

CAÍDAS EN EL ANCIANO

La OMS define las caídas como consecuencia de cualquier acontecimiento que precipite al paciente al suelo en contra de su voluntad. Las caídas producen en el paciente anciano una elevada morbilidad y mortalidad (88% de fractura de cadera). Es, junto con la incontinencia urinaria, úlceras por decúbito, inmovilismo, deterioro cognitivo, uno de los grandes síndromes geriátricos.

Una caída es la interacción entre factores de riesgo (enfermedades crónicas, alteraciones del equilibrio y la marcha, fármacos, etc) y exposición a situaciones de riesgo u oportunidades de caer que se deben tomar conjuntamente en consideración.

La caída en un anciano no es un hecho impredecible o inevitable, debido al azar o al envejecimiento normal del individuo. En la mayoría de los casos se trata de una inadaptación entre el anciano y su entorno de origen multifactorial; el riesgo de sufrir una caída aumenta linealmente con el número de factores de riesgo existentes.

IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO

Para identificar los factores de riesgo es necesario llevar a cabo una evaluación completa del anciano.

La evaluación geriátrica: proceso de diagnóstico multidimensional y multidisciplinar dirigido a las capacidades funcionales, médicas y psicosociales del anciano, con la finalidad de desarrollar un plan de tratamiento seguimiento. Se caracteriza por su exhaustividad, por la utilización de instrumentos estandarizados de medida y el uso de equipos multidisciplinarios.

La valoración del anciano debe englobar los siguientes aspectos:

1.- Evaluación geriátrica:

-Evaluación biomédica: tiene como pilar básico la historia clínica. Recopila información de antecedentes personales, enfermedades activas y tratamientos que sigue el paciente.

Las caídas son más frecuentes en mayores de 65 años, y son más frecuentes en mujeres. Cuanto mayor es la edad, más importante suelen ser las lesiones.

También hay que tener en cuenta las enfermedades activas. El 55% de las caídas se relacionan con diagnósticos médicos. Entre el 12-17% se deben a enfermedad aguda y a efectos adversos medicamentosos, el resto a enfermedades crónicas.

Las dos terceras partes de los ancianos que sufren una caída sufrirán otra en los siguientes 6 meses.

Otro factor de riesgo es la polifarmacia (tomar más de tres fármacos aumenta el riesgo de caídas). Son especialmente peligrosos los psicofármacos, especialmente las benzodiazepinas (debido al retraso de eliminación del fármaco), los antidepresivos, hipnóticos, medicamentos con efectos extrapiramidales que provocan alteraciones de la marcha.

-Valoración funcional: existen distintas escalas de valoración funcional; entre ellas el Barthel, índice de Katz y escala de la Cruz Roja (valoran las ABVD). También se utiliza mucho el cuestionario de la OMS para caídas en el anciano. (*Ver anexo*).

Cuanto mayor es el nivel de dependencia menor es el riesgo de caídas. Tras una caída el anciano siempre reduce su movilidad, debido en un principio a las consecuencias físicas inmediatas de las caídas (dolor o fracturas), y después por el miedo a nuevas caídas y pérdida de autoconfianza (síndrome postcaída).

-Evaluación mental: Las enfermedades psíquicas que se consideran factores de riesgo de caídas se recogen en el DSM-IV: delirium, deterioro cognitivo, trastorno amnésico, depresión y alteraciones del comportamiento.

Especial mención tiene el síndrome postcaída, debido a que la caída produce efectos psicológicos que predisponen a nuevas caídas. Se caracteriza por pérdida de autoconfianza para desarrollar las actividades básicas de la vida diaria, aumenta la dependencia, cambios de hábitos (disminución de las salidas, contacto familiar, dependencia del cuidador), ansiedad y depresión.

-Evaluación social: será un importante valor a tener en cuenta por su relación directa con la motivación a la movilidad. Para ello se debe valorar factores como:

a) **Núcleo familiar o cuidador principal:** se valora en términos sociales como factores causales de caída el inmovilismo, la dependencia y la sobre protección

b) **Situación de la vivienda:** la mayoría de las caídas se suelen producir en la vivienda sobre todo en el atardecer y por la noche, así tendremos en cuenta factores como iluminación, tipo de suelo, escaleras, alfombras, objetos a nivel bajo, funcionalidad del mobiliario, accesibilidad al cuarto de baño. El 38 % de las caídas se producen por obstáculos medioambientales.

c) **Situación del entorno:** el tiempo para cruzar los semáforos, tiempo de parada de transporte público, estado de las calles, existencia de rampas y ascensores son factores que influyen en el riesgo de caídas.

