

Enfermería de Reumatología, prevención de caídas y recomendaciones en pacientes con osteoporosis

CANO PÉREZ C¹, GIL GALLEGOS D², ARANEGA O¹, LLAHÍ N Y GRUPO DE ENFERMERÍA DE LA SOCIEDAD VALENCIANA DE REUMATOLOGÍA (GESVR)

¹Centro de Especialidades de Benidorm (Alicante)

²Hospital Virgen de Los Lirios. Alcoy (Alicante)

Correspondencia: Lina Cano - Centro de Especialidades de Benidorm - Avda. Venezuela, s/n - 03502 Benidorm (Alicante)

✉ linetacape@hotmail.com

En el año 2014, con la publicación del Documento de Consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor, como estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS, se da un impulso real a este problema clínico. Se dan pautas para la detección, evaluación y actuación en personas en riesgo. Todo ello descansa, en gran medida, en el personal de Enfermería de Atención Primaria (EAP). Sin embargo, Enfermería de Reumatología también puede ser de gran ayuda para la detección de estos pacientes, iniciar algunos aspectos específicos de prevención y reforzar aspectos de salud concretos, para finalmente derivar al paciente, para evaluar su riesgo personal.

EPIDEMIOLOGÍA DE LAS CAÍDAS

La caída se define como acontecimiento involuntario, que hace perder el equilibrio y dar con el cuerpo en tierra u otra superficie firme que lo detenga (OMS, 2012). Además, la propia caída es un factor de riesgo para sufrir nuevas caídas. De hecho, de los sujetos que han presentado una caída, el 50% sufre otra en el mismo año.

Las caídas son un problema clínico importante, especialmente entre los ancianos, por su frecuencia y por sus consecuencias físicas, psíquicas y sociales. La incidencia depende de la ubicación del anciano, aunque es en el domicilio donde se producen entre el 50 al 75%. Alrededor de un 30% de las personas mayores de 65 años y un 50% de los mayores de 80 años, se caen al menos una vez al año.

Las caídas en personas mayores tienen graves consecuencias:

- Más del 70% tienen consecuencias clínicas como fracturas, heridas, esguinces, etc.

- El 50% de las personas que sufren una fractura por una caída, no recuperan el nivel funcional previo.

- Una de cada diez caídas genera lesiones graves, incluyendo la fractura de cadera.

- Por cada persona que fallece como consecuencia de una caída, 24 han sufrido un ingreso hospitalario por fractura de cuello de fémur (fractura de cadera).

Sin embargo, la introducción de programas de prevención ha demostrado una reducción en el número de caídas.

La fractura de cadera, es una de las consecuencias más temidas en los ancianos: se estima que el 90% de los casos de fracturas de cadera son debidos a caídas. Las mujeres tienen un mayor riesgo de caídas que los hombres, sufren consecuencias más graves, y el porcentaje de fractura de cadera, es tres veces mayor.

Según datos del INE, en el año 2011, hubo en España 44.968 altas hospitalarias por fractura de cadera en personas >65 años (Figura 1).

FACTORES DE RIESGO DE CAÍDAS

Se definen como las circunstancias que, con independencia de su naturaleza, inciden de forma negativa sobre el paciente, haciéndolo más vulnerable respecto a su capacidad de autoprotección, lo que puede provocar una caída.

Los principales son los siguientes:

1. Riesgos ambientales generales: iluminación inadecuada, suelos resbaladizos, superficies irregulares, barreras arquitectónicas, espacios reducidos, mobiliario inadecuado, entorno desconocido, condiciones meteorológicas adversas, orografía del terreno, vías de acceso, etc...

2. Riesgos del entorno asistencial, domiciliario o externo: altura de las cami-

llas, camas y barandillas, ausencia de dispositivos de anclaje, espacios reducidos, dispositivos y mobiliario que se comportan como obstáculos, alfombras o suelo resbaladizo, ausencia, ineficacia o mal funcionamiento de dispositivos de apoyo, deambulador o estabilización, etc...

3. Factores propios del paciente:

- Edad: mayor de 65 años.

- Historia de caídas previas.

- Alteración del estado de conciencia.

- Alteración de la capacidad de percepción sensorial.

- Alteración de la capacidad motora, nivel funcional, alteración de la marcha, movilidad, equilibrio, mantenimiento postural, astenia.

- Trastorno en las facultades mentales, procesos de pensamiento, conducta.

- Dificultad o incapacidad para controlar esfínteres.

- Existencia de barreras comunicativas.

- Alteración del estado nutricional, obesidad, carencias nutricionales, déficit vitamínico, deshidratación.

- Periodo embarazo-parto-puerperio.

