

El riesgo de lesiones óseas en el adulto mayor como consecuencia de las caídas intradomiciliarias
The risk of bone injuries in the elderly as a result of falls at home
O risco de lesões ósseas em idosos como consequência de quedas em ambientes fechados

Ragnar Vegueria Vega¹

Institución: ALSIE Consultores Pedagógicos, Universidad Autónoma del Beni

ID ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-2714-3908>

E-mail: ragnar_bolivia@live.com.mx

Resumen:

Las lesiones óseas en adultos mayores representan un importante problema de salud pública por su alta prevalencia y graves consecuencias. Con la edad, el sistema musculoesquelético se deteriora, incrementando el riesgo de fracturas debido a factores como la disminución de la densidad ósea y la pérdida de masa muscular. Las fracturas de cadera, muñeca y columna vertebral son las más comunes, frecuentemente causadas por caídas, las cuales son más habituales en esta población debido a la debilidad física, problemas de equilibrio y condiciones como la osteoporosis. Las caídas recurrentes se relacionan con factores intrínsecos (fisiológicos y medicamentos) y extrínsecos (entorno doméstico). Además, el miedo a caer provoca en muchos adultos mayores una reducción en la actividad física, lo que empeora la pérdida de fuerza y equilibrio, incrementando así el riesgo de futuras caídas y un círculo vicioso de inactividad y temor. Las estrategias de prevención incluyen la mejora del entorno, ejercicios de equilibrio, fuerza y apoyo psicológico, en función de promover la autonomía. La implementación de programas comunitarios y la modificación del entorno del hogar son esenciales para reducir las caídas y mejorar la calidad de vida de los adultos mayores, preservando su independencia y bienestar general.

Palabras clave:

Lesiones, óseas, adulto, mayor, caídas

Abstract:

Bone injuries in older adults represent a major public health problem due to their high prevalence and serious consequences. With age, the musculoskeletal system deteriorates, increasing the risk of fractures due to factors such as decreased bone density and loss of muscle mass. Hip, wrist and spine fractures are the most common, frequently caused by falls, which are more common in this population due to physical weakness, balance problems and conditions such as osteoporosis.

Recurrent falls are related to intrinsic (physiological and medication) and extrinsic (home environment) factors. In addition, fear of falling causes many older adults to reduce physical activity, which worsens the loss of strength and balance, thus increasing the risk of future falls and a vicious cycle of inactivity and fear. Prevention strategies include improving the environment, balance and strength exercises, and psychological support, which promote autonomy. Implementing community-based programs and modifying the home environment are essential to reducing falls and improving the quality of life of older adults, preserving their independence and overall well-being.

Keywords:

Injuries, bone, adult, elderly, falls.

Resumo:

As lesões ósseas em idosos representam um importante problema de saúde pública devido à sua alta prevalência e graves consequências. Com a idade, o sistema músculo-esquelético deteriora-se, aumentando o risco de fraturas devido a fatores como diminuição da densidade óssea e perda de massa muscular. As fraturas de quadril, punho e coluna são as mais comuns, frequentemente causadas por quedas, mais comuns nesta população devido à fraqueza física, problemas de equilíbrio e condições como a osteoporose. As quedas recorrentes estão relacionadas a fatores intrínsecos (fisiológicos e medicamentosos) e extrínsecos (ambiente domiciliar). Além disso, o medo de cair faz com que muitos idosos reduzam a atividade física, o que agrava a perda de força e equilíbrio, aumentando assim o risco de quedas futuras e de um ciclo vicioso de inatividade e medo. As estratégias de prevenção incluem a melhoria do ambiente, exercícios de equilíbrio e força e apoio psicológico, que promovem a autonomia. A implementação de programas comunitários e a

(1) Médico cirujano de profesión. Docente en ALSIE Consultores y en la Universidad de "Aquino", carrera de Medicina. Máster en Gerontología Clínica y Geriatria. Médico de planta en el Complejo Geriátrico "Geriland". Candidato a doctor en Ciencias de la Salud.



modificação do ambiente doméstico são essenciais para reduzir as quedas e melhorar a qualidade de vida dos idosos, preservando a sua independência e bem-estar geral.