En instituciones geriátricas son frecuentes las caídas en los primeros días de ingreso por falta de conocimiento de la nueva ubicación y el aumento del deterioro del paciente.

2.- Exploración Física:

Estará dirigida a aquellos aparatos relacionados directamente con la independencia y la calidad de vida del anciano.

-Exploración neurológica: El efecto del envejecimiento sobre el sistema nervioso produce disminución de las aferencias propioceptivas, del reflejo de enderezamiento y aumento del tiempo de reacción.

Deterioro cognitivo: es la causa más importante de caída en el anciano de origen neurológico. Estos pacientes presentan alteración de la percepción visuoespacial, comprensión y orientación geográfica, con tendencia al vagabundeo (paso errático y sin rumbo) que aumentan el riesgo de caídas:

- Parkinson: por alteración de la marcha, acinesia, rigidez, etc.
- ACV: por alteración de los reflejos posturales normales y del tono muscular.

-Exploración del aparato cardiorrespiratorio: las patologías vasculares provocan una mala adaptación a los cambios tensionales por disminución de la sensibilidad de los barorreceptores. El flujo sanguíneo cerebral se ve comprometido en situaciones de requerimiento.

-Exploración del aparato locomotor: las alteraciones del aparato locomotor producen caídas por sí mismas o facilitan su producción. La disminución de la fuerza muscular asociada a las deformidades en las grandes articulaciones genera un deterioro funcional que aumenta el riesgo de caídas.

- Patologías degenerativas articulares: dolor, inestabilidad articular, disminución del arco de movilidad y alteración de la propiocepción.
- Patologías degenerativas musculares.
- Patología del pie, que producen alteración de la marcha.

3.– Exploración de los órganos de los sentidos.

El envejecimiento produce una pérdida de la agudeza visual y de la sensibilidad al contraste (necesitan un contraste tres veces superior para detectar objetos en el ambiente). Disminuye también la capacidad de discriminar colores, disminuye la percepción de la profundidad y hay una peor adaptación a los cambios de luz y a la oscuridad.

Por encima de los 65 años disminuye el campo visual hasta tres veces, lo cual hace difícil detectar objetos que estén en el suelo y en la zona lateral. Otras alteraciones crónicas como cataratas, glaucoma, retinopatía diabética, producen limitaciones importantes y aumentan el riesgo de caídas. Esto explica que el 38% de las caídas se produzcan por obstáculos ambientales.

4.– Exploración del equilibrio y de la marcha.

Las personas mayores confían más en la visión que en la propiocepción aunque la privación visual contribuye en un 50% a la inestabilidad.

Con la edad va disminuyendo la velocidad de la marcha, con pérdida del balanceo de brazos, menor cadencia, aumento de la anchura de la zancada y disminución del ángulo que forma el pie con el suelo. En la mujer hay un aumento de la base de sustentación mayor que en el hombre (marcha de pato).

Entre las escalas de valoración del equilibrio está el test de Tinetti. (*Ver anexo*).

5.– Historia y Registro de Caídas.

Registrar las caídas que sufre el anciano es fundamental para detectar el mayor número posible de factores de riesgo, ya que la caída suele ser multicausal.

Las dos terceras partes de los ancianos que sufren una caída sufrirán otra en los siguientes seis meses. Detectar los factores de riesgo e intervenir sobre ellos serán nuestro objetivo para evitar que se repita.

LAS CAÍDAS EN EL ANCIANO, ¿SE PUEDEN EVITAR?

Las caídas constituyen un fenómeno frecuente durante la vejez, entendiéndose por ésta a la edad que supera los 65 años. Resulta difícil conocer con exactitud la incidencia de las mismas en nuestra población, dado que buena parte de ellas se silencian.

Una tercera parte de las personas mayores de 65 años se caen una vez al año y, de estas, la mitad vuelve a caer. La incidencia anual de caídas, entre la población de 65–70 años, es del 25%, pasando al 47% después de los 75, y aumentando después de los 80 para disminuir posteriormente. Esta incidencia es mayor en las mujeres hasta los 75 años de edad. Epidemiológicamente, el 88% de las caídas son la causa principal de las fracturas de cadera en el anciano. Tan sólo el 8% se deben a accidentes y el 3% a fracturas patológicas

Estos datos demuestran que las caídas suponen un problema médico social de primera magnitud en nuestra sociedad actual y futura.

