

SÍNDROME CAÍDAS EN EL ADULTO MAYOR: FACTORES DE RIESGO Y PREVENCIÓN

Autora: Dra. Angélica Valencia G. Residente Medicina Familiar UC

Tutor(a): Dra. Victoria Rodríguez. Docente Departamento Medicina Familiar UC

Editor(a): Dra. Isabel Mora M. Docente Departamento Medicina Familiar UC

12 marzo 2019

Resumen de portada:

En las personas mayores de 65 años, las caídas y sus consecuencias constituyen una fuente importante de morbilidad y mortalidad, aumentando su incidencia con la edad. En este artículo revisaremos los factores de riesgo para caídas en personas mayores que viven en la comunidad, y algunas de las intervenciones que podrían prevenir caídas y que pueden ser aplicadas desde atención primaria.

Introducción

Las caídas constituyen un problema de salud pública con un costo económico considerable, siendo la segunda causa de muerte a nivel mundial por lesiones no intencionales, representando un 11%.¹ En las personas mayores de 65 años, las caídas y sus consecuencias constituyen una fuente importante de morbilidad y mortalidad, siendo más frecuente en mujeres. La incidencia aumenta con la edad y varía según el estado de vida. Entre el 30 y el 40% de las personas mayores de 65 años que viven en la comunidad se caen cada año, aumentando cerca del 50% cuando cumplen los 80 años, y casi el 60% de ellos poseen antecedentes de una caída en el año anterior, razón por lo cual tendrá una caída posterior.²

En un estudio que se realizó en las capitales de 7 países de América Latina, región del Caribe y población mexicano-estadounidense que viven en el sudeste de EEUU, con datos basados en la encuesta SABE 2001, encontró que la prevalencia anual de caídas en adultos mayores que viven en la comunidad fue de 34% para Santiago de Chile, siendo mayor que las otras ciudades.³⁻⁴

En Chile, el informe final del estudio de carga de enfermedad y carga atribuible del año 2007, indicó que las caídas se encuentran en el lugar número 15 como causa específica de AVISA.⁵

En la Encuesta Nacional de Salud (ENS 2016-2017), las fracturas por trauma leve (al menos una fractura por caída casual a nivel) en población que se ha fracturado al menos una vez después de los 20 años presenta una prevalencia total de 58.1% y, en adultos mayores de 65 años, representa un 71.3%.⁶

Las caídas en el adulto mayor pueden llegar a ocasionar consecuencias tanto físicas como psicológicas. La fractura de cadera, es una de las consecuencias más graves de caídas en personas de edad avanzada, presentando mayor asociación con la mortalidad.⁷

En EEUU, la fractura de cadera ocurre aproximadamente en el 1% de las caídas. Las fracturas de muñeca y de columna por aplastamiento vertebral ocurren en el 3 al 5% de las caídas; en el 5 al 10% se encuentran otras lesiones graves (por ejemplo, luxaciones articulares o laceraciones que requieren suturas, o traumatismo cerebrales) que requerirán atención médica/hospitalaria; el síndrome postcaída (miedo a caerse de nuevo/miedo al dolor/ansiedad/cambios conductuales/pérdida de seguridad en sí mismo) ocurre en el 16% de las caídas; y del 30 al 50% son lesiones menores de partes blandas que no reciben atención médica (laceraciones sin suturas, hematomas, abrasiones, esguinces).⁷

En Chile, la fractura de cadera ocurre en el 2,6% de las caídas; heridas graves: 10,2%, lesiones que requieren atención médica: 12% y el síndrome postcaída: en el 21% de las caídas.⁸

Factores de riesgo para caídas

Existen muchos factores de riesgo para caídas en el adulto mayor que se pueden categorizar ampliamente en:

