



Universidad de Guayaquil  
Facultad de Ciencias Médicas  
Escuela de Medicina

Tema: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS POR CAIDAS DE 60 A 80 AÑOS DE EDAD, ESTUDIO A REALIZAR EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DR. ABEL GILBERT PONTÓN EN EL PERIODO DESDE ENERO DEL 2016 A FEBRERO DEL 2017.

Anteproyecto de trabajo de titulación presentado como requisito para optar por el grado médico

Nombre de los estudiantes:

Pacheco Briones Daniel Israel

España Mojarrango Angel Javier

Nombre del tutor:

Dr. Bolivar Vaca

Médico Cirujano

Guayaquil – Ecuador

2016 - 2017



## **REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA**

### FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE GRADUACIÓN

**TÍTULO Y SUBTÍTULO:**

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS POR CAIDAS DE 60 A 80 AÑOS DE EDAD.

ESTUDIO A REALIZAR EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DR. ABEL GILBERT PONTÓN EN EL PERIODO DESDE ENERO DEL 2016 A FEBRERO DEL 2017.

**AUTOR(ES)**

(apellidos/nombres):

ESPAÑA MOJARRANGO ANGEL JAVIER –  
PACHECO BRIONES DANIEL ISRAEL

**REVISOR(ES)/TUTOR(ES)**

(apellidos/nombres):

DR. BOLIVAR VACA

**INSTITUCIÓN:**

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

**UNIDAD/FACULTAD:**

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

**MAESTRÍA/ESPECIALIDAD:**

MEDICINA

**GRADO OBTENIDO:**

MÉDICO

**FECHA DE PUBLICACIÓN:**

MAYO DEL 2017

**No. DE**  
**PÁGINAS:**

71

**ÁREAS TEMÁTICAS:**

**PALABRAS CLAVES/**  
**KEYWORDS:**

CAÍDAS, PREVALENCIA, PATOLOGÍAS,  
ANTIHIPERTENSIVOS.

**RESUMEN/ABSTRACT:** El estudio realizado en el Hospital de Especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón en 60 pacientes de 60 a 80 años de edad hospitalizados por caídas se obtiene como resultado predominio el género masculino con 39 pacientes con un porcentaje de 65%; mayor

prevalencia de caídas hubo en los pacientes de 71 a 75 años de edad con un 33.3%; de 55 pacientes con un porcentaje de 91.7% presentan antecedentes patológicos personales; de 45 pacientes con el porcentaje de 75% consumen fármacos; 85% de 51 pacientes no consumen alcohol; la caída intradomiciliaria predominó con 35 pacientes con el 58.3%; el tipo de caída predominó el tropiezo con 29 pacientes y con el 48.3%; durante la tarde hubo más caídas con 70% de 42 pacientes; con zapatillas con un 50% de 30 pacientes; al usar las escaleras predominó con 29 pacientes con el 48.3%; al usar las escaleras un 51.7%; con el 95% de 57 pacientes tiene miedo a caer de nuevo; como resultado con la escala de Downton que describe el riesgo de caída que el valor  $<3$  hubo 3 pacientes con un porcentaje de 5%, y  $>3$  hay 57 pacientes con el porcentaje de 95%.

<b>ADJUNTO PDF:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>CONTACTO CON AUTOR/ES:</b>	<b>Teléfono:</b> 0993490200 0997855408	<b>E-mail:</b> Naigel_7@hotmail.com Daniel_5931@hotmail.com
<b>CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN:</b>	<b>Nombre:</b> Dr. Bolívar vaca	
	<b>Teléfono:</b> 0984187725	
	<b>E-mail:</b>	

Guayaquil, Mayo del 2017

### **CERTIFICACIÓN DEL TUTOR REVISOR**

Habiendo sido nombrado tutor del trabajo de titulación **DR. BOLIVAR VACA** certifico que el presente trabajo de titulación, elaborado por **ESPAÑA MOJARRANGO ANGEL JAVIER** con C.I. No. **0803715986**, **PACHECO BRIONES DANIEL ISRAEL** con C.I. No. **0918169392**, con mi respectiva supervisión como requerimiento parcial para la obtención del título de **MÉDICO**, en la Carrera de Medicina/Facultad de Ciencias Médicas, ha sido **REVISADO Y APROBADO** en todas sus partes, encontrándose apto para su sustentación.

