TEMA 4. LAS CAÍDAS EN LA PERSONA MAYOR. TRATAMIENTO ORTOPROTÉSICO.

OBJETIVOS

Con este tema el alumnado deberá conseguir:

- Aproximarse a las causas y las consecuencias de las caídas.
- Conocer la valoración y tratamiento fisioterápico a seguir en las caídas de la persona mayor.
- Conocer la utilidad del tratamiento ortoprotésico.
- Valorar la importancia de la prevención en las caídas.

ÍNDICE

1. Introducción y epidemiología
 - 1.1 Etiología
 - 1.2 Consecuencias
2. Valoración y tratamiento fisioterápico
 - 2.1 Valoración de las caídas
 - 2.2 Tratamiento fisioterápico
3. Importancia de la ortoprotésica
4. Prevención de las caídas
 - 4.1 Ejercicio físico
 - 4.2 Medidas ergoterapéuticas

1. Introducción y epidemiología

La caída en el anciano pertenece al género de los síndromes clínicos geriátricos por sus repercusiones generales, por el elevado número de afectados y la asociación inequívoca con otros males que acompañan a las enfermedades propias de esta etapa de la vida.

Conlleva habitualmente la pérdida de la independencia en el anciano, debido a las consecuencias que conlleva, que en ocasiones son permanentes, debido a la dificultad de la persona mayor en la recuperación. Entre las consecuencias que puede ocasionar la caída están: la fractura de cadera, la confusión aguda, el sentimiento de inquietud, la ansiedad, hemorragia interna, neumonía espirativa, lesiones en los tejidos blandos, merma de funcionalidad e independencia.

La caída de la persona anciana no es un fenómeno ineludible como el envejecimiento, aunque cabe señalar que la incidencia anual de caídas aumenta con el progreso de la edad hasta llegar a más del 35% después de los 75 años. En España se estima que aproximadamente dos millones de españoles sufren caídas, siendo la segunda causa de consulta. Es decir, más de un 30% de los ancianos caen alguna vez durante el año. Además la proporción de caídas en mujeres es mayor que en hombres, siendo la relación 2:1 respectivamente. Por otra parte, cabe reseñar que un 10% de los que han caído, volverán a sufrir una caída en un plazo inferior 6 meses, lo que ocasiona miedo a volver a caer, ansiedad e inseguridad.

1.1 Etiología

Existe una gran variedad de agentes, tanto externos como internos que pueden causar una caída en una persona mayor.

Dentro de los factores internos se encuentran aquellos relacionados con la estabilidad de la postura y de la marcha, dentro de los cuales los más relacionados con el ámbito de la ortoprotésica son las alteraciones en la marcha y en la postura, las deformaciones en los pies y en la columna vertebral e incluso la inseguridad de la persona mayor.

Dentro de los extrínsecos, existen factores relacionados con la accesibilidad, tanto dentro como fuera de la casa (mobiliario inadecuado, móvil o a alturas excesivas...), como costumbres peligrosas propias de las personas mayores, como subirse a sillas para alcanzar objetos, esfuerzos físicos excesivos que sobrepasen las capacidades propias de la edad, los cambios bruscos de la postura, etc.

1.2 Consecuencias

Aproximadamente un 80% de los casos de caídas presentan secuelas leves o bien ninguna. En el resto, la fractura de fémur es la lesión más frecuente, siguiéndole por orden de frecuencia, las fracturas de antebrazo, húmero y pelvis.

Respecto a las fracturas de fémur, de entre los distintos tipos las más frecuentes en las personas de edad avanzada son las fracturas del cuello del fémur. Presentando mayor incidencia en las mujeres, por las siguientes razones: la población anciana es de predominio femenino; la pelvis de las mujeres es más ancha, lo que supone un brazo de palanca más amplio; y los osteoporosis posmenopáusicas. Entre las modalidades de tratamiento cabe destacar el tratamiento quirúrgico que, entre otros métodos puede incluir la colocación de una prótesis.

Las fracturas diafisarias de antebrazo consisten en fracturas aisladas del radio o del cúbito, o, lo que es más frecuente, simultáneamente de los dos huesos. Si no hay desplazamiento el tratamiento es ortopédico mediante inmovilización, y en el caso de desplazamiento el tratamiento será quirúrgico con osteosíntesis.

Las fracturas de húmero más frecuentes en las personas mayores son las de tercio proximal, habiendo sido ya descritas en el Tema 3.

Respecto a las fracturas de las pelvis, tienen numerosas localizaciones. Distinguiremos las fracturas estables y aisladas, que no interrumpen la cintura pelviana, de las fracturas inestables, dobles o astilladas que interrumpen la continuidad de la cintura pelviana. En las primeras el pronóstico es, en general bueno, después de un tratamiento esencialmente ortopédico que consiste en inmovilización con reposo. En las fracturas inestables el tratamiento puede ser ortopédico mediante inmovilización o quirúrgico.

