

ORIGINAL

El cuidado en la prevención de caídas en personas mayores: metaresumen de artículos cualitativos



Eva Abad-Corpa^{a,b,c,d,e}, Beatriz Lidón-Cerezuela^{a,c,*}, Cristóbal Meseguer Liza^{a,f},
Claudia Patricia Arredondo-González^g y Carmen de la Cuesta-Benjumea^{g,h}

^a Departamento de Enfermería, Facultad de Enfermería, Universidad de Murcia, Murcia, España

^b Hospital Reina Sofía, Servicio Murciano de Salud, Murcia, España

^c Instituto Murciano de Investigación Biosanitaria, IMIB-Arrixaca, El Palmar, Murcia, España

^d Unidad de Investigación en Cuidados y Servicios de Salud, Investén-isciii. Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España

^e Centro de Investigación Biomédica en Red sobre Fragilidad y Envejecimiento Saludable, CIBERFES. Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España

^f Gerencia de Urgencias y Emergencias 061, Servicio Murciano de Salud, Murcia, España

^g Departamento de Psicología de la Salud, Universidad de Alicante, Alicante, España

^h Instituto de Investigación Sanitaria y Biomédica de Alicante (ISABIAL), Alicante, España

Recibido el 24 de abril de 2020; aceptado el 1 de marzo de 2021

PALABRAS CLAVE

Caídas;
Ancianos;
Cuidadores;
Prevención;
Investigación
cualitativa

Resumen

Objetivo: Resumir la evidencia cualitativa sobre el papel de los proveedores de cuidados en la prevención de las caídas de personas mayores de 65 años en centros y en la comunidad.

Diseño: Metaresumen de evidencias cualitativas siguiendo el método de agregación.

Fuentes de datos: Búsqueda manual y extensiva en 16 bases de datos (CINAHL, PubMed/Medline, Embase, PsycInfo, Cochrane Library, PeDRO, Opengrey [Reports], Cuiden, Cuidatge, Enfispo, Medes, Lilacs, Teseo, Dissertation and Thesis Global e Ibecs), en inglés, francés, español y portugués; sin límite temporal.

Selección de estudios: Selección y valoración crítica ciega por pares. Se realizó un primer cribado de relevancia y pertinencia y un segundo cribado de valoración crítica. Se localizaron 4.170 artículos; se evaluaron críticamente 41 artículos cualitativos y se seleccionaron 31.

Extracción de datos: Se extrajeron datos relativos al autor, año, diseño de estudio, lugar, participantes (número, edad, sexo y ocupación), métodos del estudio y hallazgos. Se realizó un análisis descriptivo y temático.

Resultados: El análisis reveló 4 grandes temas: factores precipitantes, modelos preventivos, sentimientos y proceso de toma de decisiones. Destaca también el difícil acto del equilibrio ético, el papel de la institución en la prevención y la fragmentación del cuidado, como claves para una implantación exitosa.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: bealidon@um.es (B. Lidón-Cerezuela).

Conclusiones: Los hallazgos manifiestan la complejidad de la prevención en caídas y la necesidad de incorporar opiniones de los proveedores de cuidados en los modelos preventivos.

© 2021 Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

KEYWORDS

Falls;
Elderly;
Caregivers;
Prevention;
Qualitative research

The care in the prevention of falls in elderly people: Meta-summary of qualitative articles

Abstract

Objective: To summarize the qualitative evidence on the role of care providers in the prevention of falls of persons over 65 years of age in centres and in the community.

Design: Meta-summary of qualitative evidence following the aggregation method.

Data sources: Extensive manual search of 16 databases (CINAHL, Pubmed/Medline, Embase, PsycInfo, Cochrane Library, PeDRO, Opengrey (Reports), Cuiden, Cuidatge, Enfispso, Medes, Lilacs, Teseo, Dissertation and Thesis Global and Ibecs), in English, French, Spanish and Portuguese; no time limit.

Selection of studies: Selection and blind critical appraisal by pairs. A first relevance and relevance screening and a second critical appraisal screening were carried out. A total of 4170 articles were located; 41 qualitative articles were critically appraised and 31 were selected.

Data extraction: Data regarding author, year, study design, location, participants (number, age, sex and occupation), study methods and findings were extracted.

Results: The analysis revealed four major themes: precipitating factors, preventive models, feelings and decision-making process. It also highlights the difficult act of ethical balance, the role of the institution in prevention and the fragmentation of care, as keys to successful implementation.

Conclusions: The findings show the complexity of fall prevention and the need to incorporate care providers' opinions in preventive models.

