FUNDACION H.A.BARCELO

FACULTAD DE MEDICINA

TRABAJO FINAL DE INVESTIGACIÓN

INCIDENCIA DE RIESGO DE CAIDAS EN PERSONAS MAYORES DE 55 AÑOS INTERNADAS EN EL HOSPITAL DR MANUEL A. MONTES DE OCA

AUTOR: Miranda, Nicolás Oscar.

TUTOR DE CONTENIDO: Lic. d´Almeida, Santiago Marcelo.

TUTOR/ES METODOLÓGICO: Lic. Ronzio, Oscar. Lic. Dandres, Romelí Yael.

CONTACTO DEL AUTOR: nicocmiranda@hotmail.com

RESUMEN

Introducción: Las caídas son, sin dudas, uno de los principales acontecimientos que afectan la calidad de vida de los ancianos y adultos mayores. La institucionalización, la edad, el sexo y el déficit cognitivo son algunos de los factores de riesgo. Una de las bases para el manejo de este problema es la prevención, y dentro de esta, la identificación de la población con riesgo de sufrir caídas es uno de los primeros pasos a realizar. El objetivo de este estudio fue identificar la incidencia de personas con riesgo de caídas en el sector de internación de la Colonia Montes de Oca (CMDO)

Material y métodos: Se realizó un ensayo clínico de tipo observacional transversal, en el que se evaluó el riesgo de caídas en personas mayores de 55 años en el sector de internación del Hospital Colonia Montes de Oca. Se utilizó el test Timed Up and Go. El punto de corte fue de 13,5 segundos.

Resultados: Se encontró una elevada incidencia de personas institucionalizadas en CMDO con riesgo de sufrir caídas. El sexo femenino y el aumento de la edad se relacionaron con mayor riesgo de caídas. No se encontró una relación significativa entre el tiempo de institucionalización y el riesgo de caídas.

Discusión y Conclusión: La institucionalización es un factor de riesgo de caídas, independientemente del tiempo que lleve la persona internada y la edad y el sexo femenino también son factores predisponentes. La alta incidencia de personas con riesgo de caídas en la CMDO podría disminuirse realizando actividades tendientes a la prevención poniendo énfasis en tanto en los factores intrínsecos como en los extrínsecos.

Palabras Clave: Incidencia - caídas – institucionalización – factores de riesgo – complicaciones – prevención & control

ABSTRACT

Introduction: Falls are undoubtedly one of the major occurrences affecting the life quality standards of seniors and elderly adults. Institutionalization, age, gender and cognitive deficits are some of the risk factors. One of the most important factors to properly address this issue is prevention, and within this, the identification of people at risk of falling is one of the first steps to be taken. The aim of this study was to identify the incidence of people at risk of falls in the commitment ward, Colonia Montes de Oca (CMDO)

Material and methods: A clinical observational trial, cross sectional, was conducted in which the risk of falls in people over 55 was evaluated in the commitment sector of Colonia Montes de Oca Hospital. The Timed Up and Go test was used. The cutoff was drawn at 13.5 seconds.

Results: A high incidence of patients committed to CMDO with fall risk was found. Gender and age factors were associated with increased risk of falls. Females and those of increased age are more likely to suffer a fall. No significant relationship between duration of institutionalization and fall risk was found.

INTRODUCCIÓN

Las caídas son, sin dudas, uno de los principales acontecimientos que afectan la calidad de vida de los ancianos y adultos mayores, ya que ocasionan alteraciones importantes en la persona a distintos niveles.(1-3) Es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al individuo al suelo en contra su voluntad.(4, 5)

Los daños directos producidos por el trauma, dentro de los cuales la fractura es la más relevante, el "síndrome post caída" caracterizado por ansiedad, pérdida de confianza, aislamiento social y restricción de las actividades de la vida diaria (AVD), depresión, son algunas de las secuelas que producen las caídas. Estas alteraciones provocan una reducción de la autonomía y conllevan una larga y difícil rehabilitación pudiendo llegar a ser, en algunos casos, fatales.(1, 6-9)

