

entre 51 y 88 años y apareciendo las lesiones desde un día hasta un mes tras la introducción del fármaco²⁻¹⁰.

Como conclusión, presentamos un caso de dermatosis ampollosa a distancia por heparina, una dolencia que puede ser más frecuente de lo que se ha descrito en la literatura debido al amplio uso de la enoxaparina en la práctica clínica habitual de muchos médicos; especialmente de los que se dedican a la medicina general. Es de gran importancia difundir la existencia de este efecto adverso, ya que probablemente sea autolimitado, y este conocimiento pueda evitar al paciente efectos colaterales de más pruebas diagnósticas o ser privado del sustancial beneficio que le otorga este fármaco para su enfermedad.

Bibliografía

- Schindewolf M, Lindhoff-Last E, Ludwig RJ, Boehncke WH. Heparin-induced skin lesions. *Lancet*. 2012;280:1867-79.
- Perrinaud A, Jacobi D, Machet MC, Grodet C, Gruel Y, Machet L. Bullous hemorrhagic dermatosis occurring at sites distant from subcutaneous injections of heparin: Three cases. *J Am Acad Dermatol*. 2006;54 2 Suppl:S5-7.
- Beltraminelli H, Itin P, Cerroni L. Intraepidermal bullous haemorrhage during anticoagulation with low molecular weight heparin: Two cases. *Br J Dermatol*. 2009;161:191-3.
- Gonzales UP, Scott GA, Briones AJ, Pentland AP. Remote hemorrhagic bullae occurring in a patient treated with subcutaneous heparin. *Arch Dermatol*. 2009;145:604-5.
- Thuillier D, Chaby G, Dadban A, Dascotte E, Miquel-Cristophe O, Andrejak M, et al. Low-molecular-weight heparin-induced bullous haemorrhagic dermatosis associated with cell-mediated hypersensitivity. *Ann Dermatol Venereol*. 2009;136:705-8.
- Villanueva CA, Nájera L, Espinosa P, Borbujo J. Dermatitis ampollosa hemorrágica a distancia: dos nuevos casos por enoxaparina y revisión de la literatura. *Actas Dermosifiliogr*. 2012;103:816-9.
- Maldonado Cid P, Moreno Alonso de Celada R, Herranz Pinto P, Nogera Morel L, Feltes Ochoa R, Beato Merino MJ, et al. Bullous hemorrhagic dermatosis at sites distant from subcutaneous injections of heparin: A report of 5 cases. *J Am Acad Dermatol*. 2012;103:816-9.
- Loidi Pascual L, Valcayo Peñalba A, Yerani Ruiz de Azúa Ciria A, Yanguas Bayona I. Bullous hemorrhagic dermatosis induced by heparin: Description of 2 new cases. *Med Clin (Barc)*. 2014;143:516-7.
- Naveen KN, Rai V. Bullous hemorrhagic dermatosis: A case report. *Indian J Dermatol*. 2014;59:423.
- Deser SB, Demirag MK. Low molecular weight heparin (LMWH)-induced bullous hemorrhagic dermatosis. *J Card Surg*. 2015;30:568-9.

L. Prieto-Torres^{a,*}, T. Gracia Cazaña^a, I. Pastushenko^a,
A.L. Morales Moya^a, J. Soria^b
y M. Ara Martín^a

^a Servicio de Dermatología, Hospital Clínico Lozano Blesa, Zaragoza, España

^b Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Clínico Lozano Blesa, Zaragoza, España

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: lucia14.prie@msn.com
(L. Prieto-Torres).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2015.09.020>

Programa multifactorial para la prevención de caídas: un proyecto multifactorial en el ámbito rural



Multifactorial program for the prevention of falls: A multifactorial project in the rural area

Sr. Director:

La necesidad de reducir la morbilidad y mortalidad de las caídas ha promovido diversos estudios de intervención, aunque en ocasiones han demostrado su efectividad, aportan resultados aún divergentes en materia de prevención de este síndrome geriátrico.

Las caídas suponen un importante problema de salud pública en todo el mundo, representan uno de los problemas más importantes dentro de la afección geriátrica, y constituyen uno de los grandes síndromes geriátricos; estas generan en muchos casos, una cascada de consecuencias que provocan graves limitaciones funcionales e incluso la muerte. Este síndrome geriátrico representa un importante problema tanto nivel sanitario como social; convirtiéndose en un gran reto para cualquier profesional sanitario que trabaja en los ámbitos geriátricos y/o gerontológicos¹.

La incidencia real de las caídas es difícil de conocer con exactitud, en cifras generales, entre el 25 y el 33% de los mayores de 64 años que viven en la comunidad han sufrido una caída en el último año, llegando hasta un 50% en los mayores de 80 años; además el 25% sufrirá más de una caída². Los ancianos que han sufrido una o más caídas acuden con mayor frecuencia a las consultas con su médico de atención primaria, a los servicios de urgencias, e ingresan más frecuentemente en hospitales y residencias geriátricas (concretamente un 40% de los ingresos en residencias se deben a caídas)³. En ocasiones, estas tienen un factor precipitante conocido, pero la mayoría son consecuencia de varios factores de riesgo que se suman e interrelacionan entre sí; entre los que se encuentran los factores intrínsecos, relacionados con la salud del usuario, y los factores extrínsecos, de tipo medioambiental, domésticos o derivados de la toma de fármacos⁴.

Los estudios realizados hasta el momento se han centrado principalmente en los adultos mayores sin discapacidad significativa que viven en la comunidad, por lo que se necesitan con urgencia intervenciones para los grupos de alto riesgo.

Nuestro objetivo fue diseñar un programa de intervención multidisciplinar y multifactorial desde atención primaria que nos permita disminuir la incidencia de caídas y la gravedad de sus consecuencias en la población de 65 años y más,

residentes en la comunidad y atendidos en los centros de salud del Área Sanitaria de Talavera de la Reina.

Para la puesta en marcha del proyecto piloto, los participantes se seleccionaron a través de un muestreo consecutivo de entre los usuarios que acuden a visita espontánea con el médico de familia o enfermero/a del centro de atención primaria; a través de una valoración del nivel de dependencia y un cribado de fragilidad, siempre y cuando cumplieran con los criterios de inclusión establecidos previamente. Participaron un total de 13 personas del municipio de Otero, en la provincia de Toledo, España.

Se diseñó un programa de intervención multidisciplinar y multifactorial formado por el equipo de atención primaria del centro, médico y enfermera, y se introdujo la figura del terapeuta ocupacional. El programa estaba compuesto por 2 módulos de intervención: valoración geriátrica integral, valoración del riesgo ambiental en el domicilio de la persona mayor y promoción de la salud en el entorno comunitario. Médico y enfermera fueron los encargados de detectar a los usuarios que acudían a atención primaria y podían beneficiarse del programa, realizando una valoración geriátrica integral de los usuarios y, posteriormente, el terapeuta ocupacional fue el encargado de realizar las evaluaciones individualizadas de riesgos en los domicilios de los participantes, así como del desarrollo de las sesiones formativas en materia de prevención de caídas, (una en diciembre y otra en febrero) y las sesiones de ejercicio físico.

Las características sociodemográficas y clínicas de los participantes eran las siguientes: edad media 81,4 años; 69,24% mujeres; 30,76% varones; vivían solos 38,50%; toma de más de 4 fármacos 92,30%; uso de productos de apoyo: bastón (84,61%), andador (15,39%); Otras características: uso de gafas (69,23%), problemas en los pies (92,30%), y más de una caída en el último año 61,50%.

Las intervenciones multifactoriales han demostrado ser la mejor estrategia en materia de prevención de caídas⁵, aunque sería necesaria la puesta en marcha de la totalidad de proyecto para poder extraer conclusiones acerca de la validez y efectividad del programa diseñado, los resultados del mismo han sido favorables, detectándose riesgos en materia de caídas, y una ausencia de caídas en los últimos 3 meses tras la intervención realizada, así como una actitud receptiva de los participantes ante los cambios propuestos en los hogares.

Teniendo en cuenta que en el caso de las personas mayores de 65 años, los centros de atención primaria son el recurso de salud más demandado; siendo su frecuentación el triple que en otros grupos de edad⁶, esto les convierte en el contexto ideal para la vigilancia y prevención del deterioro funcional.

En definitiva, el mayor impacto que tendría nuestro estudio sería un aumento en la cobertura sanitaria desde atención primaria, apostando para ello por la inclusión de la figura del terapeuta ocupacional entre los servicios ofrecidos

en estos centros; sirviendo como apoyo al trabajo realizado desde medicina y enfermería; con el objetivo común de obtener una disminución en el número de caídas que se producen, y contribuyendo así a la mejora de la calidad de vida de este grupo poblacional con una alta carga asistencial sobre el Sistema Nacional de Salud.

Bibliografía

1. Lázaro del Nogal M, Cuesta F, León A, Sánchez C, Feijoo R, Montiel M, et al. Valor de la posturografía en ancianos con caídas de repetición. *Med Clin (Barc)* [En Internet]. 2005;124:207–10.
2. Duaso E, Casas A, Formiga F, Lázaro del Nogal M, Salvà A, Marcellán T, et al. Unidades de prevención de caídas y de fracturas osteoporóticas. Propuesta del Grupo de Osteoporosis, Caídas y Fracturas de la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2011;46:268–74.
3. Rodríguez V. Eficacia de un programa de intervención multifactorial para la prevención de caídas en los ancianos en la comunidad [Tesis doctoral] Universidad de Córdoba, Facultad de Medicina [En Internet]; 2011 [citado 23 Oct 2014]. Disponible en: <http://hel.via.uco.es/xmlui/bitstream/handle/10396/6319/9788469512791.pdf?sequence=1>
4. Lázaro del Nogal M. Caídas en el anciano. *Med Clin (Barc)*. 2009;133:147–53.
5. Varas-Fabra F, Castro E, Pérula de Torres LA, Fernández MJ, Ruiz R, Enciso I. Caídas en ancianos de la comunidad: prevalencia, consecuencias y factores asociados. *Aten Primaria*. 2006;38:450–5.
6. Pérez Fuentes M, Castillo Castillo R, Rodríguez Toquero J, Martos López E, Morales Mañero A. Adecuación del tratamiento farmacológico en población anciana polimedicada. *Medicina de Familia (And)*. 2002;3:23–8.

R. Pérez García^{a,e,*}, J. González González^{b,f},
A.I. Corregidor Sánchez^c
y J.J. Criado Álvarez^d

^a *Terapia ocupacional, Mazcuerras, Santander, España*

^b *Departamento de Ciencias Médicas, Universidad de Castilla-La Mancha. Máster en Dietética y Nutrición. Comité de Investigación de Área Talavera de la Reina, Talavera de la Reina, Toledo, España*

^c *Facultad de Terapia Ocupacional, Logopedia y Enfermería de Castilla-La Mancha, Ciudad Real, España*

^d *Técnico Superior en Prevención de Riesgos Laborales, Universidad de Castilla-La Mancha, Ciudad Real, España*

^e *Enfermería, Universidad de Cantabria, Santander, Cantabria, España*

^f *Departamento de Ciencias Médicas, Comité de Investigación de Área, Talavera de la Reina, Toledo, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: rebecaperez1993@hotmail.com
(R. Pérez García).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.semerng.2015.09.018>