

**PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE CAIDAS Y DE FRACTURA DE CADERA, EN
LA UNIDAD DE DENSITOMETRIA OSEA DE REUMATOLOGIA, DEL
HOSPITAL MARINA BAIXA**

- Reumatólogos: José Rosas, Esteban Salas, Gregorio Santos, José Miguel Senabre
- Enfermería de Reumatología: Catalina Cano, Marisa Lorente, Ana Pons, Magdalena Flores

Sección de Reumatología

Hospital Marina Baixa

Villajoyosa (Alicante)

España

Marzo 2016

PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE CAIDAS Y DE FRACTURA DE CADERA

Desde el año 2010, la Unidad de densitometría ósea (DXA) de Reumatología, del Hospital Marina Baixa, realiza la totalidad de las densitometrías óseas (DMO), de nuestra área sanitaria. Al mismo tiempo, se inició una base de datos, sobre los pacientes remitidos, en la que se recoge el resultado de la DMO lumbar y cadera, índice de riesgo de fractura (FRAX), los factores de riesgo de osteoporosis (OP), enfermedades y fármacos osteopenizantes, tratamiento actual para la OP, etc. Posteriormente, se emite un informe por Reumatología, que incluye estos datos y recomendaciones dirigidas al servicio remitente.

OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS

1. Objetivo principal.

Durante el año 2016, se inicia el programa de prevención de caídas, con el objetivo principal de detectar personas en riesgo (mayores de 70 años), de las que son remitidas para realizar DMO, e intentar prevenir las caídas y en lo posible, fracturas de cadera.

2. Objetivos secundarios.

Aumentar la concienciación, especialmente en Atención Primaria, pero también en las especialidades más comúnmente implicadas, sin olvidar a la Dirección del Departamento, de la importancia de la prevención de las caídas en personas de riesgo y así diseñar un programa en nuestra área sanitaria multidisciplinar que ayude a la disminución de las caídas en personas de riesgo, y por tanto de las fracturas de cadera.

EPIDEMIOLOGÍA DE LAS CAÍDAS

La caída se define como acontecimiento involuntario, que hacen perder el equilibrio y dar con el cuerpo en tierra u otra superficie firme que lo detenga (OMS, 2012).

La caída, además, es un factor de riesgo para sufrir nuevas caídas. De hecho, de los que han presentado una caída, el 50% se vuelve a caer en el mismo año.

Las caídas son un problema clínico importante entre los ancianos por su frecuencia y por sus consecuencias físicas, psíquicas y sociales. La incidencia depende de la ubicación del anciano. En el domicilio se producen gran parte de ellas.

La introducción de programas de prevención ha demostrado una reducción en el número de caídas.

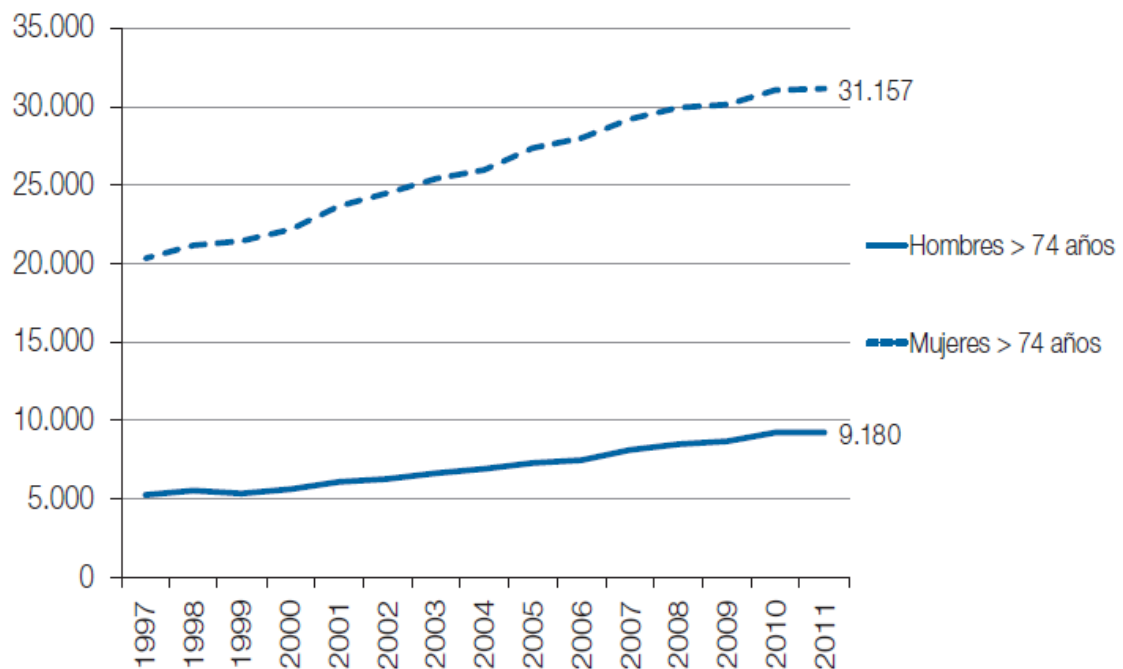
Las caídas en personas mayores tienen graves consecuencias:

- Se ha estimado que un tercio de las personas mayores de 65 años, y la mitad de los mayores de 80, sufre al menos una caída al año.
- Más de un 70% tienen consecuencias clínicas como fracturas, heridas, esguinces, etc.
- Más de la mitad presentan secuelas posteriormente.
- El 50% de las personas que sufren una fractura por una caída no recuperan el nivel funcional previo.
- Además una de cada diez caídas genera lesiones graves, incluyendo la fractura de cadera.
- Por cada persona que fallece como consecuencia de una caída, 24 han sufrido un ingreso hospitalario por fractura de cuello de fémur (fractura de cadera)

Respecto a la fractura de cadera:

- Se estima que el 90% de los casos de fracturas de cadera son debido a caídas.
- Las mujeres tienen un mayor riesgo de caídas que los hombres y también sufren consecuencias más graves, con un mayor porcentaje de fracturas de cadera, tres veces más que los hombres.
- Según datos del INE, en el año 2011, hubo en España 44.968 altas hospitalarias por fractura de cadera en personas > 65 años (Fig. 1).

Figura 1. Número de pacientes dados de alta en España por fractura de cadera durante el período 1997 a 2011. Distribución por sexo.



FACTORES DE RIESGO DE CAÍDAS

Se definen como las circunstancias que, con independencia de su naturaleza, inciden de forma negativa sobre el paciente, haciéndolo más vulnerable respecto a su capacidad de autoprotección, lo que puede provocar una caída.

Los principales son los siguientes:

1. Riesgos ambientales generales.

- Iluminación inadecuada, suelos resbaladizos, superficies irregulares, barreras arquitectónicas, espacios reducidos, mobiliario inadecuado, entorno desconocido, condiciones meteorológicas adversas, orografía del terreno, vías de acceso...

2. Riesgos del entorno: unidad asistencial.

- Altura de las camillas/camas y ausencia de dispositivos de anclaje, altura y tamaño de las barandillas, espacios reducidos, dispositivos y mobiliario

asistenciales que se comportan como obstáculos, ausencia, ineficacia o mal funcionamiento de dispositivos de apoyo, deambulación o estabilización,...

3. Factores propios del paciente:

- Edad: mayor de 65 años.
- Historia de caídas previas.
- Alteración del estado de conciencia.
- Alteración de la capacidad de percepción sensorial.
- Alteración de la capacidad motora, nivel funcional, alteración de la marcha, movilidad, equilibrio, mantenimiento postural, astenia.
- Trastorno en las facultades mentales, procesos de pensamiento, conducta.
- Dificultad o incapacidad para controlar esfínteres.
- Existencia de barreras comunicativas.
- Alteración del estado nutricional, obesidad, carencias nutricionales, déficit vitamínico, deshidratación.
- Periodo embarazo-parto-puerperio.
- Calzado o ropa inadecuada, falta o mala adaptación de gafas y audífonos, carencia inadecuada de ayudas técnicas para caminar o desplazarse...

