



## Carta científica

## Abordaje integral del síndrome de inestabilidad y caídas del anciano en atención primaria



## Comprehensive approach to instability syndrome and falls in the elderly in primary care

Jheyson Parra-Saldarriaga<sup>a</sup>, Margarita M. Benavides-Ruiz<sup>a</sup>, Jorge A. Sánchez-Duque<sup>b,c,\*</sup><sup>a</sup> Grupo de Investigación Salud, Familia y Sociedad, Unidad de Medicina Familiar, Departamento de Medicina Social y Salud Familiar, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad del Cauca, Popayán, Cauca, Colombia<sup>b</sup> Grupo de Investigación Epidemiología, Salud y Violencia, Unidad de Epidemiología, Departamento de Medicina Comunitaria, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Tecnológica de Pereira, Pereira, Risaralda, Colombia<sup>c</sup> Grupo de Investigación GeriaUNAL – Griego, Unidad de Geriátrica, Departamento de Medicina Interna, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá D.C, Colombia

El término «síndrome geriátrico», hace referencia a un grupo de entidades clínicamente identificadas que aparecen de forma independiente a las enfermedades que las desencadenan, pero que reflejan el efecto acumulado del deterioro de múltiples sistemas, favoreciendo un estado de vulnerabilidad secundario a la pérdida de reserva fisiológica y a la disminución en la capacidad funcional, que impacta significativamente en la independencia y en la calidad de vida del paciente geriátrico<sup>1,2</sup>.

En atención primaria, la inestabilidad de la marcha y las caídas configuran uno de los principales motivos de consulta de la población geriátrica, y la causa más frecuente de accidente en este grupo<sup>1</sup>. Se define caída en el adulto mayor a la «consecuencia de cualquier acontecimiento que precipite al paciente al suelo o a otro nivel inferior en contra de su voluntad»<sup>1-3</sup>. Cerca del 30% de los adultos mayores de 65 años experimentan una caída cada año<sup>1,2</sup>. Durante la primera caída, hasta un 25% de los pacientes mayores experimentan complicaciones significativas, tales como fracturas, traumatismos craneoencefálicos, lesión medular, síndrome poscaída y lesiones de los tejidos blandos, adicionalmente, el riesgo de presentar un segundo episodio asciende al 66% durante el primer año poscaída<sup>1,2</sup>.

Debido a que se prevé un acelerado envejecimiento de la población en los próximos años, resulta imperativo reconocer de manera anticipada los factores asociados e implementar intervenciones oportunas por parte del personal sanitario, especialmente en los niveles de atención primaria, siendo este el primer punto de contacto y la instancia más recurrente para esta población<sup>4</sup>.

Diferentes factores de riesgo han sido descritos por la literatura científica; en 2014, Pfortmuller et al. publicaron una revisión sistemática donde identificaron la presencia de sarcopenia, fragilidad, polifarmacia, multimorbilidad, deficiencia de vitamina D y riesgos domésticos como predictores de caídas<sup>3</sup>. La revisión también postuló que la intervención efectiva requiere de la combinación de la prevención de factores de riesgo con programas de actividad física, rehabilitación y entrenamiento<sup>3</sup>.

En 2017, Cuevas-Tristan respaldó la necesidad de una evaluación médica integral, promoviendo un enfoque interdisciplinario donde se optimice el control de las condiciones médicas, se reducen los peligros ambientales y se realiza un programa de ejercicio con apoyo de terapia física y ocupacional<sup>4</sup>. Un año más tarde, Park et al. publicaron una revisión sistemática con el fin de comparar las diferentes herramientas utilizadas para evaluar el riesgo de caídas en los ancianos. Los autores identificaron 26 escalas utilizadas a nivel mundial<sup>5</sup>. El estudio concluyó que la aplicación simultánea de 2 herramientas de evaluación tuvo un mejor rendimiento para identificar el individuo en riesgo, por lo cual, propusieron 2 posibles combinaciones para el tamizaje, en primer lugar, el modelo de riesgo de caídas Hendrich II con la herramienta de evaluación de riesgos de St. Thomas y en segundo lugar, la combinación de la prueba cronometrada *get up and go* y la escala de balance de Tinetti, siendo esta segunda sugerencia ampliamente utilizada a nivel global<sup>5</sup>.