En un reciente documento elaborado por la División de Población del Departamento de Asuntos Sociales y

Económicos de la ONU, se afirma que la población española creció tan solo un 0,09% anual entre los años 1995 y 2000 y prevé que el crecimiento será negativo hasta el año 2005, situándose hacia el año 2050 en un 0,95% anual. Así mismo, afirma que la esperanza de vida en España dentro de 50 años será superior a los 82 años (78,8% actual) y que la edad media entonces será de 55,2 años (41,2% actual), es decir, se reafirmará el fenómeno del envejecimiento de la población y, como consecuencia, aumentará el número de caídas con el subsiguiente incremento del número de lesiones leves o graves producidas por estas caídas, las secuelas en los pacientes mayores, la incapacitación y el gasto socio sanitario.

Ante este hecho surge una pregunta fundamental: ¿es inevitable que el anciano se caiga? Pues bien, parece ser que no. Y para que este fenómeno sea evitable es preciso conocer los factores de riesgo que lo provocan y actuar sobre ellos personalizadas, es decir evaluar adecuadamente este riesgo para establecer una verdadera prevención.

Factores de riesgo que inciden sobre las caídas:

–**Intrínsecos:** Se refieren a aquellas alteraciones fisiológicas relacionadas con la edad, con las enfermedades (agudas o crónicas) y consumo de fármacos, que facilitarían la producción de una caída. Cabe también incluir las alteraciones de la visión, la función propioceptiva (estabilidad en los cambios de posición), la función vestibular (orientación espacial), alteraciones musculoesqueléticas (osteoporosis, osteoartritis, debilidad muscular) y otros procesos patológicos cardiovasculares, neuropsiquiátricos y sistémicos que se asocian a un mayor riesgo de caídas.

–**Extrínsecos:** valorarían el entorno o ambiente en el que se desarrolla la vida del anciano y su actividad habitual. Será pues imprescindible, a la hora de realizar una verdadera prevención de estos riesgos, evaluar correctamente la existencia de los mismos.

Una vez evaluados dichos riesgos, queda actuar sobre los mismos de manera individualizada, interviniendo sobre los factores intrínsecos y extrínsecos, adaptando el medio, el entorno al anciano, actuando sobre la luz, los obstáculos en el domicilio, suelos antideslizantes, barras de ayuda en baños y escaleras, calzado adecuado y educación de estas personas y de sus familiares, entre otros.

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS CAÍDAS EN EL ANCIANO

La prevención se desarrolla en tres ámbitos:

1.– Prevención primaria: son aquellas medidas encaminadas a evitar la caída.

a) Educación para la salud y promoción de hábitos de vida saludables. En este apartado podemos señalar:

–Mantener un campo de visión amplio al transportar objetos y no cargar demasiado.

–Al coger algo del suelo es preferible arrodillarse y no cambiar de posición bruscamente.

–Mantener una buena forma física (equilibrio de la relación actividad–reposo).



- Revisar el buen estado de gafas, audífonos, bastones, andadores, etc.
- Mantener una buena dieta, bebiendo abundante líquido para evitar deshidrataciones.
- Uso de zapatos de suela antideslizante, de poca fricción y de tacón bajo. Evitar llevar zapatillas sueltas para evitar tropiezos.
- Visitar al médico una vez al año; consultar si se nota disminución de visión y mareos. Si el médico recomienda usar bastón o andador usar pues aumentará la base de sustentación evitando una mala caída.
- Hablar con el médico si se observa algún efecto secundario al tomar las medicinas.

b) Disminución del riesgo ambiental: informar al anciano, familia o cuidador de los peligros existentes en el medio en que se desenvuelve el mayor (habitación, domicilio, residencia) y de que estos riesgos pueden minimizarse con un buen acondicionamiento del medio (factores de riesgo extrínsecos). En este sentido algunas soluciones lógicas para disminuir el riesgo de caídas serían:

- Iluminación: interruptores en las entradas, amplia iluminación en todas las zonas y nunca deslumbrante. Luces orientativas nocturnas.
- Suelos y pasillos: evitar alfombras y objetos de suelo, cera antideslizante; ojo con suelos recién fregados y con objetos caídos.
- Las alfombras han de estar firmemente sujetas al suelo o disponer de superficie antideslizante.
- Los cables eléctricos no han de estar en el suelo en las zonas de paso.
- Poner barandillas en el cuarto de baño, para uso en bañera, ducha y retrete.
- No utilizar escaleras sin barandillas a ambos lados para apoyarse, asegurarse de que están bien iluminadas.
- En la cocina todo ha de estar al alcance, no colocar las cosas demasiado bajas ni demasiado altas para evitar el uso de escaleras.

