

Presentación de Caso

Pérdida de funciones en adulta mayor de 76 años.

Autores: [Alina María González Moro*](#), Liliams Rodríguez Rivera*, Humberto Arencibia Pérez. ***

*Especialista de 1er grado en Medicina General Integral, Especialista de 1er grado en Gerontología y Geriatría, Master en Salud pública y Envejecimiento.

**Especialista de 1er grado en Gerontología y Geriatría. Especialista 2do grado en Administración de Salud, Master en Salud pública y Envejecimiento.

Editorial: Calle G y 27, Vedado, Municipio Plaza de la Revolución.

CP 10400.

geroinfo@infomed.sld.cu

Centro de Investigaciones sobre: "Envejecimiento, Longevidad y Salud".

Resumen

Se presenta un caso de paciente femenina de 76 años de edad, la cuál ha presentado varios ingresos en servicios médicos generales, no geriátricos, por pérdida de funciones, sin lograr restablecimiento a su alta hospitalaria, ni diagnóstico definitivo. Se recibe en nuestro servicio con pérdida reciente de funciones de inicio para las ABVD. (Actividades Básicas de la Vida Diaria) y después para las AIVD (Actividades Instrumentadas de la Vida Diaria), en un periodo de 2 meses. Se diagnóstica como problema principal: Pérdidas de funciones y síndrome de inmovilidad. Después de realizadas las evaluaciones correspondientes se define estrategia y la paciente se reinserta a la comunidad con todas las funciones restablecidas.

Palabras claves: Evaluación geriátrica integral, caídas, inmovilidad.

Summary

A case is presente of old woman of 76 years of age, the which it has presented several revenues in general medical services, non geriatrics, for loss of functions, without achieving reestablishment to its definitive hospital, neither diagnostic discharge. It is received in our service with recent loss of beginning functions for the Activities of Daily Living (ADL) and the Instrumental Activities of Daily Living, (IADL), in a period of 3 months. You diagnostic as main problem: Losses of functions and Syndrome of Immobility. After having carried out the corresponding evaluations he/she is defined strategy and the patient is reinserted to the community with all the reestablished functions.

Key words: comprehensive geriatric assessment, falls. elderly.

Presentación del caso

Paciente femenina de 76 años, que convive con sus hijos y nietos, de escolaridad pre-universitaria, buen sustento económico, de procedencia urbana, que ha presentado varios ingresos hospitalarios, 3 en total, en los últimos 2 meses, que previo realización de complementarios de rutina, no se confirma un diagnóstico definitivo a su alta y no se dieron recomendaciones a su “trastorno de la marcha”

Sería importante comentar que dichos ingresos no han sido en “Servicios de Geriátría”.

Es valorada, después de 3 meses, en un servicio de geriatría, por mantener sintomatología.

Motivo de Ingreso

“Pérdida de funciones”.

En consulta de pesquizaje realizada, se resuelve pasar a una consulta de selección y se decide su ingreso aprobado por todo el equipo multidisciplinario para una evaluación exhaustiva.

Dada su importancia hacemos un resumen de la “Historia de la Enfermedad Actual” (HEA).

La paciente asumía todas las tareas del hogar, por lo que su funcionabilidad era óptima, dígame tanto en las “Actividad Básicas de la Vida Diaria” (ABVD): (movilidad, bañarse, comer, continencia, etc.); y las Actividades Instrumentadas. (AIVD): (Manejo de la casa, ir de compras, manejo del dinero, transportarse, etc.) (Ver anexos). Inicia en marzo del 2011, un cambio drástico en sus actividades cotidianas, dado por encamamiento prolongado, busca de ayuda constante para deambular. No antecedentes de caída previa, ni de ningún factor desencadenante aparente.

Se realiza una valoración geriátrica integral que dictamina:

Paciente con antecedentes de salud, que ha presentado en los últimos 2 meses ingresos hospitalarios (No en servicios de Geriátría), con salida sin diagnóstico definitivo a su pérdida de función, cuestión que es la que más importa a sus cuidadores y a la propia paciente.

