

Rev. Latino-Am. Enfermagem
2018;26:e2977
DOI: 10.1590/1518-8345.2373.2977
www.eerp.usp.br/rlae



Artículo Original

Registro de las circunstancias de las caídas en el ámbito comunitario: Perspectiva en la península ibérica¹

Maria de Fátima Araújo²
Nilza Nogueira Caldevilla²
Candida Maciel³
Felicidade Malheiro⁴
María Aurora Rodríguez-Borrego⁵
Pablo Jesús López-Soto⁶

Objetivo: determinar el diagnóstico de la situación sobre la documentación de las caídas y riesgo de caída en personas mayores de 75 años en unidades básicas de salud de España y Portugal. **Método:** estudio exploratorio mixto en dos etapas: (i) descriptiva cuantitativa de registros de caída seleccionados aleatoriamente producidos en un año (597 registros; 197 españoles y 400 portugueses); y (ii) cualitativa, para conocer la percepción de los profesionales sanitarios, empleando entrevistas semiestructuras (72 profesionales; 16 españoles y 56 portugueses). Los ámbitos de estudio fueron dos unidades básicas de salud del Sur de España y Norte de Portugal. **Resultados:** en los registros de caída, el número de mujeres era mayor. La presencia de caída se asociaba con las variables edad, presencia de demencia, enfermedad osteoarticular, caídas previas y consumo de anti-vertiginosos. Los profesionales sanitarios percibían una ausencia de instrumentos de evaluación del riesgo de caída, así como carencia de programas de prevención y falta de sensibilización sobre este acontecimiento. **Conclusión:** las caídas son percibidas como un área de atención prioritaria para los profesionales sanitarios. No obstante, existe una falta de adhesión al registro de caídas y de la evaluación del riesgo como consecuencia de problemas organizacionales, logísticos y motivacionales.

Descriptores: Accidentes por Caídas; Agentes Comunitarios de Salud; Enfermería en Salud Comunitaria; Prevención de Accidentes; Medición de Riesgo; Promoción de la Salud.

¹ Apoyo financiero del Fondo Europeu de Desenvolvemento Regional (FEDER), proceso POCI-01-0145-FEDER-007746, Fundação para a Ciência e a Tecnologia y Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior (FCT/MCTES), proceso UID/IC/4255/2013, Portugal y Fundación MAPFRE, proceso BIL/14/P2/089, España.

² PhD, Profesor Adjunto, Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), Porto, Portugal.





³ MSc, Enfermera, Unidade de Saúde Familiar Arca d'Água, Porto, Portugal.

⁴ Especialista en Medicina General y Familiar, Médica, Unidade de Saúde Familiar Arca d'Água, Porto, Portugal.

⁵ PhD, Profesor Titular, Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba, Hospital Universitario Reina Sofía, Universidad de Córdoba, Córdoba, España.

⁶ PhD, Profesor Asistente, Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba, Hospital Universitario Reina Sofía, Universidad de Córdoba, Córdoba, España.

Cómo citar este artículo

Araújo MF, Nogueira-Caldevilla N, Maciel C, Malheiro F, Rodríguez-Borrego MA, López-Soto PJ. Record of the circumstances of falls in the community: perspective in the Iberian Peninsula. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2018;26:e2977. [Access   ]; Available in: . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2373.2977>.

mes día año

URL

Introducción

En una población cada vez más envejecida es de vital importancia desarrollar políticas de salud pública que preserven su autonomía e independencia. Las caídas, en este sentido, se encuentran entre las primeras causas de pérdida de autonomía, constituyendo un grave problema de salud pública por las consecuencias clínicas, sociales y económicas que tienen tanto en la persona como en su familia⁽¹⁾.

Las caídas son el resultado de una interacción compleja entre múltiples factores de riesgo⁽²⁾, tanto intrínsecos (biológicos y comportamentales) como extrínsecos (socioeconómicos y medioambientales). Aunque algunos de estos factores no son modificables (edad y condiciones médicas crónicas), la mayoría de ellos sí lo son (iluminación, superficie del suelo, etc.). Una revisión sistemática reciente⁽³⁾ evidencia que el desarrollo de programas de intervención, aún sólo enfocándose en un factor de riesgo, reduce la ocurrencia de estos acontecimientos adversos y sus consecuencias.

En las últimas décadas, en la comunidad científica se están haciendo grandes esfuerzos para identificar los factores de riesgo de caída, no obstante, se presta poca atención a la evaluación y documentación del riesgo de caída⁽⁴⁻⁵⁾.

Por otra parte, el enfoque actual en relación al envejecimiento es que éste sea activo (ausencia de dependencia, seguridad en términos económicos y sociales e integración en la vida comunitaria). Desde la Unión Europea se están llevando a cabo planes de acción para promulgar dicho envejecimiento activo mediante sinergias entre países⁽⁶⁾. En este sentido, con el enfoque de soportar la sostenibilidad y eficiencia a largo plazo de los sistemas de salud, se hace interesante conocer cómo se abordan las caídas por los profesionales sanitarios. Por ello, el objetivo de este estudio es realizar un diagnóstico de la situación sobre la documentación de las caídas y riesgo de caída en personas mayores de 75 años en unidades básicas de salud de España y Portugal.