Palavras chave:

Lesões ósseas, adultos, idosos, quedas.

Introducción

Las lesiones óseas en los adultos mayores constituyen un problema de salud pública significativo, debido a su alta prevalencia y graves consecuencias que pueden tener para la calidad de vida de este grupo poblacional. A medida que las personas envejecen, ocurren cambios fisiológicos en el sistema musculoesquelético que incrementan la vulnerabilidad a las fracturas y otras lesiones óseas. Entre estos cambios se incluyen la disminución de la densidad mineral ósea, el desgaste articular, la pérdida de masa muscular y estabilidad, los cuales son factores que incrementan el riesgo de caídas y traumatismos óseos.

Las fracturas de fémur, radio, húmero y columna vertebral, constituyen las lesiones óseas más comunes en los adultos mayores. Estas fracturas a menudo resultan de caídas, que son frecuentes en esta población debido a la pérdida de fuerza, coordinación y estabilidad. Además, la osteoporosis, es una condición caracterizada por la disminución de la densidad ósea, también representa un factor predisponente clave en la mayoría de estas lesiones en los adultos mayores. Esta enfermedad afecta de manera desproporcionada a las mujeres postmenopáusicas, pero también puede presentarse en hombres, sin embargo, las fracturas asociadas a la osteoporosis no siempre están vinculadas a un trauma.

Las lesiones óseas en los adultos mayores no solo implican un proceso de recuperación prolongado, sino que también pueden llevar a una pérdida de movilidad, independencia y en algunos casos, a un aumento en la mortalidad debido a complicaciones derivadas de la inmovilización, como infecciones y lesiones por presión entre otras. Por tanto, la prevención, el diagnóstico temprano y el manejo adecuado de las lesiones óseas en los adultos mayores son fundamentales para mejorar la calidad de vida y reducir las complicaciones en esta población vulnerable.

Desarrollo

Las lesiones óseas en la mayoría de los casos se asocian a las caídas y de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, estas se definen como acontecimientos involuntarios que hacen perder el equilibrio y provocando que el cuerpo caiga a tierra u otra superficie firme que lo detiene. Otra definición se refiere como la consecuencia de cualquier acontecimiento, que precipita al individuo repentina, involuntaria e insospechadamente al suelo y puede ser confirmada o no por el paciente o un testigo (Calleja OJA, 2010). Aunque las caídas conllevan a lesiones



Recibido: 04/11/2024

Evaluado: 09/12/2024

Aceptado: 10/01/2025

en todas las personas: la edad, el sexo y el estado de salud pueden influir en el tipo de lesión y su gravedad. Los ancianos tienen un mayor índice de mortalidad o lesión grave por caídas, incrementándose con la edad (Vázquez Cardona, 2014).

Las caídas en pacientes de más de 60 años, constituyen un problema clínico importante por la morbilidad, la mortalidad y los costos para el individuo, su familia y la sociedad. Estas situaciones en los ancianos pueden englobarse bajo el nombre de “síndrome geriátrico de caídas”, que de acuerdo con la OMS se define como la presencia de dos o más caídas durante un año. Así también, se considera que un paciente presenta caídas recurrentes cuando estas se presentan en un número de tres o más episodios durante un mes (Romero C, 2012).

Las caídas con permanencia prolongada en el piso se consideran como indicadores de una reserva fisiológica disminuida en aquellas personas adultas mayores que las sufren, ya que pueden estar relacionadas con trastornos únicos o múltiples que acortan su supervivencia o alteran su funcionalidad general.

Las caídas en los adultos mayores están vinculadas a una serie de factores de riesgo que predisponen el trauma y se suman a la mecánica del proceso. Sgaravatti, A (2011) menciona que los factores de riesgo relacionados con ello se pueden clasificar en dos: intrínsecos y extrínsecos. Los primeros son factores que predisponen al trauma que forman parte de las características físicas de un individuo. En estos casos, encontramos factores tanto modificables como no modificables. A su vez, dentro de ellos, se incluyen los cambios fisiológicos, las enfermedades agudas, crónicas y el consumo de fármacos (García López, 2019). También están los factores extrínsecos, o ambientales y se pueden agrupar en aquellos que se encuentran en la vivienda, vía pública y medios de transporte. Además, se han reportado como causas de caídas en los adultos mayores institucionalizados: debilidad general (31%), peligros ambientales (25%), hipotensión ortostática (16%), enfermedad aguda (5%), alteraciones en la marcha o balance (4%), medicamentos (5%) y desconocidas en el 10% de los casos. También, se ha documentado que el 47.2% de los pacientes ancianos dementes presentan caídas, frente al 20.5% que no tienen esta patología (Gama ZA, 2018).