Esto ha traído alteraciones en la dinámica familiar pues ha requerido ayuda constante para sus actividades básicas de la vida diaria, interfiriendo con la disponibilidad de cuidado. (Convive con hijos activos laboralmente y nietos que estudian)

Por todo lo anterior se decidió por consenso de todo el equipo evaluador multidisciplinario ingresar para estudio y tratamiento.

-Factores de riesgo geriátrico

Caídas, inmovilidad, incontinencia, deterioro funcional, edad > 75 años, riesgo de ulcera por presión.

Los antecedentes patológicos familiares y personales: (APF- APP). No aportan datos de relevancia.

La paciente no es portadora de ninguna enfermedad hasta la fecha conocida.

-No presenta adicciones tóxicas.

-No antecedentes de trauma, ni de intervenciones quirúrgicas, no alergia a medicamentos , ni esta consumiendo medicamentos hace 6 meses, último medicamento suministrado: Clorodiazepóxido, sin prescripción facultativa.

-Al examen físico solo se constata positivamente: Trastornos en la marcha. No apuntando evidencias de alguna patología, pues no esta relacionada a ninguna marcha patológica conocida, solo observamos un enlentecimiento marcado en inicio y mantenimiento de la marcha habitual con una conducta muy negativa a la realización de esta actividad, que no nos permite encuadrar el trastorno en patología alguna, pues la paciente apenas coopera en la acción de esta actividad.

Complementarios Indicados

Hemoglobina, Eritrosedimentación, Creatinina, Glicemia, Proteínas Totales y Fraccionadas, Colesterol y Triglicéridos, Ceturia: Resultados en parámetros normales.

EKG y Rx de tórax: Sin alteraciones evidentes.

Relacionado a los 4 dominios que conformaban esta herramienta de trabajo, la Evaluación Geriátrica Integral. (EGI), hacemos un breve resumen:

- **Evaluación Funcional:** 1. ABVD: 1, AIVD: 1. (de un parámetro máximo de 3 puntos). Prácticamente todas los ítems evaluados correspondían a cero por lo que en escala de 1 al 3, estaba en 1.

Los cambios normales a causa del envejecimiento y los problemas de salud de los adultos mayores, a menudo se manifiestan como declinaciones en el estado funcional. Estos problemas de salud condicionantes de deterioro funcional en los adultos mayores al no ser tratados pueden conducir a situaciones de incapacidad severa: (Inmovilidad, inestabilidad, deterioro intelectual) y ponen al individuo en riesgo de discapacidad. Una de las mejores maneras de evaluar el estado de salud de los adultos mayores es mediante la evaluación funcional, la cual provee los datos objetivos que pueden indicar la futura declinación o mejoría en el estado de salud y que permite al equipo de salud intervenir de forma apropiada, como sucedió en este caso.

La funcionalidad se define por estos tres componentes.

1. Las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)	2. Las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD)
Bañarse	Uso de transporte
Vestirse	Ir de compras
Usar el inodoro	Uso del teléfono
Movilizar (entrar y salir de la cama)	Control de fármacos
Continencia	Capacidad para realizar las tareas domésticas
Alimentarse	
	3. Marcha y equilibrio

-Escala de Katz: (para evaluación de las ABVD):1/A: Independiente en todas las actividades

-Escala de Lawton. (Para la evaluación de las AIVD): 1. Limitada en todas las actividades Instrumentadas de la Vida Diaria.

-Escala de Tinetti: (Usada en los trastornos de la marcha y el equilibrio). No aplicable por negación de la paciente a deambular.

