

# Síndrome post-caída en el anciano. Un gran olvidado en la seguridad del paciente.

Matoso Ambrosiani, Consolación. Enfermera de familia

Unidad de Gestión Clínica Alamillo-San Jerónimo. Distrito de Atención Primaria Sevilla.

## Introducción

La morbilidad de una caída en el anciano no solo se limita a las consecuencias traumáticas. El 6-8% de las caídas son responsables de fracturas.

Sin embargo, en las horas siguientes a la caída, sobrevienen una serie de reacciones posturales, psicológicas y sociales que ponen en peligro la seguridad del paciente constituyendo una urgencia geriátrica.

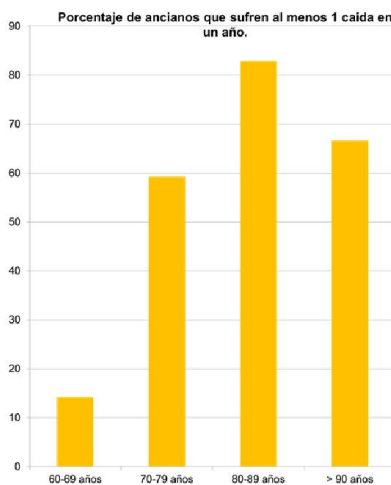
En ausencia de cobertura sanitaria adecuada el paciente evoluciona hacia una pérdida de movilidad, ortostatismo, marcha e independencia que puede llevarle a la institucionalización e incluso la muerte.

A este cuadro se le conoce como Síndrome de Regresión Psicomotriz o Síndrome Post-caída

## Método

Revisión bibliográfica de la literatura disponible sobre el tema. La búsqueda se ha realizado en las siguientes bases de datos nacionales e internacionales: PubMed, SciELO España y LILACS. restringiendo la búsqueda a artículos en inglés y castellano con texto completo disponible.

Descriptores (DeCS): Accidental falls, Aged, Psychology, Fear.



## Conclusiones

Las caídas en los ancianos que viven en la comunidad son un problema frecuente e infradiagnosticado, con importantes consecuencias físicas, psicológicas y sociales.

Esta revisión confirma que el abordaje establecido actualmente para el problema se ha basado en las intervenciones puramente físicas (Asistencia a fracturas, heridas y contusiones) obviando la esfera psicológica y social del anciano, condenándolo a una importante pérdida de independencia y temor a posibles nuevas caídas.

Las enfermeras debemos valorar la aparición de síntomas que nos indiquen que existe un síndrome postcaída e iniciar una rehabilitación precoz para preservar el grado de independencia del anciano

## Objetivos

Cuantificar la evidencia científica disponible sobre la existencia de programas de intervención para prevenir el síndrome post-caída en ancianos.

Evaluar a partir de la evidencia científica si dichos programas de prevención consideran la terapia psicoeducativa.

Averiguar cuales son los aspectos físicos y psíquicos que debe valorar la enfermera para ayudar a mejorar la seguridad e independencia de los ancianos que han sufrido una caída.

## Resultados

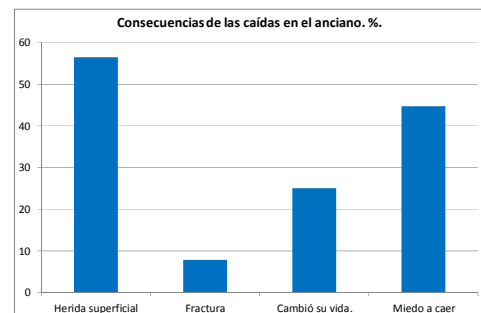
En las tres bases de datos consultadas se han encontrado un total de 16 artículos. En todos ellos el tema fundamental es la prevención de caídas, encontrando múltiples cifras estadísticas sobre fracturas de cadera y los factores de riesgo de caídas.

Los factores que se relacionaron con mayor riesgo de presentar caídas fueron: tener mayor edad, ser mujer, estar viudo/a, sin estudios, presentar dificultad para mover ambas extremidades superiores y orientarse en el espacio, consumir un mayor número de fármacos, y un peor estado de salud percibido.

La distribución de las caídas en cuanto al sexo es 2:1, siendo las mujeres las que más caídas sufren.

En tres artículos se trata el miedo a caer del anciano tras una caída. Un artículo hace referencia clara a los problemas psicológicos, sociales y de dependencia que sufre el paciente a raíz de sufrir una caída sin consecuencias traumáticas.

En ningún artículo se detalla en qué debería consistir la rehabilitación de un anciano tras una caída sin consecuencias físicas.



## Bibliografía

Varas-Fabra F, Castro E, Pérula LA, Fernández MJ, Ruiz R, Enciso I. Caídas de ancianos de la comunidad: prevalencia, consecuencias y factores asociados. *Aten Primaria*. 2006; 38(8):450-5.

SILVA GAMA, Zeneiton André da; GOMEZ CONESA, Antonia y SOBRAL FERREIRA, Marta. Epidemiología de caídas de ancianos en España: Una revisión sistemática, 2007. *Rev. Esp. Salud Pública [online]*. 2008, vol.82, n.1, pp. 43-55. ISSN 1135-5727.

Gaxatte C1, Nguyen T, Chourabi F, Salleron J, Pardessus V, Delabrière I et AL. Fear of falling as seen in the Multidisciplinary falls consultation. *Ann Phys Rehabil Med*. 2011 Jun;54(4):248-58. doi: 10.1016/j.rehab.2011.04.002. Epub 2011 May 5.