- *No Modificables*: Edad >75 años, osteoartritis, deterioro cognitivo, sexo femenino, historial de caídas.
- *Potencialmente Modificables*:
 - o *Extrínsecos*: Peligros ambientales, Medicamentos (psicofármacos, polifarmacia, benzodiacepinas, diuréticos, antiarrítmicos) y trastornos metabólicos (IMC <23kg/m², Diabetes Mellitus, Deficiencia vitamina D).
 - o *Intrínsecos*: Factores músculo-esqueléticos (alteración del equilibrio y la marcha, problemas de los pies, debilidad muscular de miembros inferiores), Factores neuropsicológicos (Delirium, depresión, E. Parkinson), Deterioro sensorial (Auditivo, Visual).⁹

Una revisión sistemática de estudios prospectivos¹⁰ evaluó la mayor asociación de factores que afecta el riesgo de caerse en personas mayores que viven en la comunidad.

La probabilidad de que un adulto mayor presente una caída tiene una asociación significativa en aquellos que han caído más de dos veces en un período de tiempo determinado (caídas recurrentes), que para pacientes que han caído al menos una vez. En la siguiente tabla se describen las variables significativas que se asocian a un riesgo mayor para caídas: ¹⁰

Caídas recurrentes (> 2 caídas en una periodo de tiempo determinado)	
VARIABLES	OR
Enfermedad de Parkinson	3.79
Deterioro cognitivo	3.65
Problemas de los pies	3.68
Uso de ayuda para caminar	3.20
Historial de caídas	3.07
Discapacidad física	2.63
Antiepilépticos/neurolépticos	2.52
Sexo femenino	1.68
Alteración visual	1.45
Sedantes	1.44
Edad (aumento de 5 años en la edad)	1.15

Tabla 1. Factores de riesgo para caídas en el adulto mayor. OR: Odds Ratio

En Chile, un estudio descriptivo de prevalencia encontró una asociación significativa para el riesgo de caídas en adulto mayor, que en orden de importancia son los siguientes: Limitación funcional (Escala Funcional de la Cruz Roja >1) OR 7,45; Tinetti marcha <9/12 OR 6,3; Déficit cognitivo (PFEIFFER >3) OR 5; Tinetti de Equilibrio <13/16 OR 4,67; Edad >75 años OR 4,08; Vivir solo OR 3,45; Más de tres enfermedades crónicas OR 2,81; Falta de ejercicio frecuente OR 2,76.⁸

Tamizaje y la evaluación del riesgo de caídas

Una de las formas de identificar riesgo de caídas es a través del Examen Médico Preventivo del Adulto Mayor (EMPAM) el cual es aplicado en la atención primaria de salud (APS) e incorpora el

Examen funcional del adulto mayor (EFAM) que predice la pérdida de funcionalidad anual en este grupo etario, donde un puntaje <42 califica para Riesgo de Dependencia.¹¹

Además, con una respuesta positiva a las siguientes preguntas que sugiere la Sociedad Americana de Geriátrica:

1. ¿Ha presentado caídas en años anteriores?

Respuesta: Sí → ¿Cuántas veces? y ¿Tuvo algunas lesiones?

2. ¿Se siente inestable al pararse o caminar?

3. ¿Siente preocupaciones por caerse?¹²

Con cualquiera de estas evaluaciones positivas para el riesgo de caídas, se indican tests posteriores que evalúan marcha, equilibrio y fuerza, siendo estos: Time Up An Go (Equilibrio Dinámico) y Estación Unipodal (Equilibrio Estático).¹¹⁻¹²

Prevención de caídas

A continuación, se describirán los efectos de las diferentes intervenciones diseñadas para reducir la incidencia de caídas en las personas mayores de 65 años: [RaR: reducción absoluta de riesgo; RR: riesgo relativo; IC: intervalo de confianza]

-Intervenciones Multifactoriales: en una revisión sistemática de Cochrane¹³ se concluye que se podría reducir la tasa de caídas a través de intervenciones multifactoriales: RaR 0,77 (IC95% 0,67-0,87); sin embargo, puede haber poco o ningún efecto sobre otros resultados relacionados con el riesgo de caída: RR 0.96 (IC95% 0.90-1.03).