-Escala de Caída: Negativa. 25 puntos. (Ver anexo)

-Escala de Norton: 13. (No riesgo de úlcera por presión)

- **Evaluación Biomédica: 3.** Paciente sana, sin antecedentes patológicos personales. Al examen físico solo se constata trastornos en la marcha ya referidos sin un encuadre patológico. Pero si señalar que se trataba de una marcha lenta sin trastornos evidentes del equilibrio, con una velocidad de la marcha. (metros que camina el adulto mayor por cada segundo) que estuvo muy por encima del 0.60 m/s, lo cuál es considerado patológico, en 1, 20/seg
- **Evaluación Psicológica: 2.** Se aplicaron las escalas requeridas:
 - Escala mnimental: 23 puntos. No deterioro cognitivo.
 - Escala de Yesavage: 15 puntos. No depresión.
 - Presencia de reacción situacional ante evento. (Miedo a caer).
- **Evaluación Social: 3.** Cuenta con todas las redes de apoyo necesarias. Tanto sociales como familiares.

Cabe aclarar que en los puntajes dados en los dominios correspondientes en la EGI: 3 corresponde al máximo de no afectación y 1 al mínimo. (Total afectación).

También abordamos la evaluación según la "Clasificación Internacional del Funcionamiento de la discapacidad y de la Salud". (CIF). Lenguaje necesario a la hora de establecer parámetros con otros estudios y que nos da un encuadre bien cerrado de toda esta evaluación en la función, por lo que también ponemos a su disposición.

Cabría aclarar que la "Discapacidad" es un término genérico, que incluye deficiencias de las funciones y/o estructuras corporales, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación, indicando los aspectos negativos de la interacción entre el individuo (con una indicación de salud) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales)

En este sentido una **persona con discapacidad** sería aquella persona que presenta deficiencias en sus funciones y/o estructuras corporales, limitaciones en sus actividades y restricciones en su participación, como resultado de la integración negativa de su condición de salud y los factores contextuales (ambientales y personales).

Valorándose el:

1. Estado negativo de la salud. Esfera mental afectada. Ya comentada.
2. Limitaciones o dificultades en la realización de actividades. Afectadas las ABVD y las AIVD.

3. Restricciones en la participación: Afectadas: Autocuidado, participación social, y recreación.
4. Barreras ambientales (físicas y actitudes). Ver escala de caídas en anexo.

Si se valoran estos dominios todos afectados en nuestro caso y de esta perspectiva la paciente se encuentra en una discapacidad severa ya que está gravemente dificultada o imposibilitada la realización de sus actividades cotidianas, requiriendo del apoyo o cuidados de una tercera persona y no logra superar las barreras del entorno.

El análisis de esta perspectiva es muy importante a la hora de establecer estrategias de intervención, por ello en nuestro centro se estableció esta valoración desde la CIF, que nos permite lo dicho y el establecer comparaciones con otros estudios relacionados lo cual es imprescindible en el manejo de estos casos, el desarrollo de investigaciones y el manejo estratégico.

Discusión

Paciente sin antecedentes de enfermedad, que comienza con pérdida de sus funciones, primero a las actividades instrumentadas y luego a las actividades básicas de la vida diaria. Esto habría dado un margen de alerta si se hubiera tomado en cuenta los argumentos de fragilidad establecidos. No fue así, lo que implicó múltiples ingresos innecesarios y complicaciones asociadas sobre todo sépticas lo cual afortunadamente no aconteció en esta paciente, pero si se presentaron hospitalizaciones frecuentes con el consiguiente costo económico institucional y familiar.

En este caso la evaluación psicológica cobra un valor relevante ya que desde el punto de vista biomédico no aparecen estigmas de daño orgánico, que hicieran pensar alguna patología en concreto.

Planteamientos problemáticos:

1. Pérdida de Funciones

1.1 Síndrome de Inmovilidad.

Desde el punto de vista conceptual la "Inmovilidad", se considera uno de los grandes problemas en Geriatría, definiéndose como la reducción de la capacidad para desempeñar las actividades en la vida diaria por deterioro de funciones, relacionadas con el sistema neuro-músculo-esquelético, el cual debe considerarse como un problema médico independiente que requiere una valoración y un manejo específico. Tiene un origen multifactorial, pues siempre se asocia en su aparición a varios factores y una vez establecida, facilita el surgimiento de numerosas complicaciones, por lo que tiene una gran relevancia en la atención sanitaria de los adultos mayores.

