

Ana Alquézar Pérez^{1*}
Laura Vicente Martín²

1. Graduada en Enfermería. Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. Máster en Gerontología y Salud en la tercera edad. Enfermera en el Centro de Salud de Cedrillas. Teruel. España.
2. Graduada en Enfermería. Máster en Gerontología y Salud en la tercera edad. Enfermera en el Centro de Salud de Mora de Rubielos. Teruel. España.

*Autor para correspondencia.
Correo electrónico: anaalquezar@hotmail.com (Ana Alquézar Pérez).

Recibido el 9 de diciembre de 2019; aceptado el 24 de abril de 2020.

Caídas en ancianos institucionalizados

Falls in institutionalized elderly

RESUMEN

Objetivos: Conocer la incidencia de caídas en personas mayores institucionalizadas valorando características del anciano y de la caída, consecuencias y recurrencias. **Metodología:** estudio observacional, descriptivo, prospectivo. La población diana son las 393 personas mayores de una residencia de ancianos de Teruel, incluyendo a los mayores de 65 años. Los datos recogidos se analizaron con el programa estadístico SPSS 20. **Resultados:** durante el seguimiento, se registraron 146 caídas sufridas por 80 personas mayores; más de la mitad habían sufrido una caída previa al seguimiento y más de una tercera parte sufrió más de una caída durante los meses de seguimiento. El 87% de los accidentados eran mayores de 80 años. Predominaron las caídas en el sexo femenino, en el dormitorio y por la tarde. Más del 70% de los casos no tuvieron consecuencias. Más del 80% las personas estaban polimedizadas. **Conclusiones:** conocer las características de las personas mayores institucionalizadas que se caen es fundamental para poder aplicar medidas preventivas frente a este síndrome geriátrico por su alta prevalencia en esta población.

PALABRAS CLAVE: Caídas, ancianos, institucionalizado, personas mayores.

ABSTRACT

Objectives: To know the incidence of falls in institutionalized old people assessing the characteristics of the elderly and the fall, consequences and recurrence. **Methodology:** observational, descriptive, prospective study. The target population is 393 old people of a residence for elderly people in Teruel, we included over 65 years. The collected data were analyzed with the statistical program SPSS 20. **Results:** during the follow-up, there were 146 falls suffered by 80 old people; more than half had suffered a fall before follow-up and more than a third suffered more than one fall during the follow-up months. 87% of the injured were over 80 years old. Predominated falls in the female sex, in the bedroom and in the afternoon. More than 70% of the cases had no consequences. More than 80% were polymedicated. **Conclusions:** knowing the characteristics of institutionalized old people who fall is essential to be able to apply preventive measures against this geriatric syndrome due to its high prevalence in this population.

KEYWORDS: falls, elderly, institutionalized, old people.

■ INTRODUCCIÓN

Las caídas se definen, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), como “acontecimientos involuntarios que hacen perder el equilibrio y dar con el cuerpo en tierra u otra superficie firme que lo detenga” o “consecuencia de cualquier acontecimiento que precipite al paciente al suelo en contra de su voluntad”. Son un importante problema mundial de salud pública además de tener una considerable repercusión socioeconómica¹.

Se calcula que anualmente se producen 646 000 caídas mortales, siendo la segunda causa de muerte a nivel mundial por lesiones accidentales y no intencionales, por detrás de los traumatismos por accidente de vehículo. Cada año se producen 37,3 millones de caídas que, aunque no sean mortales, requieren atención médica^{1,2}.

Los grandes síndromes geriátricos son un conjunto de cuadros, originados por la conjunción de una serie de enfermedades que alcanzan una enorme prevalencia en el anciano y que son origen frecuente de incapacidad funcional o social. Las caídas constituyen uno de los síndromes geriátricos más importantes, así como un factor de fragilidad, por su elevada incidencia en este sector de la población y, sobre todo, por las consecuencias que acarrearán (lesiones de diferente gravedad, incluso la

muerte) y las repercusiones que provocan en el anciano (pérdida funcional, institucionalización, etc.)^{3,4}.

La edad es uno de los principales factores de riesgo de las caídas; en pacientes de 65 años, la prevalencia es del 30% y aumenta progresivamente hasta llegar al 50% en mayores de 80 años, siendo todavía mayor el número de caídas en ancianos institucionalizados, a pesar de las medidas que se adoptan para prevenirlas. La magnitud del riesgo se debe, al menos en parte, a los problemas físicos (alteraciones de movilidad, inactividad física, pérdida de equilibrio), trastornos sensoriales (déficits visuales) y problemas cognitivos relacionados con el envejecimiento, así como a la falta de adaptación del entorno a las necesidades de la población de edad avanzada y a efectos colaterales de los medicamentos (principalmente: narcóticos, hipnóticos, ansiolíticos, vasodilatadores, diuréticos, antidepresivos, betabloqueantes, digitales) y la polimedización, definida como la toma de más fármacos de los clínicamente apropiados, considerándose así la ingesta diaria de cinco o más fármacos. La mitad de las personas mayores que se caen lo hacen repetidas veces durante un periodo de 12 meses, reinciden¹⁻⁵.

Por todo ello, pretendemos conocer la incidencia, factores que influyen y características de las caídas, y las recurrencias ocurridas durante

un seguimiento de 4 meses (marzo a junio de 2019) en las personas mayores institucionalizadas en una residencia de Teruel, y así poder ver cómo prevenir algunas de ellas.

■ OBJETIVOS PRINCIPALES

Conocer la incidencia de caídas ocurridas en personas mayores institucionalizadas, valorando características del anciano y de la caída, consecuencias y recurrencias de las mismas.

■ OBJETIVOS SECUNDARIOS

Comparar los datos obtenidos con los de otras poblaciones españolas.

■ METODOLOGÍA

Se trata de un estudio observacional, descriptivo, prospectivo. La población estudiada son las 393 personas mayores de una residencia de ancianos de Teruel, de las cuales 55 son autónomos y 338 dependientes. Se incluyó a los mayores de 65 años, garantizando siempre la confidencialidad de los datos recogidos y habiendo hablado con la dirección del centro planteando el trabajo que se pretendía llevar a cabo.

A lo largo de los meses de seguimiento se realizó el registro de las caídas por parte del personal de enfermería del centro: lugar, momento del día y consecuencias de la caída, y además se recopiló después todos los datos que se necesitaban para el estudio a partir de las historias clínicas: fecha de nacimiento, sexo, patologías crónicas conocidas, medicación habitual, presencia de déficit visual y/o vértigos, alteraciones de la movilidad, reincidencia de caídas (considerándose recidiva las caídas en el último año) (Anexo 1).

Los lugares se han clasificado dividiendo en diferentes estancias la residencia: habitación o cama, cuarto de baño, comedor o sala de estar, pasillos o calle.

El momento del día se recogió dividiendo según los turnos de trabajo en mañana (8-15 h), tarde (15-22 h) y noche (22-8 h).

Para las patologías recogidas, se han hecho grupos por sistemas corporales, clasificándolas en enfermedades cardiovasculares, endocrino-metabólicas, respiratorias, digestivas, renales-urinarias, osteoarticulares, neurológicas, de salud mental.

Según los fármacos que consumen se han clasificado en polimedificados (5 o más medicamentos) o no polimedificados.

Además de esas variables, se ha creado la variable edad a partir de la fecha de nacimiento para poder agrupar a los participantes por grupos de edad: mayores de 65, mayores de 75 y mayores de 80 años y poder así comparar por rangos de edad.

Para el análisis de los datos se ha utilizado el paquete estadístico SPSS 20, codificando numéricamente a cada participante.

Para analizar las variables cuantitativas se ha obtenido su media y desviación estándar y para las variables cualitativas se presentan frecuencias en forma de porcentaje.

■ RESULTADOS

Durante el seguimiento, del total de 393 personas mayores, se registraron 146 caídas sufridas por 80 de ellos, lo que quiere decir que sufrieron una caída el 20,36%. Durante esos meses de observación, el 38,75% sufrió más de una caída. Más de la mitad, el 58,75% de esas 80 personas

mayores, había sufrido una caída previa al seguimiento (considerando los últimos 12 meses). Algo más de la mitad, 52,7%, fueron de sexo femenino.

La media de edad de las personas mayores que sufrieron una caída fue de 86,67 años con una desviación típica de 6,09; el 87% de los accidentados era mayor de 80 años.

El 71,23% de los casos, 104 de las caídas, no tuvieron consecuencias; cuando las hubo, fueron heridas o hematomas sin mayor importancia, atendidas en la residencia, excepto dos de ellas, el 1,37%, que fueron trasladados al hospital: una fractura de cadera y un traumatismo craneoencefálico. El 83,6% tomaba cinco o más fármacos al día.

El 73,3% tenía alteraciones de la movilidad, consideradas como el uso de algún dispositivo de ayuda: bastón o muletas, andador o silla de ruedas.

Más de la mitad de las personas mayores que tuvieron una caída tenían déficit visual, el 56,2%; solo el 12,3% padecía vértigos o mareos.

El lugar más frecuente de accidentes fue el dormitorio y el horario el vespertino (entre las 15 y las 22 horas).

Todas las personas mayores padecían una o varias enfermedades crónicas; cabe destacar que casi el 90% de los que cayeron padecía alguna enfermedad cardiovascular y que el 70,5% sufría algún tipo de alteración neurológica.

■ DISCUSIÓN

El hecho de conocer las características de las personas mayores institucionalizadas que se caen, como hemos hecho en este trabajo, es fundamental para poder establecer y orientar las intervenciones preventivas frente a las caídas, pues las caídas tienen una alta prevalencia en dicha población, a pesar de que son lugares en principio con más adaptaciones, mejores condiciones y menos barreras arquitectónicas.

En el presente estudio sufrieron caídas el 20,36% de las personas mayores durante el seguimiento, un porcentaje menor que el observado en otros estudios⁶⁻¹⁰. Más de la mitad, el 58,75%, era recurrente y el 38,75% sufrió más de una caída durante los meses de seguimiento, datos más variables según el estudio que se observe^{6,8-11}.

Podemos ver como, por lo general, las caídas aumentan conforme aumenta la edad; caen más los mayores de 80 años, tanto en este trabajo como en otros revisados, seguramente por el aumento de patologías unidas al propio envejecimiento^{2,6-10,12,13}; aunque encontramos el caso en el que se registran más caídas en menores de 75 años, probablemente por tener mayor movilidad y no darse cuenta de que sus limitaciones son cada vez mayores¹¹.

Por lo general, la mayoría de las caídas registradas tanto en el presente estudio como en el resto no tienen consecuencias importantes. Probablemente debido a que en muchas ocasiones son pérdidas del equilibrio o por la dificultad de movimiento que las personas mayores tienen sin ser una precipitación de importancia^{6-8,11,13}.

En el análisis de este estudio, al igual que ocurre en la mayoría de los estudios realizados en instituciones, la proporción de caídas es mayor en el sexo femenino. Esto puede deberse a la mayor esperanza de vida, pero con peor calidad, y/o a que el número de mujeres en las residencias suele ser algo mayor^{2,6-8,10,11-13}.

En este estudio hubo mayor incidencia de caídas por la tarde, mientras que la mayor parte de las caídas en el resto de los trabajos revisados se producen por la mañana, probablemente por la mayor actividad en horario diurno, incluso quizá por las diferentes cargas de trabajo según turno y/o cantidad de personal^{6-8,10,12,13}. El lugar difiere algo más entre unos estudios y otros; en este trabajo y en algún otro es en la habitación,

probablemente porque es ahí donde permanecen más tiempo solos^{6,11,12}, mientras que en otros se producen en las zonas comunes.

En el presente estudio se puede comprobar que la proporción de personas mayores polimedizadas es alta, un 83,6%; este factor se suele relacionar con las caídas, aunque no siempre se consigue demostrar significativamente su relación, al intervenir también factores como patologías, dosis, duración del tratamiento, interacciones, etc. Este hecho nos alerta de la necesidad de reevaluar periódicamente y valorar la adecuación de los medicamentos consumidos por la persona mayor, ya que muchos fármacos son prescritos y se mantienen de forma crónica sin valorar su idoneidad tras la evolución del proceso por el que se recetaron^{6,9}.

Hubiera sido interesante recopilar datos de las personas mayores que no cayeron para poder comparar si existe o no relación de las caídas con los factores de riesgo recogidos (polimedicación, alteraciones de la movilidad, déficit visual, deterioro cognitivo, etc.) o si los no accidentados presentaban factores protectores (actividad física habitual, índice de masa corporal menor, etc.)^{6,9}.

También hubiera sido interesante recoger si tras la caída presentaron síndrome poscaída o síndrome de Kennedy, miedo a volverse a caer, que vemos que en los estudios donde se ha tenido en cuenta es elevado^{2,13}.

■ CONCLUSIONES

Conocer las características de las personas mayores institucionalizadas que se caen es fundamental para poder aplicar medidas preventivas frente a este síndrome geriátrico por su alta prevalencia en esta población. Asimismo, es fundamental considerar el riesgo de caídas al ingreso en las residencias realizando una valoración geriátrica integral, que tenga en cuenta todas las esferas de la persona mayor.

Las personas mayores institucionalizadas que sufren más caídas son las mujeres frente a los hombres, predominando el rango de edad de mayores de 80 años. Existe alto porcentaje de recurrencias.

La mayoría de las caídas suelen ser sin consecuencias, predominando las ocurridas en dormitorio ■

Conflicto de intereses

Las autoras declaran no tener conflicto de intereses.

Agradecimientos

Agradecemos a la dirección de la Residencia de personas mayores Javalambre de Teruel que nos permitiera realizar este estudio.

Anexo 1. Registro de caídas

Fecha de nacimiento:

Sexo: Hombre Mujer

Patologías:

N.º de fármacos diferentes que toma al día:

Presencia de: Déficit visual Vértigos o mareos Alteración de la movilidad: Camina sin ayuda
 Bastón
 Andador
 Silla de ruedas

Lugar de la caída: Cama-dormitorio Baño Comedor-sala de estar Pasillos Calle

Momento del día: Mañana Tarde Noche

Consecuencias de la caída (especificar lugares): Sin consecuencias Herida Fractura Pérdida de conocimiento
 Otros:

Caídas previas: Sí No

■ BIBLIOGRAFÍA

- Organización Mundial de la Salud [sede web]. Enero 2018; [acceso 3 de diciembre de 2019]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/es/>
- Alba LH. Caídas en el adulto mayor. Med Fam Puj. Julio 2012; [acceso 3 de diciembre de 2019]. Disponible en: <https://preventiva.wordpress.com/2012/07/16/caidas-en-el-adulto-mayor/>
- Amela L. Caídas en personas mayores: riesgos, causas y prevención. Geriatricare. [artículo en internet]. Marzo 2016; [acceso 3 de diciembre de 2019]. Disponible en: <http://geriatricare.com/caidas-en-personas-mayores-riesgos-causas-y-prevencion/>
- Gómez AE. Grandes síndromes geriátricos. Farmacia Profesional. 2005;19(6):70-4. [Acceso 3 de diciembre de 2019]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-grandes-sindromes-geriatricos-13076255>
- Diz-Lois Martínez F, Fernández Álvarez O, Pérez Vázquez C. El paciente polimedizado. Galicia Clin. 2012;73(Supl.1):S37-41.
- Petronila-Gómez L, Aragón-Chicharro S, Calvo-Morcueda B. Caídas en ancianos institucionalizados: valoración de riesgo, factores relacionados y descripción. Gerokomos. 2017;28(1):2-8.
- Aranda-Gallardo M, Morales-Asencio JM, Enríquez de Luna-Rodríguez M, Vázquez-Blanco MJ, Morilla-Herrera JC, Rivas-Ruiz JC, et al. Characteristics, consequences and prevention of falls in institutionalised older adults in the province of Malaga (Spain): a prospective, cohort, multicentre study. BMJ Open. 2018; 8(2):e020039. [Acceso el 3 de diciembre de 2019]. Disponible en: [10.1136/bmjopen-2017-020039](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020039)
- Aldana-Díaz A, Díaz-Grávalos GJ, Alonso-Payo R, Andrade-Pereira V, Gil-Vázquez C, Álvarez-Araujo S. Incidencias y consecuencias de las caídas en ancianos institucionalizados. Cad Aten Primaria. 2008;15:14-7.
- Díaz-Grávalos GJ, Gil-Vázquez C, Andrade-Pereira V, Alonso-Payo R, Álvarez-Araujo S, Reinoso-Hermida S. Factores asociados con la aparición de caídas en ancianos institucionalizados: un estudio de cohortes. RevEspGeriatrGerontol. 2009;44(6):301-4. [Acceso 3 de diciembre de 2019]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0211139X09002285?via%3Dihub>
- Carrera Martínez D, Braña Marcos B. Evaluación de caídas en ancianos institucionalizados [resumen]. Metas Enferm. 2012;15(3):58-62.
- Luque Giménez N. Estudio de las caídas en personas mayores de 65 años que se encuentran institucionalizadas en una residencia de Zaragoza durante el año 2011 [Trabajo fin de Máster]. Zaragoza Unizar; 2012; [acceso 3 de diciembre de 2019]. Disponible en: <https://zaguan.unizar.es/record/8779/files/TAZ-TFM-2012-702.pdf>
- Samper Lamencas B, Allona López S, Cisneros Larrea L, Navas Ferrer C, Marín Labanda R. Análisis de las caídas en una residencia de ancianos y de la influencia del entorno. Gerokomos. 2016;27(1):2-7.
- Pellicer García B, Juárez Vela R, Delgado Sevilla D, Redondo Castan LC, Martínez Abadía B, Ramón Arbués E. Caídas en ancianos válidos institucionalizados. Rev ROL Enferm. 2013;36(12):800-8.