

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS “MARIANA GRAJALES  
COELLO”, HOLGUIN**

***Comportamiento de las caídas en el adulto mayor. Consejo  
popular 1. Velasco. 2010***

Autores:

Dra. Aniuska de la Caridad Vegas González<sup>1</sup>, MSc. Dra. Yaqueline Leyva  
Caballero<sup>2</sup>, MSc. Dr. Argelio Hernández Pupo<sup>3</sup>, Lic. Ariagna Batista Hernández<sup>4</sup>,  
Dra. Yamila Leyva Sicilia<sup>5</sup>

1 Instructor, Especialista de primer grado en Medicina General Integral

2 Asistente, Especialista de primer grado en Medicina General Integral y Psiquiatría. Master en Longevidad satisfactoria

3 Asistente, Especialista de II grado en Medicina General Integral, Master en Longevidad satisfactoria

4 Instructor

5 Licenciada en enfermería

**RESUMEN**

Se realizó un estudio descriptivo observacional sobre las caídas en la población anciana del Consejo Popular 1 del Policlínico José Ávila Serrano durante el año 2010. De un universo de 670 pacientes se definió la muestra aleatoria, obteniéndose 345 pacientes accidentados. Definidas las variables en estudio se procedió a la recolección de información. Los resultados fueron agrupados en tablas y gráficos. Para su análisis y discusión se tuvo en cuenta el tanto por ciento como medida estadística descriptiva. Al término de la observación el 35.36% sufrió caídas, el 64.63 % tuvo recaídas; predominio en mujeres, en la mañana y la tarde y los lugares y tipo variaron según grupos de edades Los

factores de riesgo intrínsecos del envejecimiento resultaron: la disminución de la agudeza visual y de la acomodación en el 100 %, y los trastornos de la marcha y del equilibrio en más del 50 %. La artritis e hipertensión arterial como enfermedades asociadas así como la polifarmacia. Los factores de riesgo extrínsecos; en el medio social el mal estado de las calles y aceras y la iluminación inadecuada predominaron sobre los otros. Tras el evento se obtuvo como consecuencias: pérdida del validismo y afecciones psicológicas. Las caídas en su descripción epidemiológica y clínica, su consecuencia en la funcionabilidad del geronte y la identificación de los riesgos potenciales a desencadenarla corroboran que son previsibles.

**PALABRAS CLAVE:** caídas, riesgos potenciales, educación, prevención

## **INTRODUCCIÓN**

La población ha estado envejeciendo desde sus mismos orígenes y en las últimas décadas este envejecimiento se ha acelerado. Cuba no está exenta de este problema pues el 17,4 % de la población general del país está envejecida por lo que habrá más de 2 millones de adultos mayores que nos alertan para hacer estudios en diferentes formas y lograr enfrentar con objetividad tal problema.

El envejecimiento puede definirse como un deterioro funcional progresivo y generalizado que ocasiona una pérdida de la respuesta de adaptación a la agresión y un aumento del riesgo de enfermedades asociadas a la edad.<sup>1</sup> La expresión individual del envejecimiento se define como la serie de modificaciones morfológicas, psicológicas, funcionales y bioquímicas que origina el paso del tiempo sobre los seres vivos.<sup>2</sup> En otras palabras, la razón principal de que los

ancianos enfermen con más frecuencia que los jóvenes es que, debido a su vida más prolongada, han estado expuestos a factores externos, conductuales y medioambientales que provocan enfermedades durante un período más largo que el de sus homólogos más jóvenes.<sup>1</sup> Este es un fenómeno inevitable, debido a ello, los cambios propios de la edad nos hacen más propensos a sufrir caídas. Estos cambios que llegan con el transcurrir de los años no significan un estado de enfermedad, sino una limitación paulatina de sus capacidades y habilidades; estas pueden ser más o menos favorables en la medida que el anciano evite someterse a situaciones estresantes y de inseguridad.

La Organización Mundial de Salud (OMS) considera accidente al acontecimiento fortuito, generalmente desagradable o dañino, independientemente de la voluntad humana provocada por una fuerza exterior de actuación rápida, manifestándose por la aparición de lesiones orgánicas o trastornos mentales.<sup>3</sup>

Los accidentes se ubican entre las cinco primeras causas de muerte en niños y ancianos de veinte países de Latinoamérica incluyendo a Cuba.<sup>4</sup> Su importancia está dada por la elevada morbilidad e invalidez presente en el paciente, al gran número de crisis familiares originadas y al elevado costo socio-económico asociado.<sup>6</sup> Son considerados como un problema prioritario pudiéndola clasificar como una enfermedad social de proporciones epidémicas.<sup>6</sup>