Métodos

Se llevó a cabo un estudio exploratorio mixto en dos etapas: (i) descriptiva cuantitativa y (ii) cualitativa en unidades básicas de salud (UBS) de dos ciudades, una del Sur de España y otra del Norte de Portugal. En ambos casos las UBS constituyen la estructura mínima para garantizar la prestación de cuidados de salud primarios.

En la primera etapa del estudio se emplearon como objetos de estudio los registros de los sistemas de información en salud de las personas con 75 o más años documentados en el año 2013 en España y en 2014 en Portugal. Para determinar el número de registros, se

realizó un cálculo del tamaño muestral según los siguientes parámetros: precisión ± 5 ; 50% (situación de máxima incertidumbre; no se estableció un valor de referencia); nivel de confianza de un 95% y un 10% como porcentaje de respuesta no previsto.

El valor en el caso de España se realizó mediante un muestreo bietápico, determinándose en primer lugar aleatoriamente cuatro UBS y en dichas unidades, según la distribución poblacional de cada una, se seleccionaron aleatoriamente los registros. En este sentido, el número de registros incluidos fue de 197.

En el caso de Portugal, para la selección de la muestra se empleó un muestreo aleatorio sistemático del total de registros de personas mayores de 75 años de 11 UBS que perteneciente al Agrupamientos de Centros de Salud Porto Oriental (ACES). En total, se estudió una muestra de 400 registros.

El programa estadístico empleado para la obtención de la muestra fue Ene 3.0 (software de libre distribución). La fuente de población utilizada fue, en el caso de España, el programa Diraya (historia clínica electrónica del Sistema Sanitario Público de Andalucía); mientras que para Portugal se empleó el SClínico (sistema de información evolutivo común a todos los proveedores de atención de salud y centrado en el paciente).

En la etapa cualitativa los sujetos de estudio fueron profesionales sanitarios de las UBS incluidas en el estudio cuantitativo. Estos sujetos eran, por la estructura de las UBS, principalmente profesionales de enfermería y medicina. El muestreo fue intencional, seleccionado por intermediarios institucionales, y determinado por la saturación de datos. De este modo, el número de profesionales sanitarios en España fue de 16 (8 enfermeros y 8 médicos), mientras que, en Portugal, también se llevó a cabo un muestreo intencional entre enfermeros, siendo en total 56 profesionales. El menor número de los profesionales sanitarios en España se debió al empleo simultáneo con el cuestionario de grupos focales⁽⁷⁾; mientras que en Portugal sólo se emplearon cuestionarios.

Todos los autores del manuscrito, con experiencia en estudios cualitativos, llevaron a cabo la recogida de los datos en todas las etapas. En la etapa descriptiva cuantitativa se obtuvo información de los registros clínicos de 2013 en España y 2014 en Portugal, de las personas mayores de 75 años seleccionadas. Esta información fue obtenida durante el año 2015. Los datos recogidos de los registros fueron variables sociodemográficas (edad, sexo, escolaridad, estado civil, compañía), clínicas (antecedentes médicos, número de fármacos, tipos de fármacos, peso, altura, tensión arterial, caídas), factores de riesgo de caídas y documentación de enfermería, datos que permitían caracterizar el perfil sociodemográfico y clínico de la muestra y percibir la relevancia dada por el

equipo de salud a las caídas y riesgo de caída (evaluación, diagnóstico e intervención).

En la etapa cualitativa, los datos de los profesionales sanitarios seleccionados eran obtenidos a través de un cuestionario dividido en dos partes: variables sociodemográficas (edad, sexo, nivel de educación y estado civil), características laborales (institución donde ejerce la actividad, tiempo de servicio, categoría profesional, formación específica en el área de geriatría/gerontología), y cinco preguntas abiertas para conocer la percepción de los profesionales de enfermería en relación a la pertinencia (o no) de integrar en su práctica clínica el "riesgo de caídas" de las personas mayores de 75 años, así como, identificar posibles obstáculos que, en opinión de estos, podían dificultar la evaluación/intervención/documentación de las caídas/riesgo de caída. Antes de proporcionar el cuestionario, se informaba a los profesionales sobre los objetivos del estudio y se le proporcionaba información escrita. Todos los participantes tenían que dar su consentimiento. Las preguntas fueron las siguientes:

- En su opinión como profesional sanitario, ¿es competencia suya la evaluación del riesgo de caída en personas mayores? ¿Y por qué?
- ¿Usted evalúa las caídas/riesgo de caídas que tienen lugar en personas mayores? ¿Y por qué?
- En su opinión, ¿el personal sanitario registra las caídas/riesgo de caída en las personas mayores? ¿Y por qué?
- En su opinión, ¿qué tipo de factores contribuyen a la adhesión/no adhesión a la documentación de caídas/riesgo de caídas en las personas mayores?
- En su opinión, ¿la prevención de caídas de las personas mayores es un área de atención prioritaria en los cuidados de salud primarios? ¿Y por qué?

Esta información fue recogida entre los meses de mayo-junio de 2015 en España y de marzo-mayo de 2016 en Portugal.