Clasificación: Hay varias maneras de clasificarla y todas tienen su utilidad, relacionada fundamentalmente al plan terapéutico que se establezca.

Inmovilidad	Tipos		
Según el tiempo de aparición	Aguda. Denominada también: catastrófica, está relacionada con el impacto del evento detonante de la inmovilidad.	Crónica. Producida por condicionantes crónicas que llevan a la inmovilidad: Ej. Insuficiencia cardiaca en estadios avanzados, EPOC, fracturas de cadera complicadas, etc. (Puede ser reversible)	
Según el Grado de Discapacidad	Relativas: Son aquellas en que el adulto mayor lleva una vida sedentaria pero es capaz de moverse con menor o mayor independencia.	Absolutas: Implica el encamamiento crónico, estando muy limitada la variabilidad postural.	
Según su evolución en el tiempo	Transitorias: Inmovilidad que en relación a los eventos que la produjeron son reversibles.	Definitivas: Son provocadas por eventos irreversibles y pese a la estrategia, es una Inmovilidad que no varía en el tiempo, se ven frecuentemente en pacientes terminales.	
En cuanto a su intensidad	Alteración leve: Dificultad para deambular distancias largas o subir escaleras.	Alteración Moderada: Dificultad para realizar en forma independiente su movilización dentro del hogar.	Alteración severa: va desde la dificultad para la movilización independiente de su cama o sillón para realizar las actividades básicas de la vida diaria hasta la inmovilidad total

En este caso se trata de una de una: Inmovilidad transitoria, aguda, con una alteración moderada.

Resumen de las principales causas de Inmovilidad.

Principales causas:

- Enfermedad articular degenerativa.
- Estados post-fractura de cadera.
- Enfermedad Vascular Cerebral (EVC).
- Medicamentos (ej: benzodiazepinas, metoclopramida, haloperidol, etc.).
- Demencia.
- Depresión.
- **Miedo (inestabilidad y temor a caer). Síndrome postcaída.**
- Enfermedad sistémica grave. (Neoplasias, etc.)
- Falta de acondicionamiento (reposo prolongado en cama por Enfermedad. Aguda, Dolor)
- Ayuda inadecuada para la movilización.

Otras causas:

Trastornos musculoesqueléticos: Artritis, Osteoporosis, Fracturas (Miembros Inferiores), Problemas Podológicos, Otros: Enfermedad de Paget.

Trastornos neurológicos: Enfermedad de Parkinson, Enfermedades degenerativas del sistema nervioso, Neuropatías

Cardiovasculares: Insuficiencia cardiaca crónica severa, Enfermedad coronaria (angina frecuente), Enfermedad vascular periférica (claudicación frecuente).

Pulmonar: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica severa.

Factores Sensoriales: Trastornos de la visión., Trastornos de la audición.

Causas ambiente-sociales: Inmovilidad Forzada. (Hospitales, Hogares ancianos), Auxiliares inadecuados para la movilidad., bastones, andadores, pasamanos,..) , Barreras arquitectónicas: obstáculos físicos tanto en el domicilio como en el exterior, Inexistencia de elementos de ayuda, Falta de apoyo social, Soledad

Este caso en particular, después de analizadas todas las causas posibles de inmovilidad, parece clasificar únicamente por el hecho de no deambular por miedo: (inestabilidad y temor a caer). Síndrome postcaída. Según la clasificación.