2.- Prevención secundaria: comienza una vez que el anciano ha sufrido una caída y se basa en la evaluación cuidadosa de todos aquellos factores que pueden influir en la caída. Es de especial importancia el registro de todos los detalles que han rodeado la caída (si ha sufrido un mareo, si había objetos por el suelo, etc) y las condiciones en que encontramos al anciano (inconsciente, pálido, con signos de sangrado...).

Los puntos principales a tener en cuenta serían:

- Evaluación diagnóstica ante la caída.

- Corrección de los peligros ambientales.
- Corrección de los factores de riesgo intrínsecos.
- Evaluación de las caídas de repetición.

La prevención primaria y secundaria se solapan en algunos puntos, pero si nos fijamos en los detalles de la caída y los registramos, podremos hacer una evaluación posterior y evitar una nueva caída.

3.-Prevención terciaria: basada en disminuir la presencia de incapacidad secundaria a la caída. Serán todas aquellas medidas rehabilitadoras que tratan de disminuir las secuelas físicas y psíquicas tras una caída. Engloba los siguientes aspectos:

a) Tratamiento y rehabilitación de las complicaciones: las consecuencias de las caídas son normalmente contusiones, heridas, fracturas y síndrome postcaída. Frecuentemente el paciente disminuye sus actividades tras la caída y se hace más dependiente. Es importante evitar esta tendencia mediante una intervención interdisciplinar. Aproximadamente un 5% de las caídas tienen como consecuencia una fractura, entre ellas fractura de colles, de pelvis y de cadera (*Ver capítulo fractura de cadera*).

b) Fisioterapia y rehabilitación de la marcha y del equilibrio: se enseñará primero al paciente a caminar de forma gradual disminuyendo progresivamente las ayudas técnicas. Se comenzará en terrenos llanos para más tarde seguir con rampas, escaleras y otros terrenos.

El protocolo para la recuperación del equilibrio comenzará en sedestación, englobando el equilibrio estático y dinámico. Se pretende agilizar los reflejos posturales y proporcionar seguridad en la marcha.

c) Aprender a caer y levantarse: debemos entrenar al paciente para que pueda levantarse por sí mismo, con lo que evitaremos posibles complicaciones como hipotermia, deshidratación, etc, que ocasionan la permanencia en el suelo durante un tiempo prolongado (lo que es causa frecuente de muerte en el anciano). Más del 75% de institucionalizados y del 50% en la comunidad no pueden incorporarse.

Partiendo de la postura de decúbito supino, el sujeto debe:

- extender los brazos al frente y cruzar las piernas,
- impulsarse con los brazos moviéndolos de un lado a otro hasta darse la vuelta al decúbito prono,
- luego se colocará a cuatro patas hasta un objeto sólido (silla, cama o sofá),
- con este apoyo colocará un pie en el suelo en la posición de caballero, manteniendo la pierna contraria sobre el mismo y así cogerá impulso para levantarse,

d) Psicoterapia y síndrome postcaída: Para una persona joven, una caída es un accidente, pero para una persona mayor puede ser el síntoma que le revele que su capacidad física no es lo que era.

El temor a caer es poco más frecuente en un anciano que ha sufrido ya una caída, y no tener relación con la actividad física que realice. Se observa que los mayores que realizan ejercicio restringen menos sus actividades, por lo que puede haber ancianos que sin presentar lesiones físicas sufran este síndrome, provocándoles serias restricciones.

Tras una caída, la familia suele hacerse sobreprotectora y tiende a hacer las actividades por él. Esto favorece la dependencia del paciente con modificación de los hábitos de vida generando síntomas depresivos, ansiedad,

miedo y posiblemente aislamiento social. Los períodos largos de recuperación física empeoran la ansiedad que suele aparecer en las fases intermedias del tratamiento. Por otra parte los síntomas depresivos suelen aparecer inmediatamente tras la caída, ya sea por las consecuencias de estar determinado tiempo en el suelo o porque recuerde que ya no es tan joven.