El análisis de la primera etapa fue llevado a cabo mediante el software *Statistical Package for the Social Sciences* (IBM SPSS 22.0). La estadística descriptiva desarrollada implicó la realización de un test previo de normalidad de Shapiro-Wilk para comprobar el ajuste de las distintas variables a la normalidad y así utilizar índices paramétricos o no. La muestra fue descrita mediante frecuencias absolutas y relativas en variables cualitativas, y de tendencia central (media/mediana) y dispersión (desviación típica/rango intercuartílico) en variables cuantitativas. Se realizó análisis bivalente o simple no paramétrico (test de Fisher; U-Mann-Whitney) para llevar a cabo la comparación entre grupos, ya que la muestra para las variables de estudio era inferior a 30. Para las pruebas estadísticas de contraste de hipótesis se asumía una significación estadística con $p < 0,05$ e intervalos de confianza con una seguridad del 95%.

Los datos de la etapa cualitativa fueron analizados mediante el análisis de contenido temático de Bardin (2009) para determinar los "núcleos de significado" que forman un mensaje y cuya presencia o frecuencia puede ser significativo para el objetivo analítico escogido⁽⁸⁾. Con la intención de proporcionar rigor metodológico, el análisis se realizó en tres etapas: (i) pre-análisis: lectura de toda la información para obtener una información general del contenido; (ii) exploración del material: codificación de la información usando "unidades de registro" que establezcan un conjunto de tópicos y una subsecuente condensación de estos temas en categorías temáticas; y (iii) tratamiento de resultados/interpretación: presentación de los resultados en forma de tablas resumen que permiten la interpretación e inferencia de los resultados con extractos de las "unidades de registro".

Los datos obtenidos de los dos ámbitos de estudio eran comparados por la triangulación de los datos, técnicas, métodos e investigadores.

El estudio fue aprobado por los Comités Éticos provinciales (España: Acta nº 230 - ref. 2578; Portugal: nº 97/2014) de los ámbitos de estudio para la investigación en sujetos humanos y todos los procesos se llevaron a cabo de acuerdo a la Declaración de 1964 de Helsinki y sus posteriores modificaciones relativas a las normas éticas relevantes.

Resultados

Los registros seleccionados muestran poblaciones similares en cuanto a sexo, con una mayoría de mujeres (España: 64,5%; Portugal: 61,7%), y en edad (España: $81,3 \pm 4,7$ años; Portugal: $82,6 \pm 5,3$ años). Las características sociodemográficas, número de fármacos y la ocurrencia de caídas se especifican en la Tabla 1.

En relación a las características clínicas, el índice de masa corporal (IMC) muestra una población española con obesidad leve ($N=72$; $IMC=31,2 \pm 4,7$ kg/cm²) y la portuguesa con sobrepeso ($N=260$; $IMC=26,3 \pm 4,6$ kg/cm²). Los índices de tensión arterial sistólica y diastólica son similares [España ($N=162$): $140,3 \pm 18,1$ y $73,4 \pm 11,3$ mmHg; Portugal ($N=309$): $137 \pm 13,9$ y $73,7 \pm 8,5$ mmHg].

Los registros españoles muestran como fármacos más prescritos los anticoagulantes/antitrombóticos (50,3%), betabloqueantes (22,8%) y otros antihipertensivos (67,5%), antidiabéticos orales (25,4%), diuréticos (26,4%), antidepresivos (20,8%) y ansiolíticos/sedativos (19,3%). Los registros portugueses para la medicación prescrita proporcionan datos similares: anticoagulantes/antitrombóticos (27,2%), betabloqueantes (16,9%) y otros antihipertensivos (57,5%), antidiabéticos orales (48,7%), antidepresivos (17,2%) y ansiolíticos/sedativos (35,8%).

Tabla 1 – Características sociodemográficas, número de fármacos y presencia de caída. Córdoba, Andalucía, España, 2013; Porto, Portugal, 2014

VARIABLES	España	Portugal
Sexo		
Mujeres	64,5% (127)	61,7% (246)
Hombres	35,5% (70)	38,3% (153)
Escolaridad		
Ninguna	5% (10)	5% (20)
Primaria	11,7% (23)	35,5% (142)
Secundaria	0% (0)	2,7% (11)
Avanzada	0,5% (1)	4% (16)
Sin registro	82,8% (163)	52,8% (211)
Estado civil		
Soltero	2% (4)	0,5% (2)
Casado	14,3% (28)	23,7% (94)
Divorciado	0% (0)	0,2% (1)
Viudo	16,2% (32)	7,1% (28)
Sin registro	67,5% (133)	68,5% (272)
Tipo de familia		
Unitaria	4,6% (9)	4% (16)
Nuclear	1,5% (3)	8% (32)
Monoparental	2,6% (5)	2,2% (9)
Otra	4,6% (9)	6,3% (25)
Sin registro	80,7% (159)	79,5% (318)
Nº de fármacos		
Ninguno	6,6% (13)	14,6% (58)
< 5	27,9% (55)	27,4% (109)
≥ 5	65,5% (129)	53,5% (214)
Caídas		
Si	12,7% (25)	4,9% (19)
No	0% (0)	6,2% (24)
Sin registro	87,3% (172)	88,9% (344)