Pero esta paciente no se ha caído, sin embargo después de realizados valoraciones psicológicas, llegamos a la conclusión que la paciente tiene temor a caerse, sin haber sufrido tal episodio, después de la entrevista realizada, la paciente alega que supo de una amiga que había sufrido una caída y como consecuencia se fracturó la cadera, (en el momento de la llamada la paciente estaba en rehabilitación en el hogar) luego se complicó y murió. La paciente por vecinos supo de tal deceso. Toda esta secuencia es evitable en la gran mayoría de casos. En nuestro caso

consideramos que la paciente se alarmó y sintió que podría pasarle lo mismo que a su amiga y opto por no CAMINAR.....dada por una fragilidad psicológica evidente. (Reservas).

Después de aplicada la escala de caída se hacen evidentes además barreras en el hogar que empeoraron la dinámica habitual en la marcha. (Ver anexo), o sea aparte de de lo relacionado anteriormente hay condicionantes que propician la caída e este caso. (Factores de riesgo).

Revisando la última bibliografía en estos temas, hay múltiples estudios relacionados con el Síndrome Post caída y todas sus consecuencias.

No obstante aunque referido, existen pocas evidencias en cuanto a esta causa de inmovilidad: el miedo a caer. El fenómeno que hemos llamado en nuestro medio de atención:: PRE-CÁIDA, el cuál puede enfrentar las mismas complicaciones que el conocido: "Síndrome Postcaída".

En nuestra experiencia, tanto valor tiene la intervención adecuada y en equipo, en uno como en el otro, ya que el desenlace coincide: **INMOVILIDAD**, con todas las complicaciones que acarrea, siendo las causas psicológicas desencadenantes similares y sus consecuencias.

Plan estratégico establecido:

-Dinámica familiar: Era importante involucrar a toda la familia en la condición de la paciente, así como hacer ver las numerosas barreras existentes en el hogar y sobre las cuáles había que trabajar para minimizar en lo posible los riesgos a caer de la paciente. Así mismo la condición recuperable de la paciente a sus parámetros anteriores de funcionabilidad.

-Psicoterapia de apoyo. Restituir la confianza en la marcha y la necesidad de restablecer su función e incorporación a sus tareas habituales.

-Rehabilitación de la marcha. Dada por entrenamiento de la marcha, ejercicios de fortalecimiento sobre todo del tren inferior. De inicio la marcha se entrenó con andador, pero a los 5 días ya la paciente caminaba sin apoyo.

-Se estableció protocolo de riesgo de caída y úlceras por presión por parte del personal de enfermería durante su ingreso, con todas las instrucciones establecidas a cuidadores/ paciente.

En todo este plan de acción intervino el equipo multidisciplinario de atención.

Conclusiones:

La estrategia establecida, permitió un restablecimiento de las funciones en las ABVD (9 días), no necesitando el uso de medicación y lográndose restablecer la marcha y resto de funciones a su estado previo ante del primer ingreso hospitalario reportado.

Su seguimiento fue en la: Atención Primaria de Salud y por el: Equipo de Atención Gerontológica. EMAG, el cuál fue notificado del caso, con antelación a su alta hospitalaria y su reinserción a la comunidad, igualmente fue notificado a su médico de familia. Se realizó un resumen de historia clínica que resumía todas las intervenciones realizadas y su seguimiento en la comunidad.

Se oriento su ingreso en casa de abuelos para mantenimiento de la funcionalidad, y posteriormente en un círculo de abuelos para la realización de actividades físicas y la socialización de todas las actividades implícitas en este contexto.

Este caso demuestra la importancia, primeramente de la necesidad de la VGI en el diagnóstico y manejo de los casos en adultos/as mayores, la importancia del uso de las herramientas/instrumentos, disponibles a la hora de establecer diagnósticos certeros y el poder establecer en consecuencia: un plan de intervenciones adecuadas.

La necesidad de establecer los sistemas de referencia y contrareferencia, a la hora de dar seguimiento, fue muy importante y necesario en nuestra paciente. Estas pautas a veces se violan y dan consecuencias negativas en el seguimiento, como la frecuencia en el aumento de las hospitalizaciones y resultados muy negativos en el manejo comunitario no por desconocimiento en lo científico, sino por desinformación de lo que acontece con los pacientes en la atención secundaria y de cómo debe seguir su atención comunitaria. Esa alianza indisoluble entre atención primaria y secundaria jamás debe olvidarse por el bienestar de nuestros adultos mayores, en un sentido y en el otro.

En este caso fuimos retroalimentados del caso, además de que contó con una consulta especializada por Geriatría al mes del egreso. Dónde se constató recuperación funcional tanto a las ABVD como a las AIVD, permaneció durante dos meses en la Casa de abuelos en terapia ocupacional, y demás actividades.

Luego se incorpora al Círculo de abuelos de su comunidad.

En estos momentos la paciente esta activa, es dirigente ejecutiva de su círculo de abuelos. Ha participado diariamente en las actividades físicas que se convocan y en las actividades recreativas programadas.

Además cuida de la atención en la tarde de dos nietos hasta que sus padres regresen de las tareas laborales.

Tiene como proyecto de vida incluirse en el próximo programa de la Universidad para el adulto mayor.

Referencias bibliográficas:

1. Carlo Vergani , Maurizio Corsi , Maria Bezze ,Antonio Bavazzano, Tiziano Vecchiato. Vergani et al. "A polar diagram for comprehensive geriatric assessment". Arch. Gerontol. Geriatr. 38 (2004) 139–144
2. Fried LP. Ferrucci L. Darer J. Williamson JD. Anderson G. Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: Implications for improved targeting and care) Journal of Gerontology: MEDICAL SCIENCES, 2004, 3 (59): 255-263.

3. Morrison G, Lee HL, Kuys SS, Clarke J, Bew P, Haines TP. Changes in falls risk factors for geriatric diagnostic groups across inpatient, outpatient and domiciliary rehabilitation settings. *Disabil Rehabil.* 2011;33(11):900-7. Epub 2011 Mar 29.
4. Naqvi F, Lee S, Fields SD. Appraising a guideline for preventing acute care falls. *Geriatrics.* 2009 Mar;64(3):10-3, 26.
5. Bloch F, Gautier V, Noury N, Lundy JE, Poujaud J, Claessens YE, Rigaud AS. Evaluation under real-life conditions of a stand-alone fall detector for the elderly subjects. *Ann Phys Rehabil Med.* 2011 Aug 22.
6. S Santillana Hernández, LE Alvarado Moctezuma, G Rodrigo Medina Beltrán, G Gómez Ortega, RM Cortés González. "Caídas en el adulto mayor. Factores intrínsecos y extrínsecos". *Rev Med IMSS* 2002; 40 (6): 489-493 489
7. Olatz Garin, Jose Luis Ayuso-Mateos, Josué Almansa, Marta Nieto, Somnath Chatterji, Gemma Vilagut, Jordi Alonso, Alarcos Cieza, Olga Svetskova, Helena Burger, Vittorio Racca, Carlo Francescutti, Eduard Vieta, Nenad Kostanjsek, Alberto Raggi, Matilde Leonardi, Montse Ferrer. Validation of the "World Health Organization Disability Assessment Schedule, WHODAS-2" in patients with chronic diseases. *Health Qual Life Outcomes.* 2010; 8: 51. Published online 2010 May 19. doi: 10.1186/1477-7525-8-51.
8. Erika Ramos. "Cuidados de geriatría en enfermería", *Nursing* 2004. Disponible en : www.cfnavarra.es/salud/anales
9. G. Ellis and P. Langhorne. "Comprehensive geriatric assessment for older hospital patients". *British Medical Bulletin* 2005; 71: 45–59.
10. Gillespie LD, Gillespie WJ, Robertson MC, Lamb SE, Cumming RG, Rowe BH. **WITHDRAWN:** Interventions for preventing falls in elderly people. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009 Apr 15;(2):CD000340.
11. Fabre JM, Ellis R, Kosma M, Wood RH. Falls risk factors and a compendium of falls risk screening instruments. *J Geriatr Phys Ther.* 2010 Oct-Dec;33(4):184-97.

