

Evaluación inmediata ante una caída en el anciano

Jaime Barrio Cortes^a, Adoración Caba Martín^b, Juan María Rubio López^b y Pilar Regato Pajares^{c,*}

^a Medicina de Familia. Grupo de Trabajo de Atención al Mayor de SemFYC y SoMaMFyC. Vocal de investigación de la Junta Directiva de SoMaMFyC. Madrid. España.

^b Medicina de Familia. Grupo de Trabajo de Atención al Mayor de SemFYC. Granada. España.

^c Medicina de Familia, Coordinadora del Grupo de Trabajo de Atención al Mayor de SemFYC. Madrid. España.

*Correo electrónico: pregato@gmail.com

Puntos para una lectura rápida

- Las caídas en el paciente mayor son muy prevalentes, constituyen uno de los principales síndromes geriátricos y son un problema de salud pública.
- Constituyen un factor de fragilidad en la población anciana y su etiología es multifactorial debido a factores tanto intrínsecos como extrínsecos.
- Las caídas son una causa frecuente de lesiones en el anciano y pueden ser responsables de complicaciones graves o fallecimiento, así como largas estancias en el suelo, deterioro funcional, discapacidad, institucionalización o síndrome de miedo a caer.
- Después de evaluar inicialmente el estado general y las posibles lesiones asociadas, en muchas ocasiones, es necesario realizar un estudio para determinar la existencia de trastornos subyacentes.
- Debe de realizarse historia clínica y anamnesis completa junto a la toma de constantes, tensión arterial, glucemia, saturación y electrocardiograma de 12 derivaciones junto con tira de ritmo. Las posibles pruebas complementarias deben de estar orientadas por el examen físico y la anamnesis.
- Aunque la persona mayor que ha sufrido una caída se encuentre, aparentemente, bien, lo recomendable es trasladar a un centro sanitario para valoración y descartar cualquier tipo de lesión que se haya podido producir, realizar el tratamiento y observación en base a la lesión que la caída haya producido.
- Ante sospecha de lesiones severas o incluso fracturas, o si la caída no ha sido presenciada, no incorpore o movilice al paciente hasta una primera valoración.
- El médico debe sensibilizar al paciente de la gravedad potencial de estas caídas y explicar que se están poniendo en marcha mecanismos y programas preventivos para evitarlas, disminuir los riesgos que las producen y buscar soluciones a sus consecuencias.

Palabras clave: Anciano • Caídas • Urgencias médicas.

¿Cuáles son las principales claves para el diagnóstico?

Las caídas en el paciente mayor son muy prevalentes, constituyen uno de los principales síndromes geriátricos y son un problema de salud pública.

Se estima que un tercio de las personas mayores se caen al menos una vez al año y, de ellos, la mitad lo hacen dos o más veces, siendo esta la población de mayor riesgo de padecer consecuencias debidas a las caídas.

Las caídas constituyen un factor de fragilidad en la población anciana y su etiología es multifactorial debido a factores tanto intrínsecos (edad, sexo, enfermedades crónicas, deterioro funcional, mal control postural, trastornos de la marcha y equilibrio, déficit visual, déficit cognitivo, depresión, sarcopenia, etc.) como extrínsecos (de tipo socioeconómico como menor apoyo social, malas condiciones de la vivienda, vestido inapropiado; de tipo comportamental como polifarmacia, consumo de alcohol, levantarse de noche o ir rápido al baño o de tipo ambiental como riesgos en el entor-

no por barreras arquitectónicas, inadecuada iluminación, suelo resbaladizo, presencia de obstáculos, desconocimiento del entorno, etc.).

Las caídas son una causa frecuente de lesiones en el anciano y pueden ser responsables de traumatismos, esguinces, fracturas, heridas y/o hemorragias, entre otras complicaciones. De los que se caen, entre el 5 y 20% sufren complicaciones severas como fracturas de cadera, hemorragia intracranial, daño severo de partes blandas o fallecimiento. Además, pueden ser responsables de largas estancias en el suelo (que aumenta el riesgo de deshidratación, úlceras por decúbito, rabdomiólisis, hipotermia y neumonía), limitación de la movilidad, deterioro funcional, discapacidad, institucionalización y, con frecuencia, un síndrome de miedo a caer, que produce una disminución en la actividad física y social, acompañado de un empeoramiento del estado funcional basal que, a su vez, predispone a nuevas caídas.