2. Valoración y tratamiento fisioterápico

2.1 Valoración de las Caídas

Anamnesis

En la anamnesis se preguntará acerca de enfermedades anteriores o presentes que puedan haber incidido en la caída, además de comprobarse la existencia de discapacidad tanto física como mental. Además se averiguará el tipo de actividad que realiza habitualmente con el fin de identificar los posibles riesgos de una nueva caída y eliminarlos.

Examen físico

Se efectuará un análisis siguiendo el protocolo descrito a continuación:

Valoración del equilibrio y de la marcha:

Este análisis se puede realizar o bien mediante escalas clínicas o también mediante plataformas dinamométricas que indican cuál es el recorrido de su centro de gravedad realizando diferentes actividades de mantenimiento postural y de control y estabilidad.

Entre las escalas a utilizar se destacan:

- La escala de Tinetti
- La Escala de Berg

2.2 Tratamiento fisioterápico

El tratamiento en este tipo de accidentes debe hacer especial hincapié en medidas preventivas.

Después de haber realizado el diagnóstico en el cuál se ha obtenido las causas desencadenantes del accidente, se puede establecer un plan de prevención concreto.

Prevención de causas intrínsecas

Es conveniente cuidar con regularidad el estado de los pies, para asegurar una correcta base de sustentación.

En este sentido se realizarán ejercicios de reeducación del equilibrio estático y dinámico, también de propiocepción y de desarrollo de los reflejos y las reacciones que rodean a las caídas. Al mismo tiempo se reeducará la marcha si es preciso con ayuda, ya que la asociación de un entrenamiento sistemático de la marcha con ejercicios de equilibrio reduce considerablemente el riesgo y las consecuencias de las caídas.

Respecto al empleo de ayudas técnicas éstas deben de estar bien adaptadas y que no ocasionen demasiada fatiga: andadores con ruedas o bastones adaptados a la patología, entre otros. Respecto al andador o bastón los requisitos que éste debe tener son los siguientes:

- Procurar un bastón lo suficientemente alto para asegurar la posición erguida del paciente.
- Debe tener la suficiente robustez y grosor para soportar el peso que el paciente descarga en él.
- La empuñadura debe tener forma de gancho para evitar que pueda resbalar y caérsele.
- Se debe aprender a llevarlo (con el miembro superior contralateral a la pierna afecta).

Cabe subrayar la importancia de aumentar la actividad física general con un plan de ejercicios que estimulen una mayor fuerza y coordinación corporales.

Prevención de causas extrínsecas

Esta tipo de prevención está regulada por las siguientes leyes:

- Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad.
- Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en Situación de Dependencia.

Se trata de garantizar que todas las personas, independientemente de su condición física puedan acceder y relacionarse con su entorno.

Para ello se regulan unos requisitos básicos de accesibilidad entre los que se pueden destacar:

- Espacios de paso lo suficientemente anchos para que un usuario de silla de ruedas pueda desplazarse sin impedimentos.
- Espacios de giro de anchura suficiente para que un usuario de silla de ruedas pueda girar sin impedimentos.
- Escaleras accesibles con al menos 1,10 m de amplitud de paso en tramos rectos, por si hiciese falta un montaescaleras, peldaños con bandas antideslizantes en la huella, de diferente color y textura, con pasamanos

ergonómicos prolongados como mínimo 30 cm al principio y al final de las escaleras.

- Rampas de suaves pendientes y cortas en su longitud para evitar grandes esfuerzos.
- Pavimentos duros, lisos y antideslizantes.
- Etc.

3. Importancia de la Ortoprotésica

Donde la Ortoprotésica puede desempeñar su labor preventiva en mayor medida será en aquellos factores internos relacionados con la inseguridad, mediante la aportación de productos de apoyo que hagan al paciente sentirse más seguro y gane confianza a la hora de desempeñar las actividades propias de la vida diaria, bien utilizando productos que asistan en la marcha como bastones, andadores, etc. o bien con utensilios que ayuden a salvar las barreras arquitectónicas o de mobiliario que pueda encontrarse dentro del hogar, utilizando por ejemplo, pinzas telemétricas para alcanzar objetos, etc.

En cuanto al tratamiento, cobrarán especial relevancia las ortesis de columna que ayuden al paciente a evitar la progresión en las posibles deformaciones vertebrales que presente, tales como cifosis dorsal, escoliosis, rectificación de la lordosis lumbar, etc.

Otro campo en el que la Ortoprotésica tiene una labor importante en la prevención de las caídas, es frente a las amputaciones que se produzcan, sobre todo a nivel de miembros inferiores, mediante la aplicación de prótesis que ayuden al paciente a realizar la marcha de la forma más óptima posible (gracias a la redistribución del centro de gravedad, la absorción de impactos, el aumento de la estabilidad, etc.)