La intervención del fisioterapeuta ante un paciente con el síndrome postcaída incluye:

- además de tratar el equilibrio, marcha y consecuencias de las caídas deberá proporcionar confianza y apoyo, intentando reducir los miedos y la ansiedad;
- colaborar con todo el equipo multidisciplinar para que el paciente pueda avanzar en su rehabilitación íntegra;
- el tratamiento deberá ser progresivo con metas alcanzables; será necesaria la motivación a causa de los síntomas depresivos;
- exista o no lesión física, este temor a la caída influye en las reacciones de equilibrio.

Por otra parte es importante recomendar a este tipo de pacientes técnicas de relajación y equilibrio cuerpo–mente, y por supuesto, mucho ánimo.

AYUDAS TÉCNICAS

1.–Prevención en el baño:

El baño es uno de los lugares donde mayor riesgo de caídas puede haber, algunas de las pequeñas ayudas técnicas que se pueden utilizar son las siguientes:

–**Tabla de bañera:** Permite a la persona sentarse, evitando así la entrada y la salida de la bañera de pie. Además proporciona soporte durante el aseo en caso de ser necesario. Existen otro tipo de ayudas que proporcionan mayor soporte para la espalda, como el asiento giratorio de bañera, presentado en el artículo las ayudas técnicas en las enfermedades reumáticas.

–**Zapatillas antideslizantes:** Para utilizar en suelos húmedos. Están realizadas en un material suave, con una suela de goma que evita deslizamientos. Se pueden lavar en la lavadora.

–**Asideros:** Son elementos fundamentales de apoyo, no sólo dentro de la bañera, en ocasiones es recomendable la colocación de barras de apoyo a lo largo de los pasillos y en otros lugares de la casa. Las dimensiones, formas y colores son variados.

2.–Prevención para inestabilidad:

Aquellas personas que tengan problemas de estabilidad, deberán utilizar una ayuda para la marcha adecuada a sus capacidades y características físicas. Estos elementos son los bastones y andadores

3.–Prevención en el hogar:

Las estancias del hogar deben estar bien iluminadas y sin alfombras y en caso de que estas existan y no se quieran retirar, deben estar fijas al suelo. Así mismo, el mobiliario debe estar adaptado, tanto en altura como en diseño; los sillones convencionales, demasiado bajos por lo general, se pueden sustituir por sillones que facilitan la incorporación de la persona.

FRACTURA DE CADERA

Las fracturas de la región de la cadera se corresponden con las que se producen en el extremo superior del fémur, y, junto con las de la muñeca, son las más frecuentes en los ancianos. Aunque clásicamente se las divide en dos grupos: las de cuello del fémur y las de la región trocantérea (fig. 1), ambas van a plantear en conjunto problemas muy similares, ya que se observan por lo general en personas mayores. Suelen producirse por caídas banales, están en gran medida condicionadas a la osteoporosis tan habitual a estas edades, tienen lugar en una región que soporta cargas equivalentes a tres veces el peso del cuerpo, y, además, salvo raras excepciones, todas ellas tienen que operarse si se quieren lograr los resultados más efectivos. Es precisamente en esta región (que en los jóvenes es muy resistente), en donde los efectos de la osteoporosis se van a ver muy marcados en los ancianos, por la desaparición de trabéculas óseas a veces en proporciones importantes en las zonas correspondientes al cuello del fémur y a la región trocantérea (fig. 2).

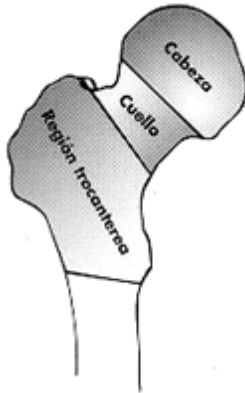


fig.1 fig.2

Estas fracturas son más frecuentes en las mujeres (más del doble que en los hombres), y ello en gran parte es debido a que la intensidad de la pérdida de cantidad de hueso (osteoporosis) es mayor en ellas que en el varón. La frecuencia de las mismas cambia en relación con los distintos países y ambientes geográficos, siendo su incidencia más alta en los países del norte de Europa y USA con relación a los del "área mediterránea", lo que hace pensar que la mayor exposición al sol (radiaciones ultravioleta) de los habitantes de éstos últimos podría ser un factor determinante de estas diferencias. También se ha podido comprobar que la incidencia es menor en las zonas rurales, en donde las viviendas suelen ser más amplias y los ancianos desarrollan más actividad física y están más tiempo expuestos a la luz solar.