El riesgo se incrementa con cada caída, lo que hace necesaria la individualización del riesgo de caída de repetición, la evaluación de los factores implicados en cada sujeto (intrínsecos y extrínsecos), el peso de cada uno de ellos y el desarrollo de una estrategia de intervención dirigida a actuar sobre los factores que sean modificables.

Después de evaluar el estado general y las posibles lesiones asociadas, en muchas ocasiones es necesario realizar un estudio para determinar la existencia de trastornos subyacentes que puedan haber sido responsables directos o indirectos de la caída.

¿Cómo debe actuar inicialmente el médico de familia?

Inicialmente el médico de familia debe valorar el estado general del paciente y las posibles lesiones producidas por la caída en una primera inspección (fig.1).

Al comprobar el estado general de la persona, lo primero es evaluar si está consciente o no. Esto se puede hacer de forma rápida preguntando al paciente si nos escucha y cómo se encuentra, a la vez que sacudimos ligeramente sus hombros. Si no está consciente, valorar si respira o no. En caso de que respire, si no hay sospecha de traumatismo craneoencefálico, lesión cervical o fracturas, poner en posición lateral de seguridad. Si no respira, llamar al servicio de emergencias e iniciar maniobras de reanimación cardiopulmonar salvo conocimiento manifiesto de limitación del esfuerzo terapéutico.

En el caso de que esté consciente, hablar con la persona y observar si está desorientada o no. Si se encuentran otras personas en el lugar, solicitar su ayuda.

Si la persona no tiene dolor o sospecha de fracturas u otras lesiones, se le ayudará a que se levante muy despacio.

En ningún momento se le debe ayudar tirando de sus brazos. La mejor manera para hacerlo es invitarle a que se ponga boca abajo y apoye las rodillas y los codos en el suelo. Seguidamente, procurar que se incorpore hasta ponerse de rodillas. Después, podrá levantarse agarrándose a algún objeto firme o mueble, o apoyándose en la pared o en nosotros mismos.

Posteriormente se debe indagar sobre las consecuencias y causa de la caída.

Los ancianos que han sufrido una caída pueden ser reacios a comentarlo con su médico o enfermera porque consideran las caídas como consecuencia normal del proceso de envejecimiento, sobre todo si no sufren ninguna lesión aparente. No obstante, incluso si han sufrido lesiones graves susceptibles de asistencia médica, pueden no admitir o normalizar la caída. Esto se explica, entre otros motivos, porque puede que no quieran que los demás crean que están discapacitados, que puedan requerir mayor supervisión o necesidad de trasladarse a entornos con mayor supervisión, como una residencia.

Los pacientes mayores no suelen presentar síntomas previos a la caída, aunque algunos sí pueden presentar síntomas como dolor torácico, mareo, palpitaciones, disnea o síncope responsables de la caída y que requieren de estudio posterior.

El médico debe sensibilizar al paciente de la gravedad potencial de estas caídas y explicar que existen mecanismos y programas preventivos para evitarlas, disminuir los riesgos que las producen y buscar soluciones a sus consecuencias.

Dependiendo de la valoración inicial debería de ser derivado al medio hospitalario para evaluación radiográfica y/o analítica.

¿Qué elementos de la anamnesis y de la exploración física son fundamentales?

Preguntas que se deben de realizar al paciente en la anamnesis de una caída son: ¿Cuándo y cómo fue la caída? ¿Dónde se ha caído? ¿Recuerda o no la caída? ¿Alguien ha presenciado la caída? ¿Cuánto tiempo estuvo en el suelo? ¿Ha tenido otras caídas recientemente? Asimismo, se debe preguntar si percibieron síntomas premonitorios o asociados (ej: disnea, dolor torácico, palpitaciones, vértigo, mareos, síncope, etc.).

A continuación, deben realizarse las mismas preguntas a posibles testigos.

