

Enfermedades crónicas auto-reportadas asociadas a caídas en adultos mayores brasileiros

Jack Roberto Silva Fhon¹, Sueli Marques², Luciana Kusumota², Maria Lucia de Carmo Robazzi², Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues²

¹ Doctorando de la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de Sao Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

² Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto- Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Rev Fac Cien Med (Quito), 2014; 39(2): 18-24

Resumen:

Contexto: por el aumento en la expectativa de vida, el ser humano tiene mayor probabilidad de padecer enfermedades crónicas no transmisibles o experimentar accidentes v.gr caídas, que puede causar discapacidad, incapacidad y/o dependencia funcional, llevándolo al aislamiento.

Objetivo: determinar la prevalencia de caídas y la relación con enfermedades crónicas auto-reportadas, en el adulto mayor de la ciudad de Ribeirão Preto.

Material y métodos: diseño cuantitativo, descriptivo de corte transversal. Se evaluaron 240 adultos mayores a 60 años, de ambos sexos. Se aplicó un instrumento que recoge información sobre el perfil social del adulto mayor que incluye las variables: edad, sexo, nivel educativo, estado civil, presencia y número de caídas con sus respectivas secuelas. Un segundo instrumento recopiló información sobre enfermedades crónicas auto-reportadas.

Resultados: la edad promedio fue 72,5 años con predominio del sexo femenino (62,9%); la prevalencia de caídas fue 33.3%. Sobre las enfermedades auto-reportadas, el promedio fue 5,9 (=2,86) siendo la enfermedad más frecuente hipertensión arterial. El análisis demuestra asociación estadística entre las caídas y varias enfermedades crónicas como ansiedad, depresión, enfermedad gastrointestinal, incontinencia urinaria, problemas de columna y visuales.

Conclusión: el adulto mayor presenta mayor multimorbilidad y riesgo de sufrir una caída, asociada a una o más enfermedades crónicas; las secuelas, en ocasiones repercuten sobre la salud del individuo restringiendo sus actividades cotidianas.

Palabras claves: adulto mayor, enfermedad crónica, accidentes por caídas, enfermería geriátrica, atención de enfermería.

Abstract

Context: on the increase in life expectancy, humans are more likely to suffer chronic non communicable diseases or accidents, eg. experienced falls, which can lead to disability, incapacity and/or functional dependency, leading to isolation.

Objective: To determine the prevalence of falls and relationship with self-reported, chronic diseases in the elderly of the city of Ribeirao Preto.

Methods: Quantitative, descriptive cross-sectional design. 240 adults over 60 years, of both sexes were evaluated. An instrument that collects information on the social profile of the elderly that includes the variables was applied. Age, sex, education level, marital status, presence and number of falls with their respective sequels were evaluated. A second instrument collected information on chronic disease self-reported.

Results: The mean age was 72.5 years, with female predominance (62.9%); the prevalence of falls was 33.3%. On self-reported, disease, the average was 5.9 (= 2.86) being the most common disease hypertension. The analysis shows statistical association between falls and several chronic diseases such as anxiety, depression, gastrointestinal disease, urinary incontinence, spinal problems and visual.

Conclusion: the elderly has increased multi-morbidity and risk of falling associated with one or more chronic diseases; the aftermath, sometimes, it has an effect on an individual's health by restricting their daily activities.



Este artículo está bajo una licencia de Creative Commons de tipo Reconocimiento - No comercial - Sin obras derivadas 4.0 International Licence

Keywords: elderly, chronic disease, fall accidents, geriatric nursing, nursing care.