Tabla 2 – Características de la caída y documentación de enfermería. Córdoba, Andalucía, España, 2013; Porto, Portugal, 2014

VARIABLES	España	Portugal
Lesiones resultantes de la caída		
No	0% (0)	10,6% (2)
Fractura	20% (5)	31,5% (6)
Escoriación	8% (2)	15,8% (3)
Contusión	36% (9)	10,6% (2)
Laceración	24% (6)	0% (0)
Alteración de conciencia	12% (3)	5,2% (1)
Sin registro	0% (0)	26,3% (5)
Lugar de la caída		
Casa	24% (6)	21,0% (4)
Calle	56% (14)	0% (0)
Otros	0% (0)	5,2% (1)
Sin registro	20% (5)	73,7% (14)
Evaluación del riesgo de caída		
Si	29,9% (59)	2,1% (8)
No	0% (0)	0,4% (1)
Sin registro	70,1% (138)	97,5% (391)

(continúa...)

Tabla 2 - *continuación*

VARIABLES	España	Portugal
Instrumento de evaluación		
Si	5,6% (11)	1,8% (7)
No	24,4% (48)	0% (0)
Sin registro	70% (138)	98,2% (393)
Diagnóstico de enfermería de riesgo de caída		
Si	12,7% (25)	1,3% (5)
No	11,7% (23)	0% (0)
Sin registro	75,6% (149)	98,7% (395)
Diagnóstico de enfermería de caída		
Si	3% (6)	0,2% (1)
No	9,6% (19)	0,8% (3)
Sin registro	89,4% (176)	99% (396)

Las entidades clínicas más frecuentes en los registros españoles fueron: hipertensión (65,5%), enfermedades osteoarticulares (44,7%), insuficiencia cardíaca (32,5%), dislipemia (31%) y diabetes mellitus (29,4%). En el caso de Portugal fueron: hipertensión (66,2%), enfermedades osteoarticulares (46,3%), diabetes (27%) y enfermedad oftálmica (20,8%).

Las ayudas para la marcha eran usadas en casos reducidos (España: 13,2%; Portugal: 5,5%). En Portugal, a diferencia de los registros españoles, si existían hábitos étlicos, de hecho, el porcentaje era bastante elevado (64,5%). Las características de la caída y la documentación de enfermería que se incluye en los registros se recogen en la Tabla 2.

Para los registros portugueses, se asoció significativamente la presencia de caída con las variables edad ($p=0,03$; 85 *versus* 82 años), presencia de demencia ($p=0,04$; 27,7% *vs.* 10,7%), presencia de enfermedad osteoarticular ($p=0,01$; 76,4% *vs.* 44,6%) y consumo de antivertiginosos ($p=0,04$; 27,7% *vs.* 10,8%); mientras que, en los registros españoles, se encontró significación estadística con la presencia de caídas previas ($p=0,02$; 23,4% *vs.* 7,5%).

En ambos ámbitos, las características de la caída no se registran de forma sistemática. En relación al tiempo de la caída, en el ámbito portugués no se proporcionaban datos, mientras que el español el 80% de las mismas proporcionaban dicha variable, siendo la mañana (07:00-12:00h) el período de mayor ocurrencia de caídas (40%).

El análisis cualitativo se centraba en los problemas en la documentación de la caída, la evaluación de las caídas y el riesgo de caída. En este sentido, las entrevistas semiestructuradas llevadas a cabo a los profesionales sanitarios permitían obtener un diagnóstico de la situación sobre la documentación de las caídas y riesgo de caída en personas mayores. Las características sociodemográficas, académicas y profesionales en ambos ámbitos de estudio se muestran en la Tabla 3.

Tabla 3 – Características sociodemográficas, académicas y profesionales de los entrevistados. Córdoba, Andalucía, España, 2015; Porto, Portugal, 2016

Variables	España (N=16)	Portugal (N=56)
Sexo (N)	Mujer (10) Hombre (6)	Mujer (44) Hombre (12)
Edad (Rango)	39-61 años	31-55 años
Nivel de estudios (N)	Diplomatura/Grado (14) Máster (1) Ausente (1)	Licenciatura (47) Máster (9)
Estado civil (N)	Casado/a (10) Divorciado/a (2) Soltero/a (3) Ausente (1)	Casado/a (39) Divorciado/a (4) Soltero/a (10) Pareja de hecho (3)
Tiempo de trabajo en institución actual	22-388 meses	2-246 meses
Tiempo de ejercicio profesional	5-39 años	6-31 años
Categoría profesional	Médicos/as (9) Enfermeros/as (7)	Enfermeros/as (56)
Formación en geriatría/gerontología	Sí (2) No (14)	Sí (5) No (51)