4. Prevención de las caídas

Es fundamental por parte de todos los profesionales sanitarios relacionados con la persona mayor la Educación preventiva: informar al anciano de las repercusiones de las caídas y cómo prevenirlas, además de a sus familiares y cuidadores.

4.1 Ejercicio físico

Evidentemente, la inmovilidad empeora la situación de las personas mayores, ya que las tracciones y presiones de la actividad física muscular son elementos básicos para el crecimiento y remodelación ósea.

Los programas de ejercicio, cuidadosamente estructurados según la limitación del paciente, pueden ser muy útiles en el manejo de la osteoporosis establecida, pues

aunque quizás, la ganancia sobre la masa esquelética puede ser pequeña, sí proporcionan importantes beneficios. Algunos de estos beneficios son los siguientes:

- Mayor autoconfianza y sensación de bienestar.
- Mejora de la estabilidad postural.
- Fortalecimiento de los músculos de apoyo.
- Mejora el equilibrio y la agilidad, evitando las caídas.
- Previene las deformaciones.
- Realizar actividades físicas hará que el calcio sea absorbido adecuadamente.
- Alivio del dolor.

Para conseguir estos beneficios, el programa de gimnasia funcional en personas mayores debe regirse por una serie de principios:

- Búsqueda de movimientos simples
- Diversidad de ejercicio
- Carácter funcional y utilitario
- Adaptación progresiva al esfuerzo siempre submáximo
- Períodos frecuentes de recuperación y de relajación, siendo la duración del trabajo efectivo de un máximo de 30 a 45 minutos
- Uso de accesorios variados y de un fondo musical relacionado con el tipo de actividad
- Se ha de efectuar distanciada de las comidas

4.2 Medidas ergoterapéuticas.

El envejecimiento y su repercusión sobre el sistema locomotor pueden ocasionar dificultades durante las actividades de la vida cotidiana (en el acto de higienizarse, vestirse, en el descanso, las tareas domésticas, entre otras). El paciente tendrá que adaptar su entorno y sus hábitos personales a sus necesidades, para reducir así el riesgo de caídas. A continuación se destacan algunas de estas medidas:

- a) Buena iluminación del domicilio.* Es aconsejable la instalación de luces nocturnas en su dormitorio, hall y cuarto de baño.
- b) Los suelos no deben ser irregulares ni deslizantes,* sí con contraste de colores y sin desniveles. Se evitarán los hilos eléctricos que discurren sobre el suelo en las zonas de paso; las alfombras deben estar firmemente sujetas al suelo, y no arrugadas.
- c) Los objetos* deben estar al alcance del paciente y se puede utilizar una pinza de mango largo para recoger los objetos caídos. No se recomienda los interruptores de acceso difícil.
- d) En el baño,* se deberán colocar asideros para utilizar la bañera, la ducha o el inodoro. El inodoro debe estar sobreelevado y la bañera deberá estar provista de alfombra antideslizante. Es importante el aumento del grosor de los mangos de los instrumentos de tocador (cepillo de dientes, cepillo para el cabello). Se debe recomendar que tras la deposición, el sujeto debe permanecer unos minutos sentado con la cabeza inclinada hacia delante.
- e) En la habitación,* deberán utilizarse camas bajas y anchas y al levantarse de la cama, la persona debe permanecer unos minutos sentado en el borde antes de ponerse de pie. La cama puede incluso tener una cabecera que se levante o

una escala para ayudar a incorporarse. No se deben dejar abiertas las puertas de los armarios y las mesillas de noche deben estar bien ancladas al suelo. Es esencial también retirar los objetos del suelo para evitar tropiezos.

- f) *Los consejos sobre el vestir son igualmente necesarios:* evitar los pantalones del pijama demasiado largos y las chinelas; es decir, la ropa ha de ser simple, amplia y que se abroche por delante. Es recomendable un amplio uso del “velcro”. Existe un dispositivo para ponerse las medias y para los zapatos se puede utilizar un calzador de mango ancho. Respecto a éstos, los zapatos, han de ser con suela antideslizante y de tacón bajo.
- g) *En la cocina y las comidas* el asiento ha de ser estable, para dar seguridad y se puede hacer uso de una mesa rodante que permita alcanzar los objetos y alimentos con mayor facilidad. Es recomendable el uso de boles con ventosa y fijacacerolas para evitar que éstos caigan. Si fuera necesario los mangos de los cubiertos se deberían engrosar para mejorar su agarre.
- h) *En cuanto a las salidas:* no se deben bajar ni subir escaleras de edificios que no tengan pasamanos a ambos lados para apoyarse, ni con peldaños altos. Tampoco utilizar escaleras sin descansillo. El buen cuidado de los pies y la base de sustentación es también importante, por eso se aconseja el uso de bastón o un andador para ayudarse a caminar. Por otro lado, hay que evitar salir cuando el suelo esté helado, así como evitar las aglomeraciones.
- i) Es muy recomendable *el ejercicio físico* adaptado a las posibilidades de la persona, para fortalecer su musculatura¹⁶.