Se podría establecer el "retrato robot" del sujeto con riesgo de fractura de cadera diciendo que se corresponde con el de: "Mujer de raza blanca, mayor de 70 años, delgada, de vida sedentaria, con tendencia a caídas repetitivas, que padece de enfermedad o enfermedades crónicas, sometida a medicaciones del tipo de los sedantes, antidepresivos, hipotensores, etc., con antecedentes familiares de osteoporosis y fracturas de esta región, que ha sido o es fumadora o bebedora y habituada a una alimentación rica en proteínas".

En líneas generales, se puede decir que el número de fracturas de cadera se ha incrementado de manera importante en los últimos años, coincidiendo con el envejecimiento de la población. En EEUU se produce unos 220.000 casos al año, en el Reino Unido pasan de los 50.000, y en España estamos alrededor de los 30.000. Se calcula, además, que para principios del próximo siglo el número de casos será el doble de los que había en 1980, lo que hace suponer que para entonces casi el 30% de las camas de los Servicios de Traumatología de los hospitales llegará a estar ocupado por ancianos con esta patología.

1.-Prevención de las fracturas

El problema de la prevención de estas fracturas es considerado en la actualidad como un punto fundamental dentro de los programas sanitarios de los países, ya que son lesiones que producen una elevada morbilidad y

mortalidad con repercusiones económicas importantes. En la actualidad, la mortalidad para una población operada de fractura de cadera con una media de edad de 75 años, es seis veces mayor que en la población general.

Uno de los principales objetivos es lograr una acción más eficaz sobre la osteoporosis, aplicando medidas que retrasen su aparición o den lugar a formas más larvadas. Así, una alimentación equilibrada con dieta rica en proteínas y vitamina D, el aporte diario de calcio a dosis suficiente y la administración de estrógenos son medidas que, en principio, intervienen positivamente en cuanto a frenar la pérdida de masa ósea. De la misma manera, es muy importante que el anciano mantenga una actividad física diaria, caminando con cierta frecuencia dentro de sus posibilidades, y evitando largas estancias en cama e incluso sentado. Se puede valorar también un programa de tratamiento con estrógenos, para lo cual debe de consultarse con el especialista en ginecología. Este tipo de tratamiento debería realizarse a partir del comienzo de la menopausia.

2.-Manejo del anciano con fractura de cadera

Cuando un anciano sufre una caída, y como consecuencia de ella se rompe la cadera, por lo general va a sentir dolor intenso que en principio suele ser referido en la región inguinal. Si la fractura es completa no va a poder levantarse del suelo ni mover el miembro lesionado, adoptando éste una posición en rotación externa a veces muy marcada (la punta del pie se desvía hacia afuera), y apareciendo acortado con relación al del lado sano. Hay que tener en cuenta, que en algunos casos la fractura es al principio incompleta, lo que supondría que entonces el anciano podría moverse o incluso levantarse, con el riesgo de transformarse en completa inmediatamente después, o incluso pasados algunos días. Pueden también encontrarse en un 10% de los casos, zonas de contusión o de heridas situadas a nivel de la cabeza, codos o manos, que se producen al golpearse contra objetos o contra el suelo en el momento mismo de la caída. En ocasiones, y dependiendo de la intensidad del trauma, existen cuadros de conmoción (pérdida de conocimiento) más o menos pasajeros.

Ante tal situación, los familiares o personas que estén al cuidado del anciano deben de pensar en la posibilidad de una fractura de la región de la cadera, y procederán a colocar al paciente en la posición más cómoda, abrigarle y, en principio, a no tratar de levantarlo o trasladarlo si no disponen de los medios y personal suficiente. Deberán avisar de inmediato al centro asistencial más cercano o al que corresponda su asistencia, para que sea enviada una ambulancia que le trasladará al mismo.

Una vez que ha llegado al correspondiente centro, en el Servicio de Urgencias, se procederá a la recogida de los datos básicos de la historia y exploración y se realizará el correspondiente estudio radiológico que confirmará la fractura y su localización. Teniendo en cuenta que estos pacientes son de edad avanzada y muchos de ellos presentan alteraciones de su estado general, por ser portadores de procesos tales como enfermedades cerebrovasculares, demencia, enfermedad de Parkinson, infecciones, diabetes, etc.; la intervención quirúrgica (aunque casi siempre indicadora), presenta riesgos y complicaciones tales como el tromboembolismo, infección y neumonías. Por todo esto, hay que hacer una valoración del estado general del paciente antes de tomar la decisión quirúrgica, e informar de tales riesgos a los familiares.