---

DR. BOLIVAR VACA

C.I. No. \_\_\_\_\_

**LICENCIA GRATUITA INTRANSFERIBLE Y NO EXCLUSIVA PARA EL USO NO  
COMERCIAL DE LA OBRA CON FINES NO ACADÉMICOS**

Yo, **ESPAÑA MOJARRANGO ANGEL JAVIER** con C.I. No. **0803715986**, certifico que los contenidos desarrollados en este trabajo de titulación, cuyo título es **“PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS POR CAIDAS DE 60 A 80 AÑOS DE EDAD”** son de mi absoluta propiedad y responsabilidad Y SEGÚN EL Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN\*, autorizo el uso de una licencia gratuita intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la presente obra con fines no académicos, en favor de la Universidad de Guayaquil, para que haga uso del mismo, como fuera pertinente.

**ESPAÑA MOJARRANGO ANGEL JAVIER**

C.I. No. **0803715986**

\*CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN (Registro Oficial n. 899 - Dic./2016) Artículo 114.- De los titulares de derechos de obras creadas en las instituciones de educación superior y centros educativos.- En el caso de las obras creadas en centros educativos, universidades, escuelas politécnicas, institutos superiores técnicos, tecnológicos, pedagógicos, de artes y los conservatorios superiores, e institutos públicos de investigación como resultado de su actividad académica o de investigación tales como trabajos de titulación, proyectos de investigación o innovación, artículos académicos, u otros análogos, sin perjuicio de que pueda existir relación de dependencia, la titularidad de los derechos patrimoniales corresponderá a los autores. Sin embargo, el establecimiento tendrá una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra con fines académicos.

**LICENCIA GRATUITA INTRANSFERIBLE Y NO EXCLUSIVA PARA EL USO NO  
COMERCIAL DE LA OBRA CON FINES NO ACADÉMICOS**

Yo, **ESPAÑA MOJARRANGO ANGEL JAVIER** con C.I. No. **0803715986**, certifico que los contenidos desarrollados en este trabajo de titulación, cuyo título es **“PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS POR CAIDAS DE 60 A 80 AÑOS DE EDAD”** son de mi absoluta propiedad y responsabilidad Y SEGÚN EL Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN\*, autorizo el uso de una licencia gratuita intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la presente obra con fines no académicos, en favor de la Universidad de Guayaquil, para que haga uso del mismo, como fuera pertinente.

**PACHECO BRIONES DANIEL ISRAEL**

**C.I. No. 0918169392**

\*CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN (Registro Oficial n. 899 - Dic./2016) Artículo 114.- De los titulares de derechos de obras creadas en las instituciones de educación superior y centros educativos.- En el caso de las obras creadas en centros educativos, universidades, escuelas politécnicas, institutos superiores técnicos, tecnológicos, pedagógicos, de artes y los conservatorios superiores, e institutos públicos de investigación como resultado de su actividad académica o de investigación tales como trabajos de titulación, proyectos de investigación o innovación, artículos académicos, u otros análogos, sin perjuicio de que pueda existir relación de dependencia, la titularidad de los derechos patrimoniales corresponderá a los autores. Sin embargo, el establecimiento tendrá una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra con fines académicos.



Presidencia  
de la República  
del Ecuador



**Plan Nacional**  
de Ciencia, Tecnología,  
Innovación y Saberes



**SENESCYT**

Secretaría Nacional de Educación Superior,  
Ciencia, Tecnología e Innovación

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS POR  
CAÍDAS DE 60 A 80 AÑOS DE EDAD.**

## **Dedicatoria**

A mi madre, Sra. Mónica Pacheco, por haberme dado todo el apoyo necesario e incondicional en todo momento de mi vida. A mi familia, por darme las fuerzas necesarias en todo momento de mis estudios, gracias por todo.

