

III CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA CIUDAD DE GRANADA

"Innovación y mejora en la calidad de los cuidados integrales al paciente como derecho del ciudadano"

CAÍDAS EN POBLACIÓN ANCIANA: UN ANÁLISIS SITUACIONAL DE PARTIDA.

Autor principal JAIME MARTIN MORCILLO

CoAutor 1 ASUNCION SANCHEZ DONAIRE

CoAutor 2

Área Temática Innovación y mejora en la calidad de los cuidados integrales en el Área Comunitaria

Palabras clave ancianos accidentes por caídas factores de riesgo consecuencias para la salud

» Resumen

La realización del estudio nos permitirá partir de un mapa situacional básico de las caídas en ancianos para poder emprender estrategias de intervención específicas en función del perfil de riesgo de nuestros mayores y de los recursos socio-sanitarios a nuestra disposición. Objetivo gral: Determinar la prevalencia de caídas en mayores de 74 años.

-Conocer su perfil sociodemográfico y clínico

-Determinar el riesgo de caídas en este grupo de edad y la calidad de vida relacionada con la salud

-Identificar las circunstancias asociadas a las caídas y sus consecuencias físicas y psicológicas

Diseño: observacional descriptivo transversal y multicéntrico

Población: personas mayores de 74 años no institucionalizados del Área de Toledo.

Muestreo polietápico por conglomerados mediante muestreo aleatorio simple de 6 Zonas Básicas de Salud entre las 31 existentes, estratificado y proporcional para cada ZBS, y aleatorio simple mediante programa informático y sobre la base de población sanitaria

Tamaño muestral: proporción, error alfa 5%, prevalencia esperada 35%, precisión 0.05 y pérdidas estimadas 15%, n=408 sujetos

Variables y medición

V. sociodemográficas (ficha ad-hoc)

V. del estudio: factores asociados a la caída y consecuencias (cuestionario OMS), riesgo actual de caídas (Barthel, Pfeiffer, test unipodal, ..., y mapa del hogar del anciano) y calidad de Vida (EuroQol 5D).

Recogida de datos mediante una entrevista personal, una vez informados de la finalidad del estudio y con su consentimiento verbal para participar en él.

» Contexto de partida. Antecedentes. Experiencias previas. ¿Dónde se realizó el trabajo? ¿En qué tipo de organización o departamento? ¿Cómo surge? ¿Hay experiencias previas en el área desarrollada?

La esperanza de vida, sobre todo en los países desarrollados, está aumentando y esto tiene un fuerte impacto en el estado de salud de la población. Las proyecciones demográficas de la Unión Europea indican que la población mayor de 65 años se incrementará, entre 2004 y 2050, en 58 millones de personas y el segmento de crecimiento más rápido será el de mayor edad (más de 80 años). En España se estima que en el período 2008-2018 el mayor incremento se producirá en el grupo de edad de mayores de 64 años, que crecerá un 19,2% en la próxima década. Si nos centramos de manera más específica en el grupo de personas mayores de 74 años, en la provincia de Toledo este segmento de población constituye el 10% de la población total, es decir, 60.657 personas en 2009. Según datos del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM) en el Área sanitaria de Toledo la población mayor de 74 años en 2010 era de 39.512 personas.

Dentro del grupo de personas mayores, y como expresión máxima de un anciano en situación de riesgo se incorpora el término de paciente geriátrico, definiéndole como aquella persona mayor de 75 años con una o varias enfermedades en evolución que tienden a la cronicidad o invalidez, y con deterioro mental y/o problemática social asociada.

» Descripción del problema. ¿Sobre qué necesidades o problemáticas del contexto pretendía actuar el proyecto? ¿Cómo se analizaron las causas de esos problemas? ¿Qué tipo de intervención se realizó? ¿Cómo se cuantificó el problema?

Las caídas en los ancianos representan por tanto un problema infradiagnosticado, ya que suelen considerarse como una consecuencia más de la edad, y si la caída no tiene consecuencias físicas inmediatas, el paciente no contacta con el sistema sanitario. A pesar de ello, las caídas constituyen el primer motivo por el que los mayores acuden a las consultas de urgencias hospitalarias de traumatología, y la tercera causa de consulta de urgencias en un hospital general en este grupo de edad.

Las caídas, entre la población atendida en el ámbito sanitario, representan un problema común y persistente. Éstas tienen graves consecuencias, tanto físicas (ocasionan fracturas en un 5-6 por ciento de los casos, y lesiones que reducen la calidad de vida) como psicológicas (pérdida de seguridad en sí mismo, miedo a volverse a caer, lo que provoca restricciones en la movilidad), sin olvidar su repercusión social y económica, además de tener una elevada mortalidad, ya que causan el 70 por ciento de las muertes por accidente en personas mayores de 75 años.

Las consecuencias de las caídas pueden ser muy limitadoras para las personas mayores y, a menudo, hasta fatales. Los principales problemas consecuentes son lesiones graves como fracturas y traumatismo craneoencefálico, así como ansiedad, depresión y el llamado miedo de caer. Cerca del 20 % de los que caen necesitan atención médica, el 5% sufren fractura ósea y del 5% al 10 % sufren otras lesiones como, contusiones, laceraciones, esguinces, y otras lesiones de los tejidos blandos, luxaciones articulares o lesiones graves en la cabeza. En residencias de ancianos y en el grupo de mujeres mayores que 75 años, los índices de lesión pueden ser más del doble. Aunque no todas las caídas producen lesión, estas reducen la movilidad e independencia, y aumentan el riesgo de muerte prematura.

» Soluciones aportadas / Viabilidad / Aplicabilidad. Coste-Beneficio. ¿Cuáles fueron los efectos y cómo se midieron? ¿Hasta qué punto las soluciones aportadas resolvieron el problema?

El programa de la OMS sobre envejecimiento y salud pone especial énfasis en las medidas de prevención secundaria para evitar los factores que contribuyen a las caídas. Las estrategias de prevención son la herramienta fundamental que debe implantarse para tratar de minimizar las repercusiones de este importante proceso, y dentro de esta, la identificación de los principales factores de riesgo es una pieza clave. En la

atención primaria se asienta la base para la identificación de la población diana y de los principales factores de riesgo, la planificación de las estrategias más eficientes en base a las evidencias disponibles y el diseño de estudios epidemiológicos más pertinentes.

El conocimiento de las características de la población estudiada puede servir de base para el cribado de ancianos con riesgo y la implantación de medidas de prevención secundaria. En cuanto a los ancianos que caen repetidas veces, es importante que no se haga solamente un tratamiento paliativo con rehabilitación y cura de las consecuencias inmediatas, sino que se invierta también en prevención terciaria de este colectivo. La implantación sistemática de estas medidas puede mejorar la calidad de vida de los ancianos y reducir los elevados costes económicos relacionados con las caídas.

» Barreras detectadas durante el desarrollo.

Se trata de un proyecto de investigación en enfermería presentado a convocatoria de concurrencia competitiva regional (FISCAM), para lo que cuenta con el dictamen favorable de la comisión de investigación del Área sanitaria donde se llevará a cabo.

» Oportunidad de participación del paciente y familia.

Una vez conocida la situación actual del problema en nuestro Área, podremos plantear estrategias de intervención, en base a los recursos disponibles, para abordar el problema desde una perspectiva integral, donde profesionales sociosanitarios, cuidadores y familia compartan una finalidad común: mejorar la calidad de vida de las personas mayores que viven en la comunidad.

» Propuestas de líneas de investigación.

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN PROPUESTA.

Con este estudio pretendemos conocer la situación actual de las caídas en los mayores de 74 años en nuestro Área de salud, el riesgo de caídas de este grupo de población y la prevalencia de caídas, las circunstancias asociadas y las consecuencias producidas por las mismas, con el fin de que a partir de este mapa situacional poder emprender estrategias de intervención específicas en función del perfil de riesgo de nuestros mayores y de los recursos socio-sanitarios a nuestra disposición.

Objetivos.

1-Principal del estudio: determinar la prevalencia de caídas en mayores de 74 años en el área sanitaria de Toledo.

2-Secundario en población general mayor de 74 años:

-Conocer el perfil sociodemográfico y clínico de las personas mayores de 74 años

-Determinar el riesgo de caídas de la población total del estudio.

-Valorar la calidad de vida relacionada con la salud.

3-Secundario en población que ha sufrido alguna caída:

-Conocer el perfil sociodemográfico y clínico de las personas que hayan sufrido alguna caída en el último año.

-Identificar las circunstancias asociadas las caídas

-Identificar las principales consecuencias físicas y psicológicas de las caídas

Metodología.

Diseño: estudio observacional descriptivo de corte transversal y multicéntrico.

Población: personas mayores de 74 años no institucionalizados del Área de Toledo.

Muestreo polietápico: por conglomerados mediante muestreo aleatorio simple de 6 Zonas Básicas de Salud entre las 31 existentes, y estratificado y proporcional para cada una de las seleccionadas, y posteriormente mediante muestreo aleatorio simple mediante programa informático y sobre la base de población con tarjeta sanitaria.

Tamaño muestral: calculado mediante la fórmula de estimación de una proporción, en base a la variable principal, asumiendo un error alfa del 5%, una prevalencia esperada del 35% (0.35), una precisión de +/- 0.05, para poblaciones finitas, y estimando unas pérdidas del 15%, necesitaremos 408 sujetos.

($N = 1.96 \times 1.96 \times 0.35 \times 0.65 / 0.05 = 350$ sujetos; Corrección para población finita: $N = 347$ sujetos; Ajustado a posibles pérdidas (tasa de no respuesta 15%); $N = 408$ sujetos)

Variables y medición de las mismas:

V. sociodemográficas y personales (ficha ad-hoc)

V. del estudio: factores asociados a la caída y consecuencias (cuestionario OMS para caídas en ancianos), riesgo actual de caídas (Barthel, Pfeiffer, test unipodal, test time up and go, y mapa del hogar del anciano) y calidad de Vida (EuroQol 5D).

Recogida de datos: Se incluirá a sujetos > 75 años, según criterios de inclusión y exclusión definidos. La captación se realizará vía telefónica mediante la información que consta en el registro informatizado, y los datos se obtendrán mediante una entrevista personal que se realizará en el domicilio del sujeto seleccionado, previa cita programada por los entrevistadores del estudio, una vez informados de la finalidad del estudio y con su consentimiento verbal para participar en él. Posteriormente, en la visita de entrevista, se entregará por escrito la hoja de consentimiento informado.

Parte de la información tendrá, en algunos sujetos, un carácter retrospectivo (datos referentes a las caídas, en los que las presenten) y a la vez prospectivo (datos referentes al resto de variables en los que presenten caídas y en los que no).

Previo al trabajo de campo se realizará un adiestramiento de los entrevistadores (miembros del equipo investigador) y un estudio piloto con sujetos que reúnan los criterios de inclusión establecidos y que no contabilizarán para la muestra final, con el fin de evaluar las dificultades de interpretación y cumplimentación de los cuestionarios, así como los aspectos logísticos (captación, grado de disponibilidad y aceptación de los sujetos de estudio, comprensión del cuestionario, tiempo empleado para cada sujeto, etc.), y la valoración de la fiabilidad de los cuestionarios mediante la técnica del test-retest. Para ello, se volverá a citar a los sujetos incluidos para entrevistarlos de nuevo unos 15-20 días después de la primera entrevista, para comprobar la fiabilidad intraobservador mediante índice de Kappa. Además, se podrán detectar las preguntas con problemas de discordancia, siendo posible valorar los motivos y establecer criterios de uniformidad y homogeneidad entre los entrevistadores.

Análisis de los datos: realizaremos la codificación y el procesamiento de los datos con el programa informático Excell® de Microsoft Office. Para el análisis estadístico emplearemos el programa estadístico SPSS®, versión 19.0 para Windows, y consistirá en:

-El estudio descriptivo de las variables registradas: medidas de tendencia central, de dispersión y de posición en las variables cuantitativas; cálculo de las frecuencias relativas y proporciones en las variables cualitativas. Los principales estimadores se presentan con sus intervalos de confianza del 95%.

-Para analizar los posibles factores relacionados con las caídas realizaremos un análisis bivariable, aplicando la prueba de la χ^2 de Pearson o el test exacto de Fisher (para las variables cualitativas), y el test de la t de Student o ANOVA (para las variables cuantitativas). Los contrastes usados serán bilaterales ($p < 0,05$). También se estimará la magnitud de la relación mediante el cálculo de la razón de prevalencia, con su correspondiente IC del 95%.

-Para identificar las variables asociadas de manera independiente con la presencia de caídas realizaremos un análisis multivariante mediante análisis de regresión logística no condicional, e incluiremos en un modelo máximo todas las variables sociodemográficas y las que hubiesen sido significativas en el análisis bivariable.

Periodo de realización del estudio: en la actualidad el proyecto se ha presentado a la Comisión de Investigación del Area, obteniendo dictamen favorable para su realización, resaltando el interés del tema de estudio y la viabilidad del proyecto. También se ha tramitado la solicitud de los permisos necesarios al Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, adjuntando el dictamen favorable de la Comisión y copia del proyecto. Se procederá a la recogida de datos entre los meses de febrero de 2012 y agosto de 2013.