© 2021 The Authors. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

Debido al constante aumento de la esperanza de vida, cada vez es más elevado el número de personas mayores de 65 años con respecto al total de la población. Según datos del CSIC de 2017, Italia (22,3%), Alemania (21,2%) y Grecia (21,5%) son los países más envejecidos en cifras relativas, suponiendo este tramo etario en España un 19,4%¹.

Alcanzar edades avanzadas incrementa la posibilidad de que empeoren las condiciones de salud de quienes envejecen. De hecho, cuanto mayores son las personas, mayor es su fragilidad, que puede derivar en discapacidad y dependencia si no se aborda de manera eficaz su atención. Entre los desenlaces adversos se encuentran las caídas², evento que produce un importante impacto en la salud, siendo la segunda causa mundial de muerte por lesiones accidentales, afectando sobre todo a los mayores de 65 años y aumentando el riesgo con la edad³.

En la revisión realizada por Pellicer et al.⁴, la frecuencia de caídas registradas varió del 14,9% al 66,2%. La gran mayoría de las caídas se produjeron en el ámbito domiciliario, y se hallaron porcentajes de entre el 55,1% y el 61%. Entre un 30% y un 55,1% de las personas que sufrieron caídas necesitaron atención sanitaria de forma inmediata, y la prevalencia de fracturas se situó entre un 0 y 26,1%.

Según la OMS, entre el 4% y el 15% de las caídas en personas mayores producen lesiones significativas, y del 23% al

40% de las muertes relacionadas con lesiones en las personas mayores se deben a estas. Según datos del INE, en 2019 en España se produjeron un total de 2.757 muertes por caídas accidentales en personas de 60 años y más (el 49,8% fue en mujeres).

Por todo esto, es necesario plantear una estrategia de cuidados preventivos para abordar un problema de tan hondas repercusiones, precisando una puesta al día de lo que se está haciendo, así como de los mejores resultados obtenidos a partir de la evidencia generada.

Entre las estrategias preventivas propuestas por la OMS para el abordaje de las caídas destaca la investigación³, recomendación que encaja con uno de los aspectos prioritarios incluidos entre los pilares básicos del programa de investigación e innovación de la UE «Horizonte 2020» y que se denomina Salud, cambio demográfico y bienestar⁵.

A pesar de que un gran número de caídas se producen en la comunidad, el estudio sobre la efectividad de las intervenciones predomina en el ámbito hospitalario y en menor medida en las intervenciones comunitarias⁶.

Dicha efectividad sobre intervenciones para evitar las caídas ha hecho que se incluyan en guías de buena práctica y revisiones sistemáticas⁵. No obstante, la aceptación de las personas mayores a tomar medidas preventivas y a participar en programas preventivos es baja. Estudios cualitativos han dado luz a las interpretaciones que las personas mayores y los proveedores de cuidados tienen sobre el significado de

riesgo y las dificultades que encuentran para llevar a cabo las recomendaciones sugeridas^{7,8}.

Sintetizar esta evidencia cualitativa permitirá, a las instituciones sanitarias, detectar las necesidades de salud tal y como son percibidas por los propios proveedores de cuidados en sus propios contextos de interacción. Ello permitirá acceder a un conocimiento mucho más profundo y real, más integral y holístico, lo cual orientará hacia intervenciones de mayor calidad y con mayor éxito en su implantación. Por otra parte, el considerar la voz de la comunidad (en este caso los mayores, sus familias y los profesionales) permitirá a las instituciones sanitarias reconocerles su rol activo dentro del sistema de cuidados y darles poder de decisión.

Las investigaciones de síntesis cualitativas resultan de gran utilidad en el establecimiento de políticas de cuidados en sintonía con los proveedores de cuidados, congruentes con las necesidades y en línea con la tendencia al empoderamiento de la comunidad. Dentro de esta línea de trabajo, los metarresúmenes presentan un mapeo amplio de la evidencia localizada donde se presentan los hallazgos descriptivos e interpretativos de los artículos cualitativos seleccionados⁹, con el fin de que el estudio de la prevención de las caídas no se focalice solamente en que las intervenciones sean eficaces, sino que sean aceptadas por la población y diseñadas a su medida.