En otros estudios se han reportado como factores asociados a los traumas: el antecedente de caída, alteraciones de la marcha, incapacidad funcional, deterioro cognitivo, consumo de medicación psicotrópica y exceso de actividad física (Gama ZA, 2018). El sexo

femenino y la edad avanzada, también se han referido como predictores de caídas. En adultos mayores que viven en la comunidad se han descrito como factores predisponentes para los traumas: el uso de sedantes, deterioro cognitivo, alteraciones de las extremidades inferiores, presencia del reflejo palmo mental, anomalías del equilibrio y la marcha, además de malformaciones de los pies (Gama ZA, 2018).

En este estudio se describió que el riesgo de caer se incrementó linealmente con un número mayor de factores de riesgo del 8% (sin ningún factor), al 78% con cuatro o más factores de riesgo ($P < 0.0001$). Alrededor del 10% de las caídas ocurrieron durante una enfermedad aguda, el 5% durante la realización de una actividad peligrosa y el 44% en presencia de peligros ambientales. Dada la naturaleza multicausal del trauma en los ancianos, se considera que el abordaje de los múltiples aspectos para evaluar el riesgo de presentar un accidente (ya sea nuevo o recurrente) es la forma apropiada de aproximarse a este problema (Vandenput Liesbeth, 2024).

Tinetti y Kumar (2010) se reportan entre los principales autores relacionados con las patologías de los adultos mayores y destacan que los factores físicos y biológicos constituyen una de las principales causas de los traumas en esta población. Entre estos factores, se mencionan la debilidad muscular, problemas de equilibrio, alteraciones de la marcha, y condiciones crónicas como la artritis y la hipertensión arterial, que afectan la estabilidad y la movilidad. Según al autor anteriormente referido, la disminución de la fuerza muscular y la falta de flexibilidad contribuye significativamente a la probabilidad de caídas, enfocándose fundamentalmente en la parte motora, dejando de lado los factores extrínsecos, la polifarmacia y la pluripatología como elementos claves y significativos en el paciente adulto mayor.

Kerse y colaboradores (2018) subrayan la influencia de factores cognitivos y psicológicos en el riesgo de caídas. Entre estos, se destacan el deterioro cognitivo, como en casos de demencia, y el miedo a caer, que puede limitar la movilidad y la actividad física, creando un ciclo que aumenta aún más el riesgo de caídas. El miedo a caer es particularmente importante porque puede llevar a una reducción en la actividad física, lo que a su vez disminuye la fuerza y el equilibrio. El temor, conocido como fear of falling (FOF), no solo se presenta en aquellos que ya han experimentado caídas previas, sino también en adultos mayores que no han tenido traumas previos, pero que perciben una mayor vulnerabilidad debido a su edad o condición física.



A medida que el adulto mayor se vuelve más sedentario, pierde la capacidad física necesaria para moverse de manera segura, lo que aumenta el riesgo real de caídas. También afecta el nivel de confianza que un adulto mayor tiene en su capacidad para realizar actividades cotidianas. Esta falta de confianza puede llevar a una disminución de la autopercepción de la estabilidad física, lo que a su vez puede aumentar el riesgo de caídas debido a movimientos inseguros o torpes. La ansiedad asociada con este miedo, puede interferir con la capacidad de tomar decisiones rápidas y adecuadas durante actividades físicas, lo que incrementa el riesgo de perder el equilibrio.

Evitar actividades como caminar, subir escaleras o incluso moverse dentro del hogar, puede provocar una atrofia muscular progresiva y un deterioro en la coordinación, lo que, paradójicamente, aumenta el riesgo a largo plazo. La ansiedad y el estrés crónico relacionados con este miedo pueden afectar negativamente el equilibrio y la concentración, factores claves para la prevención del trauma. Además, el miedo a caer puede llevar al aislamiento social, lo que contribuye a una mayor inactividad física y, por lo tanto, aumenta el riesgo.