El Caribe es hoy la región en desarrollo más vieja del mundo, pues el 9% de su población total tiene 60 años y más. En esta y América Latina más de 32 millones de personas tienen en la actualidad por lo menos 60 años de edad; el 55% son mujeres. La población de 60 años y más esta aumentando a una tasa anual del 3%, en comparación con un aumento del 1,9% para la población total.<sup>2</sup>

Este estudio es necesario debido a la incidencia anual de caídas entre personas

ancianas que viven en la comunidad que aumenta del 25 % entre los 65-70 años, al 35 % después de los 75. La mitad de las personas mayores que se caen lo hacen repetidas veces y son más frecuentes en hogares de ancianos y residencias.<sup>7</sup>

La magnitud del problema según el doctor Gutiérrez Robledo, esta dado en que entre el 30% y 50% de los ancianos notifican tener tendencias a sufrir caídas (al menos una vez al año); hasta el 50% de los ancianos en instituciones sufren caídas en algún momento de su estancia en ellas. Y seguido en el 25% de los casos una enfermedad aguda guarda relación con la caída.<sup>8</sup>

Las caída tienen implicaciones económicas, una prevalencia alta de caídas significa un grupo grande de personas incapacitadas y necesitadas de atención médica y cuidado familiar. Significa también invertir recursos para pagos de medicamentos, accesorios (sillas de ruedas, camas Fowler, colchones antiescaras, pampers, etc.) y pagos adicionales de ayuda social por la enfermedad, a los cuidadores y accesorios paramédicos.

Considerando las caídas y sus consecuencias como problema de salud y teniendo en cuenta su carácter previsible, nos hemos planteado el siguiente Problema científico: ¿Constituyen las caídas y sus consecuencias en el adulto mayor un problema de salud en los consultorios pertenecientes al consejo popular uno?

Objetivo General:

Describir el comportamiento de las caídas en el adulto mayor perteneciente al Consejo Popular uno, Velasco en el año 2010.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

Se realizó un estudio descriptivo observacional en adultos mayores pertenecientes al consejo popular uno, de Velasco durante el año 2010.

El universo estuvo formado por 670 adultos mayores que sufrieron caídas durante el período en estudio, y la muestra se conformó por 345 pacientes seleccionados al azar que representan el 51,5%, dato este obtenido por los autores una vez realizada la evaluación geriátrica en cada caso. Se empleó el Modelo de Evaluación Geriátrica Exhaustiva creado por Unidad de Evaluación Geriátrica del Centro Iberoamericano de la Tercera Edad. La Habana 1997, completados a través de las entrevistas a los pacientes. En el se aplican algunos test (Índice de KATS y LAWTON) para comprobar el estado de dependencia del paciente y se explora el uso de medicamentos, la evaluación estomatológica, de la visión, audición y evaluación por sistemas. También se recogen los factores de riesgo intrínsecos y extrínsecos que influyen en la calidad de vida de los ancianos. Se aplica un formulario de alrededor de 100 acápites que recorren todos los aspectos de la vida del adulto mayor, teniendo cuenta el consentimiento informado.

## RESULTADOS

En el estudio realizado sobre las caídas en los adultos mayores, nos muestra un predominio del sexo femenino sobre el masculino y grupos de edades superiores a los 70 años de edad como se refleja en el cuadro 1.

**Cuadro 1.** Distribución por sexo y grupos de edades de los adultos mayores con caídas.

Grupos de edades	Femenino		Masculino		Total	
	No	%	No	%	No	%
60-64	22	6.37	8	2.31	30	8.69
65-69	25	7.24	24	6.95	49	14.20
70-74	38	11.01	30	8.69	68	19.71
75-79	45	13.04	25	7.24	70	20.28
80-84	34	9.85	34	9.85	68	19.71
85 y más	34	9.85	26	7.53	60	17.39
Total	198	57.39	147	42.60	345	100

En el cuadro 2 se representa la ocurrencia de las caídas por grupos de edades, mostrándose que de ellos cayeron en una ocasión 122 para un 35.36% y 223

sufrieron recaídas lo que significó 64.63%.

**Cuadro 2.** Ocurrencia de las caídas en el adulto mayor por grupos de edades.

Ocurrencia de caídas	Grupos de edades						Total	%
	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y +		
Una ocasión	12	19	26	25	22	18	122	35.36
Recaídas	18	30	42	45	46	42	223	64.63
Total	30	49	68	70	68	60	345	100

La mayoría de las caídas ocurren durante la tarde (Cuadro 3), resultado que coincide con otros estudios donde se encontró que el mayor número de caídas ocurre en el hogar generalmente en el momento de más actividad, en horas de la mañana (37.10%) y la tarde (50.14%). Sólo durante la noche un 12.75% sufrió alguna caída.