A mi padre, Wagner España, ejemplo de superación y tenacidad, que supo guiarme en todos mi pasos. A mis hermanos, que supieron darme las palabras justas, y el aliento necesario en toda mi carrera. A mi familia, por acompañarme en todas mis decisiones, gracias por su apoyo.



## **Agradecimiento**

Agradecemos a Dios que nos permitió empezar y terminar una carrera que implica mucho sacrificio. A nuestros padres que han estado todos los días apoyándonos en nuestros errores y también en los aciertos a lo largo de todo el camino. A nuestro tutor Dr. Bolívar Vaca que gracias a su experiencia y conocimientos nos guió en el desarrollo de esta tesis.

## Índice

<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	24
<b>CAPÍTULO 1 .....</b>	26
<b>1.1 EL PROBLEMA .....</b>	26
<b>1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....</b>	26
<b>1.3 DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA.....</b>	28
<b>1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....</b>	28
<b>1.4.1 OBJETIVO ESPECÍFICO.....</b>	28
<b>1.5 JUSTIFICACIÓN .....</b>	29
<b>1.6 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....</b>	30
<b>CAPÍTULO II .....</b>	31
<b>2.1 MARCO TEÓRICO.....</b>	31
<b>2.1.1 LAS CAÍDAS.....</b>	31
<b>2.2 CONSECUENCIAS DE LAS CAÍDAS.....</b>	35
<b>2.3 FACTORES QUE INFLUYEN EN LAS CAÍDAS DEL ANCIANO.....</b>	36
<b>2.4 GRUPO DE RIESGO.....</b>	39
<b>2.5 PREVENCIÓN DE LAS CAÍDAS .....</b>	40
<b>CAPÍTULO III.....</b>	42
<b>3.1 MATERIALES Y MÉTODOS.....</b>	42
<b>3.2 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE LA MUESTRA.....</b>	42
<b>3.3 METODOLOGÍA .....</b>	42

<b>3.4 LOCALIZACIÓN Y TEMPORAL</b> .....	42
<b>3.5 PERIODO DE INVESTIGACIÓN</b> .....	42
<b>3.6 PERIODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS</b> .....	42
<b>3.7 RECURSOS EMPLEADOS</b> .....	42
<b>3.8 UNIVERSO</b> .....	43
<b>3.9 MUESTRA</b> .....	43
<b>3.10 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:</b> .....	43
<b>3.11 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:</b> .....	44
<b>3.12 VIABILIDAD</b> .....	44
<b>3.13 CRITERIOS DE VALIDACIÓN DE LA MUESTRA</b> .....	44
<b>3.14 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE DATOS:</b> .....	44
<b>3.15 PROCEDIMIENTO PARA LA CORRECCIÓN DE LA INFORMACIÓN</b>	45
<b>CAPÍTULO IV</b> .....	46
<b>RESULTADOS Y ANÁLISIS</b> .....	46
<b>CAPÍTULO V</b> .....	49
<b>DISCUSIÓN</b> .....	49
<b>CAPÍTULO VI</b> .....	63
<b>CONCLUSIONES</b> .....	63
<b>CAPÍTULO VII</b> .....	64
<b>RECOMENDACIONES</b> .....	64
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	65

## Glosario

**Adulto.-** Persona que ha alcanzado total crecimiento o madurez. Los adultos van desde los 19 hasta los 44 años de edad. Para una persona entre 19 y 24 años de edad.

**Alzheimer.-** Enfermedad degenerativa del cerebro que se caracteriza por el comienzo insidioso de demencia. se dan alteraciones de la memoria y del juicio, falta de atención y problemas en el desempeño de habilidades, seguido por apraxias severas y pérdida global de las capacidades cognitivas. ocurre sobre todo después de los 60 años de edad y se caracteriza patológicamente por una atrofia cortical severa y por la triada conformada por placa amiloide, ovillos neurofibrilares y los hilos del neurópilo.

