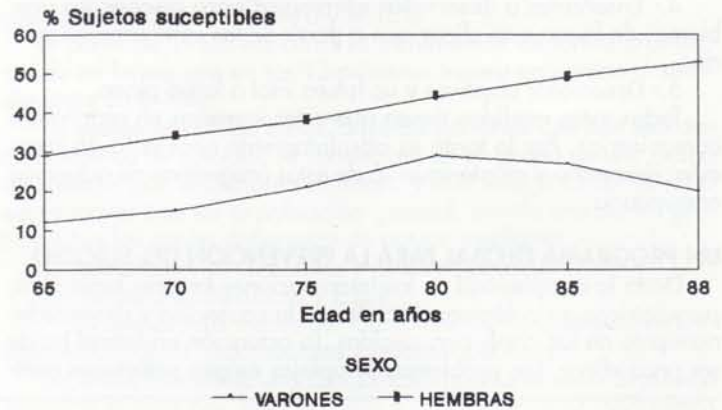
Las caídas son frecuentes en las personas mayores de 65 años, la frecuencia de estas aumenta con la edad por lo general, si bien son más frecuentes en mujeres que en hombres.

Calcular la incidencia exacta es difícil, puesto que la mayor parte de las caídas no se registran.

Las caídas pueden ser consecuencia de simples accidentes (tropezones) o causadas por diversas patologías. A veces no es posible conseguir una correlación con un motivo concreto.

No obstante se pueden aplicar medidas para tratar de disminuir su frecuencia, y de este modo sus secuelas más importantes, como son las facturas con sus consecuencias de invalidación física, así como las consecuencias sociales.

INCIDENCIAS DE LAS CAIDAS SEGUN LA EDAD



ciones, que en una región como la de Murcia, con una población total de 1 millón de habitantes y un 10,5% de población mayor de 60 años (2), 105.972 personas, la aplicación de este índice nos dará una cifra de 51 camas ocupadas continuamente, como media, por esta causa.

Refiriéndonos al ámbito de las residencias (3) las caídas, ofrecen una tasa anual del 11% de caídas graves.

Existen así mismo, diferentes estudios que hacen referencia a los momentos y los lugares, en los cuales se observa una mayor incidencia de caídas. Como conclusiones generales, entresacamos que, las caídas, se producen mayoritariamente en los momentos de máxima actividad y durante el día más frecuentemente que por la noche. Es importante el aprendizaje de los posibles obstáculos o barreras arquitectónicas, esta afirmación explica el hecho, de que en residencias u otras instituciones similares, las caídas son mucho más frecuentes en la primera semana de permanencia en la misma.

CAUSAS Y CLASIFICACION DE LAS CAIDAS

Las dividiremos en tres grupos:

- I).- Accidentes o tropezones.
- II).- Caídas no producidas por causas externas.
- III).- Caídas producidas por patologías.

I).- ACCIDENTES O TROPEZONES

Suponen como término medio casi el 50% de todas las caídas en la población Geriátrica. El porcentaje por esta causa, disminuye con la edad.

II).- CAIDAS NO PRODUCIDAS POR CAUSAS EXTERNAS

Englobamos aquí, las caídas en las cuales no existe una causa clara que la provoque. El sujeto que la sufre es incapaz de dar

INTRODUCCION

El proceso del envejecimiento en el ser humano, lleva a una serie de cambios en la función de diversos aparatos relacionados tanto con la marcha como con el equilibrio, que determinan el que las caídas, sean un problema frecuente en la vejez. Por otro lado, no solo aumentan en su incidencia, sino se agravan las secuelas de las mismas.

EPIDEMIOLOGIA

Estos hechos, se demuestran en diferentes estudios realizados al respecto. Según los datos de estos, se pueden extraer algunas conclusiones:

- La proporción de ancianos que sufren caídas, aumenta con la edad (Gráfica 1).

En el gráfico podemos observar como, el tanto por ciento de mujeres susceptibles de sufrir caídas a los 65 años, es del 29%, mientras que a los 85 años es del 45%. Asimismo se aprecia que en el hombre además de ser menos frecuentes las caídas, estas tienen un punto de inflexión a partir de los 80-82 años, en el cual disminuyen el porcentaje de susceptibilidad.

No obstante se debe tener en cuenta, que la mayor parte de las caídas, no son registradas, quizá por no precisar una atención sanitaria. Según Gray (1) en un estudio realizado en 1966, se espera que un 0,048% de las personas mayores de 60 años de una población dada, ocupa una cama hospitalaria de forma continua, como consecuencia de una caída.

Para que sirva de ejemplo, podemos deducir de estas afirma-



una explicación sobre la causa y en estudios médicos o diagnósticos previos no aparecen relaciones con las causas que se enumeran en el tercer epígrafe.

Dentro de este grupo, podemos distinguir a su vez dos circunstancias:

- **Caídas como consecuencia de un cambio postural**, como por ejemplo, al levantarse de una silla o de la cama.

- **Caídas espontáneas durante la marcha o estando de pie**. Serían los llamados Drops Attack.

III).- CAIDAS PRODUCIDAS POR PATOLOGIAS

Se enumeran a continuación diversas patologías que por motivos diferentes, son capaces de provocar caídas:

- a.- Hipotensión ortostática.
- b.- Síncope cardíaco.
- c.- Medicamentos. Benzodicepinas, hipnóticos, etc.
- d.- Enfermedad aguda.
- e.- Enfermedad cerebral.
- f.- Defectos de la visión.
- g.- Vértigo.
- h.- Procesos osteoarticulares.

- i.- Factores psicológicos.
- j.- Alcoholismo crónico.

PREVENCIÓN

1.- ELIMINACIÓN DE FACTORES EXTERNOS.

- a.- Antideslizantes en los peldaños de escaleras.
- b.- Pasamanos. Doble pasamanos en escaleras e instalación de pasamanos en pasillos.
- c.- Construcción de rampas para salvar desniveles.
- d.- Iluminación adecuada de las estancias.
- e.- Evitar las alfombras u otros pequeños resaltes del piso.

Las anteriores medidas pueden ser aplicables, no solo en instituciones, sino que también, en la medida de lo posible pueden ser aplicadas en domicilios.

2.- MEDIDAS GENERALES

- a.- Fisioterapia:
 - Reeduación de la marcha.
 - Gimnasia de mantenimiento.
 - Enseñanza del modo de levantarse en caso de caída.
- b.- Aumento de la base de sustentación. Proporciona mayor seguridad, el uso de bastones, andadores, etc.
- c.- Sistema de alarma. Tanto en instituciones como a nivel domiciliario. Habrá que tener en cuenta, que situado al alcance del sujeto en caso de caída.

CONSECUENCIAS

Por lo general, las caídas son un signo del estado global de salud. Las consecuencias que ocasionan pueden ser de dos tipos:

- **Consecuencias psicológicas y sociales**. La aparición de caídas, puede producir miedo a que se repitan, provocando una tendencia del anciano a realizar menores desplazamientos, salir



menos de casa, etc., por lo que las relaciones y contactos sociales disminuyen, abundando todos estos factores en la tendencia a la inmovilidad, soledad y aislamiento de la persona.

- **Consecuencias físicas**. La consecuencia física más inmediata son las fracturas. Un 5 al 10% de las caídas en personas mayores de 65 años provocan una fractura, siendo la más frecuente la de cadera (4).

En la última década, el avance de las técnicas quirúrgicas, los avances en Anestesiología, que permiten intervenir a personas que por su edad o estado general eran consideradas como inoperables no hace tantos años, así como el aumento de servicios de Rehabilitación Funcional y Fisioterapia, han conseguido disminuir radicalmente las secuelas funcionales. No obstante, estas siguen suponiendo un importante factor de invalidez en los ancianos, lo cual incide en la aceleración del deterioro general en las funciones vitales ocasionados por la edad.

CONCLUSIONES

Las caídas suponen un problema frecuente en la vejez, siéndolo más en mujeres que en hombres. Suponen un importante problema asistencial, tanto por la atención sanitaria que provocan, como por la invalidez que provocan sus secuelas.

Podemos tratar de disminuir su incidencia o secuelas mediante distintas actuaciones como la educación a la población anciana de las potenciales situaciones de riesgo, adecuación de los locales para la eliminación de los factores externos que las favorecen, o actuando a nivel preventivo para corregir deficiencias o patologías capaces de incidir negativamente en su provocación.

Por último destacar el componente psico-social que puede incidir en el individuo en el sentido de variar sus hábitos y relaciones sociales.

BIBLIOGRAFIA

- 1) GRAY, B. (1981). "Home accidents among Older People"; Br. Med. J. 282, 3 (21-23). 1977.
- 2) Gabinete de Estudios Sociológicos Bernard Krief (1986). Libro Blanco. El Médico y la Tercera edad. Pág. 45.
- 3) P. W. Overstall. "Caídas" en "Principios y Práctica en la Medicina Geriátrica. Vol. IV. Pág. 9-18.
- 4) E. Campos Alcaide, C. Andreu Maestre, J. López Bermejo. Rev. Esp. Geriatr. y Gerontol., 26 1 (7-11). 1991.