Las familias de estas personas también resultan afectadas debido a que es una situación difícil de manejar reaccionando a veces de manera inadecuada desfavoreciendo aún más la calidad de vida del anciano o adulto mayor. Otra consecuencia importante es el incremento de los costos sanitarios y económicos derivados del tratamiento de todas las alteraciones producidas luego de una caída, lo que afecta a la persona, su familia y al sistema de salud en general.(1, 2, 6, 8, 10)

Entre los factores de riesgo para producir caídas se pueden nombrar la edad avanzada, el sexo femenino, la institucionalización, la inestabilidad en la marcha, la debilidad, los trastornos del equilibrio, la polifarmacia, las enfermedades agudas, los antecedentes de caídas previas, el deterioro cognitivo y las barreras arquitectónicas.(1-3, 6, 7, 11-15)

Una de las bases para el manejo de este problema es la prevención, y dentro de esta, la identificación de la población con riesgo de sufrir caídas es uno de los primeros pasos a realizar para luego tomar las medidas necesarias para reducir esa incidencia.(1-4, 7, 8, 12)

La Colonia Nacional Dr. Manuel A. Montes de Oca (CMDO) es un Hospital Psiquiátrico mixto, con un modelo de atención principalmente asilar. Este modelo de atención, como todos los modelos totales, trae aparejado los efectos propios de la institucionalización sobre las personas.(10, 16) Se ha demostrado que períodos largos de institucionalización son perjudiciales para la calidad de vida de las personas, ya que se asocian con mayores índices de enfermedades no transmisibles y una disminución de la capacidad funcional.(6, 10, 12, 15-17)

Se ha mencionado la edad como un factor de riesgo para sufrir caídas. El promedio de edad de los pacientes de CMDO es de 49 años, cifra que sigue aumentando a medida que pasan los años según los censos realizados por el Departamento de Estadísticas de dicha institución.

El consumo de medicamentos neuropsiquiátricos también se relaciona con mayores problemas de salud como, obesidad, hipertensión, diabetes, trastornos del equilibrio e inestabilidad de la marcha, todos ellos factores de riesgo de caídas.(1, 2, 6, 10, 11, 18)

La *American Association on Intellectual and Developmental Disabilities* (Asociación Americana sobre Discapacidades del Desarrollo Intelectual) señala que las anomalías en la marcha e inestabilidad son más frecuentes en las personas con retraso mental, las cuales presentan tasas mucho más altas de caídas.(12, 13)

Los datos obtenidos anteriormente sugieren que la identificación y mejora de los factores de riesgo es la forma más efectiva de reducir las caídas. La evaluación de la marcha y el equilibrio es un componente importante y probablemente una de las herramientas más útiles para reconocer los pacientes con riesgo de caídas, ya que puede identificar problemas potencialmente remediables e incluso ayudar a prevenir caídas futuras.(1-4, 7, 13, 14, 19) Hay varios trabajos que demuestran que la actividad física y estilos de vida activos son unas de las mejores inversiones para la salud individual y de la comunidad en general y que el desarrollo de la fuerza y el trabajo del equilibrio en las personas adultas pueden disminuir el riesgo de caídas, proporcionando una marcha más estable.(2, 4, 7, 12)

Varias pruebas se han utilizado para evaluar el riesgo de caídas en adultos mayores que viven en la comunidad, en adultos institucionalizados y en adultos con retraso mental. El *Timed Up and Go Test* (TUG), la Prueba del Equilibrio de Berg (BBT), el Índice Dinámico de Marcha (DGI) y el Test de Tinnetti son algunos ejemplos.(3, 13, 14, 17, 19-23) El TUG es una prueba ampliamente utilizada para evaluar el riesgo de caídas, es sencilla, económica, rápida y se puede realizar en cualquier lugar donde el terreno sea liso, sólo se necesita una silla, un cronómetro y un elemento para realizar una marca en el piso.(17, 19-21, 24)

El objetivo de este estudio es identificar a la incidencia de riesgo de caídas en toda la población mayor de 55 años que se encuentra en el sector de internación de la CMDO. Esto es importante ya que una vez obtenido este dato se podrá evaluar la posibilidad de desarrollar e implementar programas tendientes a la prevención de caídas en la población afectada, beneficiando al paciente, su familia y a la institución.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un ensayo clínico de tipo observacional transversal, en el que se evaluó la incidencia de personas con riesgo de caídas en el sector de internación de CMDO. Se incluyó a todos los pacientes mayores de 55 años de los pabellones 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11 Y 12 que podían marchar con o sin elementos de ayuda. Se excluyó a aquellos que no comprendan las consignas del TUG, menores de 55 años, no videntes, pacientes en silla de ruedas, pacientes que se encontraban formando parte de programas residenciales, pacientes de clínica médica, pacientes en UEGP, pacientes alojados en el servicio de cuidados especiales y pacientes con salidas terapéuticas.

Para garantizar los aspectos éticos de esta investigación se entregó el proyecto al Comité de Ética de la Facultad de Medicina H.A. Barceló y al Comité de Ética de CMDO esperando la aprobación de ambas instituciones respectivamente. Una vez seleccionada la muestra se envió un consentimiento informado al Sr. Director Interventor de CMDO para que autorice

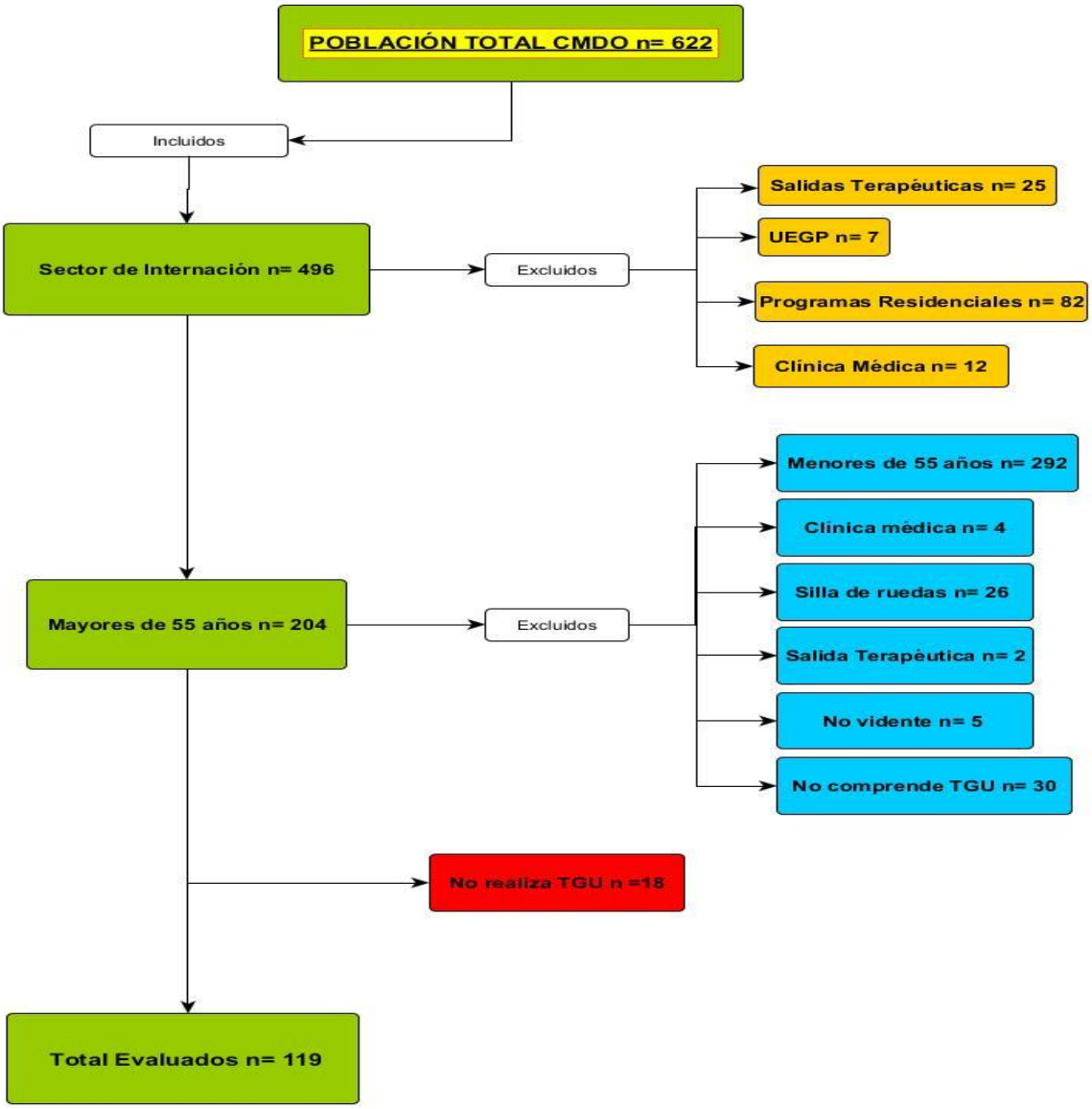
el comienzo de la investigación con todos los residentes involucrados y otro a cada Jefe de Servicio de los pabellones correspondientes.

Para la evaluación se utilizó el TUG test.(6, 17, 19-21, 24) Cada paciente comenzó la prueba sentado en una silla sin apoya brazos de 48 cm de altura y se le indicó que a la orden tendría que pararse, caminar tres metros hacia adelante, dar la vuelta girando alrededor de un cono que estaba ubicado en el piso y volver a sentarse en la misma silla. El evaluador mostró la prueba y los evaluados realizaron el test dos veces anotándose el mejor tiempo de ambos intentos. Se medió el tiempo en segundos que tardó cada paciente desde que se le dio orden de comienzo hasta que su espalda se apoyó en la silla. Las personas podían utilizar elementos de apoyo para la marcha pero no podían recibir ayuda física. El punto de corte fue de 13,5 segundos, es decir que las personas que necesitaron más de ese tiempo para completar la prueba fueron incluidas dentro de aquellas con riesgo de sufrir caídas.(20, 23)

Para medir el tiempo se utilizó un cronómetro Tressa 150 Lap Fact A. Los datos obtenidos se volcaron a una planilla de Excel para realizar un análisis estadístico en el que se indicó porcentaje de pacientes con riesgo de caídas. También se tomó nota de los años de institucionalización, la edad y el sexo de todas las personas evaluadas, para luego analizar si existe correlación entre estas variables y el riesgo de sufrir caídas.

Al momento de la evaluación los datos obtenidos en el Departamento de Estadísticas de CMDO indicaron que la población total de pacientes era de 622 de los cuales 82 se encontraban viviendo en la comunidad formando parte de distintos programas residenciales, 12 en Clínica Médica, 7 en la Unidad de Evaluación y Guardias Médicas (UEGP), 25 fuera de la institución debido a salidas terapéuticas y 496 pacientes estaban alojados en el sector de internación en distintos pabellones, habiendo 204 mayores de 55 años.

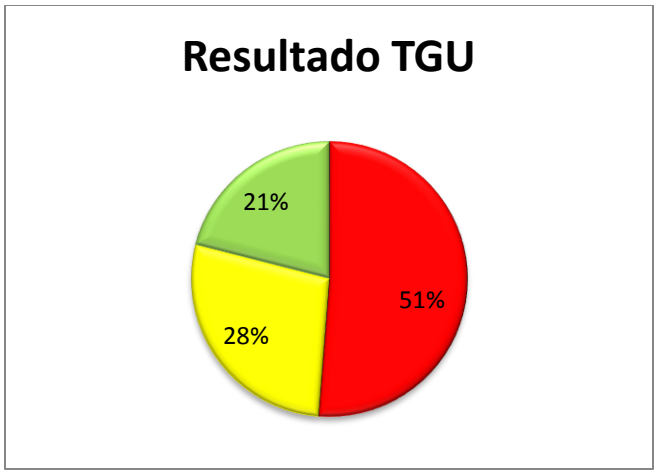
Se visitó cada pabellón de la institución en días alternados y se invitó a participar a cada residente mayor de 55 años de manera voluntaria. Luego de aplicar los criterios de inclusión había un total de 137 pacientes aptos para realizar el test, pero 18 de ellos se negaron. Es decir que se realizaron 119 evaluaciones.



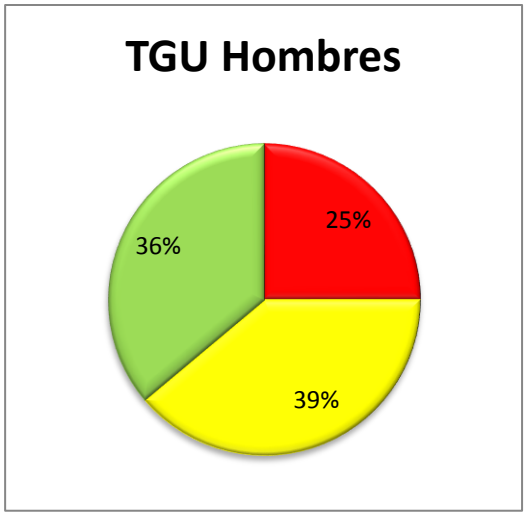
RESULTADOS

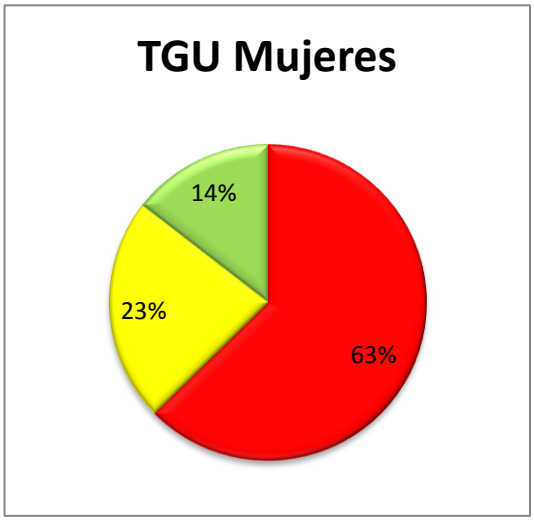
En la presentación de los resultados se otorgaron colores a cada grupo en los gráficos; el color rojo indica a aquellas personas con riesgo de sufrir caídas. Las personas sin riesgo de caídas se subdividieron en color amarillo para quienes realizaron la prueba entre 13,5 y 10 segundos y el color verde para los que la hicieron en menos de 10 segundos con el objetivo de identificar un grupo con el que también se podrían implementar estrategias de prevención ya que se encuentran cerca del límite según el TGU y algunos autores proponen tiempos menores a los 13,5 segundos en el TGU para identificar riesgo de caídas en las personas.(2, 19, 22)

Se encontró que de las 119 personas evaluadas el 51% tardaron más de 13,5 segundos en realizar la prueba y por lo tanto se encontraban con riesgo de sufrir caídas. El 28% tardó entre 10 y 13,5 segundos y el 21% tardó menos de 10 segundos.

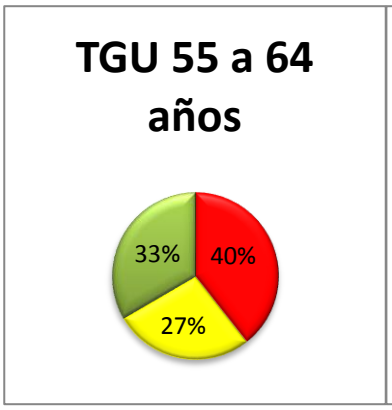


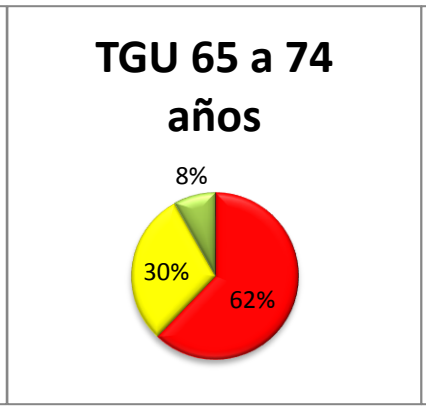
En cuanto a la relación entre TGU y el sexo se observó que es marcada la diferencia entre ambos grupos. El total de mujeres evaluadas fueron 83, el 63% presentó riesgo de caídas. En el caso de los hombres fueron 36, el 25% con riesgo de caídas.

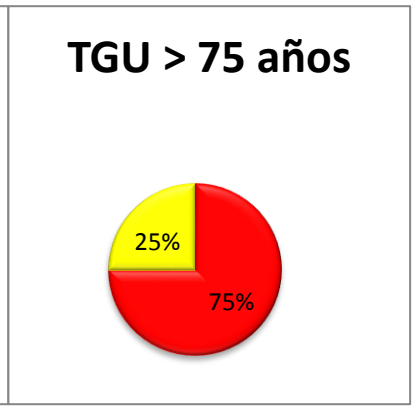




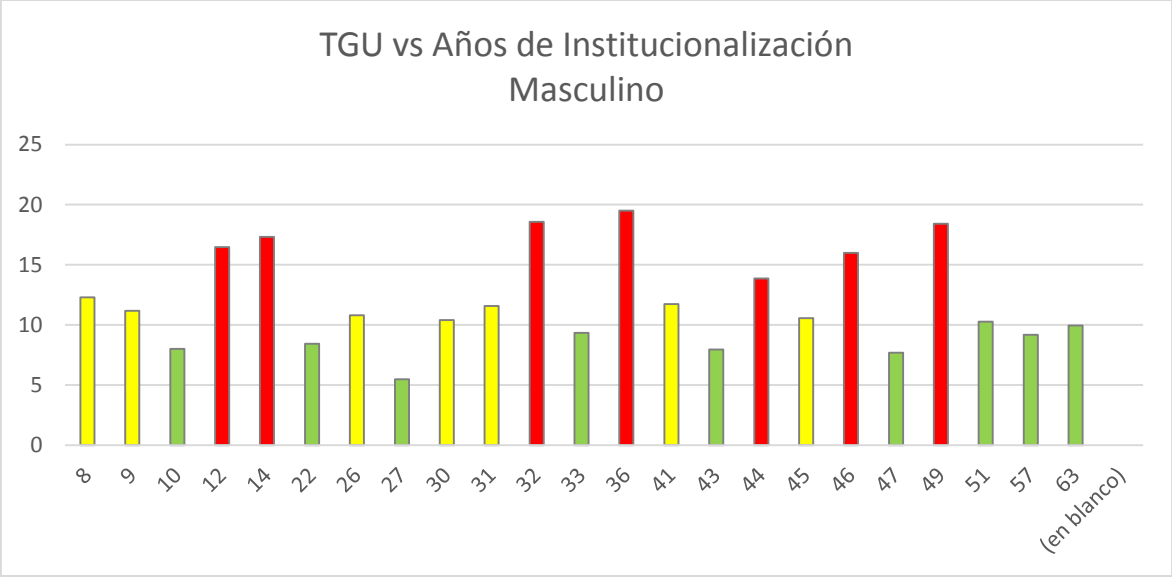
Con respecto al TGU y la edad se observó un incremento en el porcentaje de personas con riesgo de caídas relacionado a la edad. Se agrupó a las personas evaluadas en tres franjas etarias sin distinción de sexo. La primera va de los 55 a 64 años y fueron incluidas 66 personas, la segunda de los 65 a 74 años y se incluyeron 37 personas, y la última formada por 16 personas mayores de 75 años.