Se debe preguntar y/o revisar en la historia del paciente antecedentes de: historia previa de una caída, problemas de equilibrio, uso de medicación, patología neuromuscular o problemas de visión. La patología médica aguda que puede causar una caída en un paciente anciano que debe de ser his-

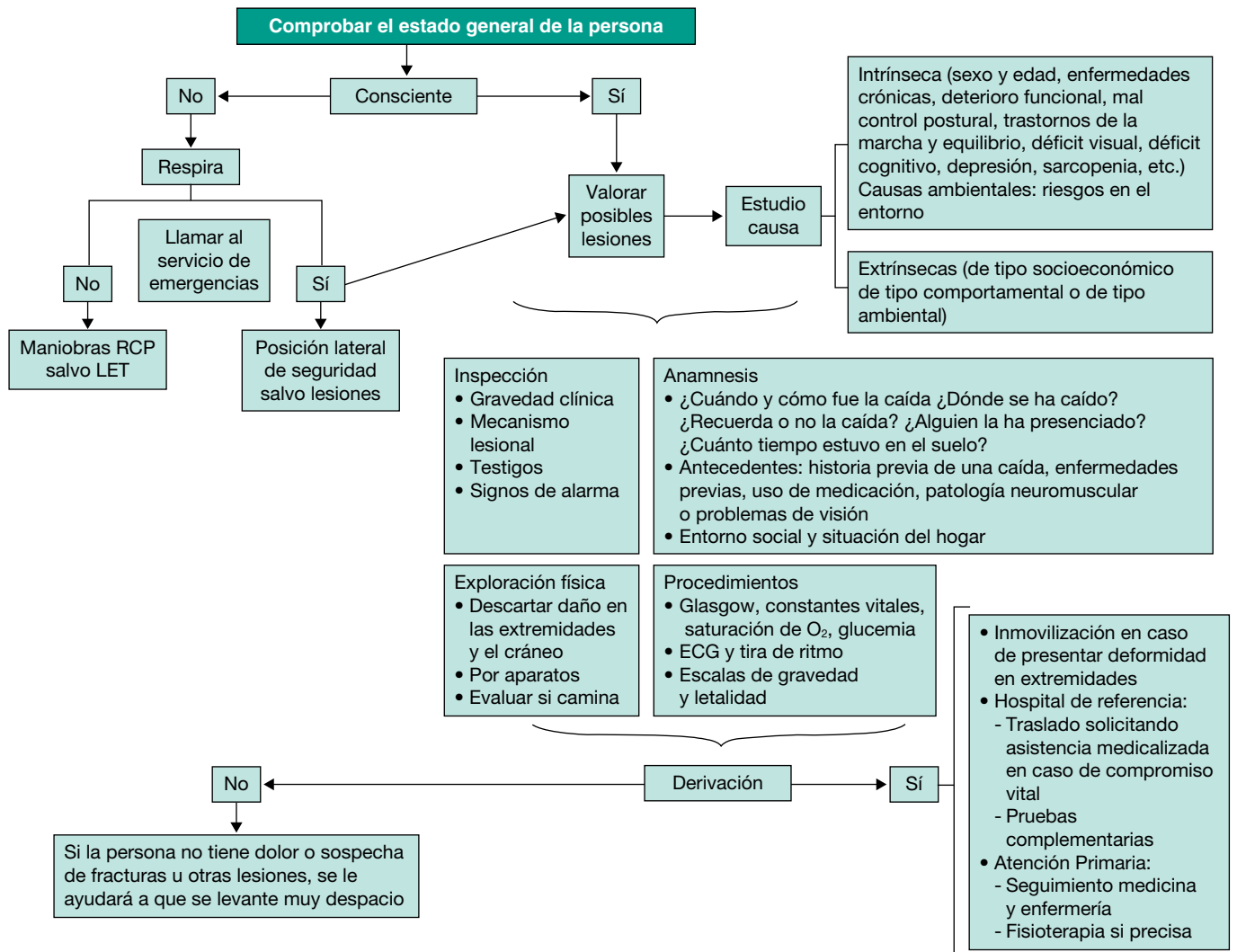


Figura 1. Algoritmo de evaluación inmediata ante una caída en el anciano.
LET: limitación de esfuerzo terapéutico; RCP: reanimación cardiopulmonar.

torizada en el momento de la caída es: síncope, accidente cardiovascular o cerebrovascular, neoplasia, alteración metabólica, infección y anemia.

Debe de ser evaluado el entorno social y la situación del hogar para descartar factores extrínsecos de la caída. Debe de evaluarse si el paciente vive solo, si puede cuidarse, qué tiempo ha podido estar en el suelo, si existe evidencia de consumo de fármacos y de abuso de alcohol u otras sustancias, la existencia de algún dispositivo para la ayuda a caminar, así como saber qué estaba haciendo cuando ha ocurrido la caída.

En esta anamnesis es fundamental aclarar si el mecanismo de la caída fue por factores extrínsecos (no dependientes del propio paciente) o intrínsecos (dependiente del paciente).

Las personas mayores pueden tener mermadas sus facultades de comunicación (visión, habla y escucha). Por ello puede ser necesario preguntar sobre lo ocurrido varias veces

(también por la posibilidad de amnesia) e insistir sobre tratamientos médicos y enfermedades. Hay que dejar que el paciente se exprese y hacer preguntas concisas y fáciles de entender. No se debe perder la calma ante personas que no puedan entenderle y hay que tratarlos siempre con respeto utilizando las fórmulas apropiadas a la edad.

Debe de realizarse una exploración completa por aparatos, prestando atención a la movilidad y posibles fracturas (más frecuente de cadera, columna vertebral y extremidades) y lesiones de partes nobles, así como determinación de constantes vitales y estado de consciencia mediante la Escala de coma de Glasgow (tabla 1). Esta escala se emplea como guía de la gravedad de la lesión cerebral ya que existe una buena correlación entre la Escala de coma de Glasgow y los resultados neurológicos. Un número de 13 o mayor se corresponde con una lesión cerebral leve, uno de 9-12 se correlaciona a una lesión moderada, y 8 o menos se relaciona con una lesión cerebral grave. De la misma ma-

TABLA 1. Escala de coma Glasgow (*Glasgow Coma Score* [GCS])

Puntuación	Respuesta ocular
1	No abre los ojos
2	Abre los ojos frente al dolor
3	Abre los ojos ante órdenes verbales
4	Abre los ojos espontáneamente
Puntuación	Respuesta verbal
1	Ninguna respuesta verbal
2	Sonidos incomprensibles
3	Palabras inapropiadas
4	Confuso
5	Orientado
Puntuación	Respuesta motora
1	Ausencia de respuesta motora
2	Reacción de extensión ante el dolor
3	Reacción de flexión ante el dolor
4	Reacción de retirada ante el dolor
5	Localización del dolor
6	Obedece órdenes

nera también es fundamental valorar la alineación de la columna cervical, la cifosis o movilidad reducida de la columna cervical.

¿Qué procedimientos técnicos requiere el paciente?

Deben de tomarse la tensión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, glucemia, saturación y electrocardiograma de 12 derivaciones junto con tira de ritmo.

Para evaluar la movilidad básica y posibles trastornos de la marcha y equilibrio se puede pedir al paciente que camine

TABLA 2. Escala abreviada de lesiones (*Abbreviated injury scale* [AIS])

Puntuación	Lesión
1	Menor
2	Moderada
3	Grave
4	Severa
5	Crítica
6	Incompatible con la supervivencia

(si previamente lo hacía). Otra opción, puede ser la realización de la prueba “levante y anda” (Get Up and Go - TUG). La prueba del TUG consiste en medir el tiempo que tarda la persona en levantarse de una silla con reposabrazos, caminar 3 metros, girar y regresar a la silla y sentarse; se tiene que hacer la maniobra una vez a modo de prueba y luego dos veces siendo cronometrado. Su tiempo de administración es de 1-2 minutos. Se suele considerar que está correcto si lo realiza en 10 segundos o menos.

La evaluación de la gravedad y letalidad de las lesiones sufridas se puede medir a través de diferentes escalas:

- Escala abreviada de lesiones (*Abbreviated injury scale* [AIS]) (tabla 2).
- Valoración de gravedad de lesiones (*Injury Severity Score* [ISS]) (tabla 3).
- Valoración del traumatismo revisada (*Revised Trauma Score* [RTS]) (tabla 4).

El resto de posibles pruebas complementarias como estudios radiológicos o pruebas de laboratorio deben de estar orientadas cuando la anamnesis y el examen físico lleven a pensar en posibles hemorragias, fracturas u otras complicaciones graves, así como para la determinación exacta del mecanismo de la caída.

TABLA 3. Valoración de gravedad de lesiones (*Injury severity score* [ISS])

Región	Descripción de la lesión	Escala abreviada de lesiones (AIS)	Las 3 AIS más altas elevarlas al cuadrado
Cabeza y cuello	Contusión cerebral	1 a 5	1 a 25
Cara	Ausencia de lesión	1 a 5	1 a 25
Tórax	Volet costal	1 a 5	1 a 25
Abdomen	Contusión hepática menor Rotura de bazo compleja	1 a 5	1 a 25
Extremidad	Fractura de fémur	1 a 5	1 a 25
Externa	Ausencia de lesión	1 a 5	1 a 25

La ISS va de 0 a 75. Aumenta con el incremento de la gravedad.
Si a una lesión en cualquier región se le asigna una AIS de 6 (lesión incompatible con la supervivencia) se establece automáticamente una ISS de 75.

TABLA 4. Valoración del traumatismo revisada (*Revised Trauma Score [RTS]*)

Escala de coma Glasgow (GCS)	Presión arterial sistólica (PAS)	Frecuencia respiratoria (FR)	Valor codificado
13-15	≥ 89	10-29	4
9-12	76-89	≥ 29	3
6-8	50-75	6-9	2
4-5	1-49	1-5	1
3	0	0	0

¿Qué secuencia de tratamientos se le debe administrar?

En función de la anamnesis y exploración física se debe valorar la posible existencia o no de hemorragia, tanto interna como externa, así como de fracturas. De esta manera se establecerá necesidad de derivación para un procedimiento más o menos agresivo.

No debe de olvidarse que los pacientes ancianos tienen mayor riesgo de desarrollo de hipotermia y otros factores que deben de tenerse en cuenta son los reflejos de vías respiratorias disminuidos, de tal manera que, la valoración de la vía respiratoria debe de ser evaluada y manejada de manera prioritaria para evitar la aspiración.

En caso de traslado al medio hospitalario debe de ser inmovilizado.

¿Cuáles son los criterios que indican la necesidad de la derivación al hospital?

Los casos en los que será necesario contactar con los servicios de urgencia antes de proceder a levantar a alguien que ha sufrido una caída son los siguientes:

- Si la persona, en algún momento ha perdido el conocimiento o está desorientada.
- Siente dolor al intentar incorporarse o presenta una deformidad llamativa en alguna extremidad. En este caso, no hay que moverla y se le colocará la cabeza de lado para facilitar la respiración.
- Está sangrando por la herida que se ha producido, o por la nariz, la boca o los oídos.
- Tiene náuseas o vómitos o una inhabitual somnolencia.
- Respira con dificultad después de un golpe en el tórax.

En este caso, colocar a la persona tumbada sobre el lado lesionado. Si en esa postura tiene dolor, hay que procurar sentarla.

En cualquier caso, aunque la persona mayor que ha sufrido una caída se encuentre, aparentemente bien, lo recomendable es trasladar a un centro sanitario para descartar cual-

quier tipo de lesión que se haya podido producir, realizar el tratamiento y observación en base a la lesión que la caída haya producido.

Ante sospecha de lesiones severas o incluso fracturas, o si la caída no ha sido presenciada, no se debe incorporar o movilizar al paciente hasta una primera valoración.

¿Qué tipo de transporte sanitario para el traslado es el más adecuado para el caso?

Se debe de trasladar al paciente al Servicio de Urgencias del hospital si fuera necesario, solicitando ambulancia de traslado con equipo médico, enfermería y técnico conductor tanto para movilizar de forma correcta, así como si es necesario el equipo completo en el caso de que se trate de un paciente inestable.