4. Factores propios de la enfermedad:

- Enfermedades neurológicas, respiratorias, cardíacas, articulares, Inmunológicas, metabólicas, cardiovasculares, músculo esqueléticas.
- Dolor agudo y crónico.
- Hábitos tóxicos.
- Proceso quirúrgico.
- Cuadros febriles.

5. Factores derivados del tratamiento:

- Efectos adversos del tratamiento (antihipertensivos, antiarrítmicos, diuréticos, vasodilatadores, analgésicos, sedantes, tranquilizantes, hipnóticos, relajantes musculares, antihistamínicos, antidiabéticos, antiepilépticos, betabloqueantes).

- Pacientes con dispositivos implantados/ prótesis.
6. Factores derivados de la respuesta del paciente frente a la enfermedad:
- Afrontamiento del estado de salud.
 - Conductas de riesgo.
 - No solicitud de ayuda cuando se necesita.
 - Conducta de cumplimiento del régimen terapéutico.

PERFIL DEL PACIENTE CON RIESGO DE CAÍDAS

El perfil del paciente con riesgo de caídas se ha asociado con los criterios siguientes.
(Factores predictivos riesgo de caídas: Evidencia Best Practice 1998 ISSN 1329- 1874):

- Toda persona con movilidad limitada.
- Alteración del estado conciencia, mental o cognitivo.
- Necesidades especiales de aseo (incontinencias).
- Déficit sensorial.
- Historia de caídas previas (últimos 12 meses).
- Medicación de riesgo.
- Edad mayor de 65 años.

CLASIFICACIÓN de las caídas

Para una mejor comprensión, las caídas se dividen:

Caídas accidentales

Constituyen el 37% de las caídas. Los accidentes ocurren habitualmente en presencia de una situación subyacente que incrementa la posibilidad de que se produzcan. Ejemplos: vigilar que no haya agua en el suelo para evitar resbalar, que tenga iluminación correcta, que el baño no tenga barreras etc.

Caídas sin síncope

Son el 20-25% de las caídas. Hay que considerar la hipotensión ortostática que suele ser asintomática. Existen varias situaciones que puede ser sintomática: situaciones de

bajo gasto cardíaco, disfunción del sistema nervioso autónomo, deterioro del retorno venoso, permanencia en cama y utilización de determinados fármacos.

Las enfermedades neurológicas como la de Parkinson o las neuropatías periféricas producen alteración de la marcha y del control postural que pueden facilitar las caídas. Existe correlación directa entre el número de fármacos que toma el anciano y la frecuencia de las caídas. Los sedantes, al disminuir los reflejos y el sensorio, son los que se asocian más a menudo a caídas. También diuréticos, hipotensores, antagonistas de calcio, hipoglucemiantes, ácido acetilsalicílico, etc.

Caídas con síncope

Los síncope causan el 1% de las caídas. El 50% de ellos son de origen cardiovascular. Las arritmias sólo causan síncope y caídas cuando se asocian a alteraciones de la irrigación cerebral. Otras causas cardíacas son el infarto agudo de miocardio de presentación atípica, la miocardiopatía hipertrófica y la estenosis aórtica.

Entre las causas de síncope, incremento del tono vagal con bradicardia e hipotensión, se encuentran la tos, la micción, la hiperventilación y la defecación.

EVALUACIÓN DEL RIESGO DE CAÍDAS

Existen diversas pruebas para evaluar el riesgo de caídas. Unas van dirigidas a la población general y otras a paciente hospitalizado.

Prueba “levanta y anda o get up and go”

En nuestro caso, para su realización en los pacientes mayores de 70 años, que son remitidos a realizarse una densitometría ósea, hemos seleccionado por su sencillez la prueba “Levanta y anda o Get up and go” (figura 2). Realizada de forma correcta, presenta una sensibilidad y especificidad, ambas, del 87%.

Instrucciones para realizar la prueba:

La persona debe poder caminar por su cuenta. Puede usar su calzado habitual y puede utilizar cualquier dispositivo de ayuda que use normalmente.