**Cuadro 3.** Horario de ocurrencia de las caídas.

Horario de ocurrencia	Grupos de edades						Total	%
	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y +		
Mañana	6	21	24	28	27	22	128	37.10
Tarde	15	18	36	37	35	32	173	50.14
Noche	9	10	8	5	6	6	44	12.75

En el cuadro 4 se muestra los lugares donde son más frecuentes las caídas de nuestros ancianos estudiados es en la cocina y los patios entre los 60 y 74 años, seguidas de el baño y el dormitorio a partir de los 80 años.

**Cuadro 4.** Relación entre el lugar de ocurrencia de las caídas y los grupos de edades

Lugar de ocurrencia	Grupos de edades						Total	%
	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y +		
Cocina	14	17	20	11	8	6	76	22.02
Patio	8	11	18	16	11	5	69	20.00
Dormitorio	1	5	7	14	20	19	66	19.13
Baño	2	3	7	12	18	21	63	18.26
Escalera	1	3	4	8	4	4	24	6.95
Medio social	6	10	12	9	7	5	47	13.62

En la tabla 5 se describe la existencia de acompañantes en el momento de la caída donde resulta significativa en todos los grupos de edad la existencia de un porcentaje elevado de ancianos acompañados por otros ancianos y familiares prevaleciendo el grupo de los ancianos entre 70 y 79 años y acompañados de familiares con un 38.84% sólo el 12.75 % de los gerontes se cayeron en presencia de los cuidadores.

**Cuadro 5. Distribución de los adultos mayores según acompañamiento y grupo de edades.**

Compañía al caer	Grupos de edades						Total	%
	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y +		
Solo	18	13	10	10	12	8	71	20.57
Con otro anciano	4	18	20	20	16	20	96	27.82
Con familiares	6	15	33	33	29	18	134	38.84
Con cuidadores	2	3	5	7	13	14	44	12.75

Más del 50% de los ancianos estudiados sufrieron algún tipo de lesión durante las caídas, reflejándose los resultados en el cuadro 6. Las contusiones estuvieron presentes en todos los grupos de edades. Entre 60 y 74 años de edad se puede observar la ocurrencia de caídas sin lesiones con un total de 28 gerontes sin embargo, en la medida que avanza la edad esto cambia y las contusiones dan paso al incremento de las fracturas y la multiplicidad de lesión para un 20.86% y un 22.89% respectivamente en los ancianos de mas de 80 años.

**Cuadro 6. Distribución de los adultos mayores según tipo de lesión y grupos de edades.**

Tipo de lesión	Grupos de edades						Total	%
	60- 64	65- 69	70-74	75-79	80- 84	85 y +		
Herida	4	5	9	15	8	7	48	13.91
Contusión	8	15	20	14	16	11	84	24.34
Fractura	5	9	14	12	17	15	72	20.86
Quemadura	2	5	4	5	2	0	18	5.21
Múltiples	2	6	11	18	20	22	79	22.89
Sin lesión	9	9	10	6	5	5	44	12.75

## DISCUSIÓN

Cáceres, refiere una incidencia mayor de caídas de sexo femenino hasta los 75 años, cuando la probabilidad se torna similar para ambos sexos.<sup>1</sup> Otros autores describen la caída más frecuente en mujeres y con la edad.<sup>7-9</sup> Cavarnilla en su estudio determina como factor de riesgo significativo el sexo femenino, con una frecuencia de caída dos veces mayor a la de los varones; la Organización Mundial de Salud estima una prevalencia del sexo femenino 2/1, después de los 75 años la frecuencia se hace similar.<sup>10</sup> López Pérez y otros autores informaron que el 75% de las caídas se producen en mayores de 65 años. Las mujeres caen con mayor frecuencia (40% caen cada año frente a 28% los hombres) hasta los 75 años y posteriormente se igualan en frecuencia. Algunos autores plantean entre un 20-50% de la población anciana caen una vez al año.<sup>1,9</sup>

La literatura revisada coincide con nuestro resultado, refiriendo que las caídas hacen una parábola con la edad, reportadas generalmente alrededor de un 6.37 % en el grupo de 60-64 años, estas van a aumentar al llegar a la edad de 65-79 años y luego van a disminuir a partir de los 80, quienes van a ser los que menos se van a caer.<sup>11</sup>

Cuando se arriba a los 60 años de edad en las mujeres, se cumplen los años de jubilación laboral y el hombre recién lo asume, lo que no significa ausencia de desempeño, más bien, la incorporación activa a los deberes del hogar, fundamentalmente apoyando la cocina, limpieza y cuidado de menores. No es extraño ver un anciano con total validismo asistiendo a la higienización y cuidado de patios y de su medio. En el área de salud la arquitectura de las viviendas, le provee al anciano el escenario mas gustado para evacuar sus ansias de labor tras el cese de sus funciones económicas y sociales fuera de la familia, todo con el fin

de no sentirse menos y luchar contra la depresión. Los accidentes y caídas asociadas en mayores de 60 años son frecuentes en ancianos solos con cierto validismo en las actividades del diario. Autores plantean que en un 55% de las caídas los gerontes fueron incapaces de levantarse solos, precisando el 39% de ellos algún tipo de asistencia sanitaria.<sup>12</sup>

