

EL PERFIL DEL PACIENTE ANCIANO CON RIESGO DE CAÍDAS EN ATENCIÓN PRIMARIA

Autor principal:

FABRIZIO
EVANGELISTA

Segundo co-autor:

MARTA
PÉREZ DE COSSÍO
ENCINAS

Área temática:

Calidad y Prácticas Seguras en el área de Enfermería Comunitaria y Familiar

Palabra clave 1:

Accidentes por Caídas

Palabra clave 2:

Anciano

Palabra clave 3:

Prevención de accidentes

Palabra clave 4:

Atención Primaria de Salud

Resumen:**Introducción:**

La OMS define la caída como la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al paciente al suelo en contra de su voluntad.

Las caídas forman parte de lo que denominamos Grandes Síndromes Geriátricos.

Las estrategias preventivas deben hacer hincapié en la captación en consulta, la educación de los pacientes, la capacitación y la creación de entornos más seguros.

El objetivo es valorar el riesgo de caídas en los pacientes atendidos en la consulta de enfermería en un centro de salud de Atención Primaria.

Material y métodos:

Estudio observacional, descriptivo de corte cuantitativo.

La población escogida serán los ancianos de una Zona Básica de Salud que acuden a la consulta de enfermería.

Determinamos el riesgo de caídas, mediante el test de levántate y anda y la anamnesis de antecedentes de caídas.

Tras esto, analizamos las características de los pacientes que presentan un alto riesgo de caídas.

Resultados y discusión:

190 pacientes cumplen los criterios de inclusión. De ellos, 67 (35,26%) presentan alto riesgo de caídas.

El 68,42% son mujeres, la media de edad se sitúa en 78,43 años y el 52,63% viven solos. Un 84,21% son pluripatológicos y un 60,9% toma más de 5 fármacos de manera crónica.

El porcentaje de personas mayores con alto riesgo de caídas corresponde con las cifras

obtenidas en otras publicaciones.

De acuerdo a los resultados obtenidos, hay una relación directa entre el número de medicamentos consumidos, la pluripatología crónica y el mayor riesgo de sufrir una caída.

Antecedentes/Objetivos:

La O.M.S. define la caída como la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al paciente al suelo en contra de su voluntad. Esta precipitación suele ser repentina e involuntaria.

Las caídas forman parte de lo que denominamos Grandes Síndromes Geriátricos.

El problema de las caídas es muy importante a nivel mundial porque anualmente se calcula que se producen 424000 caídas mortales, siendo la segunda causa mundial de muerte debida a las lesiones o a la propia caída.

Todas las caídas requieren una atención médica que supone un gran gasto para la sanidad pública. Están relacionadas con factores de discapacidad y con la edad, sobre todo, en mayores de 65 años.

Las estrategias preventivas deben hacer hincapié en la captación en consulta, la educación de los pacientes, la capacitación, la creación de entornos más seguros.

El envejecimiento condiciona una serie de modificaciones en el organismo que influyen en la aparición de caída. Entre las modificaciones por el paso del tiempo, tienen especial relevancia aquellas que afectan a los mecanismos de control del equilibrio estático y dinámico y a la capacidad de respuesta rápida ante el desequilibrio.

Objetivo general:

Valorar el riesgo de caídas en los pacientes atendidos en la consulta de enfermería en un centro de salud de Atención Primaria.

Objetivos específicos:

1. Analizar las características clínicas, funcionales y mentales de los pacientes con riesgo de caídas.
2. Recoger información de la medicación del paciente con riesgo de caídas.

Descripción del problema - Material y método:

Estudio observacional, transversal y descriptivo de corte cuantitativo.

La población escogida serán los ancianos de una Zona Básica de Salud que acuden a la consulta de enfermería. Se seleccionan los ancianos mayores de 70 años mediante la técnica del Case-Finding.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

•Pacientes ≥ 70 años independientes para actividades de la vida diaria con Barthel mayor o igual a 90.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Paciente que se niega a participar en el estudio.
- Paciente ingresado en alguna residencia de 3ª edad u hospitalizado.
- Test de Barthel < 90 .