Métodos

Se ha realizado un metarresumen de evidencias cualitativas, en el marco de una síntesis integrativa sobre el rol de los proveedores de cuidados en la prevención de caídas en personas mayores de 65 años¹⁰, analizando las evidencias publicadas hasta 2017 y una búsqueda de refresco en 2018 (según las recomendaciones internacionales de la guía PRISMA-E¹¹); publicadas en español, inglés, francés y portugués en diversas bases de datos (CINAHL, Pubmed/Medline, Embase, PsycInfo, Cochrane Library, PeDRO, Opengrey [Reports], Cuiden, Cuidatge, Enfispo, Medes, Lilacs, Teseo, Dissertation and Thesis Global e Ibecs).

Los artículos fueron localizados mediante una búsqueda electrónica exhaustiva en las múltiples bases de datos mencionadas, de acuerdo con diversos descriptores, entre ellos: «falls», «fall prevention», «accidental prevention», «nurses», «home health», «home care», «personal caregivers», «nursing care», «aged senescence». Por último, se realizó una búsqueda manual a partir de publicaciones relevantes recuperadas antes electrónicamente, y llevada a cabo en publicaciones especializadas en investigación cualitativa y en revistas de poca difusión en los idiomas seleccionados.

La selección se ha realizado de forma ciega y por pares. Dos miembros del equipo revisaron los títulos y el resumen de los estudios identificados para su posible inclusión y se resolvieron los desacuerdos a través del consenso. En este primer cribado el principal motivo de exclusión fue la irrelevancia para la temática sobre proveedores formales e informales de cuidados y prevención de caídas de personas mayores de 65 años; en segundo lugar, se excluyeron los estudios secundarios o que no se trataran de investigaciones empíricas; en tercera posición, aquellos donde participaban personas menores de 65 años; y finalmente, se excluyeron

los estudios que no indicaban dónde se desarrollaba la actividad preventiva y/o quién la implementaba.

Posteriormente se obtuvieron y revisaron de manera independiente los textos completos de todos los estudios que potencialmente fueran relevantes para valorar su inclusión definitiva (esta revisión se realizó en dos fases, la del metarresumen que presentamos en este artículo y la propia de la síntesis cualitativa)^{12,13}. Para la valoración crítica de los estudios seleccionados, los miembros del equipo con formación en investigación cualitativa trabajaron por pares utilizando una herramienta ya testada por los investigadores en anteriores investigaciones de síntesis¹⁴ y que valora los estudios en términos de:

- relevancia (relativa a la justificación y repercusiones que el trabajo de investigación conlleva de cara a un mejor conocimiento del fenómeno en cuestión. La relevancia representa la importancia de los componentes de «descubrimiento» y de «creación» como justificadores de la investigación; es sustantiva, es decir, la contribución a lo que ya se conoce y la importancia del tema);
- verosimilitud (capacidad de preservar con la mayor fidelidad posible el comportamiento del fenómeno en la realidad. Se refiere a la idoneidad y suficiencia de la evidencia que se presenta y trata sobre la credibilidad y la plausibilidad);
- coherencia metodológica (la adecuación en el proceso de investigación hacia el enfoque cualitativo por el que se opta ha de quedar reflejada a distintos niveles: en la definición de la pregunta y en la exposición de las facetas del fenómeno en cuestión que se pretenden investigar; en la coherencia y el modo de desarrollo general de la investigación; y en su correspondencia con los presupuestos teóricos manifestados por el investigador, tanto en general como respecto del encuadramiento previo del objeto de estudio);
- aspectos éticos (dado que la investigación cualitativa se lleva a cabo en contextos humanos, debe reflexionarse sobre las implicaciones éticas del proceso de investigación sobre los participantes y el propio fenómeno de estudio).

Además, se añadió una valoración de la profundidad de análisis como indicador de calidad¹⁵, clasificándose como estudios interpretativos, descriptivos y exploratorios, aunque se observó que en diversos artículos podían aparecer hallazgos con diferentes niveles de análisis y de calidad de los datos en un mismo estudio. A partir de este proceso, se clasificaron los estudios en 3 grupos (inspirándose en herramientas de extracción del Instituto Joanna Briggs para la Práctica Basada en la Evidencia)¹⁶, incluyéndose finalmente los estudios clasificados por su calidad como «Convencen» y como «Dudosos». Todo el flujo del proceso de selección se resume en la [figura 1](#) y la información sobre la calidad de los estudios incluidos, en la [tabla 1](#).