- Calzado o ropa inadecuada, falta o mala adaptación de gafas y audífonos, carencia inadecuada de ayudas técnicas para caminar o desplazarse, etc...

4. Factores propios de la enfermedad:

- Enfermedades neurológicas, respiratorias, cardíacas, articulares, inmunológicas, metabólicas, cardiovasculares, musculoesqueléticas.

- Dolor agudo y crónico.

- Hábitos tóxicos.

- Proceso quirúrgico.

- Cuadros febriles.

5. Factores derivados del tratamiento:

- Efectos adversos del tratamiento: antihipertensivos, antiarrítmicos, diuréticos,

cos, vasodilatadores, analgésicos, sedantes, tranquilizantes, hipnóticos, relajantes musculares, antihistamínicos, antidiabéticos, antiepilépticos, betabloqueantes.

- Pacientes con dispositivos implantados/prótesis.

6. Factores derivados de la respuesta del paciente frente a la enfermedad:

- Afrontamiento del estado de salud.
- Conductas de riesgo.
- No solicitud de ayuda cuando se necesita.
- Conducta de cumplimiento del régimen terapéutico.

PERFIL DEL PACIENTE CON RIESGO DE CAÍDAS

Factores predictivos del riesgo de caídas: Evidencia BestPractice 1998 ISSN 1329-1874:

- Toda persona con movilidad limitada.
- Alteración del estado conciencia, mental o cognitivo.
- Necesidades especiales de aseo (incontinencias).
- Déficit sensorial.
- Historia de caídas previas (últimos 12 meses).
- Medicación de riesgo.
- Edad mayor de 65 años.

Clasificación de las caídas

Para una mejor comprensión, las caídas se dividen en:

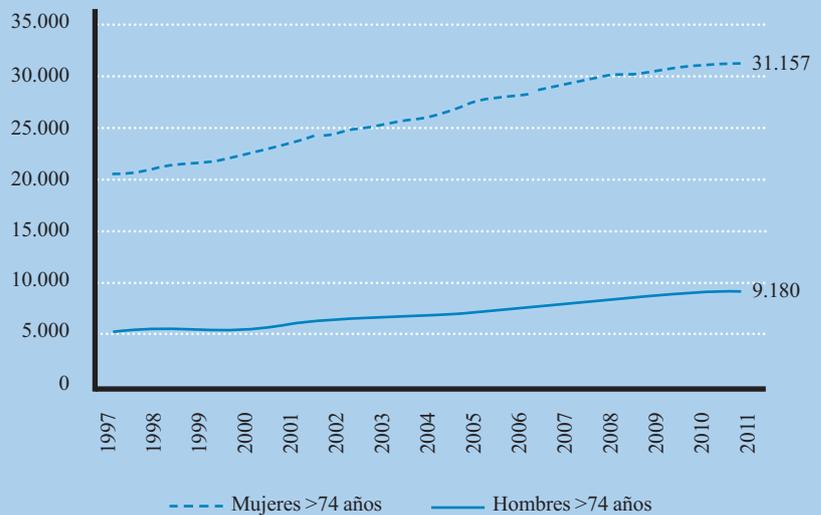
Caídas accidentales: Constituyen el 37% de las caídas. Los accidentes ocurren habitualmente en presencia de una situación que incrementa la posibilidad de caída. Ejemplos: prevenir el deslizamiento de alfombras, vigilar que no haya obstáculos o agua en el suelo para evitar resbalar, mantener iluminación correcta, que el baño no tenga barreras, etc.

Caídas sin síncope: Son el 20-25% de las caídas. Hay que considerar la hipotensión ortostática que suele ser asintomática. Existen varias situaciones que pueden ser sintomáticas: situaciones de bajo gasto cardíaco, disfunción del sistema nervioso autónomo, deterioro del retorno venoso, permanencia en cama y utilización de determinados fármacos.

Enfermedades neurológicas como la enfermedad de Parkinson o las neuropa-

FIGURA 1

NÚMERO DE PACIENTES MAYORES DE 74 AÑOS, DATOS DE ALTA EN ESPAÑA POR FRACTURA DE CADERA DURANTE EL PERÍODO 1997 A 2011. DISTRIBUCIÓN POR SEXO (INE 2011)



tías periféricas producen alteración de la marcha y del control postural que facilitan las caídas.

Existe correlación directa entre el número de fármacos que toma el anciano y la frecuencia de caídas. Los sedantes, al disminuir los reflejos y el sensorio, son los que se asocian más a menudo. También los diuréticos, hipotensores, antagonistas del calcio, hipoglucemiantes, ácido acetilsalicílico, etc...