En todo caso, realizar una movilización correcta entre dos o más personas, en bloque, fijando tanto columna como posibles miembros fracturados, por el riesgo de mayor dolor con la movilización y, sobre todo por el riesgo de provocar otras lesiones mayores o agravar las ya existentes.

Es necesario registrar la caída en un documento específico. Para ello se debe recoger los datos personales del paciente, fecha, hora, día, lugar y descripción de la caída, y contemplar posibles causas y consecuencias de las mismas.

El algoritmo de evaluación inmediata ante una caída en el anciano se detalla en la figura 1.

¿Existen novedades recientes sobre el tema?

En relación con la actuación ante las caídas en el anciano, la OMS el 26 de abril de 2021 publicaba los siguientes datos y cifras.

- Se calcula que anualmente se producen 684.000 caídas mortales, lo que convierte a este problema en la segunda causa mundial de defunción por traumatismos involuntarios, por detrás de los accidentes de tráfico.
- Las mayores tasas de mortalidad por esta causa corresponden a los mayores de 60 años en todas las regiones.

- Aunque no resulten mortales, cada año cerca de 37,3 millones de caídas revisten suficiente gravedad como para requerir atención médica.

- En conjunto, las caídas causan anualmente la pérdida de 38 millones de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) y de más años con discapacidad.

- Las personas que padecen discapacidad como consecuencia de una caída tienen más probabilidades de necesitar atención a largo plazo y de ser internados en un centro sanitario, lo cual ocurre sobre todo a los ancianos.

- Los costes económicos de cada traumatismo de una persona de 65 años o más causado son considerables. Las estrategias preventivas eficaces permiten reducir en un 20% la incidencia de las caídas con un ahorro al año muy grande.

Estas estrategias preventivas deben hacer hincapié en la educación, la capacitación, la creación de entornos más seguros, la priorización de la investigación relacionada con las caídas y el establecimiento de políticas eficaces para reducir los riesgos.

Hay numerosas intervenciones enfocadas a los mayores, con cada vez más evidencia en la literatura, que se deben recomendar para prevenir las caídas durante todo el curso de la vida.

- Ejercicios para mejorar la marcha y el equilibrio y entrenamiento funcional.
- Evaluación de la vivienda y modificación de su diseño.
- Reducción o eliminación del consumo de psicotrópicos.

- Intervenciones multifactoriales (evaluaciones individuales del riesgo de caída seguidas de intervenciones y derivaciones médicas según los riesgos detectados).

- Suplementos de vitamina D para personas con deficiencia de esta sustancia.

- Vallar las zonas peligrosas o restringir el acceso a ellas.
- Creación de entornos “amigables” con los mayores teniendo en cuenta aspectos sanitarios y del entorno natural y construido, servicios y programas sociales, actitudes culturales, capital social, participación de y en la comunidad, equidad e inclusión.

Bibliografía recomendada

- Kiel DP. Falls in older persons. Risk factors and patient evaluation [Internet]. UpToDate: 2021; [consultado 28 Ene 2022]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/falls-in-older-persons-risk-factors-and-patient-evaluation>
- Khow KSF, Visvanathan R. Falls in the Aging Population. *Clinics in Geriatric Medicine*. 2017;33(3): 357-68. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.cger.2017.03.002>
- Ministerio de Sanidad. Actualización del documento de consenso sobre prevención de la fragilidad en la persona mayor (2022) [Internet]. Madrid; 2022. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/EnvejecimientoSaludable_Fragilidad/docs/ActualizacionDoc_FragilidadyCaidas_personamayor.pdf
- Rapsang AG, Shyam DC. Compendio de las escalas de evaluación de riesgo en el paciente politraumatizado. *Cir Esp*. 2015; 93(4):213-21. <https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2013.12.021>
- Rodríguez-Molinero A, Narvaiza L, Gálvez-Barrón C, de la Cruz JJ, Ruíz J, Gonzalo N, et al. Caídas en la población anciana española: Incidencia, consecuencias y factores de riesgo. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2015;50(6): 274-80. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2015.05.005>
- Organización Mundial de la Salud. Caídas [Internet]. Ginebra: 2021. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/falls>