

Caídas en el adulto mayor y su relación con la capacidad funcional¹

Jack Roberto Silva Fhon²

Suzele Cristina Coelho Fabrício-Wehbe³

Thais Ramos Pereira Vendruscolo⁴

Renata Stackfleth⁵

Sueli Marques⁶

Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues⁷

Objetivo: Determinar la prevalencia de caídas en el adulto mayor y su relación con la capacidad funcional. **Método:** Estudio epidemiológico transversal de base poblacional, con una muestra por conglomerado de doble estadio de 240 sujetos, con edad superior de 60 años, de ambos los sexos, residentes en Ribeirão Preto. Los datos fueron colectados entre noviembre del 2010 y febrero del 2011 y se utilizaron los cuestionarios: perfil social, evaluación de caídas; Medida de Independencia Funcional y Escala de Lawton y Brody. Fue adoptado el nivel de significancia de 0,05. Para la identificación de la ocurrencia de caídas y su relación con la capacidad funcional fueron utilizadas las pruebas de razón de prevalencia y regresión logística múltiple. **Resultados:** La edad promedio fue de 73,5 años ($\pm 8,4$), el 25% con 80 años a más, predominio del sexo femenino; el 48,8% estudiaron durante 1 a 4 años. Promedio 1,33 caídas ($\pm 0,472$); con mayor prevalencia en mujeres y adultos mayores más jóvenes; el lugar más frecuente fue el patio y el baño. Hubo fuerte correlación entre nivel de independencia funcional y las actividades instrumentales con la edad y no hubo relación entre los adultos mayores que sufrieron caída con las variables sexo y edad. **Conclusión:** Hubo predominio de mujeres que sufrieron caídas relacionados a la independencia funcional, lo que puede ser prevenido con estrategias de promoción a la salud al adulto mayor, políticas para ofrecer mejor condición de vida a personas durante el proceso de envejecimiento.

Descriptores: Adulto Mayor; Accidentes por Caídas; Actividades Cotidianas; Estudios Transversales.

¹ Apoyo financiero del Programa de Estudante-Convênio de Pós-Graduação, CAPES/CNPq.

² MSc, Profesor, Escuela Académico Profesional de Enfermería, Universidad Privada Norbert Wiener, Peru.

³ PhD, Profesor, Centro Universitário Barão de Mauá, Brasil.

⁴ Estudiante de Maestría, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Brasil.

⁵ Alumna del curso de Graduación en Enfermería, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Brasil.

⁶ PhD, Profesor Doctor, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Brasil.

⁷ PhD, Profesor Titular, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Brasil.

Correspondencia:

Jack Roberto Silva Fhon
Universidad Privada Norbert Wiener. Escuela Académico Profesional de Enfermería
Av. Arequipa, 440
Urbanización Santa Beatriz
01 Lima, Peru
E-mail: beto_fhon@hotmail.com

Quedas em idosos e sua relação com a capacidade funcional

Objetivo: determinar a prevalência de quedas em idosos e sua relação com a capacidade funcional. Método: trata-se de estudo epidemiológico transversal de base populacional, com uma amostra por conglomerado de duplo estágio de 240 sujeitos, com idade acima de 60 anos, de ambos os sexos, residentes em Ribeirão Preto, SP. Os dados foram coletados entre novembro de 2010 e fevereiro de 2011 e utilizaram-se os questionários: perfil social, avaliação de quedas, Medida de Independência Funcional e Escala de Lawton e Brody. Foi adotado o nível de significância de 0,05. Para a identificação da ocorrência das quedas e sua relação com a capacidade funcional, foram utilizadas razão de prevalência e de chances de prevalência e regressão logística múltipla. Resultados: a média de idade foi de 73,5 anos ($\pm 8,4$), 25% com 80 anos ou mais, predomínio do sexo feminino; 48,8% estudaram de 1 a 4 anos. Média de 1,33 quedas ($\pm 0,472$); com maior prevalência em mulheres e idosos mais jovens; o local mais frequente foi o quintal e o banheiro. Houve forte correlação entre o nível de independência funcional e as atividades instrumentais com a idade, e não houve relação entre os idosos que sofreram queda e as variáveis sexo e idade. Conclusão: houve predomínio de mulheres que sofreram quedas relacionadas à independência funcional, podendo-se prevenir com estratégias de promoção à saúde ao idoso, política essa para oferecer condição de vida à pessoa no processo de envelhecer.

Descritores: Idoso; Acidentes por Quedas; Atividades Cotidianas; Estudos Transversais.

Accidental falls in the elderly and their relation with functional capacity

Aim: This study aimed to determinate the prevalence of falls in the elderly and its relationship with the functional capacity. Method: This is an epidemiological and cross-sectional study; a two-stage cluster sample of 240 male and female subjects aged over 60 years was used. Data were collected from November 2010 to February 2011. The following questionnaires were used: socio-demographic profile, assessment of falls, Functional Independence Measure, Lawton and Brody Scale. Significance was set at 0.05. To identify the occurrence of falls and their relation with functional capacity, the prevalence ratio and prevalence odds ratios were used, as well as multiple logistic regression. Results: Average age was 73.5 years (± 8.4); 25% 80 years or more, with preponderance of female gender; 48.8% attended school between 1-4 years. The average was 1.33 falls (± 0.472), with prevalence in women and elderly between 60 and 79 years old; the most frequently sites were the backyard and bathroom. Strong correlation between the level of functional independence and instrumental activities and age was found, but no relation between elderly victims of falls and the gender and age variables. Conclusion: Women who suffered falls related to functional independence were predominant, which can be prevented through elderly health promotion strategies, a policy that serves to offer living conditions to people in the aging process.

Descriptors: Aged; Accidental Falls; Activities of Daily Living; Cross Sectional Study.

Introducción

El creciente aumento de la población adulto mayor en todo el mundo y en Brasil es uno de los desafíos políticos, económicos y sociales frente de las nuevas demandas de este grupo etario.

En Brasil, de acuerdo con estimativas realizadas para el 2020, el número de adultos mayores de 60 años de edad

será de 28,3 millones y, para el 2050, aproximadamente de 64 millones, se ha observado un crecimiento de la población de ese grupo etario⁽¹⁾.

Este panorama nos lleva a una gran discusión sobre los eventos incapacitantes y la necesidad de mantener la autonomía e independencia del adulto mayor, o sea,

mantener las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y ser independiente en su capacidad funcional.

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⁽²⁻³⁾. 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 cita la ocurrencia de caídas en el adulto mayor, con destaque en estudios nacionales e internacionales por ser considerado un evento que afecta directamente la capacidad funcional de los mismos⁽⁴⁾. 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 muerte por lesiones accidentales y no accidentales⁽⁵⁻⁶⁾.

Las consecuencias de las caídas pueden ser desde las más simples (tipo escoriación), hasta las más complejas como restricciones de actividades, síndrome del miedo de caer, declino en la salud, lo que genera demanda por cuidados de larga duración⁽⁶⁻⁷⁾.

En la revisión de la literatura, se verifica que el tema caída *versus* dependencia/independencia es poco discutido en enfermería, sin embargo, se considera que el concepto de salud del adulto mayor está 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 posible evaluar si la caída puede causar 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^(4,7-8).

Considerando el aumento de la población de anciana, el impacto que la caída puede causar en la vida del adulto mayor, familia y sociedad, además de la escasez de estudios sobre ese tema y sus factores relacionados, el presente estudio tuvo como objetivo estimar la prevalencia de caídas en adultos mayores y su relación con la capacidad funcional. Frente a esto, surgen las siguientes preguntas: ¿Cuáles son las actividades más afectadas en el adulto mayor que sufrió caídas? ¿Cuál fue el nivel de dependencia/independencia de los adultos

mayores después de las caídas?

Este estudio se justifica en la medida en que hay un aumento del número de adultos mayores en la sociedad y un consenso entre los investigadores del área de que, en la sociedad, la preservación de la capacidad funcional es un de los principales aspectos del concepto de salud del adulto mayor. Así, la presente investigación contempla una muestra significativa de adultos mayores que viven en el domicilio. Además, el tema es considerado un de los más prioritarios en el área y, por lo tanto, los datos pueden colaborar con la educación a la salud de los adultos mayores, familia, equipo de salud, incluyendo al enfermero, responsable por el cuidado integral a los mayores. En ese proceso educativo, la evaluación del adulto mayor en lo que se refiere a la capacidad funcional cabe al enfermero, profesional que irá a trazar las estrategias de cuidado para prevención de caídas. Así, el objetivo principal de este estudio es estimar la prevalencia de caídas y su relación con la capacidad funcional; los datos pueden contribuir para la elaboración de recomendaciones de prevención de caídas y de incapacidades en adultos mayores, destacamos que, muchas veces, estas dos circunstancias pueden o no ocurrir de forma conjunta. Los resultados pueden aun subsidiar directrices que fundamenten la construcción de políticas públicas y programas asistenciales de atención a la salud de ese grupo poblacional.

Método

Se trata de una estudio transversal, realizado en la ciudad de Ribeirão Preto, en el Estado de São Paulo.

Los criterios de inclusión fueron: mayores con 60 años y más, de ambos los sexos; residentes en domicilios y que presentaron score en el Mini-Examen del Estado Mental (MEEM)⁽⁹⁾. La variable predictiva fue la caída.

La muestra fue determinada por conglomerado en doble estadio. Para el primer estadio, se consideró como unidad muestral el sector censitario y, para el segundo, el individuo arriba de 60 años. Se calculó una muestra de 240 individuos, lo que garantizo un error máximo de 6,3%, con 95% de probabilidad. Para llegar al valor de n=240, se planeó sortear 20 sectores censitarios entre los 650 existentes. Fueron enumeradas y sorteadas las calles de los sectores seleccionados y digitadas en el Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), realizándose un nuevo sorteo de las cuadras de la calle seleccionada.

La colecta de datos ocurrió en el período de noviembre del 2010 a febrero del 2011; los entrevistadores recorrieron la cuadra seleccionada en sentido horario hasta encontrar 12 adultos mayores por sector en las condiciones de inclusión para la muestra.

Fueron utilizados los siguientes instrumentos: rotero estructurado con preguntas para caracterizar el perfil social del adulto mayor (sexo, edad, estado civil y años de estudio), y el contexto de las caídas elaborado por los miembros del Núcleo de Investigación Geriátrica y Gerontológica (NUPEGG) de la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto (EERP); en la evaluación de la capacidad funcional y demanda del cuidado se utilizó la escala de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD), elaborado por Lawton y Brody, y validado para el contexto brasileño⁽¹⁰⁾. Esa escala tiene una puntuación de 7 (dependencia) hasta 21 (independencia). La Medida de Independencia Funcional (MIF), traducida y validada en el Brasil⁽¹¹⁾, tiene un score de 18 puntos (dependencia total) hasta 126 puntos (independencia completa).

Para el análisis de los datos se construyó una planilla en el programa Microsoft Excel®, en la cual los datos fueron organizados con doble digitación y, a seguir, fue realizado la validación. Los datos fueron importados al aplicativo SPSS versión 11.5 para realizar los análisis estadísticos descriptivos. Las variables cuantitativas fueron analizadas empleándose medidas de tendencia central (media y mediana) y de dispersión (desvío estándar) y proporciones para variables categóricas. Otras pruebas específicas fueron realizadas, como prueba de comparación de las medias entre los grupos de adultos mayores (Prueba t de Student) y prueba de correlación de Pearson entre las medidas de interés. El nivel de significancia adoptado fue

0,05. Fueron realizados medidas de asociación en Tablas de contingencia (X^2 , razón de prevalencia y razón de chance de prevalencia). Para el análisis final del resultado principal fue empleado la prueba de regresión logística múltiple, teniendo como resultado la ocurrencia o no de la caída con las siguientes variables predictivas: sexo y edad.

El proyecto fue encaminado al Comité de Ética en Investigación de la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto-USP para apreciación y aprobación (Proceso nº 1169/2010). Todos los sujetos firmaron el Consentimiento Informado.

Resultados

Se observa que de los 240 adultos mayores entrevistados, el 25% pertenecían al grupo etario de 80 años y más, siendo la edad mínima de 60 y la máxima de 94 años, con un promedio de edad de 73,5 años y desvío estándar $\pm 8,4$; el 62,9% eran del sexo femenino; en lo que se refiere al estado conyugal, el 57,4% eran casados y el 31,3% viudos; el 48,8% frecuentaron el colegio entre 1 a 4 años y el 14,6% eran analfabetos.

La prevalencia de caídas con relación a los últimos seis meses anteriores a la entrevista fue del 33,3%; entre ellos, la mayoría era del sexo femenino y considerados adultos mayores más jóvenes (60 a 79 años), como es posible observar en la Tabla 1.

Tabla 1 - Prevalencia de caídas de los mayores que viven en el domicilio, según sexo, adultos mayores más jóvenes y adultos mayores más viejos. Ribeirão Preto-SP, Brasil, 2011 (n=240)

Variables	Caídas (sí)		Caídas (no)		Razón de Superioridad	Razón de Chance de Superioridad	p*
	N	%	N	%			
Sexo							
Masculino	25	31,25	64	40,0	0,682 (0,386-1,204)	0,771 (0,520-1,143)	0,186
Femenino	55	68,75	96	60,0			
Grupo etário							
Adultos mayores más jóvenes	54	67,5	126	78,75	0,560 (0,307-1,023)	0,692 (0,480-0,998)	0,058
Adultos mayores más viejos	26	32,5	34	21,25			

*RP: razón de prevalencia; † RCP: razón de chance de prevalencia; ‡ p: Prueba X^2 ; Nivel de significancia $\alpha = 0,05$

El promedio de las caídas por el adulto mayor fue de 1,33; la mediana fue de 1,0 y el desvío estándar $\pm 0,472$.

En relación al número de caídas, el 25% sufrieron entre una a dos, siendo el 25,8% del sexo femenino y el 23,6% del masculino; el 6,3% sufrieron entre tres a cuatro caídas en los últimos seis meses, siendo que de éstos el 8,6% fueron del sexo femenino y el 2,2% del masculino; el 2,1% sufrieron cinco caídas a más, de los cuales el 2,0%

fueron del sexo femenino y el 2,2% del masculino.

Se observa en la Tabla 2 que los lugares más relatados de ocurrencia de las caídas fueron: en el patio y baño.

La mayoría de las caídas en los adultos mayores ocurrió de la propia altura, seguida por caer de la cama, siendo que el 12,5% necesitaron hospitalización; las mayores consecuencias consistieron en escoriaciones y, en menor proporción, esguince y luxación.

Tabla 2 - Ocurrencia de caídas en adultos mayores que viven en el domicilio, según sexo, lugar de ocurrencia, hospitalización, tipo de caída y consecuencias. Ribeirão Preto-SP, Brasil, 2011 (n=80)

Variables	Masculino		Femenino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Local						
Patio / patio	5	15,6	14	17,5	18	22,5
Cocina	0	0,0	12	15,0	12	15,0
Hall de entrada	1	3,1	1	1,2	2	2,5
Dormitorio / cuarto	5	15,6	12	15,0	17	21,3
Sala	2	6,3	5	6,2	7	8,8
Baño	6	18,7	12	15,0	18	22,5
Vereda	2	6,3	11	13,8	13	16,3
Calle / avenida	9	28,1	8	10,0	17	21,3
Jardín	0	0,0	3	3,8	3	3,8
Al subir o bajar de vehículos	2	6,3	2	2,5	4	5,0
Hospitalización						
Sí	4	16,0	6	10,9	10	12,5
No	21	84,0	49	89,1	70	87,5
Tipo						
Cama	3	11,1	6	10,4	9	11,3
Silla o sillón	2	7,4	1	1,7	3	3,8
Silla de baño y / o wáter	2	7,4	2	3,5	4	5,0
Propia altura	20	74,1	47	81,0	67	83,8
Escalera	0	0,0	1	1,7	1	1,3
Tejado	0	0,0	1	1,7	1	1,3
Consecuencias						
Escoriaciones	12	80,0	25	71,5	37	46,3
Heridas con punto	3	20,0	4	11,4	7	8,8
Fractura tipo cerrada	0	0,0	4	11,4	4	5,0
Esguince y luxación	0	0,0	2	5,7	2	2,5

Entre los factores intrínsecos que causaron la caída en el adulto mayor se puede destacar: el 50%, alteración del equilibrio; el 30%, debilidad muscular; el 28,8%, mareo/vértigo; el 25%, dificultad para caminar, entre otros. Entre los factores extrínsecos prevalecieron: el 26,3%, pisos resbaladizos; el 18,8%, pisos irregulares o huecos; el 11,3%, escalones alto y/o desnivel del piso; el 8,8%, objetos en el piso; el 7,5%, tapetes sueltos, entre otros.

La caída puede traer consecuencias tanto físicas y/o psicológicas, entre las cuales se destacaron el 67,5% con síndrome del miedo de caer nuevamente; el 41,3% presentaron dificultades para caminar; el 25%, ansiedad; el 15% necesitaron de ayuda para las actividades de la

vida diaria; el 12,5%, depresión y el 6,3%, pérdidas en lo que se refiere a la toma de decisiones para organizar su propia vida.

Se observa en la Tabla 3, que existe una correlación entre edad y la MIF, indicando que el aumento de la edad está correlacionado con la disminución de la MIF. Las correlaciones, para la edad, son moderadas y estadísticamente significativas, lo que no ocurre con la escolaridad, que no es correlacionada con la MIF, ya que $p > 0,05$.

En la Tabla 4, se verifica que no hubo relación entre los adultos mayores que sufrieron caída en lo que se refiere a las variables sexo y edad.

Tabla 3 - Coeficiente de correlación de la Medida de Independencia Funcional y las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria, con variable edad y escolaridad en los adultos mayores que sufrieron caídas y viven en el domicilio. Ribeirão Preto-SP, Brasil, 2011 (n=80)

Variables	MIF Cognitiva	MIF Motora	MIF Global	AIVD
Edad *	-0,386	-0,382	-0,319	-0,468
Escolaridad	0,266	0,251	0,238	0,301

* $p < 0,01$; † MIF = Medida de Independencia Funcional; ‡ AIVD = Actividades Instrumentales de la Vida Diaria

Tabla 4 - Análisis de regresión logística, con empleo de modelo saturado, de los adultos mayores que sufrieron caída, de acuerdo con sexo y edad. Ribeirão Preto-SP, Brasil, 2011.

Variables	Intervalo de Confianza 95%		RCP ajustado	p
	Límite inferior	Límite superior		
Sexo	0,401	1,306	0,724	0,283
Edad (años)	0,307	1,144	0,593	0,119

*p<0,05

Discusión

Datos de 2010 refieren que la mortalidad por consecuencia de la caída es del orden de, aproximadamente, 424.000 personas en el mundo, siendo que cerca del 80% de estos óbitos ocurrieron en países de bajos y medianos recursos económicos; además de eso, cada año, 37,3 millones de adultos mayores sufren caídas y necesitan de atención médica⁽¹²⁾.

La prevalencia de las caídas en la presente investigación fue de 33,3%, resultado superior a los encontrados en otra estudio⁽¹³⁾, en comparación a la investigación nacional⁽⁴⁾, e internacional⁽¹⁴⁻¹⁵⁾ en que la prevalencia varió de 9,6 a 24,1%.

La epidemiología de las caídas considera, como promedio en la comunidad es de 0,7 caídas/persona/año, con intervalo de 0,2-1,6⁽¹⁶⁾, siendo que en este estudio se encontró un promedio superior al divulgado por la literatura.

La prevalencia de caídas ocurrió en el sexo femenino y en la grupo etario de 60 a 79 años. Tal resultado puede ser atribuido a las múltiples tareas que las mujeres realizan en el domicilio, llevándolas a tener mayor propensión para sufrir lesiones por las caídas⁽¹⁶⁾. En tanto, esta frecuencia aun no está clara en los estudios, considerando las diferentes metodologías y los distintos instrumentos de evaluación.

Los resultados del presente estudio están en consonancia con los datos del último censo del 2010, cuando el IBGE contabilizó una mayor proporción de mujeres, además de registrar un aumento de la expectativa de vida del brasileño, siendo mayor en el sexo femenino⁽¹⁷⁾.

La ocurrencia más frecuente de la caída fue de la propia altura, datos que concuerdan también en consonancia con otro estudio⁽¹⁸⁾. Las consecuencias más encontradas para ese tipo de caída fueron heridas, edemas, hematomas y/o escoriaciones y hasta fracturas^(15,18).

Las caídas en el mayores están relacionadas a múltiples factores, tales como los intrínsecos, que presentaron, en la presente investigación, mayor predominio de ocurrencia en relación a los extrínsecos.

Entre los factores de riesgo intrínsecos se destacan: uso de varios medicamentos, co- morbilidad y problemas como resultado del propio proceso de envejecimiento. En la vejez, la disminución de la fuerza muscular puede alterar el equilibrio de la persona, causando inestabilidad en la marcha. Además, la presencia de enfermedades agudas y crónicas, como la osteoporosis, por ejemplo, sumado el consumo de medicamentos, pueden alterar el estado cognitivo, aumentando el riesgo de caídas⁽¹⁹⁾.

Los factores extrínsecos⁽¹⁹⁾ también son comunes; pueden ser ambientes con poca luz, alfombras sueltas, escaleras sin barandas, pisos resbaladizos, inclemencia del clima (lluvia, piedras, nieve, hielo) o muebles colocados inadecuadamente, propiciando ambientes inseguros y peligrosos para el adulto mayor.

Es necesario modificar los ambientes domésticos para minimizar los peligros, además de la necesidad de promover la salud, prevenir enfermedades e incapacidades del adulto mayor con el objetivo de disminuir los riesgos de sufrir caídas.

Además de las limitaciones físicas como resultado de la caída, el adulto mayor tiene miedo de sufrir una nueva caída. El síndrome del miedo de caer es uno de los principales problemas de su salud y esa condición genera cambios físicos, funcionales, psicológicos y sociales en la vida de esta población, conforme descrito en un estudio americana⁽²⁰⁾. Además de estos cambios, en muchos casos, por miedo de volver a caer, los adultos mayores limitan sus actividades cotidianas, como las tareas del día a día, lo que los lleva a la inmovilidad, causando hasta el aislamiento social, la tristeza y la muerte.

En estudio realizado en España, desarrollado en 919 adultos mayores de 65 años y más, fue constatado que la prevalencia de miedo de caer fue de 49,4%, siendo mayor en el sexo femenino y con los adultos mayores arriba de 75 años de edad⁽²¹⁾.

En la investigación sobre la calidad de vida de los adultos mayores que viven en la comunidad y que sufrieron caídas, los autores destacaron que el 88,5% refirieron miedo de caer; de estos, el 26,9% relataron cambios en las actividades básicas de la vida diaria, el 23,1%, con modificación de los hábitos y el 19% con inmovilización⁽²²⁾.

Los autores aun indican que los adultos mayores que sufrieron caída experimentaron sentimientos negativos, alteraciones en la concentración, en la memoria, baja autoestima y alteraciones en la imagen corporal.

Los estudios que evaluaron la capacidad funcional no reportan el uso de los instrumentos como la MIF y las actividades instrumentales de la vida diaria, en conjunto. Vale destacar que los datos de la MIF (MIF motora, MIF cognitiva y MIF global) y de la Escala de Lawton y Brody para las AIVDs del presente estudio muestran tener significancia estadística ($p < 0,01$) en relación a la edad.

La población adulto mayor viene creciendo rápidamente, especialmente aquellos con edad superior a los 80 años. Esta población es la que más progresa en relación a la incapacidad funcional, lo que demanda mayores cuidados y, así, costos más elevados para la sociedad. Tal condición de salud del adulto mayor más viejos no es medida por la presencia o no de enfermedades y sí por el grado de mantenimiento de la capacidad funcional⁽²³⁾. Este aumento de la demanda de cuidado que la incapacidad funcional puede generar, requiere que el profesional que brinda atención al adulto mayor, en especial los enfermeros, mayor capacitación y preparación para actuar en la promoción de la salud, prevención y rehabilitación de las enfermedades crónicas degenerativas, de la misma forma, apunta para la necesidad de formularse y estructurar acciones de orden preventivo para aspectos sociales, cognitivos y físicos⁽²⁴⁾.

Sin embargo, en otro estudio de evaluación con el Índice de Katz y la Escala de Lawton y Brody, con 73 adultos mayores que viven en la comunidad y que sufrieron caída, se verificó que hubo disminución de la capacidad funcional en las actividades instrumentales de la vida diaria y, consecuentemente, pérdida de la independencia, autonomía y calidad de vida⁽⁷⁾.

Fue evidenciado que la caída causa disminución de la capacidad funcional de los adultos mayores, tanto para la independencia funcional como para las actividades instrumentales de la vida diaria, volviéndose más dependientes para el desempeño de las mismas. Se verificó todavía que cuanto más viejo es el adulto mayor, mayor será el comprometimiento en relación a la capacidad para realizar sus actividades rutinarias.

Se verificó que el principal problema en el adulto mayor puede ser la pérdida de las habilidades físicas para la realización de diferentes actividades. De esta forma, la promoción del envejecimiento saludable y el mantenimiento de la capacidad funcional y autonomía deben ser metas de toda acción de salud⁽²⁵⁾.

Por lo tanto, se vuelve evidente la necesidad de

prevención de caídas en los adultos mayores considerando que las mismas pueden interferir directamente en la capacidad funcional, propiciando también alteraciones psicológicas como resultado del comprometimiento en lo que dice respeto a la realización de las actividades.

Conclusiones

La prevalencia de caídas en el estudio fue de 33,3%. Durante la evaluación de la independencia funcional con el instrumento de la MIF (MIF motora, MIF cognitiva y MIF global), así como con la Escala de Lawton y Brody, se verificó una correlación entre los adultos mayores que sufrieron caída y la variable edad, además se identificaron cambios significativos en el nivel de independencia para la realización de las actividades de la vida diaria.

La principal meta en gerontología, en el cuidado a los adultos mayores, es el mantenimiento de la independencia y autonomía para las actividades básicas de la vida diaria, lo que puede estar directamente relacionado a la calidad de vida.

Saber si la caída puede interferir en la capacidad funcional de los adultos mayores y como esto ocurre, o sea, que la misma puede modificar la manera como ellos desarrollan sus actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, puede ser un factor predictivo para la calidad de vida de esta población. Puede indicar cuanto esta persona, después de la caída, pasa a necesitar ayuda para realizar sus actividades, identificando si el adulto mayor tiene o no condiciones de vivir solo.

Los resultados son de gran importancia para una mejor comprensión de este fenómeno, alertando profesionales que trabajan con adultos mayores y representantes gubernamentales sobre la necesidad de mayor atención de las medidas preventivas para evitar caídas o aun en el sentido de capacitarlos a prestar atenciones específicas para estos adultos mayores, minimizando las consecuencias de caídas.

Al tratar una consecuencia como resultado de la caída, el profesional necesita direccionar su mirada no apenas para las secuelas físicas, si no también, entre otras, como la caída puede interferir en las actividades cotidianas del adulto mayor. Es necesario evaluar, a partir de la primera atención, la dimensión del evento, o cuanto esta interfirió y puede interferir en la capacidad funcional de la persona. Cuanto más rápido son tratadas las incapacidades como resultado de la caída, las complicaciones más graves pueden ser prevenidas. El mantenimiento de la capacidad funcional del adulto mayor está directamente relacionado a la capacidad de ocuparse con actividades agradables,

hasta en edades más avanzadas, prolongando, por el mayor tiempo posible, su autonomía e independencia.

Finalmente, un importante factor a ser destacado, y que hace parte de propuesta para estudios posteriores, es la necesidad de inversión en más estudios que apliquen medidas preventivas a esta población y cuantifiquen si las mismas fueron realmente eficaces para la prevención de caídas, considerando que el concepto de salud del adulto mayor también está orientado por el paradigma del concepto de capacidad funcional.

Referencias

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil. 2009. [acesso 7 jul 2011]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/indicsaude.pdf.
2. Silva MJ, Lopes MVO, Araujo MFM, Morales GLA. Avaliação do grau de dependência nas atividades da vida diária em idosos da cidade de Fortaleza – Ceará. *Acta Paul Enferm.* 2006;19(2):201-6.
3. Fiedler MM, Peres KG. Capacidade funcional e fatores associados em idosos do Sul do Brasil: um estudo de base populacional. *Cad Saúde Pública.* 2008;24(2):409-15.
4. Fabrício, S.C.C., Rodrigues, R.A.P.; Costa, M.L.J.. Falls among older adults seen at a São Paulo State public hospital: causes and consequences. *Rev Saúde Pública* 2004;38(1):93-9.
5. Aguiar CF, Assis M. 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.* 2009;12(3):391-404.
6. Organización Mundial de Salud (OMS). Caídas, nota descriptiva n 344. 2010. [acesso 24 fev 2011] Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/es/>.
7. Jahana KO, Diogo MJDE. Quedas em idosos: principais causas e consequências. *Cienc Saúde Colet.* 2007;4(17):148-53.
8. Zecevic AA, Salmoni AW, Speechley M, Vandervoort AA. Defining a fall as a reason for falling: comparisons among the views of seniors, health care providers, and the research literature. *Gerontologist.* 2006;46(3):367-76.
9. Bertolucci PH, Brucki SM, Campacci SR, Juliano Y. O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq Neuropsiquiatr.* 1994;52(1):1-7.
10. Santos RL, Virtuoso Jr JS. Confiabilidade da versão brasileira da escala de atividades instrumentais da vida diária. *RBPS.* 2008;21(4):290-6.
11. Riberto M, Miyazaki MH, Jucá SSH, Sakamoto H, Potiguara P, Pinto N. Validação da versão brasileira da medida de independência funcional. *Acta Fisiatr.* 2004;11(2):72-6.
12. Organización Mundial de Salud (OMS). Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. 2010. [acesso 24 fev 2011]. Disponível em: http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_myths/es/
13. Moreira MD, Costa AR, Felipe LR, Caldas CP. The association between nursing diagnoses and the occurrence of falls observed among elderly individuals assisted in an outpatient facility. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2007;15(2):311-7.
14. Shin KR, Kang Y, Hwang EH, Jung D. The prevalence, characteristics and correlates of falls in Korean community-dwelling older adults. *Int Nurs Rev.* 2009;56(3):387-92.
15. Boyd R, Stevens JA. Falls and fear of falling: burden, beliefs and behaviours. *Age Ageing.* 2009;38(4):423-8.
16. Rubenstein LZ, Josephson KR. The epidemiology of falls and syncope. *Clin Geriatr Med.* 2002;18(2):141-58.
17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Censo demográfico 2010. [acesso 2 jun 2011]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>.
18. Gonzáles CG, Marín LPP, Pereira ZG. Características de las caídas en el adulto mayor que vive en la comunidad. *Rev Méd Chile.* 2001;129(9):1021-30.
19. Czerwinski E, Kimorek A, Milert A, Borowy P. Causes of falls in women in Krakow population. *Ortop Traumatol Rehabil.* 2008;10(5):429-40.
20. Scheffer AC, Shuurmans MJ, Dijk NV, Hooft TVD, Rooij SE. Fear of falling: measurement strategy, prevalence, risk factors and consequences among older people. *Age Ageing.* 2008;37(1):19-24.
21. Martínez IP, Bravo BN, Pretel FA, Muñoz JND, Molina RPE, Hidalgo JL. Miedo a las caídas en las personas mayores no institucionalizadas. *Gac Sanit.* 2010;24(6):453-9.
22. Ribeiro AP, Souza ER, Atie S, Souza AC, Schilithz AO. A influência das quedas na qualidade de vida de idosos. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2008;13(4):1264-73.
23. Bonardi G, Souza VBA, Moraes JFD. Incapacidade funcional e idosos: Um desafio para os profissionais de saúde. *Sci Med.* 2007;17(3):138-44.
24. Pilger C, Menon MH, Mathias TAF. Características sociodemográficas e de saúde de idosos: contribuições para os serviços de saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem [periódico na Internet].* set-out 2011 [acesso 07 ago 2012];19(5):[09 telas]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/r/lae/v19n5/pt_22.pdf.

25. Portaria nº 2.528 de 19 de Outubro de 2006 (BR).
Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.
Brasília; 2006

Recibido: 25.1.2012

Aceptado: 20.8.2012

Como citar este artículo:

Fhon JRS, Fabrício-Wehbe SCC, Vendruscolo TRP, Stackfleth R, Marques S, Rodrigues RAP. Caídas en mayores y su relación con la capacidad funcional. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. sep.-oct. 2012 [acceso: / /];20(5):[09 pantallas]. Disponible en: _____

URL

día
mes abreviado con punto
año