Caídas con síncope: Los síncope causan el 1% de las caídas. El 50% de ellos son de origen cardiovascular. Las arritmias sólo causan síncope y caídas cuando se asocian a alteraciones de la irrigación cerebral. Otras causas cardíacas son el infarto agudo de miocardio, la miocardiopatía hipertrófica y la estenosis aórtica.

Otras causas de síncope son, el incremento del tono vagal con bradicardia e hipotensión, como la tos, la micción, la hiperventilación y la defecación.

EVALUACIÓN DEL RIESGO DE CAÍDAS

Existen diversas pruebas para evaluar el riesgo de caídas, unas dirigidas a la población general y otras a pacientes hospitalizados. La más usada en las unidades de valoración de caídas es la prue-

ba de Barthel, que evalúa acciones de la vida cotidiana: comer, lavarse, vestirse, arreglarse, deposición, micción, uso del retrete, trasladarse, caminar y subir escaleras.

Hemos seleccionado para realizar en consulta, por su sencillez la prueba "Levanta y anda o Get up and go".

"Levanta y anda o get up and go"

Instrucciones (Figura 2): La persona debe poder caminar por sí mismo. Puede usar su calzado habitual y puede utilizar cualquier dispositivo de ayuda que use normalmente. El cronometraje se inicia cuando la persona comienza a levantarse de la silla y termina cuando regresa y se sienta de nuevo en la silla. Realizada de forma correcta, presenta una sensibilidad y especificidad, ambas, del 87%.

1. El paciente debe sentarse en una silla con la espalda apoyada y los brazos descansando sobre un apoyabrazos.

2. Pídale que se levante de la silla y camine una distancia marcada de 3 metros.

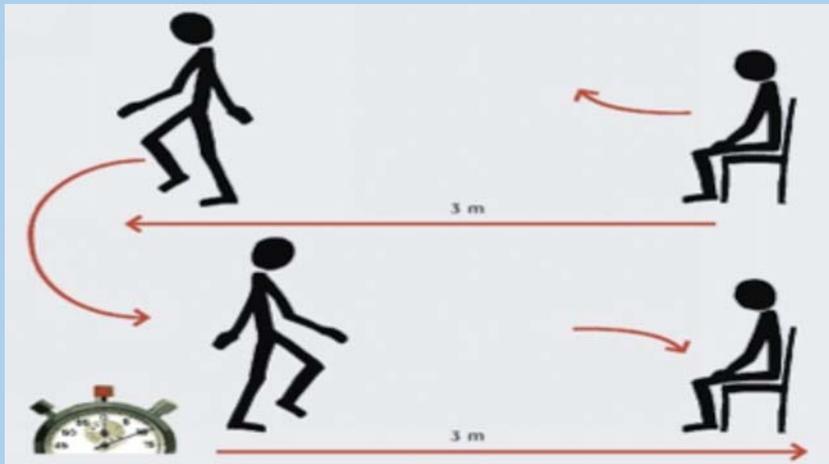
3. Debe girarse y regresar a la silla y sentarse de nuevo.

Valoración de la prueba:

- <20 segundos: movilidad independiente: escaso riesgo de caída
- >20 segundos: riesgo elevado de caídas.

FIGURA 2

INSTRUCCIONES PARA REALIZAR LA PRUEBA "LEVANTA Y ANDA O GET UP AND GO"



ACTITUD ANTE UN PACIENTE CON ALTO RIESGO DE CAÍDA: PAPEL DE ENFERMERÍA DE REUMATOLOGÍA

Un porcentaje relevante de pacientes que se atienden en las consultas de Reumatología, tanto de médico como de enfermería, son pacientes potenciales con alto riesgo de caídas. Si bien la patología mecánica y la edad, predomina en pacientes con riesgo de caídas, un porcentaje menor, con patología inflamatoria también se incluyen en esta población de riesgo, por la propia edad o por la afectación y las secuelas de su enfermedad.

De forma general y especialmente en las consultas de Enfermería de Reumatología de osteoporosis, se puede realizar un cribado rápido para detección de pacientes de riesgo, a través de las siguientes preguntas:

1. ¿Ha sufrido alguna caída en el último año que haya precisado atención sanitaria?
2. ¿Ha sufrido dos o más caídas al año?
3. ¿Presenta algún trastorno de la marcha considerado significativo?

El paciente con riesgo elevado de caídas, detectado por Enfermería de Reumatología, debe ser remitido para su evaluación a su médico de Atención Primaria o al especialista correspondiente. Enfermería dará consejos a los pacientes con riesgo aumentado de caídas, basados principalmente en 3 aspectos: 1. Ejercicio físico. 2. Revisión de la medicación que recibe el paciente. 3. Revisión de riesgos en el hogar.