Las respuestas abiertas para determinar las potenciales barreras en la evaluación e intervención en las caídas/riesgo de caída fueron variables, no obstante, se obtuvieron datos similares en ambos ámbitos. Más de dos tercios de los entrevistados, en ambos ámbitos (España: 75%; Portugal: 90,2%), consideraban que era competencia suya evaluar el riesgo de caída de las personas mayores, justificando que era un objetivo de su cartera de servicios: *Lo tenemos como objetivo de nuestra Unidad de Gestión (Profesional Sanitario Español – PSE3) y que tienen la posición ideal para llevar a cabo la evaluación: Somos los que más estamos en contacto (PSE5); la misma evaluación no debe ser única y exclusiva de evaluación enfermera, se debe considerar el médico de familia, o la mayoría de veces contactar con el paciente y proceder a su evaluación (Profesional Sanitario Portugués – PSP11); aunque varios profesionales consideraban que era una competencia enfermera: Considero que el enfermero de familia, teniendo en cuenta la visión holística que tienen de sus enfermos, tienen la competencia de evaluar el riesgo de caída (PSP12); somos (enfermería) el grupo profesional con gran proximidad al enfermo/familia, así como con posibilidades de evaluación en el ámbito residencial (PSP53).*

De manera específica, el porcentaje de profesionales sanitarios que afirmaban evaluar las caídas/riesgo de caídas en su práctica asistencial era inferior en España (56,3%) con respecto a Portugal (84,4%). Los profesionales justificaban que era su competencia: *es competencia del personal sanitario (PSE4); para llevar a cabo medidas preventivas: A partir de aquí trabajar en el sentido de la prevención de caídas (PSP9); para adoptar y suministrar el material ortoprotésico necesario (bastón, andador, calzado,...) (PSE7). Aquellos que*

contestaron negativamente consideraban que no existían escalas apropiadas para la evaluación, falta de tiempo o por su poca relevancia en relación con otras actividades asistenciales: Por la inexistencia de escalas apropiadas y porque no existe a nivel institucional ningún protocolo para evaluación de riesgo de caída (PSP10); la mayoría de veces evaluó el riesgo sin registrarlo porque damos relevancia a otros asuntos, o tratamiento que vamos a efectuar y que tienen más urgencia (PSP19); la mayor parte de veces por falta de tiempo para evaluar los espacios físicos (PSP17).

En ambos contextos un gran número de profesionales sanitarios consideraban que se registraban las caídas/riesgo de caídas (España: 75%; Portugal: 69,2). Las explicaciones que proporcionaban eran similares a las anteriores: carencia de instrumentos y sistemas apropiados de registro o incorporación reciente a los objetivos de la cartera de servicios y falta de tiempo: *Desde hace dos años lo registramos (PSE1); por la inexistencia de escalas adecuadas. Por no ser una práctica común o poco enraizada dentro de la institución (PSP10); porque nuestro programa informático es lioso y muy complejo y la intervención es ambigua (PSP19); muchas veces no es detectado nuevamente por falta de tiempo empleado en la realización de domicilios (PSP17). Por otra parte, los profesionales sanitarios españoles consideraban que esta acción era competencia exclusiva de enfermería: *lo hace enfermería (PSE11).**

Los profesionales sanitarios coincidían en que los factores que contribuían al registro/no registro de las caídas era la poca operatividad del sistema de registro, falta de tiempo, concienciación y motivación: *Sistema informático complejo. Falta de tiempo y sobrecarga del trabajo (PSP18); concienciación/motivación profesional; sobrecarga de trabajo (no sustitución); Demasiados objetivos enfermeros en el contrato programa; media de edad de enfermería alta dificulta el trabajo informático (PSE8); falta de concienciación; falta de tiempo; no se considera que influya en su atención integral (PSE1).*

Más de la mitad de los profesionales sanitarios afirmaban que la prevención de caídas era una consideración prioritaria (España: 56,2%; Portugal: 95,8%). *En atención primaria la prevención primaria es nuestro objetivo principal. Las caídas suponen un importante problema de salud (PSE2); considero que debe ser, porque las caídas son una de las principales razones que llevan a las personas mayores a perder autonomía en sus actividades de la vida diaria y llevan a grandes secuelas en términos de morbilidad (PSP6). No obstante, aquellos que respondían negativamente hacían hincapié en la morbimortalidad. de estos eventos: *No es prioritaria pero no deja de ser importante, ya que, las caídas dejan muchas veces a las personas mayores incapacitadas y se traduce en disminución de la calidad de vida (PSP17).**

La inferencia e interpretación de los resultados, conforme con la Figura 1, permite establecer categorías emergentes. Los profesionales sanitarios percibían que existía una carencia de programa de prevención de caídas

en personas mayores en términos de instrumentos de medida del riesgo. Como consecuencia, los profesionales, informaban que a nivel institucional no se hacía esfuerzos para establecer protocolos/medidas de evaluación de caídas, existiendo, por tanto, una falta de evaluación

del riesgo de caída. De hecho, algunos profesionales sanitarios percibían como no importante la evaluación del evento de caída. Finalmente, la situación institucional y de los profesionales sobre el evento caída evidencia una escasa concienciación.

Unidades de significado	Categoría temática
<i>No existe en el sistema de registro un icono específico ni instrumentos para la caída (PSE3)</i>	Ausencia de instrumentos de evaluación del riesgo de caída
<i>Por la inexistencia de escalas apropiadas en Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem y porque no existe a nivel institucional ningún protocolo para evaluar el riesgo de caída (PSP10)</i>	Carencia de programas de prevención de caídas en personas mayores
<i>No evaluó por falta de tiempo y poca percepción de la importancia de la temática (PSP41)</i>	No importancia a la evaluación del evento de caída
<i>(La evaluación) Es un procedimiento no incluido en las normas de procedimiento del servicio. No es considerada una prioridad en la evaluación de enfermería por el equipo. Salvo en pacientes con dificultades de movilidad o con antecedentes de caída (PSP28)</i>	Falta de concienciación/ sensibilización sobre la caída.