Se extrajeron los datos de los estudios a partir de una herramienta propuesta por el Instituto Joanna Briggs para la Práctica Basada en la Evidencia¹⁶. A ello se añadieron datos relativos al autor, año, diseño de estudio, lugar, participantes (número, edad, sexo y ocupación), métodos del estudio y hallazgos. La extracción relacionada con los hallazgos reflejó su temporalidad, y si trataba del punto de vista

Tabla 1 Valoración crítica de los artículos incluidos

Artículos	Autor/a (año)	Criterios				Nivel de análisis
		R	V	CM	AE	
<i>Convencen</i>						
	Turkoski et al. (1997)	MR	V	C	I	D
	Lee et al. (1999)	R	V	C	E	E
	Davis y Chein (1999)	R	V	C	I	E
	Buri y Dawson (2000)	R	V	C	E	D
	Horton y Arber (2004)	R	V	C	E	D
	Bell y Stirling (2006)	R	V	C	I	D-I
	Fonad et al. (2008)	R	V	C	E	D
	Kilian et al. (2008)	PR	V	C	E	D
	Johansson et al. (2009)	R	V	C	E	D
	Abendroth et al. (2012)	R	V	C	E	D
	Häggqvist et al. (2012)	MR	V	C	E	D-I
	McIntyre y Reynolds (2012)	R	V	C	E	D
	Powell-Cope et al. (2014)	RP	VP	C	E	E
	Hurley (2012)	R	V	C	E	I
	Da Silva et al. (2014)	RP	V	C	E	D
	Bok et al. (2016)	R	V	C	E	E-D
	Clancy y Mahler (2016)	R	V	C	E	I
<i>Dudosos</i>						
	Strumpf y Evans (1988)	RP	V	CP	E	E
	Hardin et al. (1993)	R	VP	CP	E	E-D
	Newbern y Lindsey (1994)	RP	V	C	E	E
	Gallinagh et al., 2001)	R	V	CP	E	E
	Butler et al. (2003)	RP	V	C	I	E
	Lai (2007)	R	V	C	E	E
	Phillips et al. (2008)	RP	VP	C	E	E
	Stenberg y Wann-Hansson (2011)	R	V	NC	E	D
	Hill et al. (2009)	R	V	NC	E	E
	Suttanon et al. (2012)	R	V	C	E	E
	Silveira Vidal et al. (2013)	RP	VP	CP	E	E
	Lee et al. (2013)	R	V	NC	E	E
	Honaker y Kretschmer (2014)	R	VP	C	E	E
	Brock (2015)	RP	V	C	E	E

R: relevancia (MR, muy relevante; R, relevante; RP, parcialmente relevante); V: verosimilitud (V, verosímil; VP, verosimilitud parcial); CM: coherencia metodológica (C, coherente; CP, coherencia parcial; NC, no coherencia); AE: aspectos éticos (I, implícitos; E, explícitos); Nivel de análisis (E, exploratorio; E-D, exploratorio-descriptivo; D, descriptivo; D-I, descriptivo-interpretativo; I, interpretativo).

(interpretación de los investigadores que muestre la perspectiva de los proveedores de cuidados sobre programas e iniciativas para la prevención de las caídas de las personas mayores), el rol (interpretación que los investigadores hagan sobre el desempeño de los proveedores de cuidados) o la naturaleza de la intervención (interpretación que hagan los investigadores sobre las estrategias o modelos que los proveedores de cuidados utilizan).

Finalmente, cabe especificar que se ha realizado un análisis descriptivo y temático de los estudios. Con el fin de partir de conocimiento previo, se fueron añadiendo cronológicamente los estudios al análisis.

Resultados

Se localizaron un total de 4.170 artículos cuantitativos y cualitativos, evaluándose críticamente 41 estudios cualitativos

(2 de ellos eran mixtos). Tras la valoración crítica se seleccionaron para el metarresumen 31 estudios, de los cuales, 17 artículos se clasificaron como «Convencen» y 14 como «Dudosos» (los 10 restantes fueron considerados como «No convincentes» tras aplicar los 4 criterios de valoración y el nivel de profundidad en el análisis).

Estos 31 artículos se publicaron entre los años 1988 y 2016 (anexo) (1 en la década de los 80, 5 en la de los 90, 10 entre el 2000 y 2010 y 15 en la década actual). Se localizan mayoritariamente en EE.UU. (12 artículos), ámbito anglosajón (Australia, Reino Unido e Irlanda, 8), países nórdicos europeos (5), y en menor medida en el sudeste asiático (3), Canadá (2) y Brasil (1).

