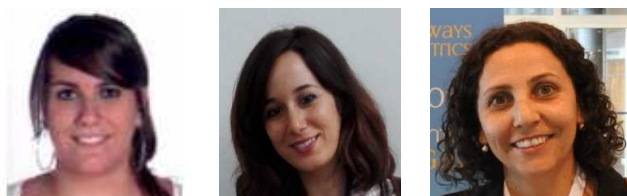


Revisión TERAPIA OCUPACIONAL EN LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS DE PERSONAS MAYORES: APLICACIÓN DE LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD EN EL DOMICILIO. UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

OCCUPATIONAL THERAPY IN THE PREVENTION OF AGED FALLS: APPLICATION OF SAFETY MEASURES AT HOME. A SYSTEMATIC REVIEW

Autoras Inmaculada Garrido López^a, María del Carmen Rodríguez-Martínez^b, Maria Angélica Binotto^c.



Resumen **Objetivo:** Conocer la eficacia de la aplicación de las medidas de seguridad en domicilio para la prevención de caídas en personas mayores. **Método:** Se ha realizado una búsqueda sobre la efectividad de las medidas de seguridad en el domicilio para la prevención de caídas en personas de la tercera edad. Se han consultado las siguientes bases de datos: Trip, NHS, Health Evidence Canada, Medline PubMed, BVS y CINAHL. Los estudios elegidos han sido evaluados con el instrumento lectura crítica CASPe. **Resultados:** Se obtuvieron 17,197 artículos, de los cuales fueron seleccionados 17 de ellos, respondiendo a la pregunta de investigación. Tras pasar el instrumento de lectura crítica CASPe, fueron escogidos ocho artículos del tipo: estudios de cohortes, ensayo controlado aleatorizado y revisión sistemática. **Conclusión:** La mayoría de los estudios coinciden en la necesidad de modificar el hogar de las personas mayores para la prevención de caídas. Por tanto, los notables beneficios que conllevan las medidas de seguridad y los productos de apoyo son aspectos positivos para mejorar la calidad de vida de la población anciana.

DeCS Anciano; Efectividad; Accidentes por caídas; Terapia Ocupacional. **Palabras Clave** Modificación del hogar; Prevención de caídas.

Summary **Objective:** to know the effectiveness of the implementation of security measures at home for the prevention of falls in elderly later. **Method:** the search about the effectiveness of the security measures at home to prevent falls in the elderly was carried out in these databases: Trip, NHS, Health Evidence Canada, Medline PubMed, BVS and CINAHL. **Results:** selected studies were evaluated with the critical reading instrument CASPe. 17,197 articles were found, but were selected 17 of them, responding to the research question. After passing the instrument of critical reading CASPe, were chosen 8 articles of the type: cohort studies randomized controlled trial and systematic review. **Conclusion:** the majority of studies agree on the need to modify the home of the elderly people in order to prevention of falls. So, the remarkable benefits involving the security measures and the supporting products are positive aspects to improve the quality of life of the elderly population.

MeSH Aged; Effectiveness; Accidental falls; Occupational Therapy. **Key word** Home modification; Falls prevention.

Como citar este documento Garrido López I, Rodríguez-Martínez MC, Binotto MA. Terapia ocupacional en la prevención de caídas de personas mayores: aplicación de las medidas de seguridad en el domicilio. Una revisión sistemática. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2017 [fecha de la consulta]; 14(25): 232-45 Disponible en: <http://www.revistatog.com/num25/pdfs/revision5.pdf>

Lévanos_ Get up_ Llévanos



Texto recibido: 27/01/2017 **Texto aceptado:** 09/03/2017 **Texto publicado:** 17/03/2017



^a Terapeuta Ocupacional. Centro Aguas del Sol Wellness & Spa, San Pedro Alcántara (Málaga). E-mail de contacto: inmagl90@hotmail.com

^b Terapeuta Ocupacional. Doctora en Ciencias de la Salud. Profesora Ayudante Doctora de la Universidad de Málaga. Secretaria del Departamento de Fisioterapia. E-mail de contacto: marrodmar@uma.es

^c Profesora de educación física. Doctoranda de la Universidad Federal do Paraná (UFPR-Brasil). Departamento de Educación física de la Universidad Estatal del Centro-Oeste (UNICENTRO- Brasil). E-mail de contacto: manbinotto@yahoo.com.br



Introducción

El envejecimiento es un proceso vital y universal con una serie de cambios progresivos e irreversibles que vienen determinados por la relación entre los factores endógenos y exógenos de cada individuo^(1,2). El envejecimiento de la población siempre ha sido y será un tema de gran interés no solo a nivel científico sino también a nivel social y político⁽³⁾. El concepto de envejecimiento incluye varios niveles: fisiológico, morfológico, celular, molecular pero también social y psicológico⁽⁴⁾. De hecho, si el envejecimiento natural se ve afectado por el empeoramiento y la alteración de diversos parámetros que dificultan la adaptación, se convierte en envejecimiento patológico, en el cual puede haber problemas ocasionados por la presencia de enfermedades crónicas o los que surgen de accidentes traumáticos⁽⁵⁾.

La Organización Mundial de Salud (OMS) define las caídas como "la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita a las persona mayor al suelo en contra de su voluntad"⁽²⁾. Las caídas no siempre resultan un contacto violento con el suelo o con el mobiliario, a veces están precedidas por movimientos vacilantes⁽⁶⁾. Esta precipitación suele ser repentina, involuntaria e insospechada y puede ser confirmada por el paciente o por un testigo⁽⁷⁾.

Una caída puede ser el primer indicio de una enfermedad no detectada o puede ser la manifestación de fragilidad en el adulto mayor, y también un predictor de muerte⁽⁸⁾. Las caídas son consideradas como uno de los grandes síndromes geriátricos⁽⁷⁾. Son la segunda causa de muerte por lesión en el adulto mayor entre los 65 y 84 años, y en edades superiores a los 85 años se convierte en la causa prioritaria de fallecimiento⁽²⁾.

Se estima que alrededor del 30% de las personas mayores de 65 años que viven en la comunidad, se cae al menos una vez al año, el 15% se cae dos veces al año, siendo cerca del 5% los que sufren lesiones graves. Este incremento progresivo de las caídas se debe al aumento de la edad de la población^(6,9). De hecho, aun conociendo la gravedad del problema, son pocas las personas mayores que informan a los servicios de salud de atención primaria, ya que se suele considerar como una consecuencia de la edad y lo vinculan con situaciones causales, tropiezos, empujones... desconociendo sus factores riesgos y limitaciones. La mayoría de estas caídas son producidas en un entorno habitual, el 75% en el hogar, realizando las actividades de la vida diaria (AVD)^(2,8,9).

La frecuencia de caídas predomina más en mujeres menores de 75 años obteniendo un 40% con respecto al 20% de los hombre, pero a partir de esta edad, la frecuencia se iguala tanto para hombres como para mujeres^(2,7).

Hay que destacar que entre un 25 y 40% de las personas mayores no se han caído nunca aunque reconocen el temor a que esto suceda en algún momento⁽²⁾. Las principales caídas conllevan algún tipo de lesión, de las cuales el 50% son leves como contusiones cutáneas y abrasiones, aunque el 20% requieren atención sanitaria y como consecuencia hospitalización^(2,6).

En cuanto a los tipos de caídas hay que señalar que existen tres:

- Caída ocasional. Generalmente se produce por una causa ajena al adulto mayor sano (ejemplo: un tropiezo) y que no se vuelve a repetir^(2,5,6,8).
- Caída repetida. Se genera de manera continua debido a los factores predisponentes como: enfermedades crónicas, ingesta de fármacos y pérdidas de equilibrio...^(2,5,6,8).
- Caída prolongada. Se caracteriza porque el adulto mayor permanece en el suelo más de 15 ó 20 min por incapacidad de levantarse sin ayuda. Los adultos mayores que tienen mayor prevalencia de caídas prolongadas son: aquellos con debilidad muscular, personas mayores de 80 años con dificultades para las actividades de la vida diaria o que toman medicación sedante^(2,5,6,8).

Hay que destacar que las personas que sufren este tipo de acontecimiento no llegan a recuperar su capacidad funcional en su totalidad, y con respecto a la duración de la hospitalización, es considerablemente más larga que la hospitalización por otras razones o enfermedades⁽¹⁰⁾.



A continuación, en la tabla 1 se muestra la relación de múltiples factores de riesgo que pueden actuar de manera conjunta en el individuo.

Tabla 1. Factores de riesgo.

Factores de riesgo intrínsecos relacionados con la edad, algunos de ellos modificables ⁽⁶⁾ .	Factores de riesgo extrínsecos depende del ambiente que rodea a la persona ^(6,7,10) .
<ul style="list-style-type: none"> - Déficit cognitivo: demencia por Alzheimer, demencia vascular, demencia senil. - Déficit visual: glaucoma, retinopatía, catarata - Debilidad muscular: falta de condicionamiento, Ictus, Miopatía - Problemas neurológicos: Neuropatía periférica, ictus, enfermedad de Parkinson, reflejos lentos. - Problemas de marcha y equilibrio: Disfunción vestibular, equilibrio, artritis, enfermedad cerebelar. - Problemas cardiovasculares: arritmias, hipotensión ortostática. 	<ul style="list-style-type: none"> - Farmacología: psicotrópicos, antihipertensivos, polimedicación, efectos secundarios... - Medioambientales: Ambiente poco iluminado, mal tiempo atmosférico, terreno irregular, obstáculos arquitectónicos, problemas de transporte. - Entorno domestico: Alfombras y suelos resbaladizos, camas e inodoros con alturas inapropiadas, falta de barras de apoyo en pasillos, baños no adaptados. - Socioeconómicos: bajo nivel económico, falta de apoyo social, acceso limitado a servicios sociales y de salud, aislamiento social.

Fuente: elaboración propia 2016.

La identificación de todos estos factores de riesgo puede contribuir a la aplicación de las acciones de prevención para reducir la incidencia de caída⁽¹⁰⁾, ya que las caídas tienen graves consecuencias que pueden darse de manera inmediata o de manera tardía. Las de manera inmediata se relacionan con las repercusiones funcionales y físicas, tales como las fracturas o los traumatismos craneoencefálicos y sobre todo con el estado de prolongación en el suelo, que puede conllevar al mal pronóstico⁽⁷⁾.

Las consecuencias tardías se relacionan con los procesos cognitivos y psicológicos, el conocido como síndrome postcaída, provocando pérdida de seguridad en sí mismo, miedo y ansiedad a volverse a caer, bajo estado de ánimo, falta de confianza y pérdidas de las capacidades para la realización de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria^(7,9,10). No se debe olvidar las consecuencias sociales, ya que conlleva a aumentar el aislamiento social y las consecuencias económicas, generando altos costes para el sector del bienestar y cuidado de la salud^(7,9,10). Llegado a este punto, hay que señalar que las caídas no son un fenómeno inevitable en las personas mayores, pues tienen sus propios factores de riesgo perfectamente reconocidos, diferentes en cada persona⁽¹¹⁾.

La prevención de caídas se puede clasificar en varias categorías generales: evaluación multidimensional del riesgo de caída asociada a reducción del riesgo, programas de ejercicios, evaluación y modificación del entorno⁽¹²⁾.

En relación a la evaluación multidimensional para la reducción de las caídas, se debe tener en cuenta datos relevantes del adulto mayor, tales como: las anamnesis de las circunstancias de la caída y de los problemas médicos, revisión de la medicación, valoración de la movilidad, exploración de la visión, marcha, equilibrio y función articular de las extremidades inferiores, exploración neurológica básica con valoración del estado mental y de la fuerza muscular y valoración del estado cardiovascular. Asimismo, debe hacerse una evaluación y modificación del entorno para identificar y eliminar factores de riesgo (p.ej.: desorden, iluminación inadecuada, alfombras), mejorar la movilidad y la seguridad (p.ej.: instalación de barras de sujeción, asientos de inodoro elevados, cama de menos altura)⁽¹²⁾.

Hay estudios que demuestran que el ejercicio físico también aumenta las capacidades funcionales y esto conlleva una mejora en el equilibrio y la marcha y por tanto, disminuye el del riesgo y número de caídas⁽¹³⁾. Sin embargo, la realidad es que, lamentablemente las intervenciones preventivas no se consideran necesarias hasta que la persona mayor se cae⁽¹⁴⁾. De hecho, dado que la población de personas mayores se ha incrementado en los últimos años y ha aumentado la esperanza de vida, surge la necesidad de plantear una adecuada adaptación funcional de la vivienda o la utilización de medidas de seguridad para evitar posibles traumatismos⁽⁵⁾. Es por este motivo que se ha llevado a cabo esta revisión con el fin de analizar los factores que influyen en las



caídas, las medidas que se llevan a cabo y en definitiva conocer cómo se ha abordado este tema en los últimos años, es decir si ha habido algún cambio en relación a otros estudios ya publicados con anterioridad sobre esta temática. En definitiva, el análisis de estos elementos son fundamentales para el Terapeuta Ocupacional, ya que en la actualidad hay muchas personas mayores que prefieren vivir en su hogar y precisamente uno de los ámbitos donde el Terapeuta Ocupacional desempeña su labor es en el domicilio.

Objetivo general

Conocer la efectividad de la aplicación de las medidas de seguridad en domicilio para la prevención de caídas posteriores en personas mayores.

Método

Diseño del estudio

Revisión sistemática para identificar las medidas de seguridad y las modificaciones en el hogar para la prevención de las caídas. La hipótesis de investigación tiene el formato PICO:

- Población: personas mayores entre 65 y 85 años con riesgo de caída.
- Intervención: aplicación de medidas de seguridad en domicilio.
- Comparación: no aplicación de medidas de seguridad.
- Resultados: la eficacia de la aplicación y no aplicación, influye o no en el número de caídas posteriores.

Criterios de selección de los artículos (criterios de inclusión)

- Artículos con fecha posterior al año 2005 y hasta diciembre de 2015.
- Artículos que se correspondan con la pregunta PICO expuesta anteriormente.
- Artículos que hayan superado el instrumento de lectura crítica CASPe utilizado.
- Artículos en español e inglés, de cualquier país de procedencia con estos idiomas y con cualquier formato.
- Artículos basados en la población de 3ª edad (65- 85 años), sin restringir patologías.
- Artículos donde la población sea residente en la comunidad.

Estrategia de búsqueda

La literatura revisada incluyó artículos de investigación en las siguientes bases de datos: Trip, NHS, Health Evidence Canada, Medline PubMed, BVS y CINAHL. Los descriptores utilizados han sido: home modifications, fall prevention, effectiveness, occupational therapy. En la tabla 2 se expone un resumen de la estrategia de búsqueda y los descriptores.

Tabla 2. Resumen de los descriptores y la estrategia de búsqueda en las distintas bases de datos.

Motor de Búsqueda	Palabras clave	Resultados totales	Artículos seleccionados	
TRIP	Home modifications AND fall prevention	1038	2	
	Effectiveness AND home modifications	3087	0	
	Effectiveness home modification	1077	0	
NHS	Home modifications AND fall prevention	1739	1	
	Health Evidence Canada	Home modifications AND fall prevention	8	1
PUBMED (systematic reviews, meta-analysis, y randomized controlled trial; 2005- 2015)	Home modifications AND Occupational Therapy	1	0	
	Fall AND elderly AND home	1014	0	
	Home modifications AND fall prevention	12	0	
	Home modifications AND fall	14	2	
BVS	Home modification AND occupational therapy	7	2	
	CINAHL	Home modifications AND fall prevention	6	0
		Home modifications AND fall prevention	7	0

Fuente: elaboración propia 2016.



En cuanto a los límites aplicados fueron los siguientes:

- Tipo de estudio: revisiones sistemáticas, metaanálisis y ensayos controlados aleatorizados.
- Idiomas: Inglés y español.
- Edad: mayores de 65 años en adelante.

Selección de los estudios y estrategias de evaluación

Se eliminaron los estudios duplicados, se tuvo en cuenta el título, el resumen y el texto completo a la hora del proceso de selección. La pregunta PICO planteada determinó el número de artículos que se tuvieron en cuenta para realizar el análisis con la herramienta de lectura crítica CASPe⁽¹⁵⁾, analizándose de forma individual los artículos seleccionados. Dicho instrumento tiene la finalidad de hacer una evaluación de la calidad de los estudios y confirmar su eficacia clínica. Consta de 11 preguntas, las cuales fueron pasadas a cada uno de los estudios seleccionados.

Resultados

En total se obtuvieron 17.197 artículos. Tras aplicar todos los filtros comentados en el apartado anterior, se seleccionaron 17 estudios pero finalmente se incluyeron 8 estudios tras aplicar la herramienta CASPE.

En la figura 1 se muestra los resultados de la búsqueda.

A continuación se expone de forma resumida las características de los

ocho artículos seleccionados (ver tabla 1 en anexo 1) En el estudio de Pighills et al. ⁽¹⁶⁾ los resultados muestran que es inevitable el miedo a las caídas. Sin embargo, se registra notablemente, una mayor prevención de caídas cuando intervienen los terapeutas ocupacionales en la modificación del domicilio.

Los resultados obtenidos por Keall et al. ⁽¹⁷⁾ fueron positivos al corroborar que las modificaciones en el hogar son un gran avance para la prevención de las caídas.

Mitoku y Shimanouchi⁽¹⁸⁾ sugieren que la modificación del hogar es un factor positivo para la prevención de la fragilidad en los ancianos.

Stark et al. ⁽²⁰⁾ indican en sus resultados los numerosos beneficios que se obtienen utilizando la intervención para la modificación del hogar, resaltando la importancia que tiene para la persona mayor el sentirse segura. Por tanto, proponen que, desde la Terapia Ocupacional centrada en la persona, se evalúe la eficacia de la intervención del terapeuta ocupacional para modificar el hogar.

Petersson et al. ⁽²¹⁾ en su estudio con personas discapacitadas a causa del envejecimiento expone que el grupo que fue sometido a modificaciones en el hogar, obtuvo mejorías notables en su AVD, en comparación con el grupo que no recibió las intervenciones en el hogar. Los resultados indican que hacer modificaciones en el hogar de una persona mayor con discapacidad o expuesta a riesgo de caídas, mejora la funcionalidad en las AVD.

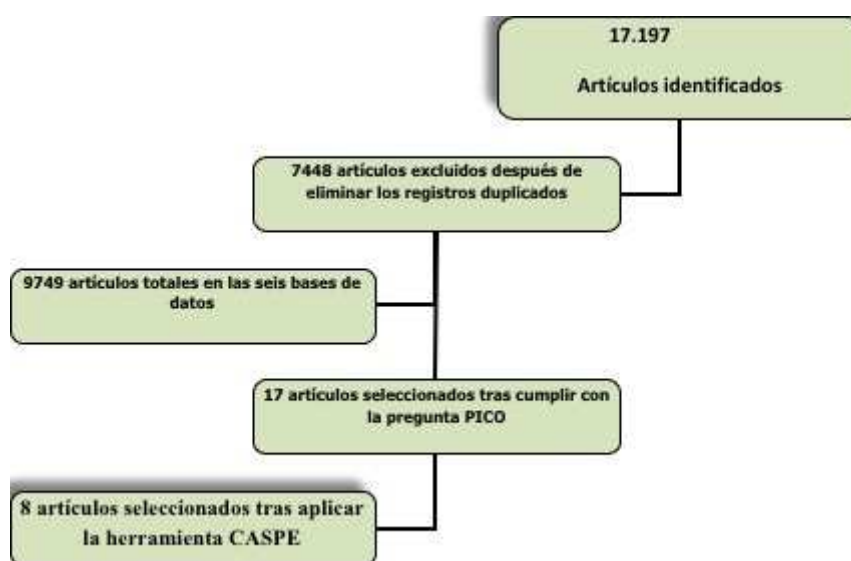


Figura 1. Diagrama PRISMA para la selección de artículos. Fuente: elaboración propia, 2016

Campbell et al. ⁽²²⁾ demostraron que aquellos que habían sido expuestos al programa de seguridad en el hogar, reducían considerablemente el riesgo de caídas, mientras que el otro grupo no lo reducía.

Grow et al. ⁽²³⁾ utilizaron la misma muestra que en el estudio de Campbell et al. ⁽²²⁾ con el objeto de comprobar si realmente es efectivo el programa de seguridad después de 6 meses de intervención. Los resultados demuestran que aquellos grupos sometidos a los programas de seguridad, reducen positivamente el número de caídas, en cambio el grupo que solo recibía visitas sociales no las reduce. Grow et al. ⁽²³⁾ añaden que la reducción de caídas se producirá si el programa lleva adherido algún otro tipo de mecanismo, tales como la evitación de peligros ambientales.

Discusión

Las caídas constituyen uno de los problemas más frecuentes en la tercera edad, ya que pueden tener como consecuencia la muerte. De ahí que surja la necesidad de buscar la intervención más eficaz para prevenir las caídas y promocionar un buen envejecimiento. El aumento de la esperanza de vida en la actualidad ha favorecido que la voluntad de las personas mayores sea permanecer en el hogar, lo cual no siempre es seguro si no está adaptado a la persona o si la persona no es entrenada para vivir en su domicilio. En esta revisión se constata que es inevitable el miedo a las caídas ⁽¹⁶⁾. Por este motivo, el objetivo principal de la prevención de caídas debe de ser disminuir el riesgo de caída sin comprometer la movilidad y la independencia funcional del adulto mayor, y cuando esto no sea posible, evitar la gravedad de sus consecuencias⁽¹¹⁾.

Los ocho artículos analizados refuerzan la importancia de las modificaciones en el hogar. Los hallazgos encontrados al realizar esta búsqueda y selección de los artículos muestran la eficacia de la aplicación de las medidas de seguridad en el domicilio para la prevención de las caídas. Dichos hallazgos coinciden con los encontrados recientemente por Bamgbade y Dearnion ⁽²⁴⁾, en cuyo programa de prevención de caídas se incluye la evaluación del riesgo de caídas, revisión/manejo del medicamentos, evaluación de riesgos y seguridad en el hogar, educación de prevención de caída y un programa individualizado de ejercicios en el hogar.

Los diferentes artículos revisados muestran muchas semejanzas, pero también algunas diferencias, la cuales se discuten a continuación:

En primer lugar, hay numerosas intervenciones que buscan resaltar la eficacia que tienen las medidas de seguridad en el hogar, conlleven o no modificaciones ambientales. En el estudio realizado por Campbell et al. ⁽²²⁾ se propone evaluar la efectividad que tiene la modificación del hogar para la prevención de caídas, aplicando dos programas de intervención diferentes. Al tratarse de un ensayo controlado aleatorizado, enfrenta a dos grupos de muestras para demostrar la eficacia de cada uno de los programas. En dicho estudio, se demuestra que el programa enfocado a la seguridad en el hogar tiene más beneficios que el programa enfocado a la realización de ejercicios. Un año más tarde, Grow et al. ⁽²³⁾ deciden demostrar la eficacia del programa de seguridad en el hogar, expuesto por Campbell et al. ⁽²²⁾, tras seis meses de intervención con la misma muestra, pero investigando si la reducción de caídas se debe solo a la intervención con programa o hay más factores adyacentes. En esta línea destacan los resultados hallados por Sherrington et al. ⁽²⁵⁾, quienes destacan que los programas de ejercicios en el hogar y la prevención de caídas proporcionan beneficios a largo plazo para las personas mayores, sus cuidadores y la comunidad, ayudando a minimizar problemas en la movilidad de personas con discapacidad y evitar caídas en poblaciones de alto riesgo como las personas mayores.

En segundo lugar, y siguiendo una cronología, se revisaron varios artículos realizados por terapeutas ocupacionales, lo cuales utilizan diferentes métodos, propios de la Terapia Ocupacional, para realizar las modificaciones del hogar. Stark et al. ⁽²⁰⁾ analizan la eficacia de las modificaciones del hogar centrándose en la persona, para prevenir las caídas al realizar las actividades de la vida diaria, no en los factores ambientales, tal y como describían Campbell et al. ⁽²²⁾ y Grow et al. ⁽²³⁾ en sus investigaciones.



Un estudio con muchas coincidencias a las de Stark et al.⁽²⁰⁾ es el elaborado por Petersson et al.⁽²¹⁾, el cual reafirma los beneficios que conllevan las modificaciones del hogar para la mejora de la funcionalidad en las Actividades de la Vida Diaria (AVDs), teniendo como consecuencia una reducción de las caídas. Esto también lo corroboran Stark, Keglovits y Somerville⁽²⁶⁾ en su estudio para determinar la efectividad de las modificaciones en el hogar para la reducción de caídas y el mantenimiento de la independencia en las AVDs en adultos mayores. En este estudio postulan que los que recibieron tratamiento experimentaron una disminución en las caídas a los seis meses, tal y como se puede ver también en el estudio de Grow et al.⁽²³⁾, Stark, Keglovits y Somerville⁽²⁶⁾, encontraron además que se dio una mejora en el desempeño de la actividad diaria que se mantuvo a los doce meses.

Otras evidencias, demuestran la importancia y la necesidad de la Terapia Ocupacional para intervenir en las modificaciones del hogar frente a la misma intervención realizada por otro tipo de profesional donde se pone de manifiesto los beneficios que le proporciona al anciano, la modificación de su hogar. En el estudio de Mitoku y Shimanouchi⁽¹⁸⁾, se demuestra las grandes reducciones de caídas al realizar modificaciones en el hogar, pero tiene la diferencia, con respecto al estudio de Stark et al.⁽²⁰⁾ que la investigación intenta analizar si las modificaciones del hogar son causantes del aumento o la disminución de la mortalidad en personas mayores frágiles.

Acompañando a los anteriores estudios, le sigue el de los autores Keall et al.⁽¹⁷⁾, también demostrando los beneficios de las modificaciones en el hogar. No obstante, hay que señalar que dicho estudio está más centrado en los diferentes tipos de medidas de seguridad o productos de apoyo necesarios en el hogar para prevenir las caídas.

En definitiva, se corrobora, gracias a la evidencia de estos tres artículos, la importancia de las modificaciones del hogar para las personas mayores con cualquier déficit y la necesidad de buscar los beneficios para mejorar la funcionalidad y la calidad de vida. La perspectiva que se debe de tener del hogar es global, es decir, no solo verlo como un espacio edificable, habitable y accesible sino también verlo como un lugar que debe de cumplir las necesidades de intimidad y autonomía correspondientes a cada persona⁽⁵⁾, sin olvidar que evitar caídas tiene el potencial de reducir los resultados adversos para la salud, como la discapacidad, hospitalización e institucionalización, y los costes financieros asociados.⁽²⁵⁾

El domicilio es un lugar en el cual las personas se sienten seguros y donde se realizan la mayoría de las actividades de la vida diaria. Cuando la seguridad se ve alterada por cualquier motivo, provoca unas modificaciones en la persona cruciales, que desembocan en grandes problemas. Esta situación hace plantear nuevas intervenciones en la asistencia médica, apareciendo así la teleasistencia o la atención a domicilio. Es importante además identificar la asociación entre los factores sociodemográficos y económicos y la presencia de modificaciones simples en el hogar (barras de agarre en la ducha o cerca del inodoro, asientos de ducha, asientos de inodoro elevados) para prevenir las caídas entre los adultos mayores y tener en cuenta que las personas con menor educación y menos apoyo social tienen menos probabilidades de poder realizar modificaciones simples en el hogar⁽²⁷⁾.

Por otro lado, los estudios de Chase et al.⁽¹⁹⁾, Pighills et al.⁽¹⁶⁾, Mitoku y Shimanouchi⁽¹⁸⁾ y Keall et al.⁽¹⁷⁾, se han tenido en cuenta de cara a la valoración de la figura del Terapeuta Ocupacional como profesional importante a la hora de realizar intervenciones en el hogar que reducen las caídas.

Finalmente, son muchas las viviendas inaccesibles y la mayoría de las personas que viven en estas son mayores de 65 años y viven solas. De entre ellas, destacar que el 77% son mujeres. Esta población es la que presenta mayor grado de dependencia y también las que más barreras sufren en sus hogares⁽⁵⁾. El miedo, como factor emocional, que aparece tras haber sufrido una caída, tiene una posición muy importante en la persona, ya que este sentimiento será la clave para la recuperación o la prevención de no volver a sufrirla⁽¹⁶⁾.

Limitaciones

Como limitaciones de este estudio cabe destacar que es posible que los descriptores utilizados y la



elección de determinadas bases de datos hayan limitado la búsqueda, dándose la posibilidad de que algún estudio pertinente no haya sido seleccionado. Asimismo, otra limitación puede ser la consideración de publicaciones en los idiomas español e inglés solamente. Otra limitación surge teniendo en cuenta la calidad como resultado de reducir los sesgos en la selección de los estudios, ya que en las revisiones sistemáticas pueden incluirse menos estudios que en una revisión narrativa.

Conclusión

Desde el ámbito de la Terapia Ocupacional, son pocas las investigaciones sobre la atención a domicilio y sobre las medidas de seguridad que debe tener una persona mayor en su domicilio para prevenir caídas o no volver a tenerlas. Por tanto, no solo es importante eliminar las barreras arquitectónicas y hacer accesible el hogar, sino también adaptarlo teniendo en cuenta las necesidades y la opción de la persona para proporcionar un ambiente seguro y de calidad⁽²⁸⁾, que conlleve al disfrute de una vida placentera, sin riesgos y sin miedos. En el anexo I se muestra de forma resumida una serie de tablas con propuestas de medidas de seguridad (ver tablas 4 y 5).

Los terapeutas ocupacionales y en definitiva todos los profesionales de la salud, deben considerar la prevención como aspecto crucial en la intervención con la persona, y esta prevención debe hacerse en el domicilio, debido a que es el lugar donde se busca seguridad.

En general todos los estudios revisados coinciden en destacar la necesidad de dichas medidas para la mejoría de la funcionalidad de anciano en las Actividades de la Vida Diaria y conseguir la prevención de las caídas para reducir el riesgo de mortalidad a causa de ellas. Las medidas de seguridad, las modificaciones y los productos de apoyo en el hogar son un gran avance, que demuestra eficacia y rentabilidad, provocando mejorías notables en la persona y promocionando bienestar y calidad de vida.

Tras realizar la revisión se puede concluir que la aplicación de medidas de seguridad en el domicilio es bastante eficaz para la prevención de caídas. Las caídas en la población de la tercera edad es un tema relevante en la sociedad de hoy en día. Las personas expuestas a sufrirlas o con riesgo de volver a sufrirlas, provoca secuelas enormes, provocando la pérdida de autonomía, funcionalidad e independencia a nivel personal y social. Por tanto, para mantener la calidad de vida de la persona de edad avanzada, es necesario conocer la realidad de las personas mayores y el medio ambiente en el que viven, con cuidado de evaluación multifactorial fundamental de los factores que conducen a las caídas en las personas mayores en el hogar⁽²⁹⁾.

Agradecimientos Este estudio se ha realizado sin financiación.

Referencias bibliográficas

1. Barreno PG. Cómo y por qué envejecemos. El reto de una longevidad sana. Rev Real Acad Cienc Exactas Físicas Nat. 2005;99(1):27-48.
2. Maximo Bocanegra Nuria, Perez de Heredia Torres Marta, Guitiérrez Morote María. Atención en el hogar de personas mayores: manual de terapia ocupacional. Salamanca: Ediciones Tempora; 2004.
3. Rodríguez Rodríguez V, Rodríguez Mañas L, Sancho Castiello M, Díaz Martín R. Envejecimiento. La investigación en España y Europa. Rev Esp Geriatria Gerontol. 2012;47(4):174-9.
4. De Jaeger C. Fisiología del envejecimiento. EMC - Kinesiterapia - Med Física. 2011;32(3):1-8.
5. Durante Molina P. Terapia ocupacional en geriatría: principios y práctica. 3rd ed. Amsterdam; Barcelona: Elsevier Masson; 2010.
6. Da Silva Gama ZA, Gómez Conesa A. Morbilidad, factores de riesgo y consecuencias de las caídas en ancianos. Fisioterapia. junio de 2008;30(3):142-51.
7. Castro Martín E. Prevalencia de caídas en ancianos de la comunidad. Factores asociados (tesis doctoral). Córdoba: Universidad de Córdoba.; 2005.
8. Villalobos A, López R, Mancilla E, Herrera P. Manual de prevención de caídas en el adulto mayor. Programa de salud del adulto mayor. Gobierno de Chile: Duplika Ltda; 2010.
9. Varas-Fabra F, Castro Martín E, Pérula de Torres LÁ, Fernández Fernández MJ, Ruiz Moral R, Enciso Berge I. Caídas en ancianos de la comunidad: prevalencia, consecuencias y factores asociados. Aten Primaria. noviembre de 2006;38(8):450-5.
10. Kamińska MS, Brodowski J, Karakiewicz B. Fall Risk Factors in Community-Dwelling Elderly Depending on Their Physical Function, Cognitive Status and Symptoms of Depression. Int J Environ Res Public Health. 2015;12(4):3406-16.



11. Lázaro del Nogal M, González-Ramírez A, Palomo-Iloro A. Evaluación del riesgo de caídas. Protocolos de valoración clínica. *Rev Esp Geriatria Gerontol.* noviembre de 2005;40, Supplement 1:54-63.
12. Rubenstein LZ, Josephson KR. Intervenciones para reducir los riesgos multifactoriales de caídas. *Rev Esp Geriatria Gerontol.* noviembre de 2005;40, Supplement 1:45-53.
13. Casas Herrero Á, Cadore EL, Martínez Velilla N, Izquierdo Redin M. El ejercicio físico en el anciano frágil: una actualización. *Rev Esp Geriatria Gerontol.* 2015;50(2):74-81.
14. Ferrer A, Badia T, Formiga F, Gil A, Padrós G, Sarró M, et al. Ensayo clínico aleatorizado de prevención de caídas y malnutrición en personas de 85 años en la comunidad. Estudio OCTABAIX. *Rev Esp Geriatria Gerontol.* 2010;45(2):79-85.
15. Parrillas para la lectura crítica | CASPe [Internet]. [citado 29 de abril de 2015]. Recuperado a partir de: <http://redcaspe.org/drupal/?q=node/29>
16. Pighills AC, Torgerson DJ, Sheldon TA, Drummond AE, Bland JM. Environmental Assessment and Modification to Prevent Falls in Older People. *J Am Geriatr Soc.* 2011;59(1):26-33.
17. Keall MD, Pierser N, Howden-Chapman P, Cunningham C, Cunningham M, Guria J, et al. Home modifications to reduce injuries from falls in the Home Injury Prevention Intervention (HIPI) study: a cluster-randomised controlled trial. *The Lancet.* 2015;385(9964):231-8.
18. Mitoku K, Shimanouchi S. Home Modification and Prevention of Frailty Progression in Older Adults: A Japanese Prospective Cohort Study. *J Gerontol Nurs.* 2014;40(8):40-7.
19. Chase CA, Mann K, Wasek S, Arbesman M. Systematic Review of the Effect of Home Modification and Fall Prevention Programs on Falls and the Performance of Community-Dwelling Older Adults. *Am J Occup Ther.* 2012;66(3):284-91.
20. Stark S, Landsbaum A, Palmer J, Somerville EK, Morris JC. Client-centered home modifications improve daily activity performance of older adults. *Can J Occup Ther Rev Can Ergother.* 2009;76(Spec No):235-45.
21. Petersson I, Lilja M, Hammel J, Kottorp A. Impact of home modification services on ability in everyday life for people ageing with disabilities. *J Rehabil Med.* 2008;40(4):253-60.
22. Campbell AJ, Robertson MC, La Grow SJ, Kerse NM, Sanderson GF, Jacobs RJ, et al. Randomised controlled trial of prevention of falls in people aged ≥ 75 with severe visual impairment: the VIP trial. *BMJ* 2005;331(7520):817.
23. Grow SJL, Robertson MC, Campbell AJ, Clarke GA, Kerse NM. Reducing hazard related falls in people 75 years and older with significant visual impairment: how did a successful program work? *Inj Prev.* 2006;12(5):296-301.
24. Bamgbade, Sarah, Dearmon, Valorie. Prevention for Older Adults Receiving Home Healthcare. *Home Healthcare Now.* [Internet]. 2016, [cited 2016 Dec 18]; 34 (20): 68–75. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26835805>
25. Sherrington C, Fairhall N, Kirkham C, Llemson L, et al. Exercise and fall prevention self-management to reduce mobility-related disability and falls after fall-related lower limb fracture in older people: protocol for the RESTORE (Recovery Exercises and STEpping On after fracture) randomised controlled trial. *BMC Geriatrics.* 2016; 16:34.
26. Stark S, Keglovits M, Somerville E. A Randomized Controlled Feasibility Trial of Tailored Home Modifications to Improve Activities of Daily Living. *Am J Occup Ther,* 2016; 70 (4_Supplement_1):7011520290p1
27. Meucci M, Gozalo P, Dosa D, Allen S. Variation in the Presence of Simple Home Modifications of Older Americans: Findings from the National Health and Aging Trends Study. *J Am Geriatr Soc.* 2016; 64: 2081–2087.
28. Berrueta LM, Ojer MJ, Trébor A. Terapia Ocupacional en geriatría y gerontología. *TOG (A Coruña).* 2009; (consultado el 10 de septiembre de 2016) Vol.6, supl.4: 215-258. Disponible en: <http://www.revistatog.com/suple/num4/gerontologia.pdf>
29. Fonseca, Ruth Suelle Barros, Moura, Maria Eliete Batista. Risk factors for falls in the elderly at home. *Rev Inter.* [Internet]. 2016, consultado 18 de diciembre de 2016: 9 (2): 206-215. Disponible en de: http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/viewFile/892/pdf_327



Anexo I

TÍTULO	/AUTOR/ES	AÑO / PAÍS	TIPO DE ESTUDIO / MUESTRA	Objetivos	Resultados	PUNTUACIÓN CASPE
Environmental Assessment and Modification to Prevent Falls in Older People⁽¹⁶⁾	Alison C. Pighills, David J. Torgerson, Trevor A. Sheldon, Avril E. Drummond and J. Martin Bland	2011 / Inglaterra	Ensayo Controlado Aleatorizado. Adultos de 70 años con historial de caídas	Comparar dos grupos de personas que han sufrido caídas en el año anterior. Se quiere demostrar la eficacia de las modificaciones del domicilio realizadas por terapeutas ocupacionales frente a las modificaciones realizadas por un entrenador físico.	La tasa de caídas en el grupo de T.O fue casi la mitad de la de los controles (tasa de incidencia (IRR) 0,54, 95% I.C) 50.36 - 0,83, P5.005). pero no hubo diferencias significativas con respecto al otro grupo (IRR=0.78, 95% CI=0.51-1.21, P5.34)	10/11
Home modifications to reduce injuries from falls in the Home Injury Prevention Intervention (HIPI) study: a cluster-randomised controlled trial⁽¹⁷⁾	Michael D Keall, Nevil Pierse, Philippa Howden-Chapman, Chris Cunningham, Malcolm Cunningham, Jagadish Guria, Michael G Baker	2015/Nueva Zelanda	Ensayo Controlado Aleatorizado. Muestra ciega	Analizar los beneficios que provoca las modificaciones en el hogar, tales como barandillas, suelo antideslizante y asideros.	Se estimó una reducción del 26% en la tasa de lesiones causadas por caídas en el hogar por año expuestas a la intervención en las personas asignadas al grupo de intervención en comparación con las asignadas al grupo de control, después del ajuste por edad, caídas anteriores, sexo y origen étnico (tasa relativa 0,74, IC 95%: 0,58-0,94). Los traumatismos específicos de la intervención de modificación domiciliar se redujeron en un 39% al año (0,61, 0,41-0,91).	9/11
Home Modification and Prevention of Frailty Progression in Older Adults: A Japanese Prospective Cohort Study⁽¹⁸⁾	Kazuko Mitoku and Setsu Shimanouchi	2014/ Japón	Cohortes Prospectivo Muestra de 574 adultos mayores de 65 años	Determinar si las modificaciones del hogar están asociadas al aumento de la mortalidad por caídas o no.	La mortalidad fue significativamente menor entre los adultos mayores con modificaciones en el hogar que en aquellos sin modificaciones en el hogar a los 2 años: razón de riesgo ajustada (HR) = 0,52; intervalo de confianza del 95% (IC): 0,32; 0,87); a los 3 años: HR = 0.57, IC del 95% (0,54, 0,81) y a los 4,7 años (HR = 0,65), IC del 95% (0,65, 0,91). Se demuestra con eficacia que en los hogares que presentan modificaciones, disminuye considerablemente el riesgo de mortalidad que conllevan las caídas, confirmando así la efectividad de medidas de seguridad en el domicilio.	11/11



Systematic Review of the Effect of Home Modification and Fall Prevention Programs on Falls and the Performance of Community-Dwelling Older Adults⁽¹⁹⁾	Carla A. Chase, Kathryn Mann, Sarah Wasek, Marian Arbesman	2012/ Estados Unidos	Revisión Sistemática	Analizar lasevidencias que existen sobre la modificación en el hogar para la prevención de caídas.	Los resultados aluden a la Terapia Ocupacional como una profesión que facilita la adaptación y modificación del hogar. La intervención es necesaria para reducir el riesgo de caídas, mejorando así, el índice de mortalidad, provocadas por estas.	10/10
Client-centered home modifications improve daily activity performance of older adults.⁽²⁰⁾	Susan Stark, Amanda Landsbaum, Janice Palmer, Emily K. Somerville, John C. Morris	2009/Estados Unidos	Ensayo Controlado Aleatorizado	Analizar la necesidad que tienen los ancianos de quedarse en casa cuando comienza el envejecimiento.	Por la magnitud de la influencia del medio ambiente o ambiente persona-entorno, los contrastes indicaron que hubo una disminución significativa en las puntuaciones de la línea de base (M = 11,5, DE = 5.2) al post-ensayo inmediato (M = 3.7, SD = 3.0, F (1,36) = 104.0, p <.0001). Dos años más tarde hubo una disminución adicional de las puntuaciones (indicando menos barreras) desde el primer post-ensayo hasta el segundo post-test (M = 3,4, SD = 3,9, F (1,36) = 35,8, p <0,0001).	9/10
Impact of home modification services on ability in everyday Life for people ageing with disabilities.⁽²¹⁾	Ingela Petersson, Margareta Lilja, Joy Hammel, and Anders Kottorp.	2008/ Estados Unidos	Ensayo Controlado Aleatorizado	Conocer la efectividad de las modificaciones del hogar en dos grupos de intervención.	La mayoría de las tareas resultaron en valores positivos, lo que sugiere que las tareas fueron percibidas más fáciles después de la intervención de modificación en el hogar. Hubo diferencias estadísticamente significativas en los dos grupos (p <0,05) entre las medidas de referencia y de seguimiento de la dificultad percibida para 6 tareas: Entrar y salir del hogar; Ducha del baño; Aseo; Traslado al aseo; Caminar un bloque; Y moverse dentro y fuera de la cama.	10/11
Randomised controlled trial of prevention of falls in people aged ≥75 with severe visual impairment: the VIP trial.⁽²²⁾	A John Campbell, M Clare Robertson, Steven J La Grow, Ngaire M Kerse, Gordon F Sanderson,	2005/ Nueva Zelanda	Ensayo Controlado Aleatorizado	Conocer y evaluar la eficacia que tienen los programas seguridad en el hogar y los programas de ejercicios para personas con riesgo de caídas. Se sometieron a la intervención a dos grupos elegidos a la azar, de los cuales uno llevo a cabo, el programas	En el grupo asignado al azar para programa de seguridad en el hogar ocurrieron menos caídas pero no en el programa de ejercicios (tasas de incidencia 0.59 (95% intervalo de confianza 0.42 a 0.83) y 1.15 (0.82 a 1.61), respectivamente). Sin embargo,	9/11



	Robert J Jacobs, Dianne M Sharp, Leigh A Hale		años.	de seguridad en el hogar y el otro el programa de ejercicios.	dentro del programa de ejercicios, la adherencia más estricta se asoció con menos caídas (P = 0,001). Los resultados concluyen, aportando que los programas de seguridad en el hogar son más efectivos y más rentables que la utilización de programas de ejercicios.	
Reducing hazard related falls in people 75 years and older with significant visual impairment: how did a successful program work? ⁽²³⁾	S J La Grow, M C Robertson, A J Campbell, G A Clarke, N M Kerse	2006/Nueva Zelanda.	Ensayo Controlado Aleatorizado Muestra de 391 hombre y mujeres mayores de 75 años.	Investigar si los programas de seguridad en el hogar son efectivos por modificaciones del entorno o por modificaciones de la persona. Se propuso observar la reducción de las caídas con ayuda del programa de seguridad en el hogar a un grupo expuesto a peligro ambientales en la casa, otro grupo que no tuviera peligros ambientales en casa y un tercer grupo que solo recibiera visitas sociales.	El número de caídas en el hogar relacionadas con un riesgo ambiental y el número de caídas que no son debidas a causas ambientales se redujeron en el programa de seguridad en el hogar en comparación con el grupo que solamente recibía visitas sociales (tasa de incidencia = 0,40 (intervalo de confianza del 95%, 0,21 a 0,74) y 0,43 (0,21 a 0,90), respectivamente).	11/11



Anexo 2

Parámetros para que una vivienda tenga una adaptación funcional

Existen tres parámetros a tener en cuenta ⁽⁵⁾:

- La circulación: refiriéndose al espacio que la persona precisa para su desplazamiento, y se tendrá en cuenta.
 - El espacio de paso
 - El espacio de rotación
 - El espacio de giro
- Las transferencias.
- Los alcances.

Anexo 3

Tabla 4. Medidas de seguridad generales en vivienda.

Disfunción física: personas que deambulan con o sin producto de apoyo.
<p>Salón- comedor:</p> <ul style="list-style-type: none">-Proporcionar espacios libres para la circulación, modificando la distribución del mobiliario.-Retirada de alfombras o fijarlas muy bien.-Valorar la firmeza de los muebles para posibles apoyos de la persona.-Colocar barras de soporte en lugares estratégicos.-Proteger las esquinas del mobiliario-Butacas o sofás con altura adecuada (valor de referencia: a partir de 45 cm) y superficie firme para facilitar la transferencia.
<p>Dormitorio:</p> <ul style="list-style-type: none">- Proporcionar un espacio libre de obstáculos.- Para facilitar la transferencia a la cama la altura de esta debe de ser a partir de 45 cm, cambiando las patas o colocando unos conos de elevación.- Proporcionar puntos de apoyos, como barra lateral a lado de la cama.- La ropa del armario, situarla al alcance en estantes y cajones (valor de referencia: 60-160 cm de rango vertical)
<p>Cuarto de baño: considerar la movilidad cómoda y sin riesgos</p> <ul style="list-style-type: none">- Si la puerta es un obstáculo, cambiar el sentido de apertura o cambiar el tipo de puerta: puerta plegable o puerta corredera.- Facilitar la transferencia al inodoro con seguridad, valorando la necesidad de adecuar su altura o proporcionar puntos de soporte.- La adaptación más habitual es acoplar un alza con una fijación correcta.- Disponer de barras de apoyo, según necesidades personales.- Si hay bidé, cambiar por váter- bidé o con ducha teléfono especial a lado de la taza del inodoro.- Para fomentar la seguridad de las actividades, es recomendable el uso de un taburete regulable en altura.- En la medida de lo posible, dejar libre el espacio debajo del lavabo.- Adecuar la altura del espejo, considerando que la persona de pie pueda verse (valor de referencia: desde el suelo, 90 cm de altura).- La bañera se deberá adaptar con una tabla o asiento giratorio de bañera (valor de referencia: 45 cm de altura y 100 cm de longitud libre, mínima)- Si hay plato de ducha, debe de valorarse las dimensiones (valores de referencia: a partir de 80 x 80 cm), el desnivel que sea óptimo y la mampara solo usarlo en caso de que la persona sea independiente.- En la bañera usar barras de apoyo (valor de referencia: 70 cm de altura)- Promover la seguridad de los alcances (p,ej, cisterna, grifos, toalleros, estantes...)- Adecuar los suelos antideslizantes y alfombras.
<p>Cocina: garantizar un espacio de paso y circulación libre de obstáculos con el fin de acceder sin dificultad y desplazarse dentro de ella con comodidad y seguridad.</p> <ul style="list-style-type: none">- Facilitar el alcance de los utensilios y objetos de cocina en el plano horizontal y vertical (valores de referencia: 60 – 140 cm de rango vertical).- Los armarios, los estantes o los cestos extraíbles, colocarlos de manera accesible y con manipulación lateral.- Los armarios inferiores cambiarlos por cajones.- Los electrodomésticos deben de ubicarse dentro de un alcance seguro.- La encimera se recomienda disponer de espacio libre para mejorar el desplazamiento y maniobras de objetos pesados.- El grifo cambiarlo por manguera extraíble.- Se recomienda la utilización de un taburete alto o silla- taburete con ruedas para la realización de actividades instrumentales y desplazamiento por la cocina.
<p>Aspectos generales:</p> <ul style="list-style-type: none">- Considerar la retirada de cables por el suelo.- Adaptar las ventanas y persianas para mejor accesibilidad.- Adaptar el acceso a terrazas y patios, utilizando barras de apoyo, suelos antideslizantes...- Disponer de manera cercano los objetos más utilizados como el mando a distancia o el teléfono.- Buena iluminación, natural o artificial y adaptar los interruptores a una altura adecuada.

Fuente: Durante Molina (2010).



Anexo 4

Tabla 5. Medidas de seguridad generales en vivienda

<p>Disfunción física: personas que se desplazan en silla de ruedas dependientes de un asistente.</p> <p>Salón- comedor: garantizar un espacio libre de obstáculos para la circulación y las maniobras.</p> <p>-Es recomendable dejar un espacio de rotación para poder cambiar de sentido la silla de ruedas con comodidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adaptar la mesa para permitir la aproximación frontal con la silla de ruedas, por lo tanto dejar un espacio libre inferior (valor de referencia: 70 cm).
<p>Dormitorio: valorar que haya espacio suficiente para circular desde la puerta a la cama, así como para realizar la transferencia.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Distribuir, retirar o reubicar los muebles para garantizar el espacio suficiente. - Tener en cuenta el espacio necesario para el asistente o producto de apoyo. - Valorar la altura de la cama para que sea óptima para que el cuidador pueda realizar las transferencias, movilizaciones, vestido o higiene. - Posibilidad de utilizar cama articulada con carro elevador. - Disponer de una mesa auxiliar de cama con el fin de mejorar el alcance de objetos cotidianos (mando de televisión, timbre avisador, teléfono,...) para promover la autonomía personal.
<p>Cuarto de baño: el cuarto de baño suele presentar mayores dificultades de acceso y circulación con silla de ruedas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tener en cuenta la entrada para el desplazamiento, maniobras, transferencias o tareas del cuidador. - Promover el uso de una silla de ducha-váter, para facilitar y ofrecer gran seguridad en las actividades del cuarto de baño. - Es conveniente adaptar la ducha, colocándola a nivel del suelo o un plato de ducha de dimensiones adecuadas (valor de referencia: 90 x 90cm, mínimo) y sin desniveles, ni resaltes, ni mamparas convencionales. - La ducha en el suelo siempre enrasada para ganar más espacio y poder realizar las maniobras al lavabo, inodoro,... - La utilización de la silla de ducha-váter mejora las transferencias y evita la modificación del espacio de paso, como por ejemplo el ancho de la puerta, o la altura del inodoro sin utilizar barras de apoyo. - Revisar la altura del lavabo, asegurándose de que está colocado sin pie, ni armario inferior (valor de referencia: 80-85cm de altura y 70cm de espacio inferior libre). - Utilización de grúa, adaptar la bañera dejando un espacio inferior libre (valor de referencia: 13cm de altura), el suficiente para entrar la base de la grúa y realizar la transferencia con seguridad. - Adaptar el cuarto de baño para prever el espacio de circulación desde la puerta hasta los elementos sanitarios. - Analizar el sitio necesario para el asistente, para realizar las actividades cotidianas. - Si la persona utiliza inodoro, considerar el espacio para realizar la transferencia con o sin producto de apoyo, teniendo en cuenta el espacio del cuidador para la asistencia de éste. - Considerar el máximo alcance de los dispositivos anexos, como el peine, la toalla,...
<p>Cocina: aunque la persona sea dependiente para las actividades instrumentales, es interesante prever la entrada a la cocina, acompañado de su asistente.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Facilitar y fomentar la participación supervisada de algunas tareas. - Valorar el ancho de la puerta y el espacio de maniobra hasta la mesa.
<p>Aspectos generales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Considerar la adaptación de puertas por puertas correderas o plegables. - Suprimir resaltes, escalones y alfombras. - Buena iluminación y adaptar los interruptores a una altura adecuada.

Fuente: (Durante Molina, 2010).

Lévanos_Get up_Llévanos



Derechos de autor