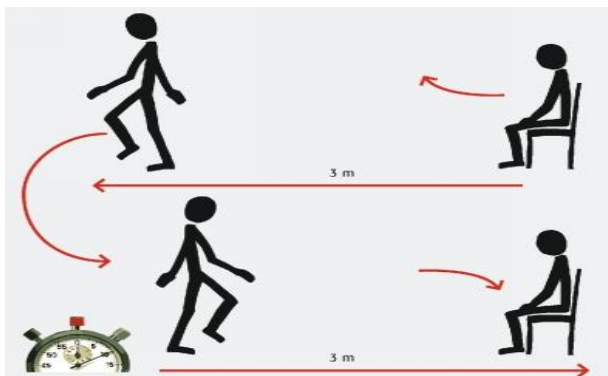
1. El paciente debe sentarse en una silla con la espalda apoyada y los brazos descansando sobre un apoyabrazos.
2. Pídale a la persona que se levante de la silla y camine una distancia de 3 metros.
3. La persona debe dar la vuelta y volver a sentarse a la silla de nuevo.

El cronometraje se inicia cuando la persona comienza a levantarse de la silla y termina cuando regresa y se sienta de nuevo en la silla.

Valoración en segundos:

- ≤ 20 segundos: movilidad independiente. Escaso riesgo de caída
- > 20 segundos: riesgo elevado de caídas.

Figura 2. Instrucciones para realizar la prueba “levanta y anda o get up and go”



ACTITUD ANTE UN PACIENTE DETECTADO CON RIESGO DE CAÍDA

El paciente con riesgo elevado de caída, detectado en la Unidad de DXA de Reumatología, debe ser remitido y evaluado por su Médico de Atención Primaria o en una Unidad específica de prevención de caídas, teniendo en cuenta los factores de riesgo individuales comentados anteriormente (Fig. 2).

Un aspecto de interés, es considerar, cuanto antes, algunos ejercicios para movilizar y fortalecer la musculatura de la rodilla y de la cadera, que incluso puede comenzar en su domicilio, realizándolo siempre acompañado:

- Ejercicio en rodilla: <http://www.arthritis.org/living-with-arthritis/exercise/videos/stretch/hamstring-stretch.php>

- Ejemplo de ejercicio en cadera: <https://www.youtube.com/watch?v=9h6aXZy43R8>

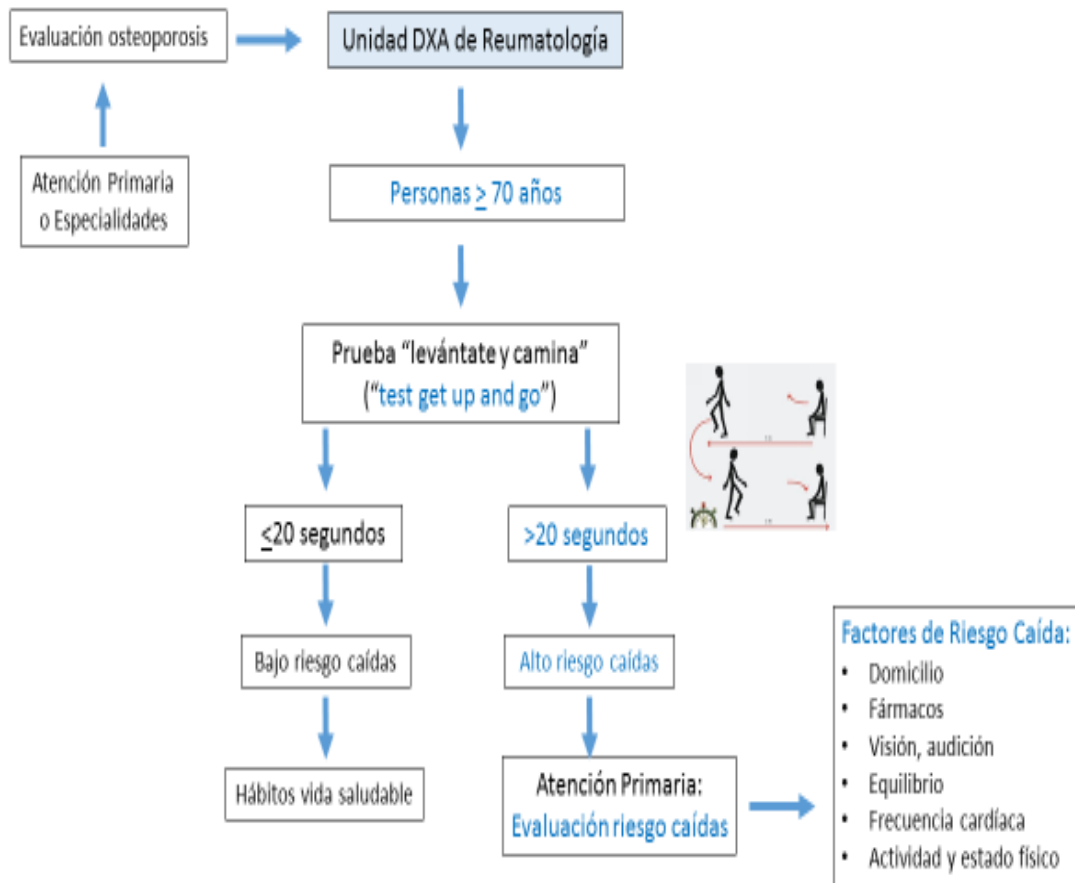
Además se darán consejos a los pacientes con riesgo aumentado de caídas:

- Colocación de barreras, barandillas y pasamanos para prevenir caídas
- Uso de alfombrilla de goma en la bañera o ducha
- Valorar cambiar bañera por ducha adaptada
- Iluminación adecuada
- Eliminación de objetos, derramamientos y abrillantadores en el suelo
- Fijación de las alfombras
- Adaptación de la altura adecuada del váter, sillas y la cama
- Uso de precauciones con fármacos que aumenten el riesgo de caídas
- Agitación controlada
- Uso de zapatos con cordones bien ajustados
- Uso de gafas adecuadas

Como indicadores iniciales del programa se tendrán en cuenta los siguientes:

Indicador	Fuente
Entre los pacientes remitidos a la Unidad de DXA de Reumatología, porcentaje de pacientes ≥ 70 años a los que se realiza la "Prueba de levanta y camina" (test get up and go)	Base datos DXA-Reumatología
Porcentaje de pacientes con alto riesgo de caídas, remitidos y evaluados en Atención Primaria	Sistema de información Atención Primaria

Figura 3. Arbol de decisión que se realiza en la Unidad de densitometría ósea (DXA), de Reumatología para detectar pacientes con alto riesgo de caídas y prevenir fracturas de cadera.



BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

1. Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. Informes, estudios e investigación 2014. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. www.msssi.gob.es/.../docs/FragilidadyCaidas_personamayor.pdf.
2. AL Suay Cantos, M Ortega Roig, O Mendo Serrano, MD Simó Falco. ANCIANO FRAGIL: Guía de Actuación Clínica en AP. www.san.gva.es/documents/246911/251004/guiasap03ancianofragil.pdf.
3. M Lázaro del Nogal, A González-Ramírez, A Palomo-Iloro. Evaluación del riesgo de caídas. Protocolos de valoración clínica. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2005;40(Supl 2):54-63.
4. Podsiadlo D, Richardson S. «The Timed Up and Go»: A test of basic functional mobility for frail elderly persons. J Am Geriatr Soc. 1991;39:142-8.
5. Shummay-Cook A, Brauer S, Woollacott M. Predicting the probability for falls in community-dwelling older adults using the TUG test. Phys Ther. 2000;80:896-903.
6. Tinetti ME, Speechley M, Ginter SF. Risk factors for fall among elderly persons living in the community. N Engl J Med 1988; 319: 1701-7.
7. Martín Lesende I, Gorroñoigoitia A, Gómez J, Baztán JJ, Abizanda P. El anciano frágil. Detección y manejo en atención primaria. Aten Primaria 2010; 42 (7): 388-93.