Lord, S. R., Sherrington, C., & Menz, H. B. (2016) son los primeros que mencionan los factores ambientales como causas significativas de caídas en el hogar. Aspectos como suelos resbaladizos, escaleras sin pasamanos, iluminación insuficiente, y la disposición desordenada de muebles y objetos en el hogar, los que pueden aumentar el riesgo de tropezar y caer. Los autores sugieren que la modificación del entorno doméstico es crucial para prevenir caídas.

Los factores ambientales desempeñan un papel central en la ocurrencia de caídas, porque a menudo interactúan con los cambios fisiológicos relacionados con la edad, como la pérdida de equilibrio, la disminución de la visión y la fragilidad ósea. Aunque los adultos mayores pueden tener un riesgo de caídas debido a estos factores intrínsecos, los factores ambientales inadecuados aumentan drásticamente este riesgo. Por ejemplo, un adulto mayor con una leve inestabilidad de la marcha puede no experimentar una caída si camina en una superficie firme y sin obstáculos, pero ese riesgo aumenta significativamente si la superficie es resbaladiza o está desordenada.

Numerosos estudios han demostrado que las modificaciones del entorno, como la mejora de la iluminación, la eliminación de obstáculos y la instalación de dispositivos de apoyo, reducen significativamente las caídas en los adultos mayores. Las intervenciones ambientales son una estrategia preventiva eficaz que

puede reducir las tasas de caídas y mejorar la seguridad en el hogar y otros entornos.

En cuanto a la polifarmacia y efectos secundarios de medicamentos, Zia, A., Kamaruzzaman, S. B., & Myint, P. K (2017) señalan que la polifarmacia, definida como el uso concurrente de múltiples medicamentos, es un factor de riesgo significativo para las caídas en adultos mayores. Los efectos secundarios de algunos medicamentos, como la sedación, hipotensión ortostática y mareos, pueden contribuir directamente a las caídas. Además, la interacción entre diferentes fármacos puede exacerbar estos efectos.

También la interacción farmacológica puede aumentar el riesgo de efectos como somnolencia, mareos, hipotensión ortostática y confusión, factores que comprometen la estabilidad física (García López, 2019).

Muchos medicamentos comúnmente recetados en adultos mayores, como antihipertensivos, diuréticos, sedantes, antidepresivos, antipsicóticos e hipnóticos, pueden provocar efectos secundarios que alteran el equilibrio y la movilidad. Por ejemplo: la asociación de los antihipertensivos y diuréticos, implica una disminución rápida de la presión arterial al ponerse de pie, lo que puede causar mareos, desmayos y caídas.

Los sedantes, ansiolíticos y algunos antidepresivos pueden causar somnolencia excesiva, disminuyendo la capacidad de reacción y aumentando el riesgo. Algunos fármacos, como los que afectan el sistema vestibular, pueden provocar vértigo o mareos, lo que altera la percepción espacial y aumenta el riesgo de caídas. Los neurolepticos que afectan el sistema nervioso central, como los antidepresivos, antipsicóticos y algunos medicamentos para el control del dolor, pueden generar efectos secundarios como confusión, disminución de la concentración y alteraciones en la toma de decisiones. Estos efectos pueden llevar al adulto mayor a evaluar incorrectamente situaciones de riesgo, caminar de manera insegura o tener dificultades para mantener el equilibrio, lo que aumenta la probabilidad de un trauma.

También los medicamentos para la diabetes, como la insulina o ciertos antidiabéticos orales, pueden causar episodios de hipoglucemia, que se manifiestan con mareos, debilidad, visión borrosa y desorientación. Estos episodios aumentan significativamente el riesgo de caídas, especialmente si ocurren de manera repentina. En el caso de los corticosteroides, pueden contribuir a la aparición de cataratas o glaucoma, que afectan la visión del adulto mayor. La disminución de la agudeza visual y



de la percepción adecuada del entorno incrementan el riesgo.