**Antiglicémicos.-** Es un medicamento usado para reducir los niveles de glucosa en sangre, por lo que se indica en el tratamiento de la diabetes mellitus. Con la excepción de la insulina, la exenatida y la pramlintida, todos son administrados por vía oral. La selección de los diferentes tipos de antidiabéticos depende de la enfermedad, la edad y condición de salud del paciente, así como otros factores.

**Antihipertensivos.-** Fármacos usados en el tratamiento de la hipertensión vascular aguda o crónica, independientemente del mecanismo farmacológico. entre los antihipertensivos están los diuréticos (especialmente las tiazidas), beta antagonistas adrenérgicos, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, bloqueadores de los canales de calcio, bloqueadores ganglionares y vasodilatadores.

**Caídas.-** Acontecimientos involuntarios que hacen perder el equilibrio y dar con el cuerpo en tierra u otra superficie firme que lo detiene.

**Cirrosis.-** Enfermedad hepática en la que hay destrucción, de magnitud variable, de la microcirculación normal, la anatomía vascular en general, y de la arquitectura hepática las

que se alteran por elementos fibrosos que rodean a nódulos de parénquima regenerados o que se están regenerando.

**Diabetes mellitus.-** Enfermedad caracterizada por micción frecuente, excreción de grandes cantidades de orina diluida y excesiva sed. entre las etiologías de la diabetes insípida están la deficiencia de hormonas antidiuréticas (también conocidas como adh o vasopresinas) secretadas por la neurohipófisis, alteración de la respuesta del riñón a la adh y alteración de la regulación hipotalámica de la sed.

**Discapacidad.-** Determinación del grado de incapacidad física, mental o emocional.

**Diurético.-** Agentes que estimulan la excreción de orina por sus efectos sobre la función renal.

**Enfermedad renal crónica.-** Es una pérdida progresiva (por 3 meses o más) e irreversible de las funciones renales, cuyo grado de afección se determina con un filtrado glomerular (FG)  $<60 \text{ ml/min/1.73 m}^2$ . Como consecuencia, los riñones pierden su capacidad para eliminar desechos, concentrar la orina y conservar los electrolitos en la sangre.

**Fármacos.-** Es una molécula bioactiva que en virtud de su estructura y configuración química puede interactuar con macromoléculas proteicas, generalmente denominadas receptores, localizadas en la membrana, citoplasma o núcleo de una célula, dando lugar a una acción y un efecto evidenciable.

**Fractura.-** Es la pérdida de continuidad normal de la sustancia ósea o cartilaginosa, a consecuencia de golpes, fuerzas o tracciones cuyas intensidades superen la elasticidad del hueso.

**Glaucoma.-** Forma de glaucoma en la que la presión intraocular se incrementa porque el ángulo de la cámara anterior está bloqueado y el humor acuoso no puede drenar desde la cámara anterior.

**Hipertensión.-** Presión sistémica persistentemente elevada en base a múltiples lecturas (determinación de la presión sanguínea), habitualmente se considera hipertensión cuando la presión sistólica es mucho mayor a 140 mm hg o cuando la presión diastólica (presión sanguínea) es de 90 mm hg o mas.

**Leucemia.-** Es un grupo de enfermedades malignas de la médula ósea (cáncer hematológico) que provoca un aumento descontrolado de leucocitos en la misma.

**Morbilidad.-** Proporción de pacientes con una enfermedad particular durante un año determinado por una determinada unidad de población.