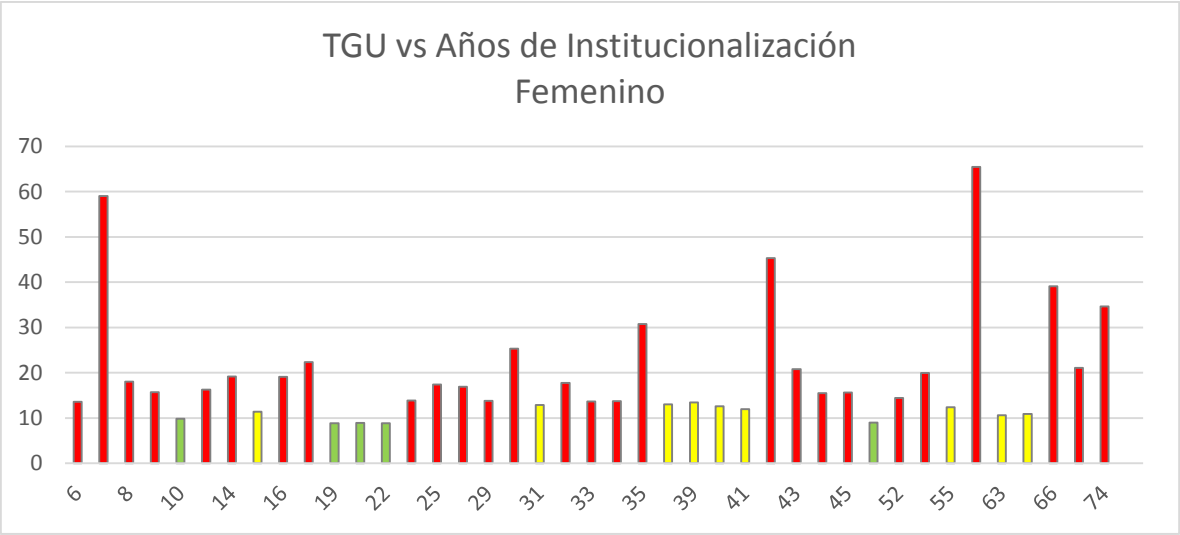






Con respecto al tiempo de institucionalización no se han encontrado una relación significativa entre esta variable y el tiempo del TGU, tanto en varones como en mujeres.





DISCUSÍÓN Y CONCLUSIÓN

Este estudio muestra la incidencia de riesgo de caídas en personas mayores que se encuentran internadas en el Hospital CMDO. Utilizando el TGU como herramienta para la evaluación se encontró una incidencia del 51%, cifra significativamente elevada teniendo en cuenta la especificidad y sensibilidad de dicha prueba.(17, 19-21, 24) Si bien las investigaciones concuerdan en que la institucionalización disminuye la capacidad funcional en las personas mayores, en esta investigación no se ha hallado que el tiempo de institucionalización se relacione con mayor riesgo de sufrir caídas.(6, 15) Se encontró que la edad y el sexo son factores que predisponen al riesgo de caídas, siendo mayor la incidencia en el sexo femenino y a medida que avanza la edad de las personas. Estas variables concuerdan con los factores de riesgo que exponen las investigaciones existentes.(1, 2, 6, 11)

Se puede concluir teniendo en cuenta los estudios consultados y los hallazgos de esta investigación que la institucionalización es un factor de riesgo de caídas, independientemente del tiempo que lleve la persona internada y que la edad y el sexo femenino también son factores predisponentes. La alta incidencia de personas con riesgo de caídas en la CMDO podría disminuirse realizando actividades tendientes a la prevención poniendo énfasis en tanto en los factores intrínsecos como en los extrínsecos.

Quedan pendientes investigaciones similares con personas que no se encuentren institucionalizadas y sin déficits cognitivos para poder comparar con los resultados de la presente investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. González Sánchez RL, Rodríguez Fernández MM, Ferro Alfonso MdJ, García Milián JR. Caídas en el anciano: Consideraciones generales y prevención. Revista Cubana de Medicina General Integral. 1999;15(1):98-102.
2. Siqueira FV, Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, et al. Prevalência de quedas em idosos e fatores associados. Revista de Saúde Pública. 2007;41:749-56.
3. Buatois S, Perret-Guillaume C, Gueguen R, Miget P, Vançon G, Perrin P, et al. A simple clinical scale to stratify risk of recurrent falls in community-dwelling adults aged 65 years and older. Physical therapy. 2010;90(4):550-60.
4. Salud OMdl. Ciudades Globales Amigables con los mayores: una Guía. OMS Ginebra; 2007.
5. de Jaén CCH, de Jaén CH, Parras JML, de Jaén CH, Español AE. Rincón científico COMUNICACIONES. Gerokomos. 2011;22(4):167-73.
6. Romero C, Uribe M. Factores de riesgo para que la población mayor institucionalizada presente caídas. Revista Ciencias de la Salud. 2010;2(2).
7. Landinez Parra NS, Contreras Valencia K, Castro Villamil Á. Proceso de envejecimiento, ejercicio y fisioterapia. Revista Cubana de Salud Pública. 2012;38(4):562-80.
8. Ruelas González M, Salgado de Snyder VN. Lesiones accidentales en adultos mayores: un reto para los sistemas de salud. Salud publica de Mexico. 2008;50(6):463-71.
9. Machado Cuétara RL, Bazán Machado MA, Izaguirre Bordelois M. Principales factores de riesgo asociados a las caídas en ancianos del área de salud Guanabo. MEDISAN. 2014;18(2):158-64.
10. Charlot L, Abend S, Ravin P, Mastis K, Hunt A, Deutsch C. Non-psychiatric health problems among psychiatric inpatients with intellectual disabilities. Journal of Intellectual Disability Research. 2011;55(2):199-209.
11. da Silva Gama ZA, Gómez-Conesa A. Factores de riesgo de caídas en ancianos: revisión sistemática. Rev Saúde Pública. 2008;42(5):946-56.
12. Temple VA, Stanish HI. Physical activity and persons with intellectual disability: some considerations for Latin America. Salud publica de Mexico. 2008;50:s185-s93.
13. Chiba Y, Shimada A, Yoshida F, Keino H, Hasegawa M, Ikari H, et al. Risk of fall for individuals with intellectual disability. Journal Information. 2009;114(4).
14. Bramell-Risberg E, Jarnlo G-B, Elmståhl S. Separate physical tests of lower extremities and postural control are associated with cognitive impairment. Results from the general population study Good Aging in Skåne (GÅS-SNAC). Clinical interventions in aging. 2012;7:195.
15. Wilson N, Hilmer S, March L, Cameron I, Lord S, Mason R, et al. Physical functioning measures and risk of falling in older people living in residential aged care facilities. Therapeutic advances in musculoskeletal disease. 2011;3(1):9-15.
16. Rossetto J. Del Manicomio a la Comunidad: el proceso de reforma de la Colonia Nacional. Vertex rev argent psiquiatr. 2009;20(88):463-73.

17. Cano MG, Pinedo LFV, Chávez JH, Zevallos JC, Silva FM. Correlación del Test “Get Up And Go” con el Test de Tinetti en la evaluación del riesgo de caídas en los adultos mayores. Acta Med Per. 2010;27(1):8.
18. Cashin RP, Yang M. Medications prescribed and occurrence of falls in general medicine inpatients. The Canadian journal of hospital pharmacy. 2011;64(5):321-6.
19. Maranhão-Filho PA, Maranhão ET, Lima MA, Silva MMd. Rethinking the neurological examination II: dynamic balance assessment. Arquivos de neuro-psiquiatria. 2011;69(6):959-63.
20. Herman T, Giladi N, Hausdorff JM. Properties of the ‘timed up and go’test: more than meets the eye. Gerontology. 2010;57(3):203-10.
21. Shumway-Cook A, Brauer S, Woollacott M. Predicting the probability for falls in community-dwelling older adults using the Timed Up & Go Test. Physical therapy. 2000;80(9):896-903.
22. Whitney SL, Marchetti GF, Schade A, Wrisley DM. The sensitivity and specificity of the Timed" Up & Go" and the Dynamic Gait Index for self-reported falls in persons with vestibular disorders. Journal of Vestibular Research. 2004;14(5):397-409.
23. Rodini C, Ferreira LTD, Pirré GE, Hino M, Alfieri FM, Riberto M, et al. Estudo comparativo entre a Escala de Equilíbrio de Berg, o Teste Timed Up & Go eo Índice de Marcha Dinâmico quando aplicadas em idosos hígidos; Comparative study of the Berg Balance Scale, Timed Up & Go Test and Dynamic Gait Index applied to healthy elderly individuals. Acta fisiátrica. 2008;15(4):267-8.
24. Podsiadlo D, Richardson S. The timed "Up & Go": a test of basic functional mobility for frail elderly persons. Journal of the American Geriatrics Society. 1991;39(2):142-8.