

Lucélia Terra Jonas¹
 Karolina Vitorelli Diniz Lima¹
 Mirelle Inácio Soares¹
 Maria Angélica Mendes²
 José Vitor da Silva³
 Patrícia Mônica Ribeiro⁴

1. Enfermera, cursando maestría en la Escola de Enfermagem. Universidade Federal de Alfenas. Minas Gerais. Brasil.
2. Enfermera. Doctora en Ciencias y profesora del Programa de Posgrado de la Escola de Enfermagem. Universidade Federal de Alfenas. Minas Gerais. Brasil.
3. Enfermero. Doctor y profesor de la Escola de Enfermagem Wenceslau Brás. Itajubá. Minas Gerais. Brasil.
4. Enfermera. Doctora y profesora de la Escola de Enfermagem. Universidade Federal de Alfenas. Minas Gerais. Brasil.

Correspondencia:

Lucélia Terra Jonas
 Rua Manoel Guedes da Silva, 50
 Alfenas-MG. 37130-000 Brasil
 Tel.: 00 55 35 3292 1975
 E-mail: lu.lucelia@yahoo.com.br

Evaluación del riesgo de caídas en las personas mayores: ¿cómo hacerlo?

Assessing the risk of falls in older people: How to do it?

RESUMEN

Este artículo de reflexión es fruto de cuestionamientos sobre la evaluación del riesgo de caídas en personas ancianas y sobre los instrumentos disponibles para su medición. Tiene como propósito reflejar la necesidad de elaborar un instrumento evaluativo del riesgo de caídas en personas ancianas. Dicho instrumento podrá facilitar la identificación de los factores de riesgo de caídas y, a partir de ello, la propuesta de intervenciones efectivas en la prevención de caídas en personas ancianas, con el objetivo de preservar su calidad de vida, el mantenimiento de su seguridad, la no institucionalización y, en consecuencia, la reducción de costos para la atención secundaria y terciaria.

PALABRAS CLAVE: persona anciana, accidentes por caídas, factores de riesgo.

ABSTRACT

This reflection article is the result of questions on the assessment of risk of falls in older people, and on the tools available to measure it. Therefore, it aims to reflect on the need to construct an evaluative tool in the risk of falls in older people. Such tool can facilitate the identification of risk factors for falls and, thereafter, the proposition of effective interventions in preventing falls in older people, with a view to preserving their quality of life, maintaining their safety, not institutionalization and, consequently, costs reduction for health care secondary and tertiary.

KEYWORDS: Aged, accidental falls, risk factors.

■ INTRODUCCIÓN

La caída de la persona anciana es uno de los principales problemas de salud pública, a pesar del aumento de evidencias científicas sobre prevención de caídas. Este artículo es fruto de cuestionamientos sobre la evaluación del riesgo de caídas en personas ancianas y sobre los instrumentos disponibles en la literatura científica para su medición.

El envejecimiento poblacional se presenta como un fenómeno actual de gran relevancia en todo el mundo, pues a medida que las sociedades envejecen, los problemas sociales y de salud de los ancianos desafían, principalmente, a los respectivos sistemas de seguridad social y de salud.

En Brasil, con el objetivo de reducir los impactos en la población anciana, se está avanzando en el ámbito de la construcción de políticas públicas que garanticen derechos sanitarios, protejan a las personas ancianas en sus necesidades de salud, y preserven su seguridad y su calidad de vida por medio de una vivencia productiva y participativa. En esa perspectiva, el documento

brasileño “Directrices do Pacto pela Saúde”, el cual contempla el “Pacto por la Vida” (1), destaca la salud del anciano como una de las seis prioridades acordadas entre las tres esferas del Gobierno de Brasil. Este documento presenta también una serie de acciones encaminadas, en última instancia, a la implementación de algunas de las normas de la “Política Nacional de Salud de la Persona Anciana” (PNSPI). La finalidad primordial de la PNSPI es recuperar, mantener y promover la autonomía y la independencia de los ancianos, aplicando medidas colectivas e individuales de salud, en consonancia con los principios y directrices del Sistema Único de Salud de Brasil (2). Considerando la PNSPI, el continuo e intenso proceso de envejecimiento poblacional, y la necesidad de perfeccionar la seguridad, mantener la independencia y la autonomía de la persona mayor para, así, mejorar su calidad de vida mediante intervenciones fundamentadas en el paradigma de la promoción de la salud y de la prevención de agravamientos a la salud, son necesarias, entre otras, la evaluación y la estratificación del riesgo de caídas en dicha población.

La caída, un suceso vinculado al envejecimiento, con consecuencias físicas, psicológicas, sociales y económicas, es un importante tema de investigación. Estudios sobre esta cuestión tienen como propósito subsidiar intervenciones preventivas costo-efectivas, además del mantenimiento de la seguridad y de la calidad de vida del anciano. En ese sentido, se emplean en la práctica instrumentos evaluativos del riesgo de caídas. La finalidad de emplear instrumentos evaluativos es la de medir un determinado fenómeno, haciéndolo más concreto o palpable. Por lo tanto, nuestro propósito es reflejar la necesidad de construir un instrumento evaluativo del riesgo de caída en las personas mayores que permita una evaluación multidimensional y, de esta forma, posibilite una mayor identificación de los factores de riesgo y, en consecuencia, intervenciones de prevención más efectivas.

■ LA CAÍDA EN EL ANCIANO Y SUS FACTORES DE RIESGO

La caída se define como “la ida no intencional al suelo o a un nivel inferior” (3). Otra definición propuesta es “desplazamiento no intencional del cuerpo a un nivel inferior a la posición inicial, con incapacidad de corrección en tiempo hábil, determinado por circunstancias multifactoriales que comprometen la estabilidad” (4,5).

En el escenario mundial, cerca del 30% al 60% de las personas mayores caen al menos una vez al año, y cerca de la mitad lo hace de forma recurrente (6). Sin embargo, la incidencia de caídas sufre alteraciones entre los diferentes países. Un estudio realizado en Turquía revela que el 31,9% de las personas mayores cayeron por lo menos una vez durante el último año (7). Otro estudio realizado en Cataluña, España, muestra que el 17,9% de las personas mayores de 65 años sufrieron por lo menos una caída en los 12 meses anteriores a la entrevista, y que esa frecuencia aumenta con la edad (8). Asimismo, según un estudio realizado en América Latina y la región del Caribe, la proporción de personas mayores que sufren caídas al año varía del 21,6% en Barbados al 34% en Chile (9). En Brasil, cerca del 30% de los ancianos sufren caídas al menos una vez al año, lo que se corresponde con la incidencia de caídas en el escenario mundial (6).

El fenómeno caída engloba en sí mismo factores de riesgo y factores de protección. Los factores de riesgo pueden clasificarse en intrínsecos y extrínsecos, o de forma más estricta en biológicos, socioeconómicos, comportamentales y ambientales (10,11). Los factores de protección para las caídas se relacionan con cambios comportamentales de la propia persona y con modificaciones en su entorno (11). Dada la importancia de la comprensión de esos conceptos referentes al fenómeno caída, nos centraremos inicialmente en los factores de riesgo, tanto biológicos, socioeconómicos, comportamentales como ambientales, para a continuación tratar sobre los factores protectores.

Factores de riesgo biológicos

Los factores de riesgo biológicos son estrictamente intrínsecos y abarcan características de los individuos, propias del cuerpo humano. Algunas de ellas no son modificables, como por ejemplo, el sexo, la edad y la raza. Estos factores están también asociados a las alteraciones fisiológicas y a las condiciones propias de las personas mayores, como la disminución de la fuerza física, la merma de las capacidades cognitivas y afectivas, las enfermedades crónicas, cardiovasculares, neurológicas, pulmonares, psiquiátricas, endocrinas y metabólicas, además de las alteraciones en el aparato locomotor y la degeneración articular (11-15).

Factores de riesgo socioeconómicos

Entre los factores extrínsecos, los factores de riesgo socioeconómicos son aquellos relacionados con condiciones sociales y situaciones económicas de los individuos, y que están relacionados con la capacidad de la comunidad para desafiarlas. Incluyen factores como renta baja, bajo nivel de escolaridad, condiciones inadecuadas de vivienda, interacción social perjudicada y acceso limitado a la salud y a la asistencia social (11).

Factores de riesgo comportamentales

Los factores de riesgo comportamentales también se consideran extrínsecos, y se relacionan con acciones humanas, emociones o elecciones diarias y son potencialmente modificables, como el uso de diversos medicamentos, el consumo de alcohol y tabaco, el comportamiento sedentario, el sobrepeso, el miedo a caer, el uso de calzado inadecuado y, por último, el uso de aparatos para movilidad asistida, como bastones y andador (10,11).

Factores de riesgo ambientales

Los factores de riesgo ambientales son estrictamente extrínsecos y engloban la interacción de las condiciones físicas del individuo con el medio que le rodea, incluyendo los peligros domésticos y ambientales, como las superficies resbaladizas, las alfombras, la iluminación deficiente, la ausencia de apoyo en los cuartos de baño y pasillos, y la vía pública con irregularidades y conservación deficiente (11-13).

La mayoría de las caídas que sufren los ancianos resultan de una interacción compleja entre los factores de riesgo, con compromiso de los sistemas implicados en el mantenimiento del equilibrio (Fig. 1) (12-15).

Factores protectores

Los factores protectores son aquellos capaces de reducir eventuales efectos negativos o disfuncionales en presencia de un determinado riesgo. Por tanto, pueden atenuar los factores de riesgo (16). Los factores de protección para caídas en las personas mayores pueden estar relacionados con modificaciones comportamentales y ambientales. Entre los cambios de comportamiento están la práctica de actividades físicas, evitar el consumo de tabaco y alcohol, y mantener un peso corporal adecuado (17). Las modificaciones ambientales implican la instalación de dispositivos como rejas de protección, barras de apoyo y revestimiento antideslizante en el cuarto de baño y en superficies resbaladizas, así como el suministro de iluminación amplia y pasamanos en las escaleras (11). De esta forma, un factor de riesgo para caídas podrá convertirse en un factor positivo cuando, modificado, se convierte en un factor protector.

■ LA CAÍDA EN EL ANCIANO Y SUS CONSECUENCIAS

La mayoría de las caídas se producen en el domicilio o en sus alrededores, generalmente durante el desempeño de actividades cotidianas como caminar, cambiar de posición e ir al cuarto de baño. La caída puede tener consecuencias, tales como lesiones, fracturas, incapacidades funcionales, pérdida de la independencia, ingreso en instituciones sanitarias, e incluso la muerte. El tratamiento tras la caída puede ocasionar costos elevados para los servicios de salud en términos de utilización de recursos y de ocupación de camas hospitalarias. Además, la caída puede acarrear sufrimiento tanto a las personas mayores como a sus familiares, debido a la restricción de las actividades, dolores, presencia de incapacidades

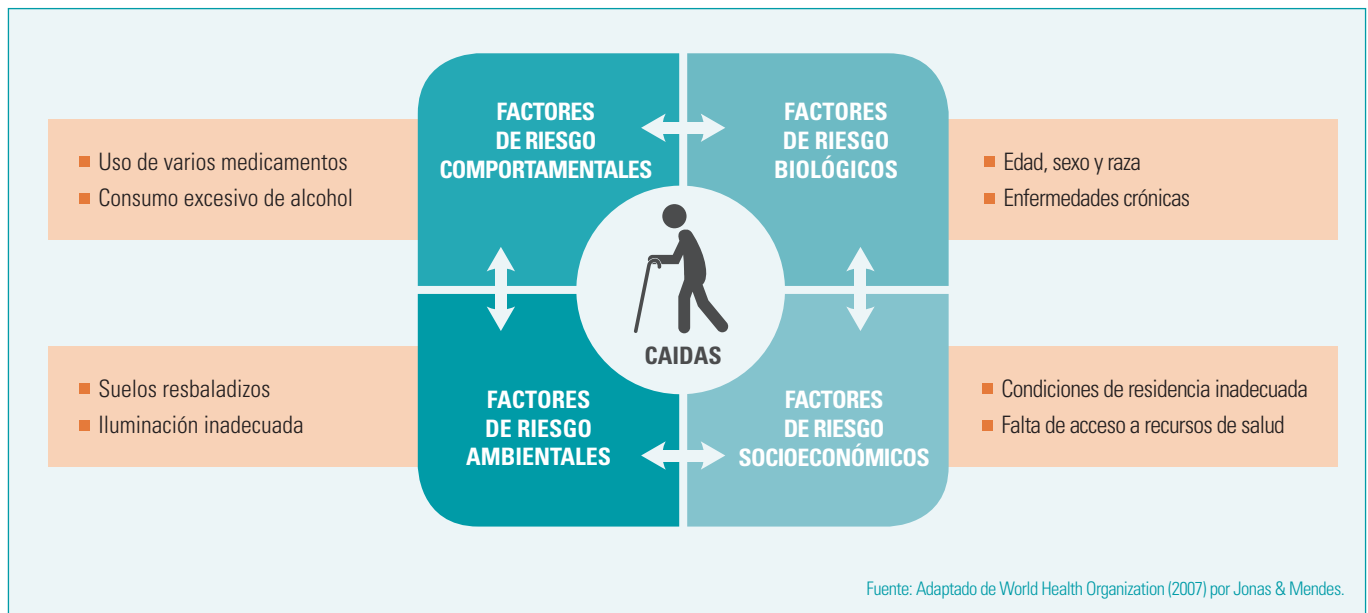


Figura 1. Factores de riesgo de caídas en personas mayores.

dad física, o miedo a caer nuevamente, entre otras. Finalmente, la caída puede perjudicar la calidad de vida del anciano y la de sus familiares (13,18,19).

Un estudio longitudinal realizado en la ciudad de Ribeirão Preto, provincia de São Paulo, Brasil, sobre la consecuencia de las caídas, puso de manifiesto la relevancia de este tema. De las 50 personas mayores que componían la muestra del estudio, el 28% de las que cayeron falleció. El 78,5% eran mujeres y el 21,5% hombres. El 42,8% de los fallecimientos ocurrieron en menos de un mes después de la caída, es decir, tuvieron lugar como consecuencia directa de ésta, incluyendo principalmente la fractura de fémur, y el 57,2% de las muertes ocurrieron en menos de un año tras la caída del anciano. Además, muchas de las personas quedaron encamadas y presentaron confusión mental, neumonía y úlcera por presión, entre otras complicaciones, lo que explica la morbilidad y la mortalidad derivadas de la caída en la persona mayor (13). Aunque las caídas contribuyen a la morbimortalidad en esa franja etaria, pueden prevenirse, lo que representa grandes posibilidades para los profesionales en cuanto a formulación e implementación de intervenciones de salud. En el contexto de promoción de la salud y de prevención de enfermedades, los profesionales sanitarios requieren instrumentos que les permitan evaluar agravamientos de la salud, entre ellos, el riesgo de caídas, y en consecuencia, desarrollar estrategias para la prevención de caídas en la población anciana no internada en establecimientos sanitarios. En especial, los profesionales de enfermería deben evaluar y reconocer las características de la persona anciana con riesgo de caída, así como de aquellas referentes al entorno en el que vive.

■ INSTRUMENTOS EVALUATIVOS DEL RIESGO DE CAÍDA EN EL ANCIANO

La evaluación del riesgo de caída en el anciano mediante los instrumentos disponibles en la literatura específica requiere un análisis breve de los factores de riesgo para las caídas. La escala *Fall Risk Score* (20) contiene ítems que miden el riesgo de caídas; sin embargo, se restringe a los factores de riesgo: caídas previas, uso de medicaciones, déficit

sensorial, orientación, cognición y marcha. Esta escala deja de contemplar factores intrínsecos tales como enfermedades crónicas, equilibrio, además de factores extrínsecos relacionados con el comportamiento del individuo y con el ambiente. Este instrumento contempla en torno a cinco ítems, y suministra una clasificación para el riesgo de caídas con un número limitado de ítems evaluados. Otros instrumentos son específicos para un solo factor de riesgo, como el instrumento *Timed Up and Go Test* (TUGT), que evalúa la marcha y el equilibrio (21). Encontramos también en la literatura científica la Escala de eficacia de caídas-Internacional (FES-I, *Falls Efficacy Scale International*) (22), en la cual la persona mayor es interrogada acerca del miedo a caer durante la realización de 16 actividades de la vida diaria, y la BOMFAQ (*Brazilian OARS Multidimensional Function Assessment Questionnaire*) (23), que evalúa la dificultad referida en la realización de actividades de la vida diaria (AVD). También se dispone de la Escala geriátrica de depresión (GDS, *Geriatric Depression Scale*) (24), ampliamente utilizada y validada como instrumento específico de diagnóstico de depresión en pacientes ancianos.

No se dispone en la literatura brasileña de un único instrumento que, aplicado aisladamente, sea capaz de prever el riesgo de caída con buena sensibilidad y especificidad. Por otra parte, los profesionales de la salud carecen de instrumentos amplios que evalúen el fenómeno caída en su plenitud. Otra cuestión importante es que algunos de esos instrumentos de evaluación específicos para los factores de riesgo no están disponibles en nuestro idioma, es decir, no han sido traducidos, adaptados y validados para ser administrados en Brasil.

Por este motivo, debe aplicarse un conjunto de instrumentos de movilidad, fuerza muscular, equilibrio, marcha, nivel de actividad diaria y miedo a caer, con vistas a proporcionar ayudas para la elaboración de un plan de intervenciones eficiente en la prevención de las caídas en personas mayores en la comunidad. La aplicación de una evaluación completa de los factores de riesgo para caídas puede ser la base de la prevención efectiva, particularmente para aquellas personas adultas con mayor riesgo de caer.

Así, cuando no se dispone de instrumentos validados para atender las necesidades de investigación y de la práctica, las alternativas son adaptar culturalmente los ya existentes o construir uno conforme a nuestra

realidad (25). Aunque hay consenso en la literatura científica específica acerca de los factores de riesgo para caídas en la comunidad, es necesario un instrumento que dirija la evaluación amplia de esos factores de riesgo en las personas mayores.

■ CONSIDERACIONES FINALES

Teniendo en cuenta la necesidad de construir un instrumento que abarque una gama de factores de riesgo para las caídas, realizamos en este artículo una contextualización de los factores de riesgo para las caídas en personas mayores, así como de los instrumentos que se han utilizado para identificarlos. Entre ellos, exponemos los factores de riesgo biológicos, socioeconómicos, comportamentales y ambientales, así como los instrumentos empleados para su evaluación.

La caída puede acarrear una serie de consecuencias para la persona mayor, desde perjuicios físicos, como lesiones tisulares y fracturas, a daños psicológicos como miedo a caer y pérdida de la autonomía, e incluso la muerte.

En ese sentido, considerando la gravedad de las consecuencias que la caída puede ocasionar tanto para la persona adulta mayor como para sus familiares, es inaplazable la construcción de un instrumento amplio que englobe la mayoría de los factores de riesgo para las caídas. Tener un instrumento que abarque dichos factores en la persona mayor podrá favorecer su identificación y la toma de decisiones en relación con las propuestas de intervención para la prevención de las caídas en este grupo de población, con vistas a la preservación de su calidad de vida, el mantenimiento de su seguridad, la no reclusión en instituciones sanitarias y, en consecuencia, la reducción de costos para la atención de salud secundaria y terciaria ■

■ BIBLIOGRAFÍA

1. Brasil, Ministério da Saúde. Pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão: diretrizes operacionais, 2006. Disponible en: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/pactos/pactos_vol1.pdf
2. Brasil, Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, 2006. Disponible en: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-2528.htm>
3. Lord SR, Sherrington C, Menz HB. Falls in older people: risk factors and strategies for prevention. Cambridge: Cambridge University Press, 2001.
4. Menezes RL, Bachion MM. Estudo da presença de fatores de riscos intrínsecos para quedas, em idosos institucionalizados. *Ciência & Saúde Coletiva* 2008; 13: 1209-18.
5. Studensk S, Wolter L. Instabilidade e quedas. En: Duthie EH, Katz PR, organizadores. *Geriatría práctica*. 3.ª ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2002, pp. 193-200.
6. Perracini MR, Ramos LR. Factores asociados a quedas em uma coorte de idosos residentes na comunidade. *Rev Saude Publica* 2002; 36: 709-16.
7. Evcil ED, Ergin F, Beser E. Home accidents in the elderly in Turkey. *Tohoku. J Exp Med* 2006; 209: 291-301.
8. Sanchez ES, Guiteras PB, Llanes JM, Bustos AM, Beneyto VM, Gaju, RT. Falls in the elderly: knowing to act. *Aten Primaria* 2004; 34: 186-91.
9. Reyes-Ortiz CA, Al Snih S, Markides KS. Falls among elderly persons in Latin America and the Caribbean and among elderly Mexican-Americans. *Rev Panam Salud Publica* 2005; 17: 362-9.
10. Rubenstein LZ, Josephson KR. Falls and their prevention in elderly people: what does the evidence show? *Med Clin North Am* 2006; 90: 807-24.
11. World Health Organization (WHO). Global report on falls prevention in older age, 2007. Geneva (Switzerland), 2007.
12. Kelsey JL, Berry SD, Procter-Gray E, Quach L, Nguyen EUA, Li W y cols. Indoor and outdoor falls in older adults are different: The Maintenance of Balance, Independent Living, Intellect, and Zest in the Elderly of Boston Study. *J Am Geriatr Soc* 2012; 58: 2135-41.
13. Fabrício SCC, Rodrigues RAP, Costa Junior ML. Causas e consequências de quedas de idosos atendidos em hospital público. *Rev Saude Publica* 2004; 38: 93-9.
14. Coutinho ESF, Bloch KV, Rodrigues LC. Characteristics and circumstances of falls leading to severe fractures in elderly people in Rio de Janeiro, Brazil. *Cad Saude Publica* 2009; 25: 455-9.
15. Gama ZAS, Gómez-Conesa A. Factores de riesgo de caídas en ancianos: revisión sistemática. *Rev Saude Publica* 2008; 42: 946-56.
16. Pesce RP, Assis SG, Santos N, Oliveira RVC. Risco e proteção: Em busca de um equilíbrio promotor de resiliência. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* 2004; 20: 135-43.
17. Peel NM, McClure RJ, Hendrik JK. Health-protective behaviours and risk of fall-related hip fractures: a population-based case-control study. *Age Ageing* 2006; 35: 491-7.
18. Stevens JA, Baldwin GT, Ballesteros MF, Noonan RK, Sleet DA. The costs of fatal and non-fatal falls among older adults. *Inj Prev* 2006; 12: 290-5.
19. Moraes EN. Atensão à saúde do Idoso: aspectos conceituais. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.
20. Downton JH. Falls in the elderly. London: Editora British Library Cataloging in Publication Data; 1993.
21. Podsiadlo D, Richardson S. The timed "Up & Go": a test of basic functional mobility for frail elderly persons. *J Am Geriatr Soc* 1991; 39(2): 42-8.
22. Camargos FFO. Adaptação transcultural e avaliação das propriedades psicométricas da falls efficacy scale – international: um instrumento para avaliar medo de cair em idosos. [Dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG); 2007. 61 p. Mestrado.
23. Ramos LR, Rosa TEC, Oliveira ZM, Medina MCG, Santos FRG. Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. *Rev Saude Publica* 1993; 27: 87-94.
24. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey MB y cols. Development and validation of geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatric Res* 1983; 17: 37-49.
25. Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol.* 1993; 46: 1417-32.