Existen múltiples ejemplos de adultos mayores que continúan tomando medicamentos que podrían ya no ser necesarios o adecuados para su estado de salud actual. La falta de revisión y ajuste periódico del tratamiento puede llevar a una acumulación de medicamentos con efectos secundarios indeseables que incrementan el riesgo. La falta de desprescripción, o reducción de medicamentos innecesarios, contribuye a la polifarmacia y a sus riesgos asociados.

Gill, T. M (2013) y su equipo de investigación destacan la importancia de los factores sociales y conductuales, como la soledad, el aislamiento social, y la falta de apoyo en el hogar, lo cual pueden aumentar el riesgo de traumas. Estos factores pueden llevar a un menor cumplimiento de las medidas preventivas y a un cuidado inadecuado del entorno doméstico, lo que incrementa la probabilidad de accidentes. Además, las conductas de riesgo, como el consumo de alcohol, también son mencionadas como factores que contribuyen a las caídas.

La organización de la sociedad actual se asocia al aislamiento, además, el tenor de la vida cotidiana y las distancias en las grandes ciudades, hacen que sea difícil mantener una atención de calidad en los adultos mayores por parte de la familia. Lamentablemente en Latinoamérica no existen programas gubernamentales que promuevan las relaciones sociales a través de actividades lúdicas, en espacios controlados, con un adecuado acceso para que puedan asistir adultos mayores con discapacidades parciales.

La participación en actividades sociales tiene beneficios no solo emocionales, sino también físicos. Los adultos mayores que participan en actividades comunitarias, como caminatas, clubes sociales o grupos de ejercicio, mantienen su cuerpo activo fortaleciendo sus músculos y el equilibrio. Por el contrario, aquellos que están socialmente aislados tienden a ser menos activos, lo que contribuye al deterioro físico y al aumento del riesgo de caídas.

Con relación a la falta de apoyo en el hogar o de una red social sólida, es otro factor de riesgo significativo para las caídas. Los adultos mayores que no tienen acceso a ayuda en tareas cotidianas, como limpiar el hogar, comprar alimentos o moverse dentro de la casa, pueden verse forzados a realizar actividades que los ponen en situaciones peligrosas. Por ejemplo, al no contar con ayuda para realizar tareas domésticas, un adulto mayor

puede tratar de alcanzar objetos en lugares altos, tropezar con obstáculos o sobrecargar su cuerpo, lo que aumenta el riesgo.

También los adultos mayores que viven solos o tienen poco contacto con familiares o vecinos enfrentan un mayor riesgo en situaciones de emergencia. Si una caída ocurre, el tiempo que tarda en llegar la ayuda es crucial para evitar complicaciones mayores. La falta de apoyo inmediato puede hacer que el adulto mayor permanezca en el suelo durante horas, lo que aumenta el riesgo de complicaciones, como deshidratación, hipotermia o lesiones graves adicionales.

En cuanto a la fisiopatología de las caídas podemos mencionar que se vinculan con las alteraciones en la regulación de la postura. La postura puede definirse como el estado en que todas las fuerzas actúan sobre el cuerpo y están equilibradas de tal forma que se mantenga la posición deseada (equilibrio estático), o cuando se es capaz de avanzar según el movimiento deseado sin perder el equilibrio (equilibrio dinámico); la suma de sus fuerzas ejercidas es cero. La forma en que el sistema nervioso regula el aparato locomotor para asegurar el control postural de la bipedestación, exige la producción y coordinación de un conjunto de fuerzas que permiten a su vez, controlar la posición del cuerpo en el espacio y son: la alineación del cuerpo, el tono muscular y postural (Calisaya ML,2010).

Para evitar caerse, se requiere de una serie de mecanismos que permitan el balance corporal, tanto en una situación estática como dinámica, siendo relevante la estabilidad de la persona tanto en sedestación como durante la marcha. Así la movilidad durante la marcha se basa principalmente en la integración de las vías propioceptivas, visuales y vestibulares. El sentido de la posición conjunta y el sentido de movimiento de la articulación (cinestesia), son la expresión del componente consciente, mientras que el control postural se basa principalmente en el componente inconsciente (Calisaya ML,2010).