Anexo:

Escala de riesgo de Caídas

Tareas Domésticas

	SI	NO
1- ¿Limpia las salpicaduras del piso tan pronto como Se producen?	___	<u>X</u>
2- ¿Mantiene limpio y sin obstáculos los suelos Y las escaleras?	___	<u>X</u>
3- ¿Recoge los juguetes de los niños dejados en el Suelo?	___	<u>X</u>
4- ¿Guarda los objetos en estantes accesibles?	<u>X</u>	___

Suelos

5- ¿Usa alfombras en el suelo?	___	<u>X</u>
6- ¿Están fijadas correctamente?	___	___
7- ¿El piso tiene desniveles?	<u>X</u>	___

Baños

8- ¿Usa alfombra o adhesivos antideslizantes En la bañera o en la ducha?	___	<u>X</u>
9- ¿Su baño tiene barandillas?	___	<u>X</u>
10- ¿Mantiene el jabón en una jabonera de fácil Acceso?	<u>X</u>	___
11- ¿Las toallas y otros objetos son de fácil acceso?	___	<u>X</u>
12- ¿Usa cortina en su baño para evitar que el piso se moje?	<u>X</u>	___
13- ¿Está el interruptor del baño a la entrada de la puerta?	___	<u>X</u>

Pasillos

14- ¿Puede cruzar de una habitación a otra, sin obstáculos de muebles?	___	<u>X</u>
15- ¿Está libre de obstáculos el camino desde el dormitorio hasta el baño?	___	<u>X</u>
16- ¿Los cables de teléfono y otros equipos permanecen levantados del piso?	___	<u>X</u>

Iluminación

17- ¿Tiene interruptores cerca de todas las puertas?	___	<u>X</u>
18- ¿Tiene iluminación suficiente para iluminar las áreas oscuras?	<u>X</u>	___
19- ¿Tiene luces nocturnas en el baño y en el Pasillo hasta el dormitorio?	___	<u>X</u>
20- ¿Tiene iluminación suficiente para iluminar las áreas oscuras?	___	<u>X</u>
21- ¿Están bien iluminadas las escaleras?	___	<u>X</u>

Escaleras

22- ¿Tiene barandillas seguras a ambos lados Y a todo lo largo?	___	<u>X</u>
---	-----	----------

- 23- ¿Las barandillas están bien separadas de las paredes de modo que pueda sujetarse bien?
- 24- ¿Se encuentran las escaleras en buen estado?
- 25- ¿Están los bordes de la escalera bien sujetos y en buen estado?
- 26- ¿Su escalera es de mucha pendiente?
- 27- ¿Es ancha como para no tropezar con quien Suba o baje?

Sillas

- 28- ¿Utiliza escaleras para alcanzar anaqueles altos?
- 29- ¿Están todas las sillas en buen estado?
- 30- ¿Apoya siempre la silla en una base firme Y nivelada?
- 31- ¿Evita las sillas con respaldo demasiado bajo?

Cocina

- 31- ¿Coloca los utensilios más usados a la altura de la cintura?
- 32- ¿Coloca los armarios a la altura del pecho?
- 33- ¿Señala claramente el encendido y apagado de la cocina?
- 34- ¿Evita las mesas con patas inseguras?
- 35- ¿Evita las mesas con adornos con trípode o pedestal?

Calzado

- 36- ¿Tiene sus zapatos suelas o tacones que evite los deslizamientos?
- 37- ¿Utiliza zapatos bien ajustados que no se Salgan del pie?
- 38- ¿Evita caminar descalzo?
- 39- ¿Utiliza zapatos bajos y cómodos para Trabajar en la casa o en el jardín?

Evaluación

Conceda un punto a cada respuesta negativa

1-5 (buena) poco riesgo

6-9 (regular) mediano riesgo

+ de 10 (mala) alto riesgo

Paciente obtuvo: 25 puntos. Alto riesgo.