En la mayoría, el nivel de profundización del análisis tiene carácter exploratorio o descriptivo, alcanzando el nivel interpretativo sólo en 4 artículos. El análisis de contenido es el enfoque más utilizado seguido de la fenomenología/hermenéutica. La técnica de muestreo más usual es

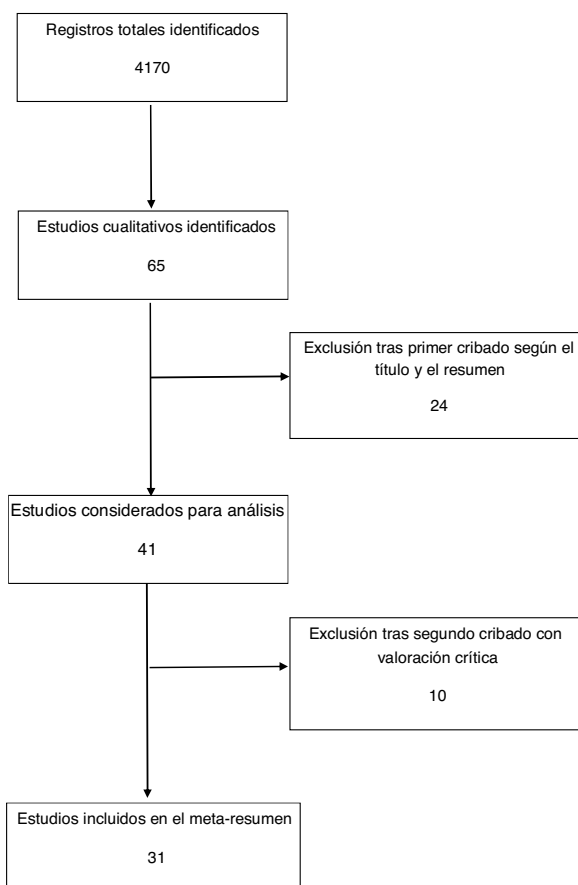


Figura 1 Flujograma sobre la selección de estudios.

la intencional. Las entrevistas grupales y/o individuales son las técnicas más comunes de obtener datos.

Diez estudios se llevan a cabo en hospitales, 11 en centros sociosanitarios y 10 en atención comunitaria/domicilio.

En total participaron 544 proveedores de cuidados, conociéndose su sexo en 19 artículos (302 mujeres y 40 hombres). Sólo en 8 artículos se conocía su experiencia previa como cuidadores con un rango entre 3 y 35 años (media de 12 años). Doce artículos estudian a cuidadores familiares, 18 a cuidadores profesionales (enfermeras y en 8 añaden a auxiliares) y en un artículo hay diversos participantes (cuidadores profesionales, no profesionales y receptores de cuidados).

Las características que definen a los receptores de cuidados son: sufrir una demencia (5), ser personas frágiles en riesgo de caídas (7) o su ubicación, como estar en centros de agudos (6), en rehabilitación (4) o en residencias (6).

Los artículos tenían como objetivos explorar el entorno, proceso y negociación/papel en la toma de decisiones sobre la prevención de caídas. También aparecía el hecho de entender la utilidad/efecto de las herramientas de prevención en la mejora de la calidad y procesos asistenciales. En algún estudio se valoraron características de las caídas en pacientes concretos, el miedo a caerse o a que se caigan, así como el efecto de dichas caídas.

Dichos objetivos estaban justificados y argumentados por la epidemiología de las caídas y la seguridad/efectividad clínica, pero también por marcos teóricos como los dilemas

éticos, la ética del cuidado holístico, la necesidad del enfoque salutogénico, cuestiones de género y relaciones de poder, y el riesgo de caídas como un proceso social complejo con múltiples víctimas.

Con respecto a los hallazgos de los estudios, en general las enfermeras se muestran como las líderes naturales en la prevención de caídas, incluso denominándose «compañeras de salud», y los 4 temas que surgen son: «factores precipitantes de las caídas», «modelos preventivos», «sentimientos» y «toma de decisiones». En la figura 2 se presentan los actores en la prevención de las caídas agrupados de acuerdo con su ámbito y temas identificados. Los diferentes tamaños de la figura indican la relevancia que tiene el tema en los estudios agregados.

Los factores precipitantes de las caídas están relacionados con el paciente (tales como las características de los pacientes, medicación, etc.), con los profesionales (formación, actitud, trabajo en equipo), con las instituciones (falta de recursos), o con el entorno y falta de «conocimiento» relativo al paciente. Con respecto al ámbito de actuación de los proveedores de cuidados, podemos decir que las características del paciente no constan en los artículos del ámbito comunitario, dando prioridad aquí al entorno. Por otro lado, la importancia del apoyo institucional y el entorno son claves en el ámbito hospitalario y sociosanitario para profesionales y cuidadores.