Correspondencia: Magister Jack Roberto Silva Fhon, Rua Machado de Assis 971 Bairro Vila Tiberio – Ribeirão Preto –São Paulo – Brasil; CEP 14050-490. e-mail: beto_fhon@hotmail.com

Recibido: 11/06/14 – Aceptado: 20/07/14

Introducción

Acciones sanitarias emprendidas y sostenidas por los gobiernos, paulatinamente mejoraron indicadores de calidad y expectativa de vida, situación más patente en países desarrollados. Se proyecta, en la mitad del presente siglo, mantener el descenso de las tasas de natalidad y mortalidad, alcanzado para el año 2050 una natalidad del 13,7% y mortalidad del 10,49%. La esperanza de vida al nacer pasará de 65 años (quinquenio 2000-2005) a 73,1 años en países en desarrollo y 81 años en países desarrollados (quinquenio 2045-2050). Este marcado proceso de envejecimiento acelerado de la población se acentuará en el año 2050 donde existirá un predominio de sujetos adultos mayores invirtiéndose la pirámide poblacional. La Organización de las Naciones Unidas (ONU) alerta sobre el permanente envejecimiento de la población alcanzado una cifra cercana a los dos mil millones de adultos mayores, de los cuales el 19% corresponderá a personas de 80 años y más de edad⁽¹⁾.

La velocidad con que se desarrolla la transición demográfica y epidemiológica en el Brasil, trae consigo una serie de cuestionamientos sociales al sistema de salud que, a mediano y largo plazo, repercutirá en la sociedad especialmente en aquellas áreas donde existe acentuada desigualdad social, pobreza y fragilidad en los adultos mayores⁽²⁾.

Al aumentar la expectativa de vida de la población, existe mayor probabilidad de sufrir una o más enfermedades crónicas no transmisibles, situación que compromete el desarrollo económico, social y la salud de millones de personas; sobre este aspecto, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) estima que para el 2025, aproximadamente 35 millones de personas morirán por enfermedades crónicas en el mundo⁽³⁾. Actualmente, la situación de la población adulta mayor es cada día más compleja, considerando que alrededor del 92% de adultos mayores tienen al menos una enfermedad crónica⁽⁴⁾ y entre el 65% al 85% sufren simultáneamente dos o más enfermedades crónicas⁽⁵⁾.

Varios estudios demuestran que el padecimiento de enfermedades crónicas puede provocar en el adulto mayor incapacidad física y/o riesgo de caídas por lo que, es importante la prevención en este grupo de riesgo⁽⁶⁾.

La Organización Mundial de la Salud (OMS)

define a una caída como el acontecimiento involuntario con pérdida del equilibrio que provoca un golpe contra el suelo u otra superficie firme, derivando en lesiones de distinta índole. Analizadas las estadísticas, se reportan 37,3 millones de caídas en sujetos adultos mayores, de las cuales, 424.000 son mortales presentándose mayores tasas de mortalidad en personas mayores de 60 años⁽⁷⁾. En Finlandia, el costo para el sistema de salud pública por cada lesión derivada de una caída en personas mayores de 65 años puede llegar a US \$3.611 y en Australia a \$ 1.049⁽⁷⁾. En Estados Unidos, se reporta cerca de 1,5 millones de caídas, incluso de la propia altura, en personas mayores de 75 años, de las cuales, 400.000 necesitaron hospitalización⁽⁸⁾. Las caídas pueden causar lesiones moderadas o graves tales como hematomas, fracturas de cadera y/o traumatismo craneoencefálico⁽⁷⁾. Por lo anterior, las caídas son un problema de salud pública mundial y se justifica plenamente disponer estudios específicos a fin de mejorar la comprensión de la relación entre caídas y enfermedades crónicas no transmisibles que padecen adultos mayores y como el personal multiprofesional, incluido enfermería, pueden brindar una atención integral para atenuar o evitar este problema observado en un grupo poblacional específico.

El estudio se centra en la determinación de la prevalencia de caídas asociadas a enfermedades crónicas auto-reportadas por adultos mayores residentes en la ciudad de Ribeirão Preto.

Material y métodos

Estudio cuantitativo, descriptivo y observacional, de corte transversal realizado en sujetos mayores a 60 años, de ambos sexos, residentes en la ciudad de Ribeirão Preto, ubicada en la región sudoeste del estado de São Paulo, con una población estimada de 650.000 habitantes y conocida como una de las ciudades con más renta per cápita del estado.

La muestra se obtuvo por medio de un conglomerado en etapa doble; en el primero se consideró como unidad de muestra el sector censitario y para el segundo la edad mayor a 60 años. Para completar la muestra se sortearon 20 sectores censitarios de los 650 existentes en la ciudad de Ribeirão Preto; en cada sector se realizó 12 entrevistas, conformando el grupo de estudio con 240 adultos mayores, con un error de

la muestra máximo de 6,3% y 95% de confiabilidad.

En la recolección de encuestas participaron estudiantes de pre y post-grado, previamente capacitados entre los meses de noviembre del 2010 y febrero del 2011. Previo a la entrevista se receptó el consentimiento informado de cada participante; la entrevista duró en promedio 30 minutos y se aplicaron dos instrumentos:

- Perfil demográfico y caídas: recopiló datos como sexo, edad en años, estado civil, conformación familiar, antecedentes de caídas en los doce meses previos, número de caídas, consecuencias y presencia actual de miedo ante una nueva caída.
- Enfermedades crónicas auto-reportadas: aplicación del cuestionario elaborado por el Núcleo de Investigación de Enfermería Geriátrica y Gerontológica (NUPEGG) de la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo y validado por juicio de expertos en el área de geriatría y gerontología.

Las encuestas fueron tabuladas e ingresadas a una base de datos en el programa Excel que fueron migradas a la versión 19.0 del programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) para efectuar análisis estadísticos descriptivos y de asociación en tablas de contingencia. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética y de Investigación de la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto – Universidad de São Paulo, Brasil asignándose al proceso el número 1169/2010. Se garantizó el anonimato a todo participante entrevistado.

Resultados

Se determinó un predominio de encuestados pertenecientes al sexo femenino, catalogados como adultos mayores más jóvenes (grupo 60 a 79 años), que poseen pareja y residen en compañía de otras personas. La mayoría de sujetos expresa que no tiene miedo de caer (ver **tabla 1**). Se verifica que la convivencia con familias u otras personas confiere un efecto protector en relación a adultos mayores que viven solos y sufrieron caídas; además, por la información proporcionada se admite un efecto protector la ausencia de miedo a caer comparado con el grupo de adultos mayores que presenta miedo y tienen antecedentes de caídas previas.

Tabla 1. Datos demográficos de los adultos mayores participantes del estudio sobre riesgos de caída asociada a enfermedades crónicas, Ribeirão Preto, Brasil.

| Variables | Total % | Sin caída % | Con caída % | p-valor | RP | IC 95% |
|-----------|---------|-------------|-------------|---------|----|--------|
|-----------|---------|-------------|-------------|---------|----|--------|

| Sexo | | | | | | |
|-----------------------|------|------|------|--------|-------|-------------|
| Masculino | 37,1 | 26,7 | 10,4 | 1 | | |
| Femenino | 62,9 | 40,0 | 22,9 | 0,186 | 1,467 | 0,830–2,590 |
| Grupo etario (años) | | | | | | |
| 60 – 79 | 75,0 | 52,5 | 22,5 | 1 | | |
| 80 y más | 25,0 | 14,2 | 10,8 | 0,058 | 1,784 | 0,977–3,258 |
| Estado civil | | | | | | |
| Con pareja | 57,5 | 40,0 | 17,5 | 1 | | |
| Sin pareja | 42,5 | 26,7 | 15,8 | 0,268 | 1,357 | 0,790–2,331 |
| Conformación familiar | | | | | | |
| Solo | 13,8 | 6,3 | 7,5 | 1 | | |
| Con familia / otros | 86,3 | 60,4 | 25,8 | 0,005* | 0,356 | 0,169–0,752 |
| Miedo a caer | | | | | | |
| Si | 22,5 | 0,0 | 22,5 | 1 | | |
| No | 77,5 | 66,7 | 10,8 | 0,000* | 0,140 | 0,098–0,200 |

Fuente y elaboración. Autores

De los 240 entrevistados, el 33,3% (n=80) refirieron haber caído una o más veces (47,3%); las caídas ocasionaron escoriaciones requiriéndose hospitalización en el 12,5% de adultos mayores que sufrieron caídas (ver **tabla 2**).

Tabla 2. Características de caídas reportadas por adultos mayores participantes del estudio sobre riesgos de caída asociada a enfermedades crónicas, Ribeirão Preto, Brasil.

| Variable | n | % |
|-----------------------------|----|-------|
| Número de caídas | | |
| 1 | 45 | 56,3 |
| 2 | 15 | 18,8 |
| 3 | 11 | 13,8 |
| 4 | 4 | 5,0 |
| >=5 | 5 | 6,3 |
| Lesión derivada de la caída | | |
| Ninguna | 14 | 21,87 |
| Escoriaciones | 37 | 57,82 |
| Heridas que ameritan sutura | 7 | 10,94 |
| Fractura cerrada | 4 | 6,25 |
| Esguince y luxación | 2 | 3,12 |
| Hospitalización postcaída | | |
| Si | 10 | 12,5 |
| No | 70 | 87,5 |

Fuente y elaboración. Autores

El promedio de enfermedades reportadas por los adultos mayores es 5,69; en orden de frecuencia,

destacan hipertensión arterial, problemas de columna y problemas visuales, las dos últimas asociadas al riesgo de sufrir caídas. Con menor frecuencia se informa trastornos de ansiedad, depresión, enfermedad gastrointestinal e incontinencia urinaria (ver **tabla 3**).

Tabla 3. Distribución de enfermedades reportadas por adultos mayores participantes del estudio sobre riesgos de caída asociada a enfermedades crónicas, Ribeirão Preto, Brasil.

| Enfermedades auto reportadas | Caídas | | | | | |
|------------------------------|-----------------|------------|-----------|-------|-------|--------------|
| | Prevalencia (%) | Nº (%) | Si (%) | p | RP | IC 95% |
| Anemia | 5,8 | | | | | |
| No | | 151 (63,4) | 73 (30,7) | 0,429 | 1,551 | 0,519-4,636 |
| Si | | 8 (3,4) | 6 (2,5) | | | |
| Ansiedad | 25,8 | | | | | |
| No | | 125 (52,1) | 53 (22,1) | 0,048 | 1,819 | 1,002-3,302 |
| Si | | 35 (14,6) | 27 (11,3) | | | |
| Artritis | 35,0 | | | | | |
| No | | 106 (44,7) | 47 (19,8) | 0,249 | 1,388 | 0,794-2,426 |
| Si | | 52 (21,9) | 32 (13,5) | | | |
| Asma / bronquitis | 7,9 | | | | | |
| No | | 147 (61,5) | 73 (30,5) | 0,746 | 1,175 | 0,444-3,109 |
| Si | | 12 (5,0) | 7 (2,9) | | | |
| Problemas de audición | 35,4 | | | | | |
| No | | 106 (44,2) | 49 (20,4) | 0,445 | 1,242 | 0,712-2,167 |
| Si | | 54 (22,5) | 31 (12,9) | | | |
| Cáncer | 5,0 | | | | | |
| No | | 155 (64,6) | 73 (30,4) | 0,059 | 2,973 | 0,913-9,682 |
| Si | | 5 (2,1) | 7 (2,9) | | | |
| EPOC / enfisema | 2,1 | | | | | |
| No | | 158 (66,1) | 76 (31,8) | 0,196 | 3,118 | 0,510-19,055 |
| Si | | 2 (0,8) | 3 (1,3) | | | |
| Diabetes mellitus | 28,8 | | | | | |

| | | | | | | |
|-----------------------------|------|------------|-----------|-------|-------|-------------|
| No | | 114 (47,7) | 56 (23,4) | 0,953 | 1,018 | 0,562-1,844 |
| Si | | 46 (19,2) | 23 (9,6) | | | |
| Depresión | 18,3 | | | | | |
| No | | 137 (57,1) | 59 (24,6) | 0,025 | 2,120 | 1,090-4,125 |
| Si | | 23 (9,6) | 21 (8,8) | | | |
| Accidente cerebro vascular | 9,2 | | | | | |
| No | | 146 (60,8) | 72 (30,0) | 0,752 | 1,159 | 0,465-2,888 |
| Si | | 14 (5,8) | 8 (3,4) | | | |
| Enfermedad cardiaca | 27,1 | | | | | |
| No | | 120 (50,0) | 55 (22,9) | 0,304 | 1,364 | 0,745-2,467 |
| Si | | 40 (16,7) | 25 (10,4) | | | |
| Enfermedad gastrointestinal | 25,4 | | | | | |
| No | | 127 (52,9) | 52 (21,7) | 0,016 | 2,072 | 1,139-3,769 |
| Si | | 33 (13,8) | 28 (11,7) | | | |
| Enf. vascular periférica | 37,9 | | | | | |
| No | | 106 (44,2) | 43 (17,9) | 0,060 | 1,689 | 0,976-2,922 |
| Si | | 54 (22,5) | 37 (15,4) | | | |
| Enfermedad neurológica | 2,5 | | | | | |
| No | | 156 (65,0) | 78 (32,5) | 1,000 | 1,000 | 0,179-5,579 |
| Si | | 4 (1,7) | 2 (0,8) | | | |
| Hipertensión arterial | 67,5 | | | | | |
| No | | 51 (21,3) | 26 (10,9) | 0,947 | 0,981 | 0,552-1,742 |
| Si | | 108 (45,2) | 54 (22,6) | | | |
| Incontinencia urinaria | 34,2 | | | | | |
| No | | 114 (47,5) | 44 (18,3) | 0,012 | 2,028 | 1,161-3,542 |
| Si | | 46 (19,2) | 36 (15,0) | | | |
| Obesidad | 12,1 | | | | | |
| No | | 141 (58,8) | 70 (29,2) | 0,889 | 1,060 | 0,468-2,401 |

| | | | | | | |
|----------------------|------|---------------|--------------|-------|-------|-------------|
| Si | | 19 (7,9) | 10 (4,2) | | | |
| Osteoporosis | 26,7 | | | | | |
| No | | 120 (50,6) | 53 (22,4) | 0,148 | 1,549 | 0,855-2,807 |
| Si | | 38 (16,0) | 26 (11,0) | | | |
| Estreñimiento | 17,1 | | | | | |
| No | | 131 (54,8) | 67 (28,0) | 0,571 | 0,809 | 0,388-1,686 |
| Si | | 29 (12,1) | 12 (5,1) | | | |
| Problemas de columna | 54,2 | | | | | |
| No | | 80 (33,5) | 29 (12,1) | 0,039 | 1,781 | 1,026-3,092 |
| Si | | 79 (33,1) | 51 (21,3) | | | |
| Problemas visuales | 52,1 | | | | | |
| No | | 83 (34,7) | 31 (13,0) | 0,049 | 1,726 | 1,001-2,983 |
| Si | | 76 (31,8) | 49 (20,5) | | | |
| Otras | 39,2 | | | | | |
| No | | 100 (41,7) | 46 (19,2) | 0,454 | 1,232 | 0,713-2,128 |
| Si | | 60 (25,0) | 34 (14,2) | | | |

EPOC. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.
Prueba X² nivel de significancia p < 0,05; RP: Razón de prevalencia; IC: intervalo de confianza.
Fuente y elaboración. Autores

Discusión

Derivada del proceso natural de envejecimiento, la estructura familiar puede verse modificada para proveer cuidado y/o compañía al adulto mayor. El análisis estadístico ratifica el rol protector, incluso para evitar caídas, que implica para el adulto mayor convivir con otras personas. Un estudio realizado en Perú, demostró que el adulto mayor que reside solo, se ve obligado a mantenerse y preservar su independencia funcional en relación a otros adultos mayores que viven acompañados, volviéndolos más dependientes⁽⁹⁾; es importante resaltar que la familia, por cumplir su rol de cuidado y atención al adulto mayor, puede sobreproteger al individuo limitando sus actividades, por lo que es necesario permitir al adulto mayor realice su rutina diaria hasta donde su capacidad física lo permita, sin alterarla.

La OMS reporta que el 80% de las defunciones por enfermedades crónicas ocurre en países con ingresos económicos bajos y medios, situación económica que afecta por igual a hombres y mujeres⁽¹⁰⁾. La salud de la población de Brasil está en constante transición epidemiológica, resaltándose que las enfermedades crónicas no transmisibles causan el 66,3% de la morbilidad del país⁽¹¹⁾.

Una revisión sistemática sobre índices de multimorbilidad, recomienda incluir ocho enfermedades crónicas de mayor prevalencia en el mundo, a saber artritis, cáncer, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), diabetes, depresión, enfermedad cardíaca/infarto de miocardio, hipertensión arterial (HTA) y accidente vascular cerebral⁽¹²⁾.

La enfermedad auto-reportada más frecuente en el presente estudio fue HTA, que coincide con las estadísticas del Ministerio de Salud del Brasil, donde el 24,3% de la población del país sufre de hipertensión arterial y específicamente, en el grupo de adultos mayores, el porcentaje se incrementa al 59,2%⁽¹³⁾. El Departamento de Informática del Sistema Único de Salud DATASUS de Brasil informa que la HTA es una de las enfermedades de mayor prevalencia en sujetos mayores de 65 años con un porcentaje de 60,2% para el 2010; en el año 2012, se registraron 2'517.611 admisiones hospitalarias a personas mayores de 60 años, estableciéndose como la causa más frecuente enfermedades del aparato circulatorio (25,42%) que comprende casos por HTA (7,35%)⁽¹⁴⁾.

Un estudio realizado en Colombia⁽¹⁵⁾ con 224 adultos mayores, reporta como enfermedades de mayor prevalencia a la HTA y diabetes mellitus tipo II, asociadas a déficit cognitivo que puede predisponer caídas. En Corea⁽¹⁶⁾ se estudiaron 438 adultos mayores demostrándose que el 76,9% de los entrevistados sufrían al menos una enfermedad crónica y un 68,5% informó una limitada actividad física. En Canadá, se realizó un estudio similar, basado en encuestas de auto-reporte de enfermedades crónicas como HTA, artritis, problemas de visión, enfermedades cardíacas, osteoporosis, diabetes, incontinencia urinaria, EPOC, depresión, antecedentes de accidente vascular cerebral y demencia, las cuales se asocian al riesgo de sufrir caídas (p < 0,05), lo que demuestra la compleja situación médica del adulto mayor por su enfermedad de base y el riesgo asociado de caer⁽⁶⁾.

El presente estudio demostró la asociación entre la presencia de enfermedades crónicas de índole visual, v.gr degeneración funcional causada por la edad, y caídas. Se atribuye a una actitud que adopta el adulto mayor limitando su actividad física como estrategia para minimizar el riesgo de caer⁽¹⁷⁾; sobre este aspecto, Lamoureux informa que dos de cada 5 pacientes con disminución de la agudeza visual caen anualmente, lo que resalta la vulnerabilidad de este grupo poblacional⁽¹⁸⁾.

Uno de los molestos problemas geriátricos es la incontinencia urinaria que puede provocar caídas al adulto mayor; Foley y colaboradores confirman la existencia de asociación entre incontinencia urinaria por estrés y caídas en adultos mayores de 70 años, más usual en el sexo femenino y al parecer vinculado a alteración del musculo estriado⁽²⁰⁾, dato que exige al personal de salud ejecute actividades de educación para la salud orientadas a prevenir, identificar y reducir los riesgos de caer.

Otra enfermedad crónica que se acentúa en esta etapa de la vida del ser humano y se vincula con el riesgo de sufrir caídas es la depresión; Kao et al⁽²¹⁾ demostraron asociación estadística entre depresión, alteraciones cognitivas y artritis con el riesgo de sufrir caídas; además, afirma que la ingesta de medicamentos antidepresivos aumenta el riesgo de caer. Investigadores del Estado de Israel, a más de la depresión como factor de riesgo de caídas, identifican cinco factores de riesgo adicionales como es presentar un estado de salud disminuido, alteración cognitiva, incapacidad para ejecutar actividades cotidianas básicas, realizar dos o más visitas mensuales al médico y lento deambular; destacan además que la presencia de enfermedades crónicas aumenta el riesgo de sufrir caídas⁽²²⁾.

La situación clínica del adulto mayor, matizado por presentar múltiples enfermedades crónicas-degenerativas y la ingesta de múltiples medicamentos, predisponen aún más a una caída. El estudio realizado por Curcio versó sobre caídas recurrentes en ancianos; en la parte correspondiente al riesgo a caer subsecuente a problemas de incontinencia urinaria y síntomas depresivos concomitantes, permite anticipar el valor predictivo que tiene la clínica del paciente vinculada al riesgo de sufrir una caída⁽¹⁵⁾.

Chen, publicó los resultados de su estudio

realizado en 509 adultos mayores, demostrando que la alteración visual y de la marcha son predictores para sufrir caídas; el riesgo de caídas recurrentes se incrementa si el paciente sufre alteración del equilibrio y usa cuatro o más medicamentos⁽²³⁾. La OMS reporta que entre el 20% al 30% de adultos mayores que caen, sufren lesiones moderadas y graves como escoriaciones, hematomas, fracturas en diferentes partes del cuerpo (más usuales de cadera) y trauma cerebral⁽⁷⁾.

Acompaña al proceso de envejecimiento la paulatina disminución de la fuerza muscular que altera el equilibrio y causa inestabilidad de la marcha; se suma alteraciones articulares y problemas de columna que inciden en el equilibrio, marcha y postura del adulto mayor, lo cual fue evidenciado en el presente trabajo. Antes y colaboradores, relacionaron la presencia de problemas de columna con el miedo a caídas recurrentes ($p=0,022$)⁽²⁴⁾, lo que reduciría en el adulto mayor la práctica de actividades recreativas y cotidianas. Se acepta que las caídas generan, a más de lesiones y limitaciones físicas, miedo a un nuevo accidente, ansiedad, pérdida de autoestima y confianza, aislamiento social y restricciones en actividades rutinarias, que en conjunta alteran la vida del adulto mayor y su familia.

El diseño del estudio, de corte transversal, evidenció entre sus limitaciones, la imposibilidad de determinar la relación causa-efecto, contar con datos proporcionados por el mismo paciente, no incluir la evaluación de la marcha y el equilibrio, y uso de medicamentos ingeridos por el paciente (tipo, dosis, tiempo de uso, entre otros).

Conclusión

A más de la HTA, padecer otras enfermedades crónicas no transmisibles como ansiedad-depresión, problemas de columna, alteraciones visuales, trastornos gastrointestinales e incontinencia urinaria predisponen al adulto mayor a sufrir caídas, información que deberá transmitirse al paciente o su familia. El personal de salud instaurará medidas educativas a adultos mayores que presenten enfermedades crónicas y/o degenerativas, conducentes a la prevención de caídas, las cuales tienen un alto costo social si la gravedad de las lesiones o sus secuelas obliga a una hospitalización prolongada, tratamiento y rehabilitación. Si la lesión provoca

dependencia por discapacidad o incapacidad, la familia deberá afrontar gastos adicionales por la necesidad de ejecutar adecuaciones al inmueble y contratar un cuidado especializado que comprometerá aún más el presupuesto familiar.

Es de interés de los autores, contribuir con elementos que sensibilicen al personal de salud y en especial al personal de enfermería, sobre la importancia de ejecutar actividades educativas en el adulto mayor sobre el riesgo que tienen de sufrir caídas al padecer enfermedades crónicas y/o degenerativas.

Agradecimiento

El estudio fue financiado por el Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq.

Conflicto de interés

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Financiamiento

Fondos propios de los investigadores

Referencias:

- United Nations, Population Division, Department of economics and social affairs. World population ageing 2009, New York: United Nations, 2010. Disponible en: <http://www.un.org/en/development/desa/population/>
- Veras R: Population aging today: demands, challenges and innovations, Rev Saúde Pública 2009; 43(3):548-54.
- Organización Panamericana de Salud. Informe de la reunión bienal de la red Carmen, Nassau; 2007. Disponible en: www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/cmn-mtg-2007
- Hung W, Ross J, Boockvar K, Siu A: Recent trends in chronic disease, impairment and disability among older adults in the United States, BMC Geriatrics 2011, 11:47.
- Marengoni A, Angleman S, Melis R, Mangialasche F, Karp A, Garmen A, Meinow B, Fratiglioni L: Aging with multimorbidity: a systematic review of the literature, Ageing Research Reviews 2011, 10:430-439.
- Sibley KM, Voth J, Munce SE, Straus ShE, Jaglal SB: Chronic disease and falls in community-dwelling Canadians over 65 years old: a population-based study exploring associations with number and pattern of chronic conditions, 2014; 14(22).
- Organización Mundial de la Salud. Caídas, nota descriptiva No 344, 2012. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/es/>
- Siracuse JJ, Odell DD, Gondek SP, Odom SR, Kasper EM, Hauser CJ, et al: Health care and socioeconomic impact of falls in the elderly, The American Journal of Surgery 2012; 203:335-338.
- Castro BJ. Capacidad funcional del adulto mayor que acude al hospital de día de Geriatría [Tesis] Lima-Perú: Escuela Académico Profesional de Enfermería Universidad Privada Norbert Wiener
- Organización Mundial de la Salud. Enfermedades crónicas y promoción de la salud. 2014 abril. Disponible en: http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1/es/
- Rodrigues RA, Scudeller PG, Pedrazzi EC, Schiaveto FV, Lange C. Morbidity and interference in seniors' functional ability, Acta Paul Enfer 2008; 21(4):643-648,
- Diederichs C, Berger K, Bartels DB: The measurement of multiple chronic diseases—a systematic review on existing multimorbidity indices, J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2011; 66:301-311.
- Sociedade Brasileira de Hipertensão, Notícias [Internet] 2012, [consulta 12 Abril 2014] Disponible en: <http://www.sbh.org.br/ipad/noticias.php?id=435>
- Ministerio de Salud Brasil: Departamento de Informática del Sistema Unico de Salud-DATASUS, Informaciones de salud, [Internet], 2012, [consulta 29 Diciembre 2013]. Disponible en: <http://www.datasus.gov.br>
- Curcio CL, Gómez F, Osorio JL, Ross V: Caídas recurrentes en ancianos. Acta Méd Colomb 2009; 34(3):103-110.
- Lim YM, Sung MH: Home environmental and health-related factors among home fallers and recurrent fallers in community dwelling older Korean women. International Journal of Nursing Practice 2012; 18(5):481-488.
- Wang MY, Rousseau J, Boisjoly H, Schmaltz H, Kergoat MJ, Moghadaszadeh S, et al: Activity limitation due to a fear of falling in older adults with eye disease, Invest Ophthalmol Vis Sci 2012; 53(13):7967-72.
- Lamoureux E, Gadgil S, Pesudovs K, Keeffe J, Fenwick E, et al: The relationship between visual function, duration and main causes of vision loss and falls in older people with low vision. Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol 2010; 248:527-533.
- Foley AL, Loharuka S, Barret JÁ, Mathews R, Williams K, McGrother CW, et al: Association between the Geriatric Giants of urinary incontinence and falls in older people using data from the Leicestershire MRC incontinence study. Age Ageing 2012; 41(1):35-40.
- Hedman AMR, Fonad E, Sandmark H: Older people living at home: associations between falls and health complaints in men and women. Journal of Clinical Nursing 2013; 22:2945-2952.
- Kao S, Wang YCh, Tzeng YM, Liang ChK, Lin FG: Interactive effect between depression and chronic medical conditions on fall risk in community-dwelling elders. International Psychogeriatrics 2012; 24(9):1409-1418.
- Biderman A, Cwikel J, Galinsky D: Depression and falls among community dwelling elderly people: a search for common risk factors. J Epidemiol Community Health 2002; 56(8):631-636.
- Chen TY, Peronto CL, Edwards JD: Cognitive function as a prospective predictor of falls. Psychological Sciences and Social Sciences 2012; 67(6):720-728.
- Antes DL, Schneider IJC, Benedetti TRB, Orsi E: Fear of recurrent falls and associated factors among older adults from Florianópolis, Santa Catarina State, Brazil. Cad Saúde Pública 2013; 29(4):758-768.