Recientemente, Efendioglu et al. evaluaron el papel de la valoración geriátrica integral (VGI) en la predicción del riesgo de caídas y encontraron que la presencia de otros síndromes geriátricos coexistentes aumentaban el riesgo de presentar caídas, evidenciando la importancia de la VGI como estrategia médica sistemática para la búsqueda activa de factores de riesgo intrínsecos (incluyendo síndromes geriátricos) y extrínsecos<sup>6</sup>.

Teniendo en cuenta las recomendaciones anteriores, se propone un algoritmo de cribado aplicable en atención primaria con el fin de facilitar la identificación temprana de la población en riesgo de caídas, como se ilustra en la figura 1. El tamizaje comienza con la valoración sistemática de la postura unipodal en combinación con una prueba cronometrada *Get up and go*. Si una de las 2 pruebas se encuentra alterada, se considerará un tamizaje positivo, en consecuencia debe realizarse una prueba de Tinetti o un test motor mínimo según el tiempo disponible<sup>1,2</sup>. Una vez identificado el adulto mayor con riesgo de caída, se procede regularmente a realizar una VGI completa, la cual no solo contempla la esfera biológica (incluyendo terapia farmacológica) y cognitiva, sino también características nutricionales, sociales y de su entorno<sup>1,6-8</sup>.

Cobra vital importancia que los médicos familiares y médicos de atención primaria se encuentren capacitados para formular programas

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jorandsanchez@utp.edu.co (J. A. Sánchez-Duque).