Con respecto a los modelos preventivos, surge prácticamente una dicotomía: hay modelos de «control» del riesgo (más intervencionista y propio del entorno institucional) o de «manejo» del riesgo. Este último es más holístico y negociador y es el que se encuentra en la comunidad (enfermería de familia y cuidadores no profesionales). Dentro de ambos modelos aparecen actividades como programas, evaluación del riesgo, vigilancia, monitorización, adaptación del entorno, trabajo en equipo (entre profesionales y también con los familiares) y abordaje holístico de los pacientes.

Se identifican en los proveedores múltiples sentimientos positivos y de oportunidad, como los aprendizajes o necesidad de estos. Pero también negativos, generados por las caídas (principalmente en profesionales de instituciones), como la culpa, frustración, vulnerabilidad, responsabilidad, estrés, preocupación moral, falta de reconocimiento a la labor enfermera. Estos sentimientos negativos no están presentes en los artículos con enfermeras comunitarias.

Finalmente, en la prevención de caídas es clave la toma de decisiones de los proveedores, surgiendo constantemente dilemas éticos (seguridad vs. dignidad) y conflictos de poder (control vs. autonomía). Incluso en ocasiones aparecen las caídas como detonantes de la decisión de institucionalizar a los mayores. Destaca que surja la «negociación» en todos los profesionales excepto en las enfermeras hospitalarias y, por el contrario, los «dilemas éticos» no estén presentes en la enfermería comunitaria.

A modo de síntesis podríamos decir que la evidencia cualitativa nos dice que el éxito (aceptación e implantación) de los programas de prevención de caídas puede depender de que los proveedores de cuidados sean grandes conocedores de las características de los mayores y/o del entorno, debe contarse con los suficientes recursos personales/institucionales y debe producirse un trabajo holístico e inclusivo (entre profesionales, con los cuidadores y/o con los mayores).

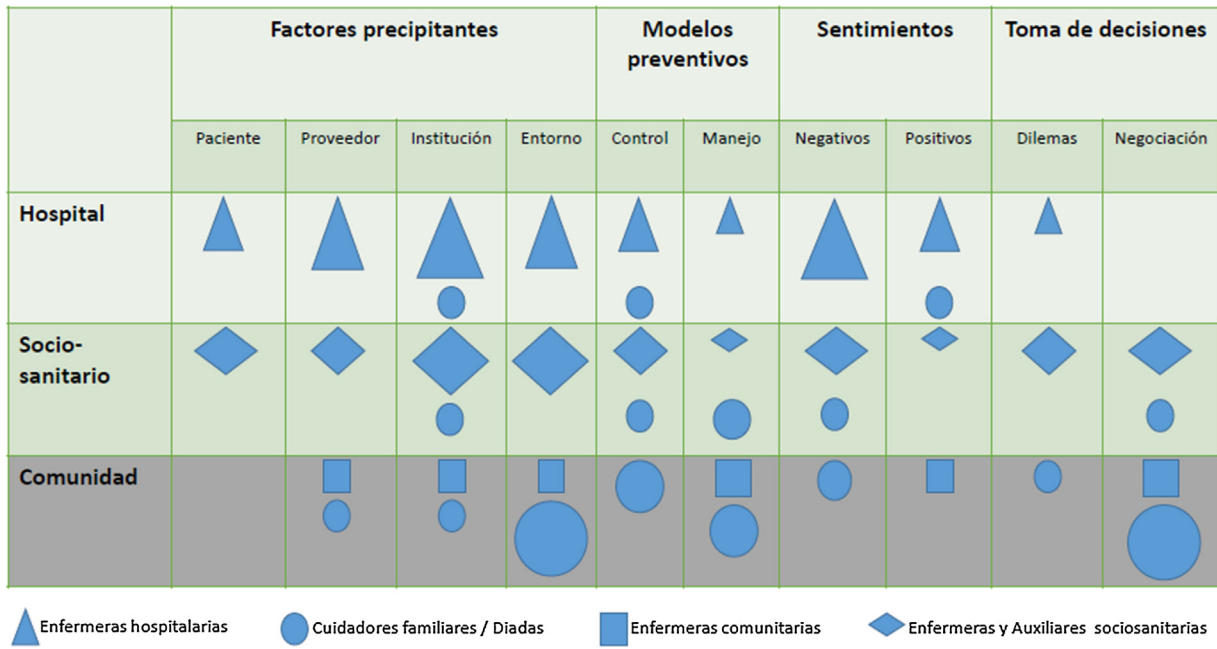


Figura 2 Proveedores de cuidados y temas identificados.

Discusión

El metarresumen incluye varios diseños de estudio y se dirige a una amplia gama de contextos de diferentes perspectivas disciplinarias. Este enfoque es una fortaleza para desarrollar unos hallazgos genéricos basados en la recurrencia y profundidad e intensidad de temas relacionados con la prevención de caídas en personas mayores.

La complejidad de la prevención de las caídas se muestra por la dificultad para los profesionales de lograr un equilibrio ético y de racionalización de prácticas rutinarias que, para favorecer la seguridad, pueden ser deshumanizadoras. De hecho, la síntesis de estudios cualitativos derivada de la síntesis integrativa a la que pertenece este metarresumen ya ha profundizado en la complejidad de las intervenciones preventivas colocando la acción dentro de un contexto clínico y moral¹³.

En este sentido, deberíamos reflexionar sobre la realidad hospitalaria actual donde se llevan al extremo las premisas en materia de seguridad del paciente, confinando a personas mayores a la inmovilidad (para evitar caídas), y devolviendo a la comunidad personas que se han convertido en dependientes en los hospitales. La problemática sociosanitaria que se genera después en el ámbito comunitario se incrementa por la pérdida de funcionalidad que sufren estas personas mayores y que no siempre deriva de la enfermedad que generó el ingreso hospitalario.

También, se revela el papel que juega la institución y los recursos humanos que intervienen con medidas preventivas o punitivas, y favorecen el cuidado compartimentado en vez de una sensibilidad activa para la prevención integral.

Los hallazgos del metarresumen nos proponen hipótesis investigadoras sobre lo que las intervenciones preventivas de caídas deben incluir para mejorar los sentimientos negativos y dilemas éticos que rodean este evento de salud, así como los puntos clave a tener en cuenta para el éxito en la implantación de intervenciones preventivas, véase: conocimientos, recursos y trabajo holístico.

Hay que ser consciente de la limitación de este metarresumen, ya que se trata de un primer acercamiento para resumir los hallazgos cualitativos sobre la prevención de caídas organizándolos según las temáticas, ámbitos y proveedores. Sin embargo, los resultados cualitativos de los metarresúmenes son en sí mismos productos finales valiosos que derivan de un examen sistemático, y pueden servir de base empírica para el uso posterior de métodos de síntesis de investigación cualitativa más interpretativos. Así, los siguientes pasos deben dirigirse a esas síntesis cualitativas, ya que trascienden a la suma de las partes¹⁷⁻¹⁹ porque conseguirán integrar conocimiento experiencial de los proveedores sobre los modelos que subyacen en la prevención de caídas, siendo necesarias para arrojar luz sobre las incertidumbres que aún presenta la evidencia cuantitativa sobre la prevención de caídas²⁰.

Lo conocido sobre el tema

- Las caídas suponen la segunda causa de muerte en una población cada vez más numerosa mayor de 65 años, siendo las causantes de importantes problemas de salud, por lo que su prevención es un objetivo prioritario político y organizacional. Es preciso analizar todas las visiones en torno a su prevención: personas mayores, profesionales y proveedores de cuidados.

Qué aporta este estudio

- Este estudio aporta el análisis de evidencias cualitativas sobre factores precipitantes de las caídas, modelos preventivos que utilizan los proveedores de cuidados, sus sentimientos y toma de decisiones.
- La evidencia cualitativa sugiere que el éxito de los programas de prevención de caídas puede depender de que los proveedores de cuidados sean buenos conocedores de las características de los mayores y/o del entorno.
- El análisis de estudios primarios que exploran las experiencias de los actores sobre los servicios permitirá el establecimiento de políticas de cuidados ante las necesidades presentes y futuras para la prevención de caídas.

Financiación

Proyecto financiado por el Instituto de Salud Carlos III-Ministerio de Economía, Industria y Competitividad - Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER). PI 15/01351.

Conflicto de intereses

Todas las autoras se hacen responsables y garantes de que todos los aspectos que integran el manuscrito han sido revisados y discutidos entre ellas. No presentan ningún conflicto de intereses.

La autora para la correspondencia en nombre del resto de las personas firmantes garantiza la precisión, transparencia y honestidad de los datos y la información contenida en el estudio. Ninguna información relevante ha sido omitida y no se han producido discrepancias entre las autoras.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.aprim.2021.102067](https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102067).

Bibliografía

1. Abellán García A, Aceituno Nieto P, Pérez Díaz J, Ramiro Fariñas D, Ayala García A, Pujol Rodríguez R. Un perfil de

- las personas mayores en España, 2019. Indicadores estadísticos básicos. Madrid, Informes Envejecimiento en red núm. 22, 38 p. [consultado 16 Feb 2020]. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos2019.pdf>
2. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. Madrid; Informes, estudios e investigación; 2014 [consultado 16 Feb 2020]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/FragilidadyCaídas_personamayor.pdf
3. Caídas. Organización Mundial de la Salud; 2018 [consultado 8 Ene 2020]. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/falls>
4. Pellicer García B, Juárez Vela R, Gracia Carrasco E, Guerrero Portillo S, García S. Epidemiología de caídas en la población anciana española no institucionalizada. *Rev ROL Enfermería*. 2015;38:760-5.
5. Comisión Europea. HORIZON 2020 en breve. El Programa Marco de Investigación e Innovación de la UE. Luxemburgo, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea; 2014 [consultado 16 Sep 2019]. Disponible en: https://ec.europa.eu/programmes/horizon2020/sites/horizon2020/files/H2020_ES_KI0213413ESN.pdf
6. NICE. National Institute for Health and care Excellence. Surveillance review decision -Falls. NICE guideline CG161; 2016.
7. Bunn F, Dickinson A, Barnett-Page E, McInnes E, Horton K. A systematic review of older people's perceptions of facilitators and barriers to participation in falls-prevention intervention. *Ageing Soc*. 2008;28:449-72.
8. Roe B, Howell F, Riniotis K, Beech R, Crome P, Ong BN. Older people's experience of falls: Understanding, interpretation and autonomy. *J Adv Nurs*. 2008;63:586-96, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04735.x>.
9. Evidence for Policy and Practice Information. EPPI centre: Evidence for policy and practice information and coordinating centre; 2016. Disponible en: <http://eppi.ioe.ac.uk/cms>
10. De la Cuesta-Benjumea C, Henriques MA, Abad-Corpa E, Roe B, Orts-Cortés MI, Lidón-Cerezuela B, et al. Falls prevention among older people and care providers: Protocol for an integrative review. *J Adv Nurs*. 2017;73:1722-34, <http://dx.doi.org/10.1111/jan.13245>.
11. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, Group TP. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med*. 2009;6:e1000097, <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>.
12. De la Cuesta-Benjumea C, Arredondo-González CP, Lidón-Cerezuela B, Abad-Corpa E. La prevención de las caídas de las personas mayores y sus familiares: una síntesis cualitativa. *Gac Sanit*. 2021;35:186-92, <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.10.004>.
13. De la Cuesta-Benjumea C, Abad-Corpa E, Lidón-Cerezuela B, Orts-Cortés I, Meseguer-Liza C, Arredondo-González CP. Situating preventive action in a moral and clinical context: a qualitative synthesis on fall prevention. *Qual Health Res*. 2020;30:1913-23, <http://dx.doi.org/10.1177/1049732320921144>.
14. Abad-Corpa E, Gonzalez-Gil T, Martínez-Hernández A, Barderas-Manchado AM, de la Cuesta-Benjumea C, Monistrol-Ruano O, et al., RETICEF evidencia Group. Caring to achieve the maximum independence possible: a synthesis of qualitative evidence on older adults' adaptation to dependency. *J Clin Nurs*. 2012;21:3153-69, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04207.x>.

15. Sandelowski M, Barroso J. Classifying the findings in qualitative studies. *Qual Health Res.* 2003;13:905–23, <http://dx.doi.org/10.1177/1049732303253488>.
16. Joanna Briggs Institute. JBI-CReMS [JBI Sumari] [consultado 3 Feb 2018]. Disponible en: <http://jbisumari.org/>
17. Sandelowski M, Barroso J. *Handbook for synthesizing qualitative research.* New York: Springer; 2001.
18. Thorne S, Konikoff L, Brown H, Albersheim S. Navigating the dangerous terrain of moral distress: Understanding response patterns in the NICU. *Qual Health Res.* 2018;28:683–701, <http://dx.doi.org/10.1177/1049732317753585>.
19. Thorne S. On the evolving world of what constitutes qualitative synthesis. *Qual Health Res.* 2019;29:3–6, <http://dx.doi.org/10.1177/1049732318813903>.
20. Cameron ID, Dyer SM, Panagoda CE, Murray GR, Hill KD, Cumming RG, et al. Interventions for preventing falls in people in care facilities and hospitals. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018, <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD005465.pub4>. Art. No.: CD005465.