**Parkinson.-** Enfermedad neurológica degenerativa y progresiva caracterizada por temblor el cual es máximo durante el reposo, retropulsión (es decir, tendencia a caerse hacia atrás), rigidez, postura estática, lentitud de los movimientos voluntarios, y expresión facial en máscara. las características patológicas incluyen pérdida de las neuronas que contienen melanina de la sustancia nigra y de otros núcleos pigmentados del tallo cerebral. los cuerpos de Lewy están presentes en la sustancia nigra y en el locus coeruleus y puede también encontrarse en una afección relacionada (Enfermedad del cuerpo de Lewy, difusa) caracterizada por demencia en combinación con grados variables de parkinsonismo.

**Prevalencia.-** Proporción de individuos de un grupo o una población que presentan una característica o evento determinado en un momento o en un período determinado.

**Retinopatía diabética.-** Enfermedad de la retina que es una complicación de la diabetes mellitus. se caracteriza por complicaciones microvasculares progresivas, como aneurisma, edema interretinal y neovascularización patológica intraocular.

**Tromboembolismo.-** Obstrucción de un vaso sanguíneo (embolia) por un coágulo de sangre (TROMBO) en el torrente circulatorio.

**Úlcera gástrica.-** Úlcera de la mucosa gástrica debida al contacto con el jugo gástrico. esto se asocia a menudo con infección por helicobacter pylori o el consumo de fármacos antiinflamatorios no esteroideos (agentes antiinflamatorios no esteroideos).

### **Abreviaturas**

**CEPAL/CELADE.-** Comisión Económica para América y el Caribe.

**CIE.-** Código Internacional de Enfermedades.

**Dr.-** Doctor.

**EUNESE.-** Red Europea para la Seguridad de los Ancianos.

**INEC.-** Instituto Nacional de Estadística y Censo.

**OMS.-** Organización mundial de salud.

**Autor/es:** ESPAÑA MOJARRANGO ANGEL JAVIER

PACHECO BRIONES DANIEL ISRAEL

**Tutor:** Dr. Bolívar Vaca

### **Resumen**

**Objetivo:** Determinar el perfil epidemiológico de los pacientes hospitalizados por caídas de 60 a 80 años de edad mediante un estudio observacional indirecto retrospectivo para poder obtener datos de los factores que causan las caídas.

**Metodología:** Descriptiva, cuantitativo.

**Diseño de la investigación:** No experimental, retrospectivo.

**Resultado:** El estudio realizado en el Hospital de Especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón en 60 pacientes de 60 a 80 años de edad hospitalizados por caídas se obtiene como resultado por género masculino de 39 pacientes con un porcentaje de 65% y en el género femenino de 21 pacientes con un porcentaje de 35%, por lo tanto tenemos un predominio en pacientes del género masculino.

El estudio realizado en el Hospital de Especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón en 60 pacientes de 60 a 80 años de edad hospitalizados por caídas se obtiene el resultado por edades de 60 a 65 años una población de 14 pacientes con un porcentaje de 23.3%, de 66 a 70 años una cantidad de 14 pacientes con un porcentaje de 23.3%, de 71 a 75 años una población de 20 pacientes con un porcentaje de 33.3%, de 76 a 80 años una cantidad de 12 pacientes con un



porcentaje de 20%, resultando como mayor prevalencia de la caída en los pacientes de 71 a 75 años de edad.

El estudio realizado en el Hospital de Especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón en 60 pacientes de 60 a 80 años de edad hospitalizados por caídas se obtiene como resultado de 55 pacientes con un porcentaje de 91.7% presentan antecedentes patológicos personales.

El estudio realizado en el Hospital de Especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón en 60 pacientes de 60 a 80 años de edad hospitalizados por caídas hay un resultado de 45 pacientes con el porcentaje de 75% que consumen fármacos como: Antihipertensivos, hipoglucemiantes, anti parkinsoniano, diuréticos, y 15 pacientes con un porcentaje de 25% que no toman medicamentos.

El estudio realizado en el Hospital de Especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón en 60 pacientes de 60 a 80 años de edad hospitalizados por caídas se obtiene un resultado de los que consumen alcohol de 51 pacientes con un porcentaje de 85% que no lo hacen, y 9 pacientes con el porcentaje de 15% que si lo hacen.