Figura 1 – Categorías emergentes tras la triangulación de los datos. Córdoba, Andalucía, España, 2015; Porto, Portugal, 2016

La triangulación de los datos obtenidos tanto del análisis de los registros de personas mayores de 75 años como de las entrevistas semiestructuradas a los profesionales sanitarios en ambos ámbitos, en diferentes contextos e investigadores, han permitido identificar los siguientes problemas: (i) ausencia de registros del riesgo de caída, al no existir instrumentos adecuados, según informaban los profesionales sanitarios; (ii) falta de implementación de programas específicos de prevención de caídas, llevándose a cabo medidas individuales y no sistematizadas; (iii) falta de evaluación de las caídas y sus características, hecho contrastado con la percepción de los profesionales, la escasez de registros sobre las circunstancias de las caídas y la ausencia de medidas preventivas implementadas tras un acontecimiento; (iv) falta de concienciación sobre el evento caída, percepción que ha sido compartida en ambos ámbitos por los profesionales y respaldada por la carencia de acciones institucionales; y (v) sub-registro de caídas, poniendo de manifiesto una falta de cultura del registro a nivel de los profesionales sanitarios y de la propia institución.

Discusión

El presente estudio proporciona evidencia tanto desde el punto de vista cuantitativo como cualitativo de los problemas de documentación de caídas y riesgo de caída en personas mayores de 75 años, existentes en unidades básicas de salud de España y Portugal.

En ambos contextos, los profesionales sanitarios expresan que la caída es un problema de gran relevancia y que se encuentra en aumento por el envejecimiento poblacional. No obstante, en los registros estudiados se ha comprobado el reducido número de caídas documentadas. Las causas, para esta ausencia de registros, que emergieron fueron la no existencia de sistemas informáticos e instrumentos amigables que faciliten el registro, la sobrecarga de trabajo, así como,

la falta de concienciación y motivación/sensibilización en la evaluación del riesgo de caída.

Sin embargo, la calidad de los datos registrados va a determinar el éxito en la seguridad del paciente⁽⁹⁻¹¹⁾. En esta línea, varios estudios han mostrado razones similares a las planteadas en nuestro estudio, del porqué del sub-registro⁽¹²⁻¹⁴⁾. Las principales razones expresadas en estos estudios son: la sobrecarga de trabajo, miedo a la culpa, el sentimiento de que no se ha realizado un informe con garantías de calidad y el desconocimiento por parte del personal sanitario de la existencia de los registros o de registrar. La recomendación que proporcionan estos autores es la de modificar la cultura "de culpa" por otra de libertad de registro, implementar sistemas de información amigables y disponibles a todos los profesionales, así como proporcionar formación continuada sobre el uso y beneficios de los sistemas de registro, además de un análisis profundo del acontecimiento de caída y compromiso significativo de los profesionales sanitarios⁽¹⁵⁾. Por otra parte, hay que tener claro el concepto de que no es tanto el número de registros obtenidos el que determina el sistema de registro, si no que un número suficiente sea registrado para construir una idea de seguridad⁽¹⁵⁾. Este último autor coincidía, con la percepción de los profesionales sanitarios españoles y portugueses del presente estudio, que informan de la existencia de acontecimientos con lesiones serias, pero por otro lado no existe conciencia de que el sistema tenga una baja tasa de registro, por lo que se deduce que no se incluyen muchos eventos con lesiones leves o sin consecuencias⁽¹⁴⁾.

En relación a las causas de caída, aunque no se ha encontrado significación estadística, en ambos contextos, los registros clínicos muestran que la mayoría de personas mayores que caen son de sexo femenino. Otros estudios también han encontrado esta mayor predisposición en el sexo femenino⁽¹⁶⁾, explicando esta diferencia las

características musculoesqueléticas, hormonales, así como al desempeño de múltiples tareas. De hecho, la presencia de enfermedades osteoarticulares en aquellas personas que caían era significativamente más común (76,4%) que en aquellas que no lo hacían (44,6%), hecho que también coincide con otras series similares⁽¹⁶⁾. Por tanto, resulta esencial desarrollar medidas preventivas ajustadas, no solo a la edad – variable significativa en nuestro estudio, sino también al género⁽¹⁷⁾. También se encontró significación estadística para la presencia de depresión, consumo de anti-vertiginosos y presencia de caídas previas. Estudios recientes realizados en sujetos que viven en la comunidad, también sugieren que aquellas personas mayores de 80 años, con presencia de vértigo, síntomas depresivos, artritis, que viven solos y que han caído anteriormente tienen mayor riesgo a una recurrencia⁽¹⁸⁻²⁰⁾.

Sin embargo, los registros estudiados, en ambos contextos, no suelen documentar las características de la caída y circunstancias sociales, variables que son de gran importancia para abordar apropiadamente la caída⁽²¹⁾.

La fase cualitativa del estudio también pone en relieve que el enfoque preventivo sobre las personas mayores es abordado exclusivamente por enfermería. En ambos contextos, algunos profesionales sanitarios no percibían el abordaje del riesgo de caída como un prevención primaria y prioritaria, enfocándose exclusivamente en el tratamiento del desenlace de la caída⁽²²⁾. En este sentido, los registros de enfermería relacionados con el diagnóstico e intervenciones fueron muy escasos, evidenciando una falta de sensibilización y concienciación de la caída⁽²³⁾. Esta circunstancia coincide con series similares llevadas a cabo en ámbito hospitalario, en el que la prevalencia del diagnóstico riesgo de caída era de un 4%⁽²⁴⁾. Por otra parte, un estudio realizado por el grupo de investigación⁽⁷⁾ pone de manifiesto la falta de cultura de registro a nivel del profesional sanitario y de la propia institución, pudiendo esta circunstancia estar asociada a la propia cultura ibérica. Por consiguiente, el desarrollo de estudios contemplando el factor cultural en el abordaje del riesgo de caída en personas mayores es necesario en estudios futuros.

La triangulación de los datos ha permitido identificar varios problemas que han de ser abordados por los centros de atención primaria para poder desarrollar medidas preventivas apropiadas, y, por tanto, asegurar la seguridad del paciente. En una sociedad tecnológica como la actual, se hace necesario el desarrollo de sistemas de registro de fácil manejo y accesibles⁽²⁴⁾. Además, también los problemas en la organización de los servicios (falta de recursos humanos, sobrecarga de trabajo, no existencia de protocolos, etc.) y de falta de sensibilización de la caída (falta de formación sobre la problemática, desvalorización, falta de concienciación, etc.), han de ser abordados

mediante sesiones de sensibilización y formación a todo el equipo multidisciplinar.

Aunque el estudio evidencia la problemática en la documentación de caídas y riesgo de caída en centros de atención primaria españoles y portugueses, los resultados han de ser considerados con cautela al realizarse el estudio analítico de los registros de forma retrospectiva, siendo posible la pérdida de datos. Por otra parte, los datos obtenidos en la fase cualitativa son percepciones subjetivas del personal sanitario, es decir, que en ocasiones no siempre pueden expresar su opinión⁽²⁵⁾. No obstante, la saturación de los datos y triangulación disminuyen la posibilidad de sesgo en los resultados obtenidos.

Conclusiones

Las caídas en personas mayores que viven en la comunidad son percibidas por los profesionales sanitarios españoles y portugueses como un área de atención prioritaria. No obstante, la evaluación del riesgo de caída no suele considerarse, como consecuencia de factores organizacionales, logísticos y motivacionales.

Los problemas identificados emergen en una considerable falta de adhesión al registro, percibida de manera similar en dos ámbitos diferenciados de la Península Ibérica. En este sentido, el factor cultural puede ser la variable común a la falta de registro del riesgo de caída y de las circunstancias de la caída.

Considerando la naturaleza de nuestro estudio se hace necesario llevar a cabo medidas de concienciación y sensibilización en el equipo multidisciplinar de los centros de atención primaria mediante sesiones formativas, así como modificaciones organizacionales centradas en los protocolos y sistemas informáticos de recogida de datos.

Agradecimientos

Los autores agradecen la asistencia de todas las enfermeras y médicos que participaron en el estudio.

Referencias

1. Hester AL, Wei F. Falls in the community: state of the science. *Clin Interv Aging*. 2013;8:675-679. doi: 10.2147/CIA.S44996
2. American Geriatrics Society, British Geriatrics Society, American Academy of Orthopaedic Surgeons Panel on Falls Prevention. Guideline for the prevention of falls in older persons. American Geriatrics Society, British Geriatrics Society, and American Academy of Orthopaedic Surgeons Panel on Falls Prevention. *J Am Geriatr Soc*. 2001;49(5):664-72. doi: 10.1046/j.1452-5415.2001.49115.x
3. Gillespie LD, Robertson MC, Gillespie WJ, Sherrington C, Gates S, Clemson LM, et al. Interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database*

- Syst Rev. 2012;9:CD007146. doi: 10.1002/14651858.CD000340
4. Zijlstra GA, van Haastregt JC, van Eijk JT, van Rossum E, Stalenhoef PA, Kempen GI. Prevalence and correlates of fear of falling, and associated avoidance of activity in the general population of community-living older people. *Age Ageing*. 2007;36(3):304-9. doi: 10.1093/ageing/afm021
 5. Kempen GI, van Haastregt JC, McKee KJ, Delbaere K, Zijlstra GA. Socio-demographic, health-related and psychosocial correlates of fear of falling and avoidance of activity in community-living older persons who avoid activity due to fear of falling. *BMC Public Health*. 2009;9:170. doi: 10.1186/1471-2458-9-170
 6. Loichinger E, Weber D. Trends in Working Life Expectancy in Europe. *J Aging Health*. 2016;28(7):1194-213. doi: 10.1177/0898264316656509
 7. López-Soto PJ, García-Arcos A, Fabbian F, Manfredini R, Rodríguez-Borrego MA. Falls Suffered by Elderly People From the Perspective of Health Care Personnel: A Qualitative Study. *Clin Nurs Res*. 2017:1054773817705532. doi: 10.1177/1054773817705532
 8. Bardin L. Content analysis (5th Edition ed.). Lisboa: Editions 70; 2009.
 9. Garbutt J, Waterman AD, Kapp JM, Dunagan WC, Levinson W, Fraser V, et al. Lost opportunities: how physicians communicate about medical errors. *Health Aff (Millwood)*. 2008;27(1):246-55. doi: 10.1377/hlthaff.27.1.246
 10. Wears RL, Janiak B, Moorhead JC, Kellermann AL, Yeh CS, Rice MM, et al. Human error in medicine: promise and pitfalls, part 1. *Ann Emerg Med*. 2000;36(1):58-60. doi:10.1067/mem.2000.aem36158
 11. Miller MR, Clark JS, Lehmann CU. Computer based medication error reporting: insights and implications. *Qual Saf Health Care*. 2006;15(3):208-13. doi: 10.1136/qshc.2005.016733
 12. Vincent C, Stanhope N, Crowley-Murphy M. Reasons for not reporting adverse incidents: an empirical study. *J Eval Clin Pract*. 1999;5(1):13-21. doi: 10.1046/j.1365-2753.1999.00147.x
 13. Stanhope N, Crowley-Murphy M, Vincent C, O'Connor AM, Taylor-Adams SE. An evaluation of adverse incident reporting. *J Eval Clin Pract*. 1999;5(1):5-12. doi: 10.1046/j.1365-2753.1999.00146.x
 14. Maiden J, Georges JM, Connelly CD. Moral distress, compassion fatigue, and perception about medication errors in certified critical care nurses. *Dimens Crit Care Nurs*. 2011;30(6):339-45. doi: 10.1097/DCC.0b013e31822fab2a.
 15. Mitchell I, Schuster A, Smith K, Pronovost P, Wu A. Patient safety reporting: a qualitative study of thoughts and perceptions of experts 15 years after 'To Err is Human'. *BMJ Qual Saf*. 2016;25(2):92-9. doi: 10.1136/bmjqs-2015-004405.
 16. Smith AA, Silva AO, Rodrigues RA, Moreira MA, Nogueira JA, Tura LF. Assessment of risk of falls in elderly living at home. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2017;25:e2754. doi: 10.1590/1518-8345.0671.2754
 17. Greenberg MR, Kane BG, Totten VY, Raukar NP, Moore EC, Sanson T, et al. Injury due to mechanical falls: future directions in gender-specific surveillance, screening, and interventions in emergency department patients. *Acad Emerg Med*. 2014;21(12):1380-5. doi: 10.1111/acem.12523
 18. Pratt NL, Ramsay EN, Kalisch Ellett LM, Nguyen TA, Barratt JD, Roughead EE. Association between use of multiple psychoactive medicines and hospitalization for falls: retrospective analysis of a large healthcare claim database. *Drug Saf*. 2014;37(7):529-35. doi: 10.1007/s40264-014-0179-2
 19. Abbott J, Tomassen S, Lane L, Bishop K, Thomas N. Assessment for benign paroxysmal positional vertigo in medical patients admitted with falls in a district general hospital. *Clin Med (Lond)*. 2016;16(4):335-8. doi: 10.7861/clinmedicine.16-4-335
 20. Ganança FF, Gazzola JM, Ganança CF, Caovilla HH, Ganança MM, Cruz OL. Elderly falls associated with benign paroxysmal positional vertigo. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2010;76(1):113-20. doi: 10.1590/S1808-86942010000100019.
 21. Nyman SR, Ballinger C, Phillips JE, Newton R. Characteristics of outdoor falls among older people: a qualitative study. *BMC Geriatr*. 2013;13:125. doi: 10.1186/1471-2318-13-125
 22. Berland A, Gundersen D, Bentsen SB. Patient safety and falls: a qualitative study of home care nurses in Norway. *Nurs Health Sci*. 2012;14(4):452-7. doi: 10.1111/j.1442-2018.2012.00701.x
 23. Luzia MF, Victor MAG, Lucena AF. Nursing Diagnosis Risk for falls: prevalence and clinical profile of hospitalized patients. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2014;22(2):262-8. doi: 10.1590/0104-1169.3250.2411
 24. Choi J, Choi JE. Enhancing Patient Safety Using Clinical Nursing Data: A Pilot Study. *Stud Health Technol Inform*. 2016;225:103-7. doi: 10.3233/978-1-61499-658-3-103
 25. Wagner LM, Damianakis T, Pho L, Tourangeau A. Barriers and facilitators to communicating nursing errors in long-term care settings. *J Patient Saf*. 2013;9(1):1-7. doi: 10.1097/PTS.0b013e3182699919

Recibido: 14.07.2017

Aceptado: 07.10.2017

Correspondencia:

Pablo Jesús López-Soto
Maimónides Biomedical Research Institute of Córdoba (IMIBIC),
Reina Sofía University Hospital. University of Córdoba
Department of Nursing
Avda. Menéndez Pidal s/n, Córdoba, España, 14004
E-mail: pablo.lopez@imibic.org

Copyright © 2018 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.