- Iniciar ejercicios para fortalecer la musculatura de rodilla y cadera, realizándolos siempre acompañado.
- Colocación de barreras, barandillas y pasamanos para prevenir caídas.
- Uso de alfombrilla de goma en la bañera o ducha.
- Valorar cambiar bañera por ducha adaptada.
- Iluminación adecuada.
- Eliminación de objetos, derramamientos y abrillantadores en el suelo.
- Fijación o eliminación de las alfombras.
- Adaptación de la altura adecuada del retrete, sillas y la cama.
- Uso con precauciones de los fármacos que aumenten el riesgo de caídas.
- Controlar los estados de agitación.
- Uso de zapatos con cordones bien ajustados.
- Uso de gafas adecuadas.

Enfermería dará también recomendaciones sobre :

- Alimentación, recomendando una dieta que incluya los tres nutrientes básicos para la salud ósea como son calcio, vitamina D y proteínas.
- Paseos al sol o al aire libre para aprovechar el efecto beneficioso del sol sobre la vitamina D.
- Normas de higiene postural, ya que las fracturas vertebrales, no siempre se producen por golpes o caídas sino por movimientos bruscos o por forzar una postura.

PERSONAL IMPLICADO

Enfermería además de ser personal implicado, asesorará también a familiares y cuidadores sobre los riesgos que puede suponer una caída con o sin fractura. La persona que anteriormente ha sufrido una caída es susceptible de que se vuelva a repetir, perdiendo confianza y seguridad en sí mismo y volviéndose más dependiente.

EL VERDADERO PROBLEMA DE LA OSTEOPOROSIS SON LAS FRACTURAS

Si conseguimos evitar caídas podremos evitar fracturas.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. Informes, estudios e investigación 2014. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. www.mssi.gob.es/.../docs/FragilidadyCaídas_personamayor.pdf.
- 2.- AL Suay Cantos, M Ortega Roig, O Mendo Serrano, MD Simó Falco. ANCIANO FRÁGIL: Guía de Actuación Clínica en AP. www.san.gva.es/documents/246911/251004/gu_iasap03ancianofragil.pdf.
- 3.- M Lázaro del Nogal, A González-Ramírez, A Palomo-Iloro. Evaluación del riesgo de caídas. Protocolos de valoración clínica. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2005;40(Supl 2):54-63.
- 4.- Podsiadlo D, Richardson S. «The Timed Up and Go»: A test of basic functional mobility for frail elderly persons. J Am Geriatr Soc. 1991;39:142-8.
- 5.- Shummay-Cook A, Brauer S, Woollacott M. Predicting the probability for falls in community-dwelling older adults using the TUG test. Phys Ther. 2000; 80:896-903.
- 6.- Tinetti ME, Speechley M, Ginter SF. Risk factors for fall among elderly persons living in the community. N Engl J Med. 1988;319:1701-7.
- 7.- Martín Lesende I, Gorroñoigoitia A, Gómez J, Baztán JJ, Abizanda P. El anciano frágil. Detección y manejo en atención primaria. Aten Primaria. 2010;42(7):388-93.
- 8.- Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel index. Md State Med J. 1965;14/2:56-61.
- 9.- Guía sobre la Osteoporosis. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat, 2006.
- 10.- Programa de prevención de caídas y de fractura de cadera, en la unidad de Densitometría ósea de Reumatología, del Hospital Marina Baixa. Marzo 2016. www.airemb.es.
- 11.- Enfermedades Reumáticas. Actualización SVR 2013.
- 12.- Propuesta de Contenidos de una consulta de Enfermería en Reumatología GESVR. www.svreumatologia.com/nuevasjornadas.

REUNIÓN FORMATIVA

Mediadores inflamatorios en las enfermedades crónicas inmunomediadas

Los días 16 y 17 de noviembre se celebró en Alicante una reunión formativa del GESVR, incluida en el programa de formación de la SVR, con la colaboración de Abbvie. En esta ocasión, se trató en profundidad el papel de los mediadores inflamatorios en las enfermedades crónicas

inmunomediadas así como la importancia de la inteligencia emocional aplicada para ofrecer una mejor atención a nuestros pacientes.

En la misma fecha el GESVR, tuvo una reunión de trabajo para revisar el estado de los proyectos en marcha, plan-

tear necesidades y establecer acuerdos para el buen funcionamiento del grupo.

Jenny de la Torre, miembro del GESVR, nos presentó un curso de enfermería en reumatología que se impartirá en la Universidad de Alicante. Las personas interesadas pueden descargar la información pertinente en el siguiente enlace:

<https://denfe.ua.es/es/titulos-propios/reumatologia/experto-en-tratamiento-y-cuidados-multidisciplinares-en-reumatologia-curso-2018-19.html>