El estudio realizado en el Hospital de Especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón en 60 pacientes de 60 a 80 años de edad hospitalizados que han sufrido caídas dentro del domicilio hay 35 pacientes con el porcentaje de 58.3%, 2 paciente con porcentaje de 3.3% fuera del domicilio, 15 pacientes con el porcentaje de 25% en la calle, 3 pacientes con un porcentaje de 5% dentro de un lugar público, y 5 pacientes con el porcentaje de 8.3% fuera de un lugar público.

El estudio realizado en el Hospital de Especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón en 60 pacientes de 60 a 80 años de edad hospitalizados tenemos como resultado que el tipo de caída de manera de tropiezo hay 29 pacientes con el porcentaje de 48.3% , por resbalón 10 personas con el porcentaje de 16.7%, por mareo 3 personas con un porcentaje de 5%, aparentemente accidental 5 pacientes con un porcentaje del 8.3 % , provocado por terceros 4 personas con un porcentaje de 6.7%, y otros con un total de 9 personas con un 15 %.

El estudio realizado en el Hospital de Especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón en 60 pacientes de 60 a 80 años de edad hospitalizados se obtiene un resultado del intervalo del día que han sufrido la caída de 10 pacientes con un porcentaje de 16.7% en la mañana, 42 pacientes con el porcentaje de 70% por la tarde, y 8 pacientes con el porcentaje de 13.3% en la noche.

El estudio realizado en el Hospital de Especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón en 60 pacientes de 60 a 80 años de edad hospitalizados tenemos como resultado en el tipo de calzado utilizado como el descalzo hay 4 pacientes con un porcentaje de 6.7%, con zapatillas 30 pacientes con el porcentaje de 50%, con zapatos 20 pacientes con un porcentaje de 33.3%, y otro tipo de calzado 6 pacientes con el porcentaje de 10%.

El estudio realizado en el Hospital de Especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón en 60 pacientes de 60 a 80 años de edad hospitalizados tenemos que las condiciones del suelo como el liso hay 15 pacientes con el porcentaje de 25%, resbaladizo 3 pacientes con un porcentaje de 5%, el irregular hay 10 pacientes con el porcentaje de 16.7%, pendiente 2 pacientes con un porcentaje de 3.3%, escaleras 29 pacientes con el porcentaje de 48.3%, y ninguna de las anteriores 1 paciente con un porcentaje de 1.7%.

El estudio realizado en el Hospital de Especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón en 60 pacientes de 60 a 80 años de edad hospitalizados como resultado de la actividad al momento de la caída como caminar hay 21 pacientes con el porcentaje de 35%, estar de pie 5 pacientes con el porcentaje de 8.3%, al levantarse hay 2 pacientes con un porcentaje de 3.3%, al usar escaleras 31 pacientes con un porcentaje de 51.7%, al estar sentados no hubo pacientes, en la cama 1 paciente con el porcentaje 1.7%.

El estudio realizado en el Hospital de Especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón en 60 pacientes de 60 a 80 años de edad hospitalizados el resultado del miedo a volver a caerse es de 57 pacientes con el porcentaje de 95% que si lo tienen, y 3 personas con un porcentaje de 5% que no tienen miedo.

El estudio realizado en el Hospital de Especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón en 60 pacientes de 60 a 80 años de edad hospitalizados se obtuvo como resultado con la escala de Downton que describe el riesgo de caída que el valor  $<3$  hubo 3 pacientes con un porcentaje de 5%, y  $>3$  hay 57 pacientes con el porcentaje de 95%.

**Palabras Claves:** Caídas, prevalencia, patologías, antihipertensivos.

**Author/s:** ESPAÑA MOJARRANGO ANGEL JAVIER

PACHECO BRIONES DANIEL ISRAEL

**Advisor:** Dr. Bolívar Vