

DOI: <https://doi.org/10.56712/latam.v4i3.1130>

Caídas en el adulto mayor, en relación a su salud y capacidad funcional

Falls in the elderly, in relation to their health and functional capacity

Gabriel Gerardo Suarez Alemán

Suag71@hotmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-1593-9665>

Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Coahuila

Torreón, Coahuila – México

Víctor Manuel Velasco Rodríguez

victorvelasco07@gmail.com

Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Coahuila

Torreón, Coahuila – México

María de Lourdes Limones Aguilar

Lourdeslimones63@gmail.com

Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Coahuila

Torreón, Coahuila – México

Zulema Pereyra Navarro

suag03@gmail.com

Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Coahuila

Torreón, Coahuila – México

Artículo recibido: 23 de agosto de 2023. Aceptado para publicación: 16 de septiembre de 2023.

Conflictos de Interés: Ninguno que declarar.

Resumen

La caída se define como la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al individuo al suelo, contra su voluntad. Es un fenómeno frecuente que afecta a una gran proporción de la población adulta mayor. Las caídas son de índole multifactorial. Las caídas, son la causa principal de accidentes en ancianos, ocupan el séptimo lugar como causa de muerte en personas de edad avanzada. La caída es un síntoma frecuente, asociado a una elevada morbilidad en el adulto mayor y suele conducir a la internación en clínicas u otras instituciones. Las enfermedades crónicas degenerativas constituyen factores de riesgo para las caídas en las personas mayores. Se considera que el riesgo de caer es mayor, mientras mayor sea el número de factores de riesgo existentes, siendo el paciente con algún nivel de deterioro funcional y mental quien tiene más probabilidades de sufrir caídas y que éstas ocurrirían dentro o fuera, de su sitio habitual de residencia. Es importante mencionar que la capacidad funcional es definida como la habilidad de mantener las actividades físicas y mentales necesarias en el adulto mayor, lo que significa poder vivir sin ayuda para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, se considera que el concepto de salud del adulto mayor está relacionado a la capacidad funcional, y consecuentemente una autonomía e independencia en sus actividades cotidianas.

Palabras clave: adulto mayor, caídas, salud, capacidad funcional

Abstract

The fall is defined as the consequence of any event that precipitates the individual to the ground, against his will. It is a frequent phenomenon that affects a large proportion of the elderly population. Falls are multifactorial in nature. Falls, the leading cause of accidents in the elderly, rank seventh as the cause of death in the elderly. Falling is a frequent symptom, associated with high morbidity and mortality in the elderly and usually leads to hospitalization in clinics or other institutions. Chronic degenerative diseases that constitute risk factors for falls in the major pronases. It is considered that the risk of falling is greater, the greater the number of existing risk factors, being the patient with some level of functional and mental deterioration the one who is more likely to suffer falls and that these would occur inside or outside their site usual residence. It is important to mention that functional capacity is defined as the ability to maintain the necessary physical and mental activities in the elderly, which means being able to live without help for the basic and instrumental activities of daily life, it is considered that the concept of health of the elderly is related to functional capacity, and consequently autonomy and independence in their daily activities.

Keywords: older adults, falls, health, functional capacity

Todo el contenido de LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades, publicados en este sitio está disponibles bajo Licencia Creative Commons . 

Como citar: Suarez Alemán, G. G., Velasco Rodríguez, V. M., Limones Aguilar, M. de L., & Pereyra Navarro, Z. (2023). Caídas en el adulto mayor, en relación a su salud y capacidad funcional. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades* 4(3), 1051 – 1058. <https://doi.org/10.56712/latam.v4i3.1130>

INTRODUCCIÓN

La caída se define como la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al individuo al suelo, contra su voluntad. Es un fenómeno frecuente que afecta a una gran proporción de la población adulta mayor. (De Santillana et al. 2002). En la actualidad existe un amplio acuerdo en cuanto al enfrentamiento de la problemática del envejecimiento, que toma en cuenta la relación soma-psiuis, punto de partida insoslayable para elaborar un diagnóstico y tratamiento certeros, así como para orientar las medidas de promoción de salud y prevención en la tercera edad, de manera que se logren más altos niveles de calidad de vida. Los accidentes ocupan el séptimo lugar como causa de muerte de ancianos. Las caídas, es la principal causa de accidentes en ancianos, frecuentemente no tienen desenlaces fatales, pero con afectación a la salud y la calidad de vida del adulto mayor. Las consecuencias normales y patológicas del envejecimiento incrementa el número de caídas, y comprenden cambios visuales, como la disminución de la percepción de la profundidad, la susceptibilidad al deslumbramiento, la disminución de la agudeza visual, y las dificultades en la acomodación a la luz; cambios neurológicos como la pérdida del equilibrio y de la propiocepción, así como aumento en el tiempo de reacción; modificaciones cardiovasculares, que originan hipoxia cerebral e hipotensión postural, cambios intelectuales, entre estos los de confusión, pérdida del juicio, conducta impulsiva y modificaciones músculos-esqueléticas, que abarcan posturas incorrectas y disminución de la fuerza muscular. (Díaz et al., 1999). La caída es un síntoma frecuente, asociado a una elevada morbilidad en el adulto mayor y suele conducir a la internación en clínicas u otras instituciones. Un quinto de los adultos mayores de entre 65 a 69 años, y hasta dos quintos de los mayores de 80, relatan al menos una caída en el último año. El 80% de las caídas se producen en el hogar y el 20% restante fuera del él; la gran mayoría de ellas no son reportadas. (Espínola et al., 2000). Las enfermedades crónicas que se adquieren con los años, tanto per se o por sus tratamientos, pueden asociarse con las caídas. Entre ellas se destacan las patologías: Cardiovasculares: las valvulopatías, las arritmias, la cardiopatía isquémica, hipertensión arterial, y la hipotensión ortostática; éstas incrementan el riesgo de caídas por hipoflujo cerebral, sumado a alteraciones de barorreceptores. (Cauley et al., 213; Burton et al., 2013) Articulares: el dolor, la inestabilidad articular y las posiciones articulares viciosas (especialmente pie y rodilla) favorecen las caídas. Una de ellas es la osteoartritis de rodilla, que es una de las causas más comunes de dolor y de discapacidad en el adulto mayor. Los trastornos articulares se asocian a caídas. (Jahn et al., 2010; Shulman et al., 2013). Trastornos cognitivos o psíquicos: la demencia y/o la depresión son patologías frecuentes en los ancianos. La deambulación requiere la integridad y preservación de las funciones cognitivas y un estado anímico aceptable para ser llevada a cabo en forma adecuada y correcta, pues implica tareas de planificación y control que se ven alteradas en estas situaciones. (Montero et al., 2004)

Alteraciones visuales: se establecen los siguientes problemas oftalmológicos: por ejemplo, disminución de la agudeza visual (maculopatías, cataratas, visión monocular), alteraciones de la percepción como la diplopía o de la visión de los colores y de la acomodación del ojo (mala adaptación a la oscuridad e intolerancia a la luz). Estas disfunciones patológicas comprometen la marcha que es insegura y por consecuencia generan caídas. Neurológicas: ciertas enfermedades neurológicas de origen central provocan alteraciones en la marcha secundarias a alteraciones del tono muscular, plejías o paresias. En las patologías neurológicas periféricas la disfunción en la marcha es secundaria a la alteración de la sensibilidad profunda y/o superficial. Se considera población de riesgo a los adultos mayores, que padecen las secuelas de los accidentes vasculocerebrales, la enfermedad de Parkinson, la hidrocefalia normotensiva, la epilepsia, las neuropatías periféricas inducidas por diabetes mellitus, o el alcohol. (El- Khoury et al., 2013). Urológicas: se asume que la incontinencia urinaria y/o nocturia se relacionan a un mayor riesgo de caídas debido a los despertares múltiples, nocturnos, y la necesidad recurrente

del uso del baño que provocaría apremio en la marcha y mayor predisposición a conductas inadecuadas que aumentan el riesgo de caer, por ejemplo, deambular a oscuras y sin calzado. (Pompei et al., 2006; Tinetti et al., 1988), Un relevamiento exhaustivo de las enfermedades mencionadas en la historia clínica permite detectar la población de alto riesgo de padecer caídas. Por otro lado es importante mencionar que las causas que originan caídas en los AM suele ser multifactorial, en la que participan "factores intrínsecos" que son aquellos relacionados con el anciano (fisiológicos o patológicos), como lentitud en los reflejos posturales, enfermedades orgánicas y deterioro funcional, psicológicos o la polifarmacia (especialmente psicofármacos e hipotensores) y por otra parte "factores extrínsecos" (ambientales) como una mala iluminación, objetos que faciliten un tropiezo o resbalón, etc. (González et al., 2001). Muchos de estos factores son al menos parcialmente corregibles al ser pesquisados en la evaluación clínica. Se menciona que el riesgo de caer es mayor, mientras mayor sea el número de factores de riesgo existentes, con la presencia de algún nivel de deterioro funcional y mental quien tiene más probabilidades de sufrir caídas y que éstas ocurrirían fundamentalmente, en su sitio habitual de residencia.

Es importante mencionar que la capacidad funcional es definida como la habilidad de mantener las actividades físicas y mentales necesarias al adulto mayor, lo que significa poder vivir sin ayuda para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria (Silva et al., 2006; Fiedler et al., 2008). Su comprometimiento tiene implicaciones importantes para el adulto mayor, familia, comunidad y el sistema de salud, una vez que la incapacidad ocasiona mayor vulnerabilidad y dependencia en la vejez, contribuyendo, así, con una disminución del bienestar y de la calidad de vida de los adultos mayores. Entre las incapacidades, se menciona el evento de caídas en el adulto mayor, con mención en estudios nacionales e internacionales por ser considerado un incidente que afecta directamente la capacidad funcional de los mismos (Fabricio et al., 2004). Puede ser considerada un tipo de accidente doméstico inesperado no intencional en que el cuerpo del individuo pasa para un nivel más bajo en relación a la posición original, con la incapacidad de corrección en tiempo hábil condicionada a factores intrínsecos (inherentes al propio adulto mayor) y extrínsecos (relacionados al medio ambiente); es la segunda causa de mortalidad por lesiones accidentales y no accidentales (Aguilar et al., 2009; OMS, 2010). Las repercusiones de las caídas pueden ser desde las más simples (tipo excoriación), hasta las más complicadas como disminución de ciertas actividades, síndrome del miedo de caer, declinó en la salud, lo que genera demanda de cuidados de larga duración. (Jahana et al., 2007). En la revisión de la literatura, se corrobora que el tema caído versus dependencia/independencia es poco discutido en la disciplina de enfermería, sin embargo, se pondera que el concepto de salud del adulto mayor está estrechamente relacionado a la capacidad funcional. Así, por medio de la aplicación del Índice de Katz y de la Escala de Lawton y Brody en el adulto mayor, es factible evaluar si la caída puede ser causal en la disminución de la capacidad funcional tanto para las actividades básicas de la vida diaria (ABVDs), como para las instrumentales de la vida diaria (AIVDs) y, consecuentemente, pérdida de su independencia e implicaciones en la autonomía y en la calidad de vida. (Jahana et al., 2007; Zecevic et al., 2006).

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio transversal en población abierta de 94 adultos mayores de 60 años de edad, seleccionados aleatoriamente. Se incluyen mayores de 60 años que acepten participar, se excluyen los que tengan puntuación del mini-mental 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 comorbilidad presente, edad, sitio de caídas, uso de aditamento (Bastón), edad, y dependencia.

RESULTADOS

Se estudiaron 94 adultos mayores, con una edad media de 70.4 ± 7.57 años, de los cuales el 54% (51) son mujeres, 46% (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, aunque los únicos que se asociaron significativamente fueron tener hipertensión o edad > 71 años. El sitio más frecuente donde ocurrió la caída fue en domicilio.

Tabla 1

Asociación de caídas con diferentes variables. Las variables hipertensión y edad fueron las más significativas con mayor riesgo de caídas

		Caída	No caída	OR (IC95 %)	P
Hipertensión	Si	53	15	1.92 (1.01-3.61)	0.05
	No	15	11		
Traumatismo	Si	19	2	4.75 (1.02-22.09)	0.031
	NO	48	24		
Edad	< 70	39	21	3.12 (1.07-9.26)	0.035
	$71 \text{ o } >$	29	5		
Sitio de caída	Casa	55	0	5.321 (3.28-8.52)	0.000
	Fuera	13	26		

Tabla 2

Asociación de caídas relacionadas con el uso de bastón. Se caen más los que utilizan bastón (25%) que los que no lo utilizan, (7.7%), aunque la diferencia no fue significativa

	Caídas	No caídas	OR	P
Uso de bastón	24	2	4.00 (0.86-18.72)	0.062
No usa bastón	51	17		

DISCUSIÓN

Las caídas son la principal causa de lesiones en adultos de 65 años o más. En el presente estudio realizado con adultos mayores encontramos un 72% de sujetos que refirieron alguna caída en el último año, este resultado es superior en relación a lo referido por otros autores (Alcolea-Ruiz, et al., 2021), que reportan El 25% de su muestra refirieron haber caído en el último año. En nuestro estudio las variables hipertensión y edad fueron las más significativas con mayor riesgo de caídas lo cual coincide con lo publicado por (Reyes, et al., 2023) donde encontraron comorbilidades, 96.4% refirió padecer alguna enfermedad, predominando la hipertensión arterial con 39.2%, seguido de diabetes mellitus 2, con 23.9% y una combinación de ambas con un 18.5%; en lo referente a la polifarmacia el 88.7% refirió consumir menos cinco medicamentos al día y solo el 11.3% toma más de cinco medicamentos diarios, variables que guardan una asociación significativa para que se produzcan eventos adversos como las caídas. La edad de nuestra población de estudio es una edad media de 70.4 ± 7.57 años, la edad es un factor de riesgo presente en nuestro análisis, numerosos estudios ponen de manifiesto que existe una relación entre la edad y la posibilidad de caer, constituyendo el envejecimiento un factor de riesgo (Martínez et al., 2020). Los factores que tienen relación causal con caídas en el adulto mayor son múltiples y generalmente existen más de uno, que tienen que ver con el estado de salud, competencia y funcionalidad del adulto mayor, sus habilidades y las condiciones del

medio ambiente, tanto dentro como fuera de casa (Leiva et al., 2015), así como a la interacción entre los distintos factores (Hill et al., 2009). En lo referente al sitio de caídas, el domicilio fue el de mayor significancia con el 58 % lo cual coincide con lo reportado por (Silva et al., 2019), que refiere de manera desglosada el sitio de caídas más frecuentes dentro del hogar, caídas en la sala (25.0%), recámara (22.7%), baño (15.9%), comedor (6.8%), cocina (4.5%), escaleras y patio (2.3%), respectivamente. Fuera de casa; en la calle (18.2%). En el presente estudio se aprecia que de las personas que tuvieron caídas, el 25% utilizaban bastón, mientras que el 54 % no usa este aditamento pero si refiere haber tenido caídas sin el uso de bastón, estos resultados contrastan con un estudio realizado en Chile por (Leiva et al., 2017), ya que el bastón es un medio de apoyo, un dispositivo de ayuda para caminar, por lo que esperaríamos menos caídas en quienes utilizan el bastón, sin embargo, depende mucho de las condiciones de su uso, por ejemplo, en un estudio en Chile, entre personas que se les adiestró en el uso del bastón, solo el 7,8% refirió que utiliza el bastón cuando se moviliza dentro de la casa, el 45,3% cuando se moviliza fuera de la casa, el 46,9% cuando se moviliza por todas partes; y el 48,4% expresó que no le agrada utilizar el bastón. El 41 % de los sujetos pertenecientes a este estudio, presentaron dependencia física, este resultado es superior a lo reportado por (Hernández et al., 2020) en un estudio realizado en adultos mayores asociado a riesgo de caídas en el hogar, el cual reporta dependencia del 31.6 %, lo cual hace evidente que, a mayor presencia de factores de riesgo presentes en una población, será mayor la posibilidad de caídas en los adultos mayores, y consecuentemente el grado de dependencia. La OMS, menciona que la capacidad funcional comprende las capacidades que permite al adulto mayor, ser y hacer lo que es importante para ellos, y que la capacidad funcional es influenciada por aspectos físicos, psíquicos y sociales. (OMS, 2018)

CONCLUSIONES

Los factores asociados a caídas en el adulto mayor son de tipo multifactorial, las estrategias preventivas deben hacer hincapié en la educación, prevención, y la capacitación, la creación de entornos más seguros, y el establecimiento de políticas eficaces pueden reducir los riesgos de caídas. El objetivo primordial en gerontología, en el cuidado a los adultos mayores, es el mantenimiento y funcionalidad de la independencia y autonomía para las actividades básicas de la vida diaria, lo que puede estar directamente relacionado a la calidad de vida.

Las caídas son un grave problema de salud que las personas mayores, inevitablemente enfrentan y que, por lo mismo, deben ser consideradas a través de programas o intervenciones efectivas que reduzcan el riesgo a caer. En este sentido, este tipo de estudio de factores de riesgo modificable que se relacionan con las caídas en los adultos mayores, y por ende pérdida de la funcionalidad y de lo que ella deriva, podrían ayudar a identificar poblaciones vulnerables y focalizar acciones orientadas a disminuir o prevenir las caídas a través del autocuidado.

REFERENCIAS

Alcolea-Ruiz, N., Alcolea-Ruiz, S., Esteban-Paredes, F., Beamud-Lagos, M., Villar-Espejo, M. T., & Pérez-Rivas, F. J. (2021). Prevalencia del miedo a caer y factores asociados en personas mayores que viven en la comunidad. *Atención Primaria*, 53(2), 101962.

Aguilar CF, Assis M. (2009) Perfil de mulheres idosas segundo a ocorrência de quedas: estudo de demanda no Núcleo de Atenção ao idoso da UNATI/UERJ. *Rev Bras Geriatr Gerontol*; 12(3):391-404.

Burton E, Lewin G, Clemson L, Boldy D. (2013) Effectiveness of a lifestyle exercise program for older people receiving a restorative home care service: a pragmatic randomized controlled trial. *Clin Interv Aging*, 8:1591-601.

Cauley JA, Harrison SL, Cawthon PM, et al. (2013) Objective measures of physical activity, fractures and falls: the osteoporotic fractures in men study. *J Am Geriatr Soc*, 61:1080-8.

Díaz Oquendo, D., Barrera García, A. C., & Pacheco Infante, A. (1999). Incidencia de las caídas en el adulto mayor institucionalizado. *Revista Cubana de enfermería*, 15(1), 34-38.

de Santillana Hernández, S. P., Moctezuma, L. E. A., Beltrán, G. R. M., Ortega, G. G., Espinoza, R. M. C. G., & González, R. M. C. (2002). Caídas en el adulto mayor. Factores intrínsecos y extrínsecos. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 40(6), 489-493.

Espínola, H. (2000). Caídas en el adulto mayor. *Boletín de la pontificia Universidad Católica de Chile*, 29, 1-5.

El-Khoury F, Cassou B, Charles MA, DargentMolina P. (2013) The effect of fall prevention exercise programmes on fall induced injuries in community dwelling older adults: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ*, 347:f6234.

Fiedler MM, Peres KG. (2008) Capacidade funcional e fatores associados em idosos do Sul do Brasil: um estudo de base populacional. *Cad Saúde Pública*. 24(2):409-15.

Fabricio, S.C.C., Rodrigues, R.A.P.; Costa, M.L.J. (2004) Falls among older adults seen at a São Paulo State public hospital: causes and consequences. *Rev Saúde Pública*;38(1):93-9.

González, G., Marín, P. P., & Pereira, G. (2001). Características de las caídas en el adulto mayor que vive en la comunidad. *Revista médica de Chile*, 129(9), 1021-1030.

Hernández Ramírez, M., Juárez Flores, C. A., Báez Alvarado, M. D. R., Lumbreras Delgado, I., & Banderas Tarabay, J. A. (2020). Valoración de la dependencia funcional en adultos mayores asociado a riesgo de caídas en el hogar. *Horizonte sanitario*, 19(1), 153-165.

Hill, E.E., Nguyen, T.T., Shaha, M., Wenzel, J.J., De Forge, B.R., y Spellbring, A.M. (2009) Person-environment interactions contributing to nursing home resident falls. *Research in Gerontological Nursing*, 2(4), 287-296.

Jahana KO, Diogo MJDE. (2007) Quedas em idosos: principais causas e consequências. *Cienc Saúde Colet*;4(17):148-53.

Jahn K, Zwergal A, Schniepp R. (2010) Gait disturbances in old age: Classification, diagnosis, and treatment from a neurological perspective. *Dtsch Arztebl Int*, 107:306-16.

Leiva, J., León, J., y Cortes, J. (2017) Uso de bastón y caídas en adultos mayores chilenos de la comunidad. *Ciencia y Enfermería*, 23(3), 11-21.

Leiva, J.A., Salazar, B.C., Gallegos, E.C., Gómez, M.V., y Hunter, K.F. (2015). Connection between competence, usability, environment and risk of falls in elderly adults. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 23(6), 1139-1148.

Montero-Odasso M, Schapira M, Varela C, et al. (2004) Gait velocity in senior people. An easy test for detecting mobility impairment in community elderly. *J Nutr Health Aging*, 8:340-3.

Martínez González, B. M., Hernández Falcón, N., Díaz Camellón, D. J., Arencibia Márquez, F., & Morejón Milera, A. (2020). Envejecimiento y caídas. Su impacto Social. *Revista Médica Electrónica*, 42(4), 2066-2077.

Organización Mundial de Salud (2010). Caídas, nota descriptiva n 344. [acceso 24 fev 2011] Disponible em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/es/>.

Organización Mundial de Salud. (26 de abril de 2018). Caídas. Datos y cifras. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/falls>

Pompei P, Murphy JB (2006). Gait impairment and falls. *geriatrics review syllabus; A core curriculum in geriatric medicine*, 6th ed. New York: American Geriatrics Society, p. 195-209.

Reyes, R. J. T., Maytorena, R. S., Núñez, J. R. G., Ríos, M. I. A., Zazueta, A. G. A., & Herrera, G. O. (2023). Deterioro cognitivo y riesgo de caídas en adultos mayores en Culiacán Sinaloa México. *Dilemas contemporáneos: Educación, Política y Valores*

Shulman LM, Katzel LI, Ivey FI, Sorkin JD. (2013) Randomized clinical trial of 3 types of physical exercise for patients with parkinson disease. *JAMA Neurol*, 70:183-90.

Silva MJ, Lopes MVO, Araujo MFM, Morales GLA. (2006) Avaliação do grau de dependência nas atividade da vida diária em idosos da cidade de Fortaleza – Ceará. *Acta Paul Enferm*. 19(2):201-6.

Silva-Fhon, J.R., Partezani-Rodrigues, R., Miyamura, K., & Fuentes-Neira, W. (2019). Causas y factores asociados a las caídas del adulto mayor. *Enfermería universitaria*, 16(1), 31-40. <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2019.1.576>

Tinetti ME, Speechley M, Ginter SF. (1988) Risk factors for falls among elderly persons living in the community. *N Engl J Med*; 319:1701-7.

Zecevic AA, Salmoni AW, Speechley M, Vandervoort AA. (2006) Defining a fall an reason for falling: comparisons among the views of seniors, health care providers, and the research literature. *Gerontologist*; 46(3):367-76.