En la consulta de enfermería captamos a aquellos pacientes ≥ 70 años y le realizamos el test de Barthel. En aquellos que cumplen criterios de inclusión determinamos el riesgo de caídas mediante las siguientes pruebas:

1. Test levántate y anda (Un tiempo de ejecución igual o mayor a 20 segundos).
2. Anamnesis de historia de caídas, mediante las siguientes preguntas:
 - a. ¿Ha sufrido alguna caída en el último año que haya precisado atención sanitaria?
 - b. ¿Ha sufrido dos o más caídas al año?

Tras esta valoración, a la persona se clasificará como de bajo o alto riesgo de caídas.

Si realiza el test levántate y anda en un tiempo ≥ 20 segundos o contesta a una de las dos preguntas de forma afirmativa, se considera persona con alto riesgo.

A partir de los resultados obtenidos, analizamos las características de los pacientes que presentan un alto riesgo de caídas:

- Sexo (H /M)
- Viven solos (SÍ/NO)
- Nº patologías crónicas
- Mini-mental test ($<24/\geq 24$)
- Nº fármacos

Resultados y discusión:

De los pacientes atendidos, 190 cumplen los criterios de inclusión y no hubo ninguno que se negara a participar. De ellos, 67 (35,26%) presentan alto riesgo de caídas:

- 59 tardaron más de 20 segundos en realizar el test de levántate y anda.

- De los 8 restantes, 5 sufrieron varias caídas al año y 3 han sufrido una caída precisando atención sanitaria.

De los pacientes con alto riesgo de caídas, 26 (38.8%) precisaron de atención sanitaria como consecuencia de una caída en el último año y las caídas recurrentes ocurrieron en 8 (11.9%) pacientes.

El 68.42% son mujeres frente a un 31.58% que son hombres. La media de edad se sitúa en 78,43 años con una desviación estándar de 6,898 años y un intervalo de confianza (IC) de 71,54 a 85,32 años. El 52.63% viven solos, en cambio 47.37% vive acompañado por algún miembro de la familia.

Un 84.21% son pluripatológicos (≥ 2 enfermedades crónicas) y el 91.05% tiene una puntuación ≥ 24 en el mini-mental test.

Casi la totalidad de los pacientes, no presentan déficits cognitivos. Esto, hace más eficaz las medidas de educación para la salud.

A su vez el 60,9% toma más de 5 fármacos de manera crónica. La media de fármacos por persona ha sido de 6,41 con una d.t de 2,561, distribuyéndose con el 39,1% los pacientes que toman 5 medicamentos o menos, el 53,8%, es decir, más de la mitad de la muestra toma entre 6 a 10 medicamentos al día y por último un 7,1% toma más de 10 medicamentos.

De acuerdo a los resultados de nuestro estudio, existe una relación directa entre el número de medicamentos consumidos, la pluripatología crónica y el mayor riesgo de sufrir una caída.

Martínez y Milvaques, plantean que uno de los factores de riesgos de caídas en el anciano es el uso de fármacos y los más relacionados con la incidencia de los mismos son los psicofármacos como el Diazepam y los hipotensores como los diuréticos que contribuyen a la hipotensión ortostática, disminuyen el control postural y provocan la caída.

El porcentaje de personas mayores con alto riesgo de caídas alcanzado corresponde con las cifras obtenidas en otras publicaciones. Un 11.9% de las personas con alto riesgo de caídas, tuvo más de una caída, cifra similar a la de otros trabajos.

Las características sociodemográficas de las personas que tuvieron caídas son similares a las descritas en otras publicaciones. Más de la mitad de las personas incluidas en el estudio, viven solas, dato importante a tener en cuenta puesto que es considerado como un factor de riesgo de caída.