-Las intervenciones de múltiples componentes, que generalmente incluyen ejercicio, probablemente reduzcan la tasa de caídas: RaR 0,74 (IC95% 0,60-0,91) y podrían reducir el riesgo de caídas RR 0.96 (IC95% 0.74-1.05).

-Ejercicio: una revisión sistemática de la British Journal of Sports Medicine (BJSM)¹⁴ concluyó que el ejercicio, como una sola intervención, puede reducir la tasa de caídas en las personas mayores que habitan en la comunidad: RaR 0,79 (IC 95% 0,73-0,85).

También tuvo un efecto de prevención de caídas en personas que viven en la comunidad con Enfermedad de Parkinson: RaR 0,47 (IC95% 0,30-0,73) y con Deterioro Cognitivo: RaR 0,55 (IC95% 0,37-0,83).

La presencia de las siguientes características de los programas de ejercicios: Entrenamiento de equilibrio de alto desafío RaR: 0.79 (IC95% 0.71-0.88) y más de 3 horas de ejercicio a la semana RaR: 0.70 (IC95% 0.60-0.83), tienen mayor efecto en la prevención, reduciendo la tasa de caídas.

-Suplementación de Vitamina D: un metaanálisis de ensayos clínicos randomizados (RCTs)¹⁵ evaluó la eficacia de la suplementación con vitamina D (vitamina D3 (colecalfiferol) o vitamina D2 (ergocalciferol) en la prevención de caídas entre las personas mayores, donde el RR para dosis de 700-1000 UI de vitamina D suplementaria al día fue de 0,81 (IC95%:0,71-0,92), lo que sugiere que una dosis alta de vitamina D al día podría tener un pequeño beneficio en reducir el riesgo de que una persona caiga en un 19%; y el RR para una dosis inferior a 700 UI (200 a 600 UI) de vitamina D al día fue de 1,10 (IC95%: 0,89-1,35), que indica que menos de 700 UI de vitamina D al día no reduciría el riesgo de caídas.

También se encontró que las concentraciones séricas de 25(OH)D de 60 nmol/l o más dieron como resultado una reducción de la caída del 23% (RR 0,77; IC95%: 0,65-0,90), mientras que las concentraciones de menos de 60 nmol/l no tuvieron efecto en el número de caídas (RR 1,35; IC95%: 0,98-1,84).¹⁵

En una revisión sistemática de Cochrane¹⁶ que comparó los tres tipos de intervenciones, se obtuvieron los siguientes resultados:

-*Ejercicio*: la efectividad de ciertos programas de ejercicios que contienen categorías múltiples puede reducir tanto la tasa de caídas (RaR 0.71 IC 95% 0.63-0.82) y el riesgo de caída (RR 0,85 IC 95% 0,76-0,96) cuando se entregan como clases grupales o cuando se prescriben individualmente en casa (RaR 0,68 IC 95% 0,58 a 0,80), así como el riesgo de caída (RR 0,78 IC 95% 0,64-0,94), con calidad de evidencia moderada. Los tipos de ejercicio que comúnmente se incluyeron fueron el entrenamiento de equilibrio y el fortalecimiento muscular.

-*El Tai Chi*, como ejercicio grupal, reduce el riesgo de caerse significativamente (RR 0.71 IC 95% 0.57-0.87), pero es menos efectivo en la reducción de tasa de caídas (RaR 0,72 IC 95% 0,52 -1,00).

-*Intervenciones multifactoriales*: integran evaluación con intervención individualizada, usualmente involucrando un tratamiento multidisciplinario, lo cual podría reducir la tasa de caídas (RaR 0.76 IC 95% 0.67-0.86), con calidad de la evidencia baja.

-*Suplementación de vitamina D*: los resultados no mostraron una diferencia estadísticamente significativa en la tasa de caídas (RaR 1.00 IC 95% 0.90-1.11) ni en el riesgo de caídas (RR 0.96 IC 95% 0.89-1.03), pero podría hacerlo en personas con niveles bajos de vitamina D (RR 0.70 IC 95% 0.56-0.87), con calidad de la evidencia baja.¹⁶

Conclusiones

- Las caídas en el adulto mayor son un problema de salud pública, por lo cual es importante en nuestro rol como médicos la evaluación de los distintos factores de riesgo que se asocian a caídas, para una prevención temprana y oportuna.