Los estímulos propioceptivos integran el sistema sensorial que mantiene la estabilidad postural estática a todas las edades. Varios estudios han demostrado que los problemas de visión reducen la estabilidad postural y aumentan el riesgo de caídas en adultos mayores. Así mismo se ha investigado el papel de las vías vestibulares en la estabilidad postural y se ha comentado que hay cambios relacionados con la edad, aunados a una disminución en la propiocepción (Lord SR, 2016).



También se ha reportado que el incremento en la edad se asocia a una disminución de la longitud, velocidad y tiempo de soporte único de la marcha y a una reducción en el ancho de la zancada. Con relación al sexo, algunos estudios han reportado que el balance postural es más estable en hombres que en mujeres, mientras que en otros reportes no se ha documentado esta diferencia.

Asociado a lo anterior se debe mencionar que en el adulto mayor se dan cambios en el aparato músculo-esquelético que se relacionan con el acto de caer, entre los que se encuentran: la pérdida aproximada de un tercio de la masa muscular (sarcopenia), la disminución de la fuerza muscular en ambos sexos (dinapenia), la disminución de la velocidad de respuesta de los músculos flexores de la cadera con alteración del balance durante la marcha. Así como un retardo en el “tiempo de latencia”, es decir, la disminución del tiempo de respuesta que tarda en responder un músculo a un estímulo dado y una alteración en la “secuencia” de la contracción muscular.

Como parte de las complicaciones de las caídas en los adultos mayores se debe mencionar que el trauma se asocia con importantes consecuencias físicas, psicológicas, sociales y económicas, que incluyen contusiones, heridas, desgarros, fracturas, traumatismos encefálicos, torácicos y abdominales. Si la persona permaneció mucho tiempo en el suelo, puede presentar deshidratación, úlceras e infecciones como ya se describió anteriormente. Se estima que el 1% de las caídas produce fracturas; sin embargo, el 90% de las fracturas presenta el antecedente de una caída previa (Pompei P,2006).

La incidencia de fractura aumenta exponencialmente con la edad a partir de los 60 años y hasta los 75 años, las fracturas más frecuentes se producen en las extremidades superiores (al colocar las manos). Por encima de esa edad son más frecuentes en los miembros inferiores por pérdida del reflejo de apoyo (fractura de cadera) (Tanimoto Y,2014).

Entre las complicaciones psicológicas, se puede concluir que la más importante es el síndrome poscaída que se caracteriza por el miedo a volver a caer. Esto supone cambios en el comportamiento, con la declinación funcional, ya mencionada. Entre el 9 y 26% de las personas que sufrieron una caída, reconocen haber cambiado sus hábitos (Miake-Lye IM, 2013).

En los pacientes que se fracturaron, el impacto sobre la calidad de vida es doble: físico y psíquico debido al miedo a caer. También se reportan las complicaciones socioeconómicas en la cual los pacientes que sufren

caídas realizan más consultas al médico, al servicio de emergencias, aumentan el ingreso en hospitales o instituciones geriátricas. Los costos indirectos se refieren a un aumento en la necesidad de cuidados y en los gastos socio sanitarios.

Las intervenciones a través de equipos multidisciplinarios han demostrado reducir el riesgo de una nueva caída. En la prevención de caídas y fracturas, la evidencia demuestra que está indicado el tratamiento con vitamina D, la terapia física, las modificaciones en la seguridad del hogar y la reducción de la polifarmacia. Las intervenciones multifactoriales parecen ser las más eficaces, cuando se las adecua a cada individuo y se promueve su aplicación y adherencia (Miake-Lye IM, 2013).

En la atención de salud actual se aprecia una incapacidad del médico en manejar situaciones complejas en las cuales las condiciones de salud dependen de factores múltiples, y la pérdida de coordinación con otras disciplinas para llevar adelante estrategias adecuadas. Una manera sencilla es utilizar herramientas de screening simples y conocidas, como por ejemplo preguntar una vez al año al adulto mayor de 65 años si sufrió una caída, y por otra parte, realizar una prueba de evaluación llamada “levántate y anda”, permite modificar algunas condiciones predisponentes y además trabajando en forma interdisciplinaria con otros miembros del equipo de salud, se podría prevenir muchos de estos traumas.

