

Relación entre el miedo a caer, la movilidad y el tiempo de lesión cerebrovascular en los ancianos



Relationship between fear of falling, mobility and time of stroke in the elderly

Sr. Editor:

El aumento de la edad es el factor de riesgo más importante asociado a la incidencia de ictus. Estos 2 factores, pueden afectar a la movilidad funcional, predisponer a la aparición de miedo a caer y aumentar el riesgo de caídas en los ancianos¹⁻⁴. Como hay pocos estudios sobre el miedo a caer y sus efectos sobre aspectos relacionados con la movilidad⁴, planteamos examinar la relación entre la edad, la movilidad funcional, el tiempo de evolución de la lesión cerebro-vascular y la intensidad del miedo a caer en los ancianos con secuelas de ictus. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Institución (n.º 0883/11) y se solicitó a las personas consentimiento libre e informado para participar en el mismo. Los individuos fueron reclutados en el Instituto de Medicina Física y Rehabilitación (IMREA), Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo. Participaron aquellos con hemiparesia debida a un accidente cerebrovascular, con edad superior a 60 años que hubieran realizado al menos durante 3 meses rehabilitación, o que hubieran completado el programa de recuperación a no más de 3 meses y con capacidad de caminar sin ayuda. No participaron en el estudio aquellos con enfermedades severas graves: cardíaca, coronaria, respiratoria, artropatía sintomática, diabetes, con severas alteraciones cognitivas, con quejas de mareos o historia reciente de caídas. Los sujetos realizaron las siguientes evaluaciones: *Test Timed up and Go* (TUG) que es una prueba clínica que evalúa el grado de movilidad⁵. Para Shumway-Cook et al.⁶ las personas que tardan 14 segundos o más en la realización del TUG tienen un alto riesgo de sufrir caídas. Este resultado del TUG viene a corresponderse con las puntuaciones de la FES, lo que implica que anotar más de 31 puntos significaría una asociación con la recurrente caída⁷. Para evaluar la preocupación por la posibilidad a caer, se aplicó el *International Falls Efficacy Scale* (FES), que evalúa el miedo a caer en el desempeño de 16 actividades diarias. La puntuación total puede variar desde 16 hasta 64 puntos, cuanto más alto sea el valor, mayor es la preocupación por la caída⁷. Los datos de los sujetos se muestran en la *tabla 1*. La relación entre las variables se realizó mediante la correlación de Pearson. El tiempo transcurrido desde la lesión y el miedo a caer, mostró una correlación inversa ($r = -0,33$), es decir, cuanto mayor tiempo hubiera pasado desde la lesión, menos miedo a caer. No hubo correlación significativa entre miedo a caer y el tiempo de ejecución del TUG, ni entre tiempo transcurrido desde la lesión y el TUG, ni entre el tiempo de ejecución del TUG y la edad. Sin embargo, sí hubo correlación ($r = 0,57$) entre la edad y el miedo

a caer, que muestra que cuanto mayor es la edad, mayor es el miedo a caer.

Estos resultados merecen algunos comentarios. El prolongado tiempo de ejecución del TUG es consistente con la dependencia de los voluntarios en muchas actividades de la vida diaria y la movilidad⁵. El miedo a caer estaba presente incluso en el 46% de los sujetos sin historia reciente de caídas⁸. En este estudio, se encontró que en los pacientes con secuelas de ictus, el miedo a caerse aumenta a medida que avanza la edad. Por el contrario, el miedo a caer disminuye con el tiempo desde la lesión, y puede ser que estos individuos hubieran adquirido mayor confianza en sí mismos con el tiempo, ya que no se encontró correlación entre el tiempo de la lesión y la movilidad de estas personas, ni entre la movilidad y el miedo a caer. Este es un factor a destacar, ya que la mejora de la movilidad que se relaciona con el equilibrio es algo que debe ser primordial e incluso se espera en el programa de rehabilitación⁹. Los voluntarios de este estudio no presentaron caídas en el último año, a pesar de su disminución de la movilidad. Como las caídas son la causa principal de las lesiones fatales y no fatales entre los ancianos¹⁰, la rehabilitación debe ir orientada a mejorar el equilibrio, así como a la revisión y orientación sobre los factores extrínsecos (calzado, medicamentos, muebles)¹⁰, que deben hacerse de manera enfática para que el miedo a caer sea menor, así como la prevalencia y incidencia de caídas principalmente en ancianos con secuelas de ictus.

Bibliografía

1. National Institute of Neurological Disorders and Stroke (NINDS) (1999). Stroke: Hope Through Research. National Institutes of Health [consultado 21 Oct 2014]. Disponible en: http://www.ninds.nih.gov/disorders/stroke/detail_stroke.htm
2. Yavuzer G. Postural control in hemiparetic patients after stroke. *Journal of Physical Medicine and Rehabilitation Sciences*. 2006;9:76-9.
3. Zijlstra GA, van Haastregt JC, van Rossum E, van Eijk JT, Yardley L, Kempen GI. Interventions to reduce fear of falling in community-living older people: a systematic review. *J Am Geriatr Soc*. 2007;55:603-15.
4. Chamberlin ME, Fulwider BD, Sanders SL, Medeiros JM. Does fear of falling influence spatial and temporal gait parameters in elderly persons beyond changes associated with normal aging. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2005;60:1163-7.
5. Podsiadlo D, Richardson S. The timed Up & Go: A test of basic functional mobility for frail elderly persons. *J Am Geriatr Soc*. 1991;39:142-8.
6. Shumway-Cook A, Brauer S, Woollacott M. Predicting the probability for falls in community-dwelling older adults using the timed up & go test. *Phys Ther*. 2000;80:896-903.
7. Camargos FF, Dias RC, Dias JM, Freire MT. Cross-cultural adaptation and evaluation of the psychometric properties of the Falls Efficacy Scale-International Among Elderly Brazilians (FES-I-BRAZIL). *Rev Bras Fisioter*. 2010;14:237-43.
8. Tinetti ME. Prevention of falls and fall injuries in elderly persons: A research agenda. *Prev Med*. 1994;23:756-62.
9. Nichols DS. Balance retraining after stroke using force platform biofeedback. *Phys Ther*. 1997;77:553-8.
10. Fabre JM, Ellis R, Kosma M, Wood RH. Falls risk factors and a compendium of falls risk screening instruments. *J Geriatr Phys Ther*. 2010;33:184-97.

Fábio Marcon Alfieri^{a,b,*}, Thais Raquel Filippo^a, Marta Imamura^a y Linamara Rizzo Battistella^a

^a Clinical Research Center, Institute of Physical Medicine and Rehabilitation, University of São Paulo School of Medicine, São Paulo, Brazil

^b Master in Health Promotion, São Paulo Adventist University Center, São Paulo, Brazil

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: fabio.alfieri@unasp.edu.br, fabioalfieri@usp.br (F. Marcon Alfieri).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2014.09.011>

Tabla 1
Características generales de la muestra

N	16
M/H	5/11
Edad; años	68,62 ± 6,14
IMC; kg/cm ²	25,21 ± 1,9
Tiempo desde el ictus; mes	31,25 ± 0,2
FES	31,5 ± 10
TUG; s	32,21 ± 23,78

FES: *Falls Efficacy Scale* (escala de miedo a las caídas); H: hombres; IMC: índice de masa corporal; M: mujeres; N: muestra; TUG: *timed up and go*; s: segundos. Valores representados como media y desviación estándar.