- Sería recomendable implementar desde la atención primaria de salud tanto el ejercicio de equilibrio y fuerza como la intervención de componente múltiple, que se asocian a un beneficio en la prevención de caídas.

- La vitamina D tiene un efecto beneficioso a nivel muscular. Una suplementación mayor a 700 UI/día podría de forma preventiva tener un efecto en la reducción de caídas en el adulto mayor, aunque hay variabilidad por la heterogeneidad de los diferentes estudios.

Referencias

- 1.Kelsey JL, Procter-Gray E, Berry SD, et al. Reevaluación de las implicaciones de caídas recurrentes en adultos mayores: la ubicación cambia la inferencia. J Am Geriatr Soc 2012; 60: 5.
- 2.Sattin RW. Caídas entre las personas mayores: una perspectiva de salud pública. Annu Rev Public Health 1992; 13: 489.
3. Reyes-Ortiz CA, Al Snih S, Markides KS. Falls among elderly persons in Latin America and the Caribbean and among elderly Mexican-Americans. Rev Panam Salud Pública 2005; 17: 362-9
4. PAHO.org. 2001. Encuesta SABE.
5. MINSAL (2008) Estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible en Chile, 2007.Informe-final-carga_Enf_2007.
6. Resultados ENS 2016-2017: Sábana general de resultados (actualización 14.02.2019).
7. Nevitt MC, Cummings SR, Hudes ES. Journal of Gerontology: 1991, Vol.46. No. 5. M164-I70:]. Risk factors for injurious falls: a prospective study.
8. Gisela González C, Pedro Paulo Marín L, Gloria Pereira Z. Rev. méd. Chile v.129 n.9 Santiago set. 2001. Characteristics of falls among free living elders.
9. Lainie Van Voast Moncada, MD. American Family Physician. Volume 96, Number 4/ August 15, 2017. Preventing Falls in Older Persons.
- 10.Silvia Deandrea,a,b Ersilia Lucenteforte,a,b Francesca Bravi,a,b Roberto Foschi,a Carlo La Vecchia,a,b and Eva Negria. Risk Factors for Falls in Community-dwelling Older People a Systematic Review and Meta-analysis (Epidemiology 2010;21: 658–668).

11. MINSAL. Guía Clínica Examen de Medicina Preventiva. Santiago: MINSAL, 2008. 117-119.
12. Jugde Et Al. JAGSJ Am Geriatr Soc 62:147–152, 2014.January 2014–VOL. 62, NO. 1.
13. Hopewell S, Adedire O, Copsey BJ, Boniface GJ, Sherrington C, Clemson L, Close JCT, Lamb Multifactorial and multiple component interventions for preventing falls in older people living in the community. Cochrane Database of Systematic Reviews 2018, Issue 7
14. Exercise to prevent falls in older adults: systematic review and meta-analysis. Catherine Sherrington, Zoe A Michaleff, Nicola Fairhall, Serene S Paul, Anne Tiedemann, Julie Whitney, Robert G Cumming, Robert D Herbert, Jacqueline C T Close, Stephen R Lord. Sherrington C, et al. Br J Sports Med 2016;0:1–10.
15. BMJ. 2009; 339: b3692.Fall prevention with supplemental and active forms of vitamin D: a meta-analysis of randomised controlled trials. H A Bischoff-Ferrari, B Dawson-Hughes, H B Staehelin, J E Orav, A E Stuck, R Theiler, J B Wong, and J Henschkowski.
16. Gillespie LD, Robertson MC, Gillespie WJ, Sherrington C, Gates S, Clemson LM, Lamb SE. Interventions for preventing falls in older people living in the community (Review) The Cochrane Library 2012, Issue 11.