Aportación del trabajo a la seguridad del paciente:

Las caídas entre la población anciana representan un problema de salud de elevada magnitud en nuestro medio. Tiene graves consecuencias tanto físicas como psicológicas, sin olvidar su repercusión social y económica.

Identificar adecuadamente a este tipo de pacientes y valorar el riesgo, nos permite realizar intervenciones que se consideran oportunas para prevenir situaciones de riesgo que pueden ocurrir en el domicilio y en la comunidad.

Para hacer frente a este problema, es fundamental evaluar, seleccionar y realizar medidas preventivas eficaces llevadas a cabo por equipos multidisciplinares que permitan disminuir su incidencia.

En el ámbito de la Atención Primaria, la identificación de las personas de mayor riesgo, especialmente a las que tienen antecedentes de caídas o alteraciones de la marcha, el control de la medicación, la valoración de la audición, la visión, la detección de problemas podológicos y el consejo para el mantenimiento de la actividad física regular, así como la visita al domicilio para la valoración de los riesgos existentes en el hogar, son medidas que pueden aportar beneficios.

Según la Sociedad Española de Gerontología y Geriátrica, las personas ancianas poseen factores de riesgo, y muchos no valoran la posibilidad de caerse, ni son conscientes de sus limitaciones. Tienden a sobrevalorar sus capacidades y evitan ayuda de otras personas o de artificios. Por eso son necesarias actividades de identificación, concienciación y prevención de caídas en la población de riesgo.

Propuestas de líneas futuras de investigación:

Consideramos fundamental continuar con investigaciones en esta línea, dado que en la bibliografía publicada no existen muchos trabajos realizados en las consultas de Atención Primaria. Los trabajos publicados están más orientados al paciente hospitalizado o institucionalizado.

Resultaría interesante, disponer de trabajos concluyentes sobre las intervenciones más eficaces orientadas a la prevención de las caídas en el anciano independiente para las actividades básicas de la vida diaria en la comunidad.

Bibliografía:

- Varas-Fabra F, Castro Martin E, Pérula de Torres LA, Fernández Fernández MJ, Ruiz Moral R, Enciso Berge I. Caídas en ancianos de la comunidad: prevalencia, consecuencias y factores asociados. Aten Primaria. 2006; 38 (8):450-5.
- Moreno-Martínez NR, Ruiz-Hidalgo D, Burdoy-Joaquim E, Vázquez-Mata G. Incidencia y factores explicativos de las caídas en ancianos que viven en la comunidad. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2005 : 40 (Supl 2): 11-7
- Tejada Alvarez IC, Céspedes Ruiz L, Baster Moro JC, Esthéfano Rodríguez RM. Factores de riesgo de caídas en el adulto mayor hospitalizado. Correo Científico Médico de Holguín. 2005; 9(2)
- Martínez Sabater A, Milvaques Faus L. Caída en el anciano. Artículo científico DE Clínica Geriátrica. El Castillo 1999: 1-5.
- Pretel FA, Navarro Bravo B, Párraga Martínez I, de la Torre García MA, del Campo del Campo JM, López-Torres Hidalgo J. Adherencia a las recomendaciones para evitar caídas en personas mayores de 64 años. Albacete, 2009. Revista Española de Salud Pública 2010; 84: 431-439.

- Gates S, Fisher JD, Cooke MW, Carter YH, Lamb SE. Multifactorial assessment and targeted intervention for preventing falls and injuries among older people in community and emergency care settings: systematic review and meta-analysis. *BMJ*.2008 19; 336(7636):130-3.
 - Sjosten NM, Salonoja M, Piirtola M, Vahlberg TJ, Isoaho R, Hyttinen HK, et al. A multifactorial fall prevention programme in the community-dwelling aged: predictors of adherence. *Eur J Public Health*. 2007; 17(5):464-70.
-