

Factores asociados con caídas en el adulto mayor

Gabriel Gerardo *Suárez Alemán*, Víctor Manuel *Velasco Rodríguez*, María de Lourdes *Limonés Aguilar*, Hugo *Reyes Valdez*, Blanca Selene *Zacarías Muñoz*
Unidad Torreón, Escuela de Licenciatura en Enfermería, Universidad Autónoma de Coahuila (Torreón, Coahuila, México)

Correspondencia: suag71@hotmail.com (Gabriel Gerardo Suárez Alemán)

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS): Define caída como la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al paciente al suelo, contra su voluntad. En una de sus publicaciones señaló que México ocupa el segundo lugar en América en cuanto a caídas de personas mayores. El síndrome de caídas es tema que debe estar presente entre el personal del área de la salud, al ser un problema recurrente. La caída en la persona mayor casi siempre está relacionada con fracturas y, sobre todo, fractura de cadera. Cuando una persona mayor sufre una caída se vuelve dependiente, demandando mayor atención por parte de sus familiares.¹

La frecuencia de las caídas en la población adulta mayor es un problema de salud pública a nivel mundial.^{1,2} Se ha reportado que aproximadamente el 30% de las personas mayores de 65 años viviendo en la comunidad, sufre de al menos una caída al año, este número se incrementa cuando los ancianos viven en instituciones, los ancianos que sufren caídas en un 50% requieren de atención médica y el 10% culmina en una fractura.³ Múltiples estudios han demostrado que la causa de las caídas en ancianos tiene origen multifactorial. Las consecuencias de este problema de salud no solamente incluye aumento en la morbilidad y mortalidad en este grupo etario, sino que tiene repercusiones sociales y psicológicas ya que el individuo después de caer, presenta miedo a que se repita el evento, pérdida de la autonomía si se lesionó, discapacidad funcional motora que requiere de largos periodos de rehabilitación con el subsiguiente aumento en costos de atención médica y de salud pública.^{2,4,5} También se sabe que las mujeres tienen más riesgo de caídas que los hombres y que las personas casadas tienen menos frecuencia de caídas que los viudos, divorciados o solteros. Otros factores que se han asociado a un aumento de las caídas son la artritis, diabetes y depresión.⁴

En algunos países se han implementado mecanismos y programas de prevención de las caídas en adultos mayores, siendo las estrategias principales: programas de ejercicio físico tanto en la casa como en instituciones, vigilado y supervisado por profesionales, corrección de deficiencias visuales, uso de equipos electrónicos para identificar situaciones de

riesgo, evitar cambios en las rutinas físicas habituales entre otros.^{1,4,6} Con el proceso de envejecimiento, aparecen cambios biológicos que aumentan el riesgo de caer en el adulto mayor y es considerado un gran síndrome geriátrico.⁷ Entre las consecuencias que aparecen posterior a la caída, está el miedo de sufrir una nueva caída, consecuentemente una disminución de las actividades habituales y pérdida de la independencia con aumento de la morbilidad y mortalidad.⁸

Del mismo modo, individuos que presentan alteración del equilibrio tienen 95.0% mayor prevalencia de caer comparado con aquellos que no presentan desequilibrio.⁹ Los adultos mayores pueden presentar algún tipo de alteración en la marcha, que es definida, como el aumento de la susceptibilidad que tiene el adulto mayor de caer y que puede causar daños físicos.¹⁰ Otro cambio importante que ocurre en el adulto mayor, es la disminución del estado cognitivo, definido como cualquier déficit en las funciones mentales superiores tales como inteligencia, memoria y aprendizaje y puede estar influenciado por enfermedades crónicas degenerativas y aspectos psicosociales.¹¹ Existen otras afecciones que pueden llevar al adulto mayor a tener un alto riesgo de caída, tales como dolencias del oído: tipo otitis, otosclerosis; alteraciones visuales como cataratas, glaucoma y alteraciones de la musculatura cervical como el sufrir de artrosis.¹²

Una caída puede causar heridas, luxaciones, fracturas y daño en la cabeza o columna vertebral. Estas lesiones originan el ingreso al hospital, inmovilidad, discapacidad temporal o permanente y miedo a tener una nueva caída. Entre los factores que pueden predisponer a las caídas están: la edad, enfermedades crónicas degenerativas (diabetes, artritis, depresión, hipertensión, incontinencia urinaria, sobrepeso, problemas de visión y audición), y la falta de ejercicio regular.¹³ Samter afirma que las caídas son acontecimientos involuntarios que hacen perder el equilibrio y caer al suelo u otra superficie firme que detenga el cuerpo. En el caso de las personas mayores, debido a la etapa de envejecimiento en que se encuentran, van perdiendo paulatinamente los reflejos, ocasionándoles la pérdida del equilibrio.¹⁴ Pastor explica que es importante poner atención a los problemas podológicos debido a que predisponen a sufrir caídas, por lo que es importante cuidar los pies y elegir correctamente el calzado.¹⁵ El objetivo de este estudio

es determinar las variables frecuentes que se asocian con caídas en el adulto mayor, mismas que debemos atender de manera preventiva para conservar y mantener la funcionalidad, independencia y bienestar, elementos básicos para una buena calidad de vida en la persona mayor.

Material y Métodos

Estudio transversal en población abierta de 94 adultos mayores de 60, años de edad, seleccionados aleatoriamente en población abierta. Se incluyen mayores de 60 años que acepten participar, se excluyen los que tengan puntuación del minimal state examination (MMSE) menor de 12 y se eliminan los que no completen la recolección de datos. Entrevista previo consentimiento informado para indagar datos sociodemográficos, escolaridad, riesgo de caídas, (escala de factores

predictivos de caídas), y dependencia (Katz). Análisis en SPSS 20.0 para determinar asociación de caídas, con dependencia, y deterioro cognitivo menor de 12.

Resultados

Se estudiaron 94 adultos mayores, con una edad media de 70.4 ± 7.57 años, de los cuales el 54% (51) son mujeres, 45% (43) son hombres. Un 72% (68 sujetos) refirieron alguna caída en el último año. Los factores predisponentes para caerse más frecuentes fueron tener alguna enfermedad como diabetes o hipertensión, dificultad para su cuidado, Utilizar aditamentos de apoyo para moverse y la polifarmacia (tabla 1), aunque los únicos que se asociaron significativamente fueron tener hipertensión o edad > 71 años (tabla 2). El sitio más frecuente donde ocurrió la caída fue en domicilio (tabla 3).

Tabla 1. Características generales

	SI	NO
Dificultad para su cuidado	56	44
Suficiente Ayuda	79.5	20.5
Necesita adaptación en casa	48.4	51.6
Tiene Adaptación	19.6	80.4
Tiene alguna enfermedad	80	14
Utiliza algún aditamento de apoyo para moverse (Bastón, muletas, Andadera, Silla de Ruedas)	55	38
Utiliza anteojos	36	58
Utiliza auxiliar auditivo	4	90
Edad arriba de 70 años	34	60
Dependencia Física	39	54
Polifarmacia	55	31

Tabla 2. Se encuentra asociación de caídas con hipertensión y edad

		Caída	No caída	OR	p
Hipertensión	Si	53	15	1.92 (1.01-3.61)	0.05
	No	15	11		
Edad	60 a 70	39	21	3.12 (1.07-9.26)	0.035
	71 ó >	29	5		

Tabla 3. Se caen más en casa que fuera de ella ($p < 0.001$)

	Caída	No caída	OR	p
Casa	55	0	5.321 (3.28-8.52)	0.000
Fuera de Casa	13	26		

Discusión

En el presente estudio encontramos un 72% de sujetos que refirieron alguna caída en el último año, es significativo en relación a lo reportado por otros autores.³ No se encontró asociación entre caídas y el sexo, así como en el uso de aditamentos de apoyo para moverse o auxiliares auditivos o uso de anteojos, presencia de otras enfermedades y el resto de variables estudiadas.

Sin embargo entre los factores que pueden predisponer a las caídas en relación a enfermedades crónicas degenerativas, está la hipertensión arterial.¹³ Variable que contrasta de manera significativa con el resultado de nuestro estudio en la variable hipertensión asociada a caídas que fue del 56 %. En un estudio realizado por la Secretaría de Salud en el año 2008, denominado "Prevención de caídas en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención en México", se expresa que las caídas representan 30 % de las causas de muerte en mayores de 65 años; 62 % de estas ocurren en casa y 26 % en la vía

pública, de estas cifras entre 10 y 25 % sufren fractura y 5 % requiere hospitalización.¹³ El Centro de Rehabilitación y Educación Especial (CREE) manifiesta que el 30 % de las personas mayores de 65 años de edad sufren una caída, incrementándose este porcentaje con la edad, siendo el lugar más frecuente el hogar con 26.7 %. Esta información es aproximada debido a que no todas las caídas que sufren las personas son reportadas.^{13,14} Sin embargo el 26.7 % de caídas de adulto mayores suceden en el hogar según lo reportado por el CREE, contrasta de manera importante en relación al 58% de adultos mayores que se caen en casa obtenido en el presente estudio. Por otra parte se ha reportado que aproximadamente el 30% de las personas mayores de 65 años viviendo en la comunidad, sufre de al menos una caída al año.³ Los adultos mayores de 70 años sufren caídas en un 41% en relación al 22% que no se caen, y los adultos mayores de 71 años o más, el 30% se cae y el 5% no, estos datos de la tabla 4 contrastan de manera importante, lo cual obedece que entre más edad se tenga más probabilidades tiene el adulto mayor de caerse. Por lo que es

importante implementar programas de salud que vayan orientados a disminuir las tasas de caídas de los adultos mayores en las comunidades, hospitales, asilos, y en el hogar coadyuvando con esto, a disminuir las complicaciones que trae consigo entre otras cosas el síndrome de inmovilidad.

Conclusiones

Los factores asociados a caídas en el adulto mayor son de índole multifactorial, en el presente estudio se midieron solo algunas de la cuales resultaron ser significativas como las

variables; edad, caídas más en casa o fuera de ella, enfermedades como la hipertensión arterial, polifarmacia, y la falta de adecuaciones en casa, las cuales constituyen factores de riesgo categóricos para la consumación de las caídas en el adulto mayor, por lo que se plantea como objetivo general considerar estas y otras variables de riesgo de caídas, abordándolas desde un contexto y entorno preventivo, que limiten o minimicen el riesgo de eventos adversos que se traduzcan en pérdida de la funcionalidad y por ende en la autonomía del adulto mayor, en sus actividades de la vida diaria.

Bibliografía

1. Ory, Smith ML, Wade A, Mounce C, Wilson A, Parrish R. Implementing and disseminating an evidence-based program to prevent falls in older adults, Texas, 2007-2009. *Prev Chronic Dis* 2010; 7(6): A130. Disponible en: Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/es/Ory> [acceso: 30/12/2013].
2. Costello, E. y Edelstein, J.E., Update on falls prevention for community-dwelling older adults: review of single and multifactorial intervention programs. *J Rehabil Res Dev*, 2008; 45(8):1135-52.
3. Gillespie, L.D., Gillespie, W.J., Robertson, M.C., Lamb, S.E., Cumming, R.G. y Rowe, and B.H. Withdrawn: Interventions for preventing falls in elderly people. *Cochrane Database Syst Rev*, 2009; 15(2).
4. Bloch, F., Thibaud, B., Dugué, M., Brèque, C., Rigaud, A.S. y Kemoun, G. Episodes of falling among elderly people: a systematic review and meta-analysis of social and demographic predisposing characteristics. *Clinics (Sao Paulo)*, 2010; 65(9):895-903.
5. Persad, C.C., Cook, S. y Giordani, B. Assessing falls in the elderly: should we use simple screening tests or a comprehensive fall risk evaluation? *Eur J Phys Rehabil Med*, 2010; 46(2):249-59.
6. Johnston, K., Grimmer-Somers, K. y Sutherland, M. Perspectives on use of personal alarms by older fallers. *Int J Gen Med*, 2010; 3, 231-7.
7. Quintero, C.M.V. Riesgo de caídas en las personas mayores institucionalizadas en hogares geriátricos del distrito de Barranquilla. *Rev Salud Mov*, 2009; 1(1):21-25.
8. Kamel, M.H., Abdulmajeed, A.A., Ismael, SE. Risk factors of falls among elderly living in urban Suez-Egypt. *Pan African Medical Journal*, 2013; 14, 26. 1609.
9. Brito, T.A., Coqueiro, R.S., Fernandes, M.H. y de Jesús C.S. Determinants of falls in Community-dwelling elderly: Hierarchical analysis. *Public Health Nursing*, 2014; 31(4):290-297.
10. Russell, M.A., Hill, K.D., Blackberry, I., Day, L.L. y Dharmage, S.C. Falls risk and Functional decline in older fallers discharged directly from emergency departments. *Journal of Gerontology Medical Sciences*, 2006; 61A(10):1090-1095.
11. Potter, P.A. y Perry, A.G. Valoración de las necesidades del anciano. en: *Fundamentos de enfermería*. Sexta edición., vol. 1, Madrid España: McGraw-Hill, 2008: pp 426-442.
12. Soares, A.V. A contribuição visual para o controle postural. *Rev Neurocienc*, 2010; 18(3):370-379.
13. Millan, J. Principios de geriatría y gerontología, Gerontología y geriatría, valoración e intervención. *Enfermería Clínica*. 2ª edición, Madrid, España. McGraw Hill. 2006.
14. Samter, Gerontología y geriatría, valoración e intervención. *Enfermería Clínica*. 2ª edición, Madrid, España, McGraw Hill. 2011.
15. Pastor, Intervención gerontológica en prevención de caídas. 4ª Edición, Herder, 2005.