Las caídas pueden tener un impacto negativo en el estado cognitivo del adulto mayor, especialmente en aquellos que ya presentan alguna forma de deterioro cognitivo leve. El síndrome poscaída, al fomentar el aislamiento social y la inactividad física, puede acelerar el deterioro cognitivo y empeorar problemas relacionados con la memoria, la toma de decisiones y la atención, lo que afecta aún más la capacidad del adulto mayor para vivir de manera autónoma.

Múltiples estudios han demostrado que el síndrome poscaída es un factor clave en la pérdida de independencia y autonomía en los adultos mayores. Aquellos que experimentan este síndrome tienen una mayor probabilidad de sufrir caídas recurrentes, lo que a su vez aumenta el riesgo de hospitalización, institucionalización y pérdida de movilidad a largo plazo.

Los programas de ejercicio y fisioterapia, especialmente aquellos enfocados en mejorar el equilibrio, la fuerza muscular y la flexibilidad, son esenciales para ayudar al adulto mayor a recuperar la confianza en su capacidad



para moverse de manera segura. Las terapias de rehabilitación también pueden reducir el miedo a caerse y aumentar la movilidad, lo que facilita el retorno a las actividades cotidianas.

La terapia cognitivo-conductual y el apoyo psicológico pueden ser efectivos para reducir el miedo a caer y mejorar la confianza del adulto mayor en su capacidad para realizar actividades sin riesgo. Abordar el aspecto psicológico del síndrome poscaída es fundamental para promover una mayor autonomía y participación en actividades físicas (Bustamante Troncoso C, 2020).

Fomentar la participación en actividades sociales y en grupos comunitarios puede ayudar a mitigar el aislamiento social y mejorar el bienestar emocional del adulto mayor. Tener una red de apoyo activa puede motivar al adulto mayor a participar en actividades físicas y recreativas que promuevan la autonomía.

Conclusiones

En general la prevención de las lesiones óseas tiene como base el manejo de los factores que influyen en la génesis de las caídas domiciliarias en adultos mayores, los cuales incluyen elementos como las alteraciones sensoriales y motoras dadas por un déficit de la agudeza visual, así como trastornos de la marcha, equilibrio y fuerza muscular. Además de la administración de fármacos como los antipsicóticos, benzodiazepinas e hipotensores, como tratamientos de base para las comorbilidades más comunes en adultos mayores. La comprensión de estos factores y sus interacciones son esenciales para desarrollar estrategias efectivas de prevención que puedan reducir los riesgos de trauma, evitando la pérdida de la autonomía en los pacientes adultos mayores.

Sería de mucha utilidad diseñar estrategias que puedan prevenir las lesiones óseas mediante el control de los factores tanto extrínsecos en el hogar, como los factores dependientes del paciente, con las implicaciones de múltiples entidades de salud, sociales y gubernamentales a diferentes niveles, obteniendo como resultado acciones concretas y con un elevado resultado práctico que contribuya a conservar la autonomía en el adulto mayor, logrando una longevidad con calidad de vida.

Referencias bibliográficas

Aquino Jusmaita Hellen Margarita, Fuerza Muscular y Equilibrio en Adultos Mayores de 60 a 70 años de Edad del Centro de Atención Tayta Wasy

de Villa María del Triunfo, Tesis de Grado, Perú, 2017.

Bustamante Troncoso C. Efecto de una intervención multidimensional en personas mayores autovalentes para el manejo del riesgo de caídas. Atención Primaria [Internet]. 2020;52(10):722-30. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656718308217>

Callisaya ML, Blizzard L, Schmidt MD, Mcginley JL, Srikanth VK. Envejecimiento y variabilidad de la marcha: una población estudio de personas mayores. Envejecimiento por edad. 2010; 39 (2): 191- 7. <http://dx.doi.org/10.1093/ageing/afp250>.

Gama ZA, Gómez CA. Factores de riesgo de caídas en el ancianos: revisión sistemática. Rev Saude Publica. 2018 Octubre; 42 (5): 946-56.