3.-Tratamiento de la fractura de cadera.

La cirugía es la indicación básica del tratamiento de estas lesiones, ya que sólo con ella es posible que el paciente pueda volver cuanto antes a caminar e integrarse a sus actividades anteriores. Cuando se trata de una fractura del cuello del fémur, la extirpación de la cabeza femoral, seguido de la colocación de una endoprótesis, es la técnica más común, y es tanto más utilizada cuanto mayor edad tenga el paciente (fig. 3). Esto es así, por el hecho de que conservar la cabeza (que siempre ha de intentarse en sujetos más jóvenes) conllevaría prolongar el tiempo de descarga del miembro, situación que toleraría mal el anciano, y además se asumiría el riesgo de que apareciese como complicación una necrosis isquémica de dicho segmento. No obstante, si se trata de pacientes no excesivamente mayores, con buen estado general y con una buena calidad del hueso, puede valorarse la fijación de la fractura mediante tornillos y por lo tanto la conservación de la

cabeza femoral (fig. 4). Con la endoprótesis, el paciente puede empezar la recuperación funcional de manera inmediata e incluso caminar dentro de la primera semana. Es evidente que cuanto antes se movilice y camine, los resultados serán mejores al evitarse muchas complicaciones.

En los casos de fracturas de la región trocanterea (zona situada por debajo de la del cuello), el objetivo del tratamiento es la reducción de las mismas y su fijación mediante dispositivos metálicos (placas, tornillos y clavos) que dan una gran estabilidad al foco y permiten que el paciente pueda también levantarse y cargar cuanto antes (fig. 5). Habrá que tener, además, en cuenta que los resultados serán mejores si tales pacientes presentaban con anterioridad a la fractura, un buen estado general y una idónea actividad funcional.

La estancia de un anciano con fractura de cadera en el hospital puede prolongarse hasta dos semanas, y durante este tiempo ha de ser objeto de una serie de atenciones. Los cuidados postoperatorios son fundamentales, y de ellos depende en gran medida no sólo la recuperación funcional del paciente sino también su supervivencia. Unos cuidados higiénicos desde el primer momento de su ingreso son muy importantes, y, dentro de ellos, hay que destacar los cambios de postura y el cuidado de la piel para evitar las úlceras de decúbito. La colocación en un asiento adecuado desde el día siguiente a la intervención, así como la ayuda a su deambulación desde el mismo momento en que el anciano sea capaz de soportarla. El paciente deberá también realizar ejercicios durante todo el tiempo que permanezca en la cama, figurando como importantes los de flexión y extensión de los tobillos y la contracción del cuádriceps, apretando con fuerza la parte posterior de la rodilla (corva) contra el plano de la cama. Independientemente de la profilaxis antibiótica que se realice, también se llevará a cabo, casi siempre, una profilaxis de la enfermedad tromboembólica mediante la correspondiente medicación anticoagulante, hecho en la actualidad bastante rutinario y que puede seguir siendo realizada y controlada en su domicilio.

Para que todas estas medidas resulten eficaces es básica la colaboración entre el personal médico, el de enfermería, el auxiliar y también la de los familiares del paciente, ya que estos últimos deberán seguir el control del mismo a partir del traslado a su domicilio. Por este motivo deberán de ser bien informados antes de la salida del hospital sobre los aspectos básicos del manejo del anciano y de las líneas terapéuticas elementales.

En resumen, se puede decir que las fracturas de la cadera en el anciano, aunque suponen un serio problema tanto individual, como social y de salud pública, debido al aumento de su frecuencia, a su alta tasa de morbilidad y mortalidad, así como a las importantes cargas económicas que originan, han dejado de tener en los últimos años el carácter ominoso y el efecto devastador que antes suponían, y ello debido fundamentalmente a un mejor manejo de los pacientes que sufren estas lesiones, que viene dado por una mayor y más rigurosa atención, tanto pre como postoperatoria, así como a la puesta en práctica de métodos quirúrgicos más perfeccionados (endoprótesis y materiales de osteosíntesis) con los cuales es posible una rápida incorporación de los ancianos a su vida habitual.