En Cuba, se realiza un trabajo serio a través de la asistencia social y el grupo multidisciplinario del gabinete gerontológico, presente en cada área de salud los que facilitan la atención al anciano en su hogar a partir del pago a cuidadores sean o no familiares del anciano, la disponibilidad de hogares diurnos y permanentes así como la vinculación a círculos de abuelos y coliseos en vínculo con el equipo de trabajo del médico y la enfermera de la familia.

En 2003, en España e Italia se registraron 325 y 400 casos por cada 100.000 habitantes de más de 65 años con fracturas durante las caídas. Estas tasas se hallan por debajo de las 500 fracturas por cada 100 000 habitantes registradas en el Reino Unido y muy por debajo de las 800 por 100 000 de Finlandia y Noruega. Y el 80% de ellas provocadas por caídas.<sup>12-16</sup>

## **CONCLUSIONES**

El sexo femenino es el más afectado. El horario de ocurrencia de los caídos fue la mañana y la tarde. La caída ocurre en cocinas y patios entre 60 y 74 años de edad, luego en patios, dormitorios y en mayor de 85 años en el baño.

Más de la mitad de los adultos mayores han sufrido caídas y un comportamiento similar sufrió recaídas.

La contusión y la fractura fueron las lesiones más frecuentes.

## BIBLIOGRAFÍA

Prat González I., Fernández-Escofet E, Martines-Bustos S. Detección del riesgo de caídas en ancianos en atención primaria mediante un protocolo de cuidado.

Rev. Enferm. 2004 Apr; 27(4):43-8

Estévez Y.C. Caídas en los ancianos institucionalizados. Valoración de riesgos e intervenciones. Rev. Enferm. 2004 Apr; 27(4):43-8.

Gutiérrez Robledo. Atención de los ancianos, un desafío para los años 90. Rev. Public Cientif Public, 2009; (586): 93-95.

Kawagoe S, Tajima N, Chosa E, et al. Biomechanical analysis of effects of foot placement with varying chair height on the motion of standing up. *J Orthop Sci.* 2000; 5:124–133.

Ribera C. Caídas y edad avanzada, ¿un problema medico? *Med Clin (Barc).* 2005 Feb 14; 122(5):180-1.

Varas-Fabra F., Castro M., Perula, Fernández F. Caídas en ancianos de la comunidad: prevalencia, consecuencias y factores asociados. *Aten Primaria.* 2006 Nov 15; 38(8):450-5.

Yayo MG. Para evitar accidentes. Ciudad de la Habana: Editorial Científico-Técnica. 2005. Educación para la salud.

Silva Paim J, Concercao Nascimento C. M, Mascañas C, Viera de la Silva LM. Distribución espacial de violencia: Mortalidad por causas externas en el Salvador (Bahía) Brasil. *Revista Panam. Salud Pública* 2006,6(5): 321-30.

González Sánchez RL, Rodríguez Fernández M; Feiro Alfonso MJ, García Milian

- JR. Caídas en el anciano. Consideraciones generales y prevención. Revista Medicina General Integral 2002; 15(1):98-102.
- Bueno Cavanillas A, Padilla Ruíz FR, Peinado Alonso C, Espigaus García M, Gálvez Vargas R. Factores de riesgo de caídas en una población anciana institucionalizada. Estudio de cohorte prospectivo. Medicina Clínica, 2003; 112:10-15.
- Leyva Salermo B. Movilidad, equilibrio y caídas en los adultos mayores. La Habana: GEROINFO, 2008; 3 (2): 15-16.
- Gac H., Marín P.P. Castro S., Hoyl T. Valenzuela E. Caídas en adultos mayores institucionalizados: descripción y evaluación geriátrica. Rev. Med Chil. 2005 Aug; 131(8):887-94.
- Santos L., Zapata E., Ollobarren H., Echeverría B., Claveria A., Prevención de caídas. Estrategias de intervención. Rev. Enferm. 2007 Sep; 30(9):54-8.
- 14 Álvarez Sintés R. Atención integral de salud. Atención al adulto mayor. Temas de Medicina General Integral. La Habana 2001. Vol. I (4):166-78.
- 15 Pacios Alfonso N, Salazar Casanova H. Factores de riesgos relacionados con los accidentes domésticos. Revista Cubana Medicina General Integral 2005; 14(5); 440-4.
- 16 Graaf Mans WC. Factores asociados con el riesgo de caídas en personas ancianas. Bol. Of sanit Panam 2006. Nov, 121(5):459-60.