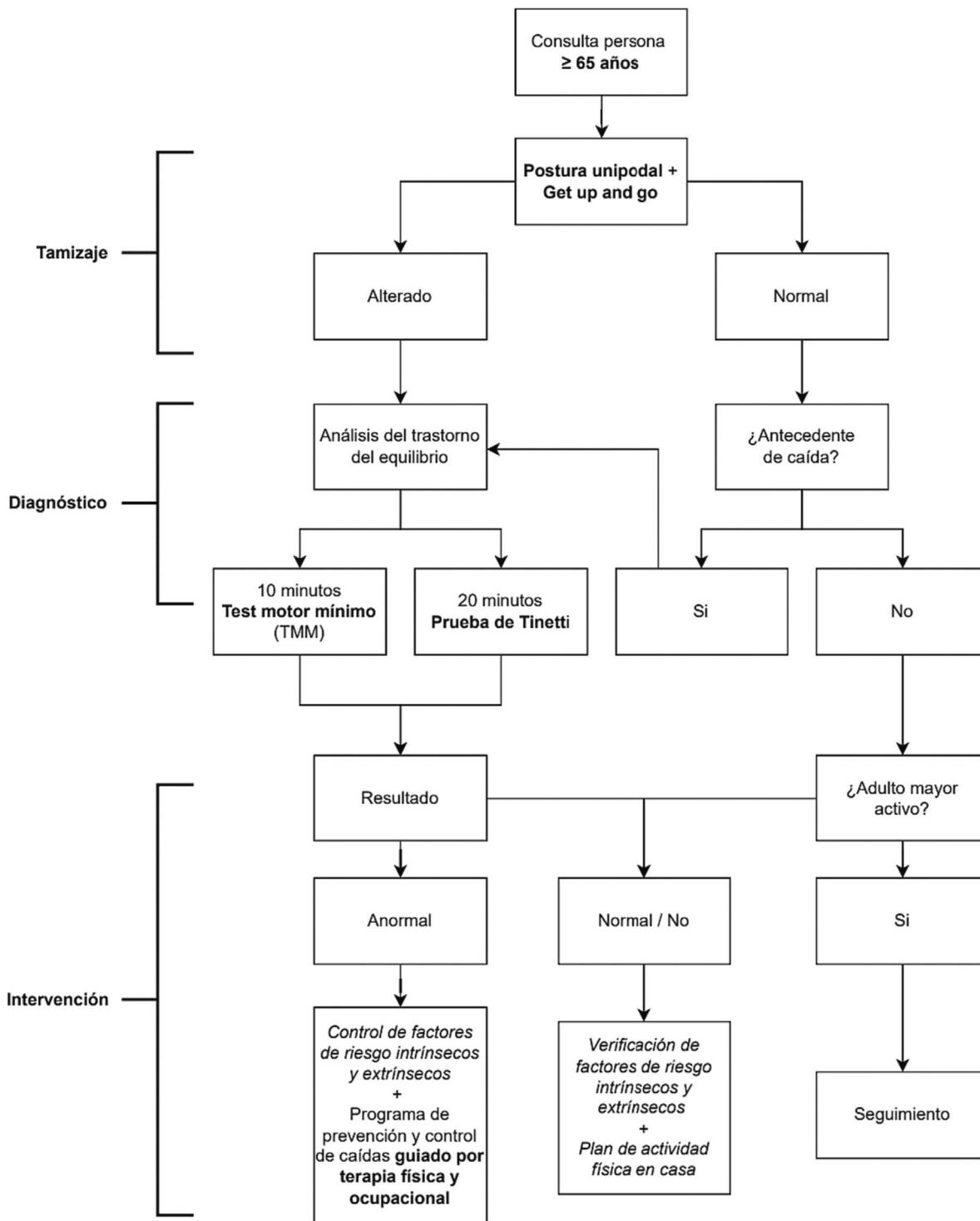


Figura 1. Cribado de un trastorno del equilibrio con el fin de prevenir las caídas en los adultos mayores atendidos en atención primaria.

guiados de ejercicio, toda vez son el punto de entrada al sistema de salud y con quienes el paciente puede lograr tener una atención más cercana y oportuna. Entre los saberes que deben dominar se incluyen el tipo y duración de programas guiados, al igual que el momento adecuado y la estrategia para evaluar el efecto de la intervención. Las actividades guiadas incluyen una serie de ejercicios (equilibrio, apoyo, postura, marcha, fuerza, potencia, resistencia, actividad aeróbica), realizados de manera continua 3 veces por semana y mínimo una hora de duración por cada sesión, comparando las puntuaciones pre y postintervención con pruebas de postura unipodal, prueba cronometrada de *get up and go* y prueba de Tinetti<sup>1-6</sup>.

### Conclusión

Conforme la población global envejece, se espera un aumento proporcional en la incidencia de caídas, junto con las implicaciones que conllevan. Estas consecuencias no solo abarcan la disminución de la confianza al caminar, sino también una reducción en la independencia, además de efectos perjudiciales que afectan la calidad de vida en dimensiones tanto físicas como psicológicas, sociales y económicas. El limitado número de especialistas en geriatría y fisiatría, deja en evidencia la necesidad imperiosa de fortalecer la prevención primaria mediante el entrenamiento de profesionales de la salud en la

aplicación de estrategias sistemáticas de tamizaje. En la actualidad, la prevalencia de caídas se posiciona como un problema de salud pública global, una pandemia ignorada que configura un llamado urgente a la medicina familiar.

### **Financiación**

Ninguna.

### **Responsabilidades éticas**

En este trabajo no se ha experimentado en animales ni intervienen pacientes o sujetos humanos.

### **Conflicto de Intereses**

No hay conflicto de intereses a declarar.

### **Bibliografía**

1. Pérez A, Roque-Pérez L, Plaín-Pazos C. Las caídas, causa de accidente en el adulto mayor *Revi* 16 de abril. 2020;59(276), e705.
2. Morales-Gonzalez MM, Navarro-Suarez L. El riesgo de caída en adultos mayores. *Revista Cubana de Med Física y Rehabilitac.* 2019;11(3), e389.
3. Pfortmueller CA, Lindner G, Exadaktylos AK. Reducing fall risk in the elderly: risk factors and fall prevention, a systematic review. *Minerva Med.* 2014;105(4):275–81.
4. Cuevas-Trisan R. Balance problems and fall risks in the elderly. *Phys Med Rehabil Clin N Am.* 2017;28(4):727–37.
5. Park SH. Tools for assessing fall risk in the elderly: a systematic review and meta-analysis. *Aging Clin Exp Res.* 2018;30(1):1–16.
6. Efendioglu EM, Cigiloglu A, Ozturk ZA. The role of comprehensive geriatric assessment in predicting fall risk. *Ir J Med Sci.* 2023;192(1):303–10.
7. Solarte-Adrada W, Preciado-Casierra CJ, Galvis-Acevedo S, Sánchez-Duque JA. Determinantes psicosociales y adherencia farmacológica en pacientes geriátricos. *Aten Fam.* 2022;29(2):126–9.
8. Sánchez-Duque JA, Perilla-Orozco DM, Herrera-Guerrero JA, García-Ruiz GV. Polypharmacy and deprescribing in geriatric care. *Rev Clin Esp (Barc).* 2023;223(5):325–6.