Gill, T. M., Murphy, T. E., Gahbauer, E. A., Allore, H. G., & Han, L. (2013). Risk factors for disability subtypes in older persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 61(3), 444-451. <https://doi.org/10.1111/jgs.12160>

García López, Vianka Nickolle y colaboradores, Evaluación y manejo del riesgo de caídas en los adultos mayores, 2019, Revista Latinoamericana de Hipertensión, Artículo de Revisión.

Gonzales de la Cruz P, Solís L. Factores de riesgo de caídas e índice de masa corporal en el adulto mayor hospitalizado. Rev. Cuid. [Internet] 2019

Jia H, Lubetkin EI, DeMichele K, Stark DS, Zack MM, Thompson WW. Prevalencia, factores de riesgo y carga de enfermedades por caídas y problemas de equilibrio o para caminar entre adultos mayores en los EE. UU. Prev Med. septiembre de 2019;126:105737.

Kerse, N., Parag, V., Feigin, V. L., McNaughton, H., Hackett, M. L., Bennett, D. A., & Anderson, C. S. (2018). Falls after stroke: Results from the Auckland Regional Community Stroke (ARCOS) Study, 2002 to 2003. *Stroke*, 39(7), 1890-1893. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.107.503334>

Miake-Lye IM, Hempel S, Ganz DA, Shekelle PG. Programas de prevención de caídas para pacientes hospitalizados como estrategia de seguridad del paciente una revisión sistemática. *Ann Intern Med* 2013; 158: 390-6.



Lord SR, Menz HB, Sherrington C. Inicio factores ambientales de riesgo de caídas en personas mayores y la eficacia de las modificaciones del hogar. Edad y envejecimiento, Septiembre de 2016; 35 Suppl 2: ii55-ii59

Luck T, Motzek T, Luppá M, et al. Eficacia de visitas domiciliarias preventivas para reducir el riesgo de cae en la vejez: un ensayo controlado aleatorio. Clin Interv Aging 2013; 8: 697-702

Pompei P, Murphy JB (eds). Alteración de la marcha y cae. programa de estudios de geriatría; Un núcleo plan de estudios en medicina geriátrica, 6ª ed. Nuevo York: Sociedad Estadounidense de Geriatría, 2006, p. 195-209

Riva F, Toebe MJ, Pijnappels M, Stagni R, Van Dieen J H. Estimación del riesgo de caída con sensores inerciales usando medidas de estabilidad de la marcha que no requieren escalón detección. Postura de la marcha. 2013; 38 (2): 170-4. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaitpost.2013.05.002>.

Romero C, Uribe M. Factores de riesgo para que la población mayor institucionalizada presente caídas. Revista Ciencias de la Salud Jul/Dic,2(2):91-110.2012.

Sgaravatti, A. Factores de riesgo y valoración de caídas en el adulto mayor. Carta Geriátrico Gerontológica. 2011;4(1):1-36.

Tanimoto Y, Watanabe M, Sun W, et al. Sarcopenia y caídas en ancianos que viven en la comunidad en Japón: Definición sarcopenia según los criterios de la europea Grupo de Trabajo sobre Sarcopenia en Personas Mayores. Arch Gerontol Geriatr 2014; 59: 295-9

Tinetti, M. E., & Kumar, C. (2010). The patient who falls: "It's always a trade-off". JAMA, 303(3), 258-266. <https://doi.org/10.1001/jama.2009.2024>.

Vandenput Liesbeth, A meta-analysis of previous falls and subsequent fracture risk in cohort studies, Original Article Published: 17 January 2024 Volume 35, pages 469–494, (2024).

Vázquez Cardona Sergio Dante y colaboradores, PREVALENCE OF RISK FACTORS FOR FALLS IN ADULTS AGED 75 TO 84 YEARS, ASSIGNED TO THE FAMILY MEDICINE UNIT NO. 53, LEÓN

GUANAJUATO. Ciencia Latina Revista Científica, Mexico 2024.

Zia, A., Kamaruzzaman, S. B., & Myint, P. K. (2017). The impact of polypharmacy on falls and fractures: A systematic review. Age and Ageing, 46(3), 401-408. <https://doi.org/10.1093/ageing/afw244>

Conflicto de intereses

El autor declara que no existe conflicto de interés.



Recibido: 04/11/2024

Evaluado: 09/12/2024

Aceptado: 10/01/2025