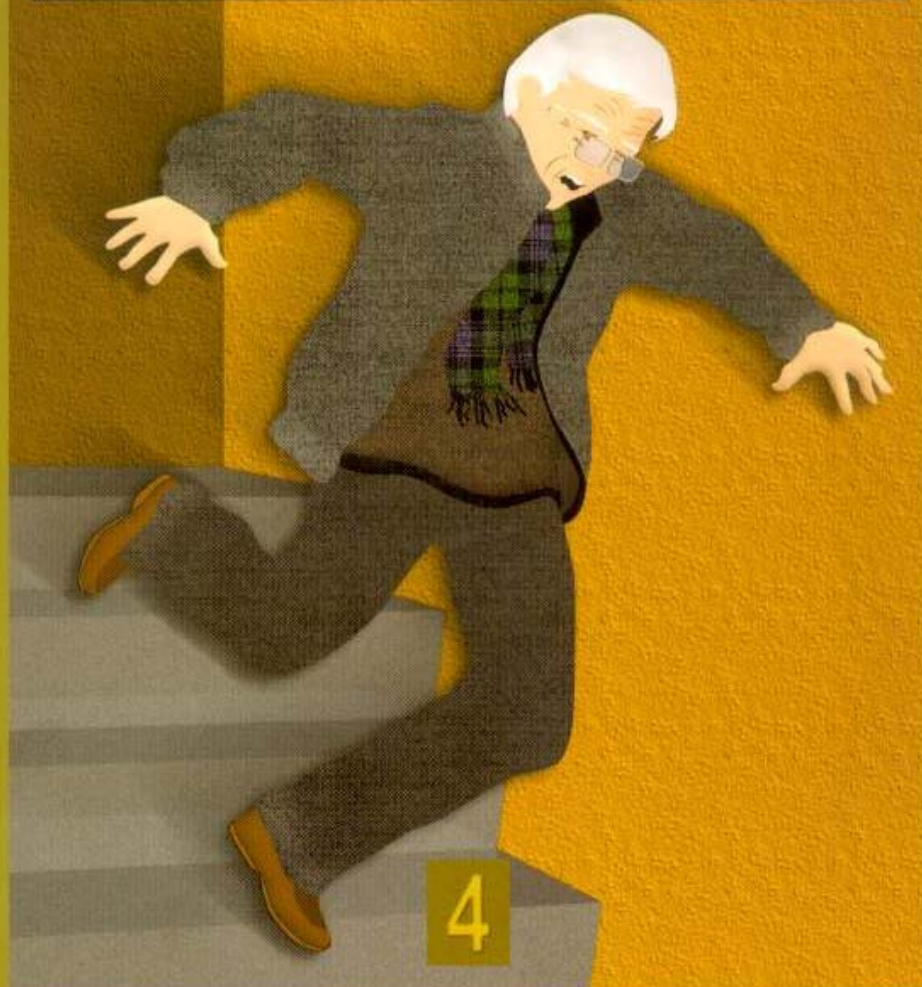


# PREVENCIÓN Y MANEJO DE LAS CAIDAS

SERIE GUIAS CLINICAS  
DEL ADULTO MAYOR



**MINISTERIO  
DE SALUD**

*Calidad es lo primero*

**psa**

*Esta Publicación fue realizada por  
la División de Iud de las personas,  
Programa Salud del Adulto,  
durante la Gestión del Ministro de salud  
Dr Alex Figueroa Muñoz.*

## **INDICE**

<b>Antecedentes epidemiológicos</b>	<b>5</b>
<b>Antecedentes clínicos</b>	<b>7</b>
<b>Evaluación del paciente que sufre caídas</b>	<b>13</b>
<b>Tratamiento del paciente que presenta inestabilidad y antecedentes de caídas</b>	<b>25</b>
<b>Comentarios finales</b>	<b>35</b>
<b>Bibliografía</b>	<b>37</b>

*\* La siguiente Guía se basa en el Capítulo VII "Inestabilidad y Caídas" del Libro GERIATRIA CLINICA, 3ª Edición, elaborado por los autores Robert L. Kane, Joseph G. Ouslander e Itamar B. Abrass y publicado por la Organización Panamericana de la Salud dentro del Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción PALTEX, 1997,*

*Dicho artículo ha sido adaptado y perfeccionado por la Dra. Patricia Villaseca Silva para su uso en establecimientos de salud del nivel primario de atención, con el fin de acercar herramientas clínicas que sirvan para mejorar el abordaje diagnóstico y el manejo primario de las caídas en las personas mayores.*

## **ANTECEDENTES EPIDEMIOLOGICOS**

La inestabilidad de la marcha y las caídas son problemas frecuentes en la atención de las personas mayores. Estadísticas internacionales señalan que cerca de un tercio de las personas de 65 y más años que viven en sus casas sufren una caída cada año y que, de éstas, aproximadamente una de cada cuarenta ingresará a un hospital.

A nivel nacional, en el marco de las experiencias de validación de una metodología de trabajo para el Cuidado de la Salud de la Población Adulta Mayor en el Nivel Primario de Atención, se encuentra que un 36% de los 2.300 adultos de 65 y más años a quienes se aplicó la Encuesta de Detección de Riesgo Funcional en Comunidad, refirieron haberse caído en el último año.<sup>1</sup>

La literatura señala que tienen **mayor riesgo de caída**:

- las personas de 65 y más años con signos de deterioro cognitivo,
- los adultos mayores que presentan múltiples problemas médicos,
- las personas mayores que toman múltiples medicamentos, y
- los adultos mayores que presentan deterioro de la capacidad funcional, en especial por problemas en la deambulación.

*1 Programa de Salud del Adulto, Ministerio de Salud, 1996. «Cuidado de la Salud del Adulto Mayor en el Nivel Primario,,*

En el marco de los resultados de la experiencia chilena anteriormente señalada, las caídas fueron referidas con mayor frecuencia por :

- las mujeres,
- las personas mayores de 75 años,
- aquellas personas con mayor dependencia para las actividades de la vida diaria (AVD),
- quienes tomaban más de 3 medicamentos al día (dato asociado a presencia de patologías),
- las personas que presentaban alteraciones visuales y auditivas, y
- por aquellos que refirieron no estar satisfechos con su situación de residencia.

Entre las principales complicaciones de las caídas podemos destacar:

- Lesiones de tejidos blandos
- Fracturas (cadera, fémur, húmero, muñeca, costillas)
- Hematoma sub-dural
- Hospitalización (complicaciones de la inmovilización y riesgo de enfermedades iatrogénicas)
- Discapacidad (limitación de la movilidad por lesión física, restricción de la deambulación por temor)
- Riesgo de internamiento
- Muerte

Connotados geriatras señalan que *"es probable que las caídas sean un indicador de fragilidad en los ancianos y un factor predictor de muerte",...*, *"sólo el 50% de los pacientes geriátricos hospitalizados por una caída estarán vivos al cabo de un año"*. (Kane, Ousiander y Abrass).

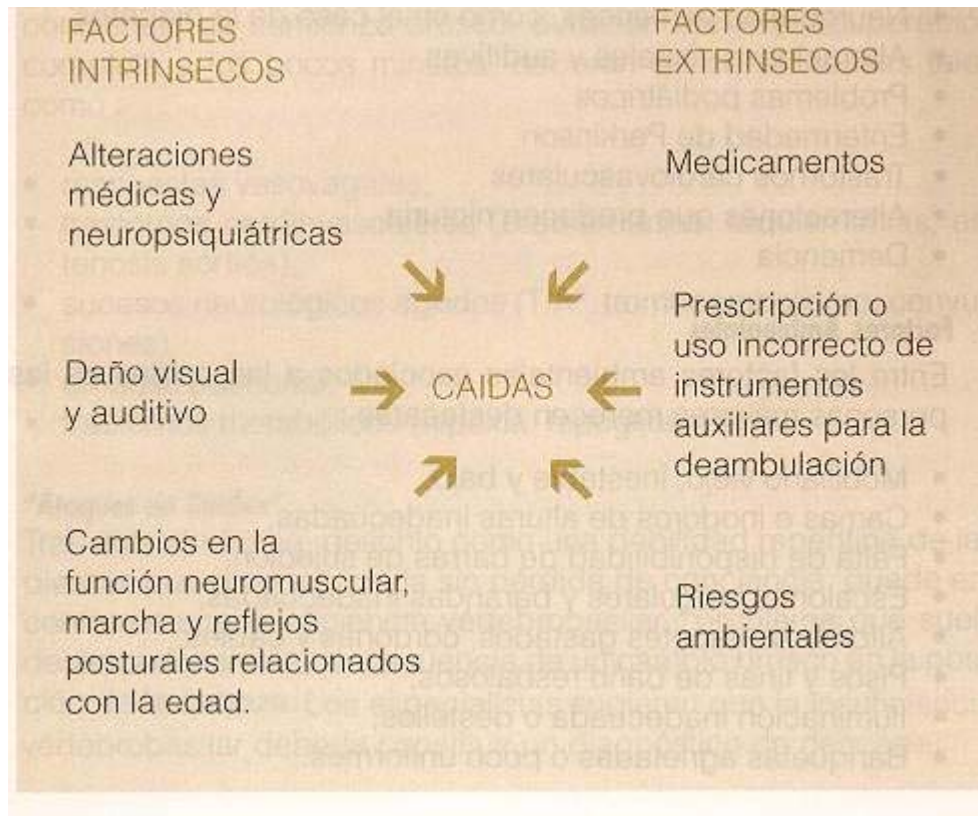
Para los médicos que se desempeñan en los establecimientos del nivel primario de atención (centros en los cuales se recibe y resuelve casi la totalidad de los problemas de salud de las personas mayores) se constituye en un reto trabajar en :

- la comprensión de las causas que motivan las caídas,
- el desarrollo de un mecanismo práctico para la evaluación y el tratamiento de las personas que presentan inestabilidad y caídas, y
- el fortalecimiento de los cuidados preventivos a nivel de la familia y la comunidad.

## ANTECEDENTES CLINICOS

### 1. Factores asociados o Caídas

Las caídas suelen ser resultado de múltiples causas. Entre los factores que se definen asociados a las caídas en la persona mayor merecen destacarse



- **Cambios en el control postural**

La edad avanzada se relaciona con menores estímulos propioceptivos, reflejos correctivos más lentos, menor fuerza en los músculos importantes para el mantenimiento de la postura, menor tono muscular, aumento de la oscilación postural e hipotensión ortostática.

- **Cambios en la marcha**

Las personas mayores tienden a levantar menos los pies al caminar, lo cual aumenta la probabilidad de tropezar; los varones desarrollan una postura flectada y una marcha de pasos cortos y base amplia y las mujeres tienden a desarrollar una marcha de pato con base angosta.

- **Alteraciones médicas y neuropsiquiátricas**

Las personas mayores presentan una mayor prevalencia de alteraciones relacionadas con la estabilidad, tales como:

- Enfermedades articulares

- Fracturas resueltas con secuelas no invalidantes
- Enfermedad cerebrovascular reciente o remota
- Debilidad muscular por desuso
- Neuropatías periféricas, como en el caso de la diabetes
- Alteraciones visuales y auditivas
- Problemas podiátricos
- Enfermedad de Parkinson
- Trastornos cardiovasculares
- Alteraciones que producen nicturia
- Demencia

- **Factores Ambientales**

Entre los factores ambientales asociados a las caídas en las personas mayores merecen destacarse

- Mobiliario viejo, inestable y bajo,
- Camas e inodoros de alturas inadecuadas,
- Falta de disponibilidad de barras de sujeción,
- Escalones irregulares y barandas inadecuadas,
- Alfombras, tapetes gastados, cordones y cables,
- Pisos y tinas de baño resbalosos,
- Iluminación inadecuada o destellos,
- Banquetas agrietadas o poco uniformes.

## 2. Causas de Caídas en el Adulto Mayor

Identificar la causa de las caídas en las personas mayores suele ser difícil. Por una parte, la mayoría de las personas que se caen no busca atención médica, los afectados suelen presentar algún grado de incapacidad para recordar las circunstancias en torno a la caída, las causas suelen ser de naturaleza transitoria y la mayoría de la veces las caídas ocurren sin presencia de testigos. No obstante lo anterior, al buscar las causas de una caída deberá pensarse mínimamente en :

### Accidentes

Un 50% de las causas de caída en las personas mayores son secundarias a:

- accidentes reales por tropiezos y resbalones,
- accidentes por interacciones entre riesgos ambientales y factores que aumentan la susceptibilidad.

### Síncope

Tras este cuadro clínico caracterizado por debilidad generalizada, incapacidad de mantenerse en posición de pie, pérdida de conciencia de comienzo brusco, duración breve y recuperación completa a los pocos minutos, deberán buscarse causas tales como :

- respuestas vasovagales,
- trastornos cardiovasculares (bradiarritmias, taquiarritmias, estenosis aórtica),
- sucesos neurológicos agudos (TIA<sup>2</sup>, tromboembolismo, convulsiones),

- embolía pulmonar,
- trastornos metabólicos (hipoxia, hipoglicemia).

### ***“Ataques de Caídas”***

Tras este síndrome, descrito como una debilidad repentina de las piernas que produce caída sin pérdida de conciencia, puede encontrarse una insuficiencia vértebrobasilar, problema que suele desencadenarse a consecuencia de un cambio brusco en la posición de la cabeza. **Los especialistas sugieren que la insuficiencia vertebrobasilar debería constituir un Diagnóstico de descarte.**

### **Mareos e Inestabilidad**

Se trata de un síntoma inespecífico muy frecuente en las personas mayores. Tras la presencia de este síntoma deberá descartarse :

- Hipotensión ortostática
- Depleción de volumen intravascular

### **Síndromes Vertiginosos**

También deberá precisarse si no se está en presencia de un cuadro de Vértigo, síntoma que se caracteriza por sensación de rotación, inseguridad, sensación de tambaleo, sensación de que se pierde la cabeza, y que suele asociarse a

- Alteraciones del oído interno,
- Enfermedad de Menière,
- Vértigo postural benigno,
- Isquemia e Infarto vertebrobasilar y cerebeloso.

### **Hipotensión Ortostática (postural)**

Los signos asociados a hipotensión ortostática deberán buscarse intencionadamente durante el examen físico y tras su documentación deberá evaluarse la presencia de las siguientes causas

- Hipovolemia y gasto cardíaco bajo
- Disfunción autonómica
- Alteración del retorno venoso
- Reposo en cama prolongado
- Hipotensión inducida por fármacos
- Hipotensión postprandial

### **Causas farmacológicas**

Las caídas asociadas directa o indirectamente a motivos farmacológicos son frecuentes y fáciles de prevenir. Frente a todo paciente geriátrico que presenta caídas deberá indagarse sobre el uso de :

- Diuréticos, que se asocian a caídas por hipovolemia
- Antihipertensivos, que se asocian a caídas por hipotensión
- Antidepresivos tricíclicos, que se asocian a caídas por hipotensión postural
- Sedantes, que se asocian a caídas por sedación excesiva
- Antipsicóticos, que se asocian a caídas por sedación, rigidez muscular, hipotensión postural
- Hipoglicemiantes, que se asocian a caídas por hipoglicemia aguda
- Alcohol, que se asocia a caídas por intoxicación

### **Procesos patológicos específicos**

Frente a la detección y/o consulta por caídas deberán descartarse las siguientes enfermedades

- Enfermedad aguda de cualquier tipo en las que la caída suele ser un síntoma premonitorio

- Enfermedad cardiovascular
  - Arritmias
  - Cardiopatía valvular
  - Síncope del seno carotídeo
- Enfermedad neurológica
  - Crisis isquémica transitoria
  - Enfermedad cerebrovascular
  - Trastorno convulsivo
  - Enfermedad de Parkinson
  - Espondilosis cervical o dorsal
  - Enfermedad cerebelosa
  - Hidrocefalia normotensiva
  - Hematoma sub-dural
  - Tumores

### **EVALUACION DEL PACIENTE QUE SUFRE CAIDAS**

***Todo paciente que refiere haber sufrido una caída que no se debió en forma clara a un tropiezo o resbalón deberá evaluarse aunque no se haya producido lesión.***

El estudio del paciente adulto mayor que sufre caídas deberá incluir:

1. una detallada anamnesis
2. una minuciosa exploración física
3. una valoración de la marcha y el equilibrio
4. un plan justificado de estudios de laboratorio

**1. Pauta para la Valoración General de Pacientes que se Caen**  
(Tomado de Kane, Ouslander y Abrass, 1997)

**Problemas médicos actuales**

---



---



---



---



---

**Medicamentos**

---



---



---

**¿Existe antecedente de caídas previas?**

\_\_\_\_\_ **sí**                      \_\_\_\_\_ **no**

Si es afirmativo

Número de caídas previas \_\_\_\_\_

¿Existe algún patrón?

Frecuencia \_\_\_\_\_

Hora del día \_\_\_\_\_

Posición \_\_\_\_\_

Actividad \_\_\_\_\_

Circunstancias \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

### **Circunstancias alrededor de la caída actual**

Hora del día \_\_\_\_\_

Localización \_\_\_\_\_

Relación con actividades específicas \_\_\_\_\_

- uso del sanitario \_\_\_\_\_
- subir o bajar escaleras \_\_\_\_\_
- ejercicio \_\_\_\_\_
- girar la cabeza \_\_\_\_\_

Testigo(s) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Peligros ambientales \_\_\_\_\_

- iluminación deficiente \_\_\_\_\_
- alfombras sueltas \_\_\_\_\_
- piso irregular \_\_\_\_\_
- otros obstáculos \_\_\_\_\_

## Descripción del paciente de la caída y sus razones

---

---

---

---

---

### Preguntas al paciente (al testigo o ambos)

a. ¿Supo que se iba a caer?

\_\_\_\_\_ sí      \_\_\_\_\_ no

b. Después de caer, ¿supo lo que había pasado?

\_\_\_\_\_ sí      \_\_\_\_\_ no

c. ¿Quedó inconsciente (se desmayó)?

\_\_\_\_\_ sí      \_\_\_\_\_ no

Si es afirmativo,

¿Cuánto tiempo estuvo inconsciente? \_\_\_\_\_ minutos

¿Se dio cuenta de lo que había pasado cuando despertó?

\_\_\_\_\_ sí      \_\_\_\_\_ no

¿Perdió el control vesical o intestinal?

\_\_\_\_\_ sí      \_\_\_\_\_ no

d. ¿Pudo levantarse de inmediato?

\_\_\_\_\_ sí      \_\_\_\_\_ no

e. ¿Sintió algún dolor o se lesionó a raíz de la caída?

\_\_\_\_\_ sí      \_\_\_\_\_ no

f. ¿Sucedió algo de lo siguiente justo antes de caer ?

\_\_\_\_\_ tropezó

\_\_\_\_\_ resbaló

\_\_\_\_\_ se paró rápido

\_\_\_\_\_ giró la cabeza en forma repentina

\_\_\_\_\_ tosió

\_\_\_\_\_ orinó

\_\_\_\_\_ defecó

\_\_\_\_\_ ingirió una comida abundante

g. ¿Tuvo alguno de los síntomas siguientes justo antes de caer ?

- mareo
- vértigo (girar por el cuarto o viceversa) palpitaciones
- falta de aire
- debilidad o entumecimiento de un lado del cuerpo
- debilidad repentina en ambas piernas
- lenguaje farfullante
- dificultad para decir lo que quería decir
- olores extraños
- luces parpadeantes (escotomas)

**2. Pauta para la Valoración Física de Pacientes que se Caen**  
(Tomado de Kane, Ousiander y Abrass, 1 997)

**Valoración Física**

a. Signos Vitales Posturales

	De pie	Acostado	Sentado
Presión sanguínea			
Pulso			
Presión sanguínea en el otro brazo			

***Valoración de la Hipotensión Ortostática***

- Evaluar la presión y el pulso al paciente de pie luego de haberlo mantenido un minuto acostado y un minuto sentado
- La prueba será positiva (+) si el descenso de la presión sistólica es mayor de 20 mmHg

b. Piel

Equímosis

Disminución de la turgencia

c. Visión

adecuada para el desplazamiento independiente

limita la movilidad, pero aún es independiente

inadecuada para el desplazamiento independiente

d. Cuello

flexible

rango completo de movimientos

síntomas de la rotación

e. Cardiovascular

arritmia  
 soplos sugestivos de estenosis aórtica  
 signos de insuficiencia cardíaca (describa \_\_\_\_\_)

---

soplo(s) carotídeo(s)

***Valoración del Síncope por Hiperensibilidad del Seno Carotídeo***

- **Después de descartar soplos carotídeos**, aplique un masaje suave a la carótida durante 5 segundos para observar si esto produce una bradicardia o una pausa larga.
- La prueba será positiva (+) si se produce una reducción del 50% de la frecuencia cardíaca o una pausa superior a 2 segundos.

f. Musculoesquelético

traumatismo, sospecha de fractura o ambos

deformidad

rango de movimiento limitado

inflamación articular

g. Podiátrico

¿Alguno de los factores siguientes afecta la deambulación?

callos

juanetes

deformidad ungueal

aceración

zapatos mal a'ustado o inadecuados

h. Neurológico

estado mental anormal

signos neurológicos focales

debilidad muscular

rigidez o espasticidad muscular

bradicinesias

temblor de reposo

neuropatía periférico

ataxia, dedo a nariz

ataxia, talón a pantorrilla

Describa los hallazgos positivos : \_\_\_\_\_

---

### **Valoración del Estado Neurológico**

1. El estudio detallado de **la función cerebral** sólo se realizará en caso de que se sospeche alguna alteración de la conducta del paciente durante el examen general y deberá basarse en los procedimientos propuestos para la valoración de la función mental en los adultos mayores.
2. El estudio de **los nervios craneales** deberá prestar especial atención a los signos de alteración del VIII par con énfasis en el componente vestibular del nervio auditivo.
3. El estudio de **la función motora** deberá considerar la evaluación de:
  - la rapidez y fuerza de los movimientos mediante la observación de la habilidad para:
    - realizar movimiento rápidos y alternantes
    - realizar movimientos precisos y delicados como abotonarse la ropa, abrir un alfiler de gancho.
  - El tono muscular
  - La coordinación mediante el uso de la prueba dedo - nariz
  - El síntoma temblor en caso de estar presente
4. e aconseja el estudio de signos neurológicos de localización
5. El estudio de la función sensitiva no aparece relevante en el caso de la evaluación de las caídas.
6. El estudio de la marcha, la postura y el equilibrio deberá ser exhaustivo, por lo que este aspecto se desarrolla con detalle en la página siguiente.

#### **i. Movilidad**

- \_\_\_\_\_ deambula en forma independiente
- \_\_\_\_\_ usa apoyo
- \_\_\_\_\_ bastón
- \_\_\_\_\_ bastón de cuatro patas
- \_\_\_\_\_ andadera
- \_\_\_\_\_ silla de ruedas, puede moverla de manera independiente
- \_\_\_\_\_ silla de ruedas, necesita ayuda para moverla

#### **j. Estabilidad y marcha**

	Normal	Anormal
<ul style="list-style-type: none"><li>• Equilibrio mientras está sentado</li><li>• Levantarse de una silla</li><li>• Equilibrio de pie con los ojos abiertos</li><li>• Equilibrio de pie con los ojos cerrados (prueba de Romberg)</li><li>• inicio de la marcha</li><li>• Longitud de la zancada</li><li>• Separación de los pies</li><li>• Giros</li><li>• Sentarse</li></ul>		

Describe los hallazgos positivos : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 3. Pauta para la valoración de la marcha y el equilibrio en pacientes que se caen

**Valoración de la marcha con base en el desempeño** (Tinetti, 1986) Se evalúa la normalidad o anormalidad de los siguientes componentes

COMPONENTE	NORMALIDAD
Inicio de la marcha	No hay vacilación, el inicio es un único movimiento suave.
Altura del paso	El pie se despegas del piso, la elevación del paso es entre 2,5 a 5 cm.
Longitud del paso	La longitud es a lo menos la de un pie de la persona entre ortejo mayor de un pie y talón del otro pie.
Simetría de los pasos	La longitud es similar entre un pie y otro En cada ciclo de pasos.
Continuidad de los pasos	El despegue es armónico entre un pie y otro, no hay suspensiones, similar longitud de los pasos.
Desviación del camino	El pie se aproxima a la línea recta a Medida que avanza.
Estabilidad del tronco	El tronco no se balancea, las rodillas o espalda no se flexionan, los brazos no se separan en un esfuerzo por mantener el equilibrio.
Postura de la marcha	Los pies casi se tocan cuando uno Rebasa al otro.
Giros mientras camina	No hay bamboleo, gira de manera Continua con la marcha, los pasos son Continuos mientras gira.

### Valoración del Equilibrio con base en el Desempeño

Se evalúa la normalidad, respuesta adaptativa o anormalidad frente a las siguientes maniobras:

MANIOBRA	NORMALIDAD	ADAPTATIVO	ANORMAL
Equilibrio sentado	Estable y uniforme	Se sostiene de una silla para mantenerse erguido	Se apoya, se desliza en la silla
Levantarse de la silla	Capaz de levantarse en un solo movimiento sin usar los brazos	Usa los brazos para empujarse o tirar de sí mismo o se inclina en la silla antes de intentar levantarse	Requiere múltiples intentos o es incapaz de levantarse sin ayuda humana
Equilibrio inmediato de pie (primeros 3 a 5 segundos)	Estable sin sostenerse de un auxiliar para caminar u otro objeto	Estable, pero usa un auxiliar para caminar u otro objeto como apoyo	Cualquier signo de inestabilidad (se toma de objetos para apoyarse, se bambolea, balanceo del tronco al mínimo)
Equilibrio de pie	Estable, capaz de permanecer con los pies juntos sin sostenerse	Estable, pero no puede juntar los pies	
Equilibrio con los ojos cerrados y los pies tan juntos como sea posible	Estable con los pies juntos sin apoyarse en ningún objeto	Estable con los pies separados	Cualquier signo de inestabilidad o se sostiene de algún objeto
Equilibrio durante el giro de 360°	No se sostiene ni se bambolea, no necesita sostenerse de algún objeto, los pasos son continuos (gira con un movimiento fluido)	Los pasos son discontinuos	Cualquier signo de inestabilidad o se sostiene de algún objeto
Ejercer presión o empujar 3 veces sobre el esternón con el paciente con los pies tan juntos como sea posible	Estable, capaz de soportar la presión	Necesita mover los pies pero logra mantener el equilibrio	Empieza a caer o el examinador tiene que ayudarlo a mantener el equilibrio

MANIOBRA	NORMALIDAD	ADAPTATIVO	ANORMAL
Giro del cuello con el paciente de pie con los pies tan juntos como sea posible	Puede girar la cabeza por lo menos a la mitad de un lado a otro y puede inclinar la cabeza hacia atrás para mirar el techo, no se balancea, no se toma de algo, no presenta síntomas de mareo, inestabilidad o dolor	Menor capacidad para girar la cabeza a los lados que para extender el cuello, pero no se bambolea, no se sujeta de algo ni hay síntomas de mareo, inestabilidad o dolor	Cualquier signo de inestabilidad o síntomas cuando se gire la cabeza o extienda el cuello
Equilibrio sobre una pierna	Capaz de pararse en una pierna durante 5 segundos sin sostenerse de algo		Incapaz
Extensión de la espalda	Buena extensión sin apoyarse en algo ni bambolearse	Intenta extenderla, pero el rango de movimiento está disminuido o necesita sostenerse de algo para intentar la extensión	No lo intenta, no se observa extensión o se bambolea
Alcanzar algo en altura	Capaz de bajar el objeto sin necesidad de apoyarse en otro y sin perder la estabilidad	Capaz de alcanzar el objeto, pero necesita sostenerse de algo para mantener la estabilidad	Incapaz o inestable
Inclinarse para recoger objeto del suelo	Capaz de flexionarse y levantar el objeto y capaz de levantarse con un solo intento sin necesidad de tirar de sí mismo con los brazos	Puede tomar el objeto y levantarse en un solo intento, pero necesita tirar de sí mismo con los brazos o apoyarse en algo	Incapaz de flexionarse o de levantarse después de hacerlo o necesita múltiples intentos para levantarse
Sentarse	Capaz de sentarse en un solo movimiento uniforme	Necesita usar los brazos para guiarse hasta la silla o no realiza un movimiento uniforme	Cae en la silla, calcula mal las distancias (cae fuera del centro)

#### 4. Pautas para la solicitud de exámenes y/o derivación

Estudios diagnósticos

Prueba	Procedimiento	Resultado

En caso de sospecha o signos de

**Enfermedad aguda**

Deberán realizarse los exámenes orientados a detectar el problema de origen.

**Enfermedad crónica no diagnosticada**

Se sugiere descartar anemia y diabetes y eventualmente patología de columna.

**Arritmia transitoria o bloqueo**

Se sugiere realizar un ECG y derivar a especialista para la realización de un Test de Holter.

**Soplo cardíaco sistólico mayor de 2**

Se recomienda derivar a especialista para la realización de una ecocardiografía a fin de descartar la presencia de una estenosis aórtica.

**TIA**

Se recomienda derivar a especialista para la realización de exámenes no invasivos.

# TRATAMIENTO DEL PACIENTE QUE PRESENTA INESTABILIDAD Y ANTECEDENTES DE CAIDAS

## 1. Principios básicos del tratamiento

A todo paciente adulto mayor que ha presentado una caída deberá procurársela una atención de salud primaria que permita

- a) Valorar y tratar la lesión física
- b) Valorar y tratar la lesión psíquica (temores del paciente y la familia)
- c) Tratar alteraciones subyacentes
- d) Evaluar el uso de fármacos
- e) Proporcionar terapia física y educación
  - Readiestramiento de la marcha
  - Fortalecimiento muscular
  - Educación para el uso de ayudas auxiliares para la deambulaci3n
  - Educaci3n en relaci3n con el uso correcto de Zapatos de
  - Ajuste
  - Comportamientos adaptativos
- f) disminuir los riesgos ambientales
  - Visita domiciliaria para revisi3n de riesgos de caídas (véase lista adjunta)
  - Educaci3n en relaci3n con
    - Mobiliario seguro y de tamańo correcto
    - Eliminaci3n de obstáculos
    - Iluminaci3n adecuada
    - Barandas seguras

## 2. Pautos para el tratamiento de problemas subyacentes a las caídas

### A. Abordaje y Manejo de Problemas Cardiovasculares

<ul style="list-style-type: none"><li>• Arritmias</li><li>• Estenosis a3rtica</li><li>• Hipotensi3n postural<ul style="list-style-type: none"><li>- relacionada con fármacos</li></ul></li> <li>- relacionada con insuficiencia venosa</li> <li>- relacionada con disfunci3n auton3mica</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Derivar a especialista para estudio, Sindicaci3n de tratamiento y seguimiento</b></li><li>• <b>Manejo en consultorio</b><ul style="list-style-type: none"><li>- evaluar la posibilidad de eliminar o cambiar el fármaco</li><li>- recomendar el uso de medias de soporte</li><li>- seńalar la utilidad de la elevaci3n de las piernas</li><li>- enseńar comportamientos adaptativos</li><li>- recomendar el uso de medias de soporte</li><li>- evaluar la utilidad de mineralocorticoides</li><li>- enseńar comportamientos adaptativos</li></ul></li></ul>
---	--

## B. Abordaje y Manejo de Problemas Neurológicos

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Crisis isquémica transitoria</li> <li>• Trastorno convulsivo</li> <li>• Hidrocefalia Normotensiva</li>   <li>• Enfermedad de Parkinson</li>   <li>• Espondilosis cervical</li>   <li>• Daño visual</li>   <li>• Demencia</li>   <li>• Vértigo postural benigno</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Derivar a especialista para estudio, indicación de tratamiento y seguimiento</b></li>   <li>• <b>Derivar a especialista para estudio e indicación de tratamiento</b></li> <li>• <b>Seguimiento en consultorio</b></li> <li>• <b>Manejo en consultorio</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- kinesiterapia</li> <li>- refuerzo cervical</li> <li>- enseñar comportamientos adaptativos</li> </ul> </li> <li>• <b>Derivar a especialista para estudio y tratamiento específico</b></li> <li>• <b>Seguimiento en consultorio</b></li> <li>• <b>Manejo en consultorio</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- actividades supervisadas</li> <li>- ambiente libre de riesgos</li> <li>- evaluación y educación a la familia en el caso de uso de fármacos</li> </ul> </li> <li>• <b>Manejo en consultorio</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Enseñar comportamientos adaptativos</li> <li>- Evaluar la utilidad de fármacos antivertiginosos</li> </ul> </li> </ul>
--	--

## C. Abordaje y manejo de otros problemas

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trastornos del pie</li>   <li>• Trastornos de la marcha</li>   <li>• Abuso de fármacos(sedantes, laxantes alcohol, psicotropos, antihipertensivos)</li> </ul>	<p><b>Manejo en consultorio</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- evaluación y tratamiento podiátrico</li> </ul> <p><b>Manejo en consultorio</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- zapatos de ajuste correcto</li> <li>- educación física y kinesiterapia</li> <li>- enseñar comportamientos adaptativos</li> </ul> <p><b>Manejo en consultorio</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- eliminación de fármacos enseñar comportamientos adaptativos</li> </ul>
--	---

## **D. Abordaje y manejo de los riesgos ambientales**

Dada la alta incidencia de caídas atribuibles a accidentes, a continuación se desarrollan algunos aspectos relacionados con la valoración de los riesgos ambientales y su prevención.

### **1. Valoración Ambiental (Tomado de Clinical Report on Aging Vol 1, N°5, 1987)**

#### **Lista de revisión para riesgos de caídas**

##### **A. En todo la casa revise si lo siguiente está en orden**

- \_\_\_\_\_ 1. Los pisos y tapetes están en buenas condiciones, sin obstáculos protruyentes que pudieran ocasionar tropiezos y caídas.
- \_\_\_\_\_ 2. La luz es brillante y sin destellos.
- \_\_\_\_\_ 3. Las luces de noche están en sitios estratégicos en toda la casa, sobre todo en las escaleras y en el camino del dormitorio al baño. Cuando es posible, se usan interruptores iluminados en las mismas localizaciones de alto riesgo.
- \_\_\_\_\_ 4. Los teléfonos están localizados de tal forma que las personas no tengan que apresurarse a contestarlos.
- \_\_\_\_\_ 5. Los cables eléctricos no se encuentran en los sitios de paso. Cuando es posible, se encuentran acortados y clavados al piso.
- \_\_\_\_\_ 6. No hay desorden en los pasillos.

##### **B. Baño**

- \_\_\_\_\_ 7. Se cuenta con barandas accesibles en las áreas de la tina de baño y el inodoro.
- \_\_\_\_\_ 8. Hay una superficie antideslizante en el piso de la tina y ducha.
- \_\_\_\_\_ 9. Si se usa un tapete de baño, es de buena calidad.
- \_\_\_\_\_ 10. El drenaje de agua es apropiado para que no se favorezcan los pisos resbalosos después del baño.

##### **C. Dormitorio**

- \_\_\_\_\_ 11. Las alfombras o choapinos no representan un riesgo de tropiezo o resbalones, sobre todo los que están en el camino al baño.
- \_\_\_\_\_ 12. Cuenta con un velador para colocar los anteojos y otros artículos, en lugar de ponerlos en el piso junto a la cama.

#### **D. Cocina**

- \_\_\_\_\_ 13. El piso es de material antideslizante.
- \_\_\_\_\_ 14. Los pisos mojados se secan pronto para evitar resbalones.
- \_\_\_\_\_ 15. Los utensilios de limpieza y cocina se guardan en sitios que no son demasiado altos (para personas de talla baja que tendrían que treparse en algo) o demasiado bajos (para personas que presenten mareos después de inclinarse).
- \_\_\_\_\_ 16. Dispone de una silla alta para lavar los utensilios de cocina, vajilla, platos.
- \_\_\_\_\_ 17. Dispone de un banco firme para alcanzar sitios altos.

#### **E. Sala**

- \_\_\_\_\_ 18. No hay choapinos sobre la alfombra ni están dispersos en otros sitios.
- \_\_\_\_\_ 19. Los muebles se encuentran en sitios que permiten pasillos amplios.
- \_\_\_\_\_ 20. Las sillas y sofás tienen la altura suficiente para permitir que los adultos mayores se sienten y levanten con facilidad.

#### **f. Escaleras**

- \_\_\_\_\_ 21. Se cuenta con barandas firmes a ambos lados de todas las escaleras.
- \_\_\_\_\_ 22. Las superficies de los escalones son antideslizantes.
- \_\_\_\_\_ 23. No se almacenan materiales en los descansos o al pie de las escaleras.
- \_\_\_\_\_ 24. Cuando es posible, se ha colocado cinta brillante antideslizante en el primer y último escalón para indicar dónde empieza y termina la escalera.

#### **g. Fuera de la casa**

- \_\_\_\_\_ 25. Los escalones del frente y la parte trasera de la casa están en buen estado. Durante el invierno se dispone de arena o aserrín para garantizar la seguridad en las superficies resbalosas.
- \_\_\_\_\_ 26. Las veredas se limpian de hojas y escarcha en el invierno para prevenir los resbalones y caídas.
- \_\_\_\_\_ 27. Las escaleras y barandas son firmes.

## **2. Recomendaciones para Evitar Caídos por Causa Ambiental (Adaptado de Philip Seiby, Adrian Griffiths, 1986)**

### **Muebles**

- Se recomienda distribuir los muebles y otros elementos de tal modo que causen el mínimo estorbo posible, en especial en los lugares de mayor circulación como puertas y pasillos.
- Los armarios o estantes que no sean estables deberán fijarse al suelo o a la pared.
- Los enchufes o interruptores eléctricos deberán encontrarse al alcance de las personas mayores.
- Los cables eléctricos deberán ir a lo largo de las paredes o por debajo de la alfombra. No deben cruzar las habitaciones por el suelo.
- Los marcos sobreelevados de las puertas deben ir pintados de un color que los haga fácilmente visibles o, incluso, es preferible arrancarlos para evitar tropezar en ellos.

### **Iluminación**

- Las habitaciones, pasillos y escaleras deberán estar suficientemente iluminados.
- Deberá existir un Interruptor que pueda ser accionado desde la cama o una lámpara de velador en el dormitorio para evitar andar a tientas o tropezar en la oscuridad.
- Se deberá disponer de un interruptor en las partes altas y bajas de cada escalera y un interruptor fácil de accionar a la entrada de cada habitación.

### **Suelos**

- Si se puede, evitar los recubrimientos para suelos resbaladizos, como linóleo y madera pulimentada. El más seguro es una alfombra o cubrepisos perfectamente pegado.
- Se deberá evitar el derramamiento de agua, aceite o polvo de talco. Si ello ocurre, deberá limpiarse rápidamente.
- Felpudos y choapinos deberán tener el reverso antideslizante y deberá evitarse que sus bordes estén arrugados o deshilachados para evitar tropiezos.
- ¡Cuidado!, las medias o calcetines resbalan sobre cualquier tipo de suelo, a excepción de la alfombra.

### **Escaleras escalones**

- Se deberá instalar un pasamanos seguro y firme en todas las escaleras de la casa; si no se tiene mucha estabilidad en los pies, el pasamanos deberá ir a ambos lados de la escalera
- Los tramos muy cortos de escalera se pueden sustituir por una rampa, especialmente si están en mal estado.
- Todas las alfombras de las escaleras deberán estar en perfecto estado y firmemente pegadas.
- Los escalones del exterior de la casa deberán estar en buen estado.
- Si el adulto mayor presenta fallas a la vista, los escalones deberán hacerse más visibles mediante una franja blanca

pintada en el borde de cada escalón. Si son resbaladizos, se podrán cubrir con una pintura antideslizante especial.

### **Cuarto de baño**

- Se recomienda colocar una alfombrilla de goma antideslizante en el suelo del cuarto de baño y otra en el interior de la bañera.
- Se recomienda colocar una barra para asirse en el borde de la bañera y otra en la pared junta a ésta. Si el adulto mayor no tiene mucha estabilidad sobre los pies, un asiento de baño colocado en la bañera o ducha puede resultar de utilidad para evitar las caídas.
- Para evitar tener que buscar a tientas el jabón que resbala y cae en la bañera o ducha, se recomienda utilizar los que van provistos de un cordel.

### **Alcanzar cosas**

- Se recomienda procurar que el adulto mayor pueda alcanzar con facilidad los estantes y armarios que utiliza a diario.
- Se deberá evitar almacenar cosas pesadas sobre los estantes altos o encima de los armarios.
- Si se hace necesario subir a algún mueble para alcanzar la parte superior de un estante, colgar una cortina o cambiar una ampolleta:
  - idealmente, usar una escalera colocada de tal modo que evite la posibilidad de resbalar y no requiera ladearse demasiado,
  - si ello no es posible, deberá asegurarse que el mueble que se usará es estable, tienen una superficie grande y es fuerte para soportar el peso de una persona,
  - se recomienda no subir a una superficie pulida llevando sólo calcetines o medias,
  - deberá evitarse la necesidad de echar la cabeza hacia atrás.

## COMENTARIOS FINALES

Al tratar este tema, una vez más se comprueban las características de las enfermedades en geriatría: reserva funcional disminuída, pluripatología, sintomatología larvada, tendencia a la cronicidad y la invalidez, pronóstico menos favorable, repercusión social y familiar, y las complejidades de manejo asociadas al diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud de los adultos mayores, situación que nos invita a desarrollar capacidades para el trabajo en salud con este grupo etéreo, toda vez que se trata de un segmento de población de tamaño creciente y consultante frecuente en los sistemas de salud primarios.

Con esta Guía se espera contribuir al objetivo de iniciar un trabajo sistemático dirigido a generar protocolos de atención que orienten el accionar clínico de los médicos generales y de familia que se desempeñan en los establecimientos del nivel primario de atención y en la comunidad respecto de los riesgos y problemas que presentan los adultos mayores sanos, en especial cuando se trata de condiciones que ponen en riesgo la vida y pueden determinar grados crecientes de invalidez y dependencia, con las subsecuentes consecuencias para la calidad de vida de las personas mayores y sus familias y repercusiones para el Sistema Social.

***Optimizar el rol de los médicos clínicos de atención primaria para el abordaje y manejo de los problemas de la vejez, de los adultos mayores y de sus familias, constituye hoy una tarea prioritaria y de alta significación para nuestro país.***

## BIBLIOGRAFIA

Robert L. Kane, Joseph G. Ousiander e Itamar B. Abrass, Capítulo VII "Inestabilidad y caídas", GERIATRIACLINICA 3ª Edición, PALTEX, 1997, México.

Philip Seiby, Adrian Griffiths, Capítulo 9 "Accidentes", GUIA PARA UN ENVEJECIMIENTO SATISFACTORIO, The International Health Foundation, Parthenon Publishing, 1986, Inglaterra.

M.A. Benítez del Rosario y J. de Armas Felipe "Papel de la Atención Primaria en la Asistencia del Anciano", Cuadernos de Gestión para el Profesional de Atención Primaria, Volumen 2, Número 3, Julio-Septiembre de 1996, España.

Cuadernos de Formación Médica Continuada en Atención Primaria, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, Volumen 2, Número 3, Julio-Septiembre de 1996, España.

J. Ortiz Espinoza, J.A. Sánchez Ortiz, M.A. Bonillo García, "Patologías más Frecuentes en el Anciano : características e historia clínica", Unidad 138, Manual del Residente de Medicina Familiar y Comunitaria, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, 1997, Madrid.

# **AUTORA**

## **Prevención y Manejo de las Caídas**

Dra. Patricia Villaseca Silva  
Universidad de Concepción

### **Editoras**

Dra. María Cristina Escobar F.  
E.U. Patricia Morgado A.  
Programa Salud del Adulto  
Ministerio de Salud

### **Diseño y Diagramación**

Luz María González S.

### **Corrección de textos**

E.U. Patricia Morgado A.

### **Impresión**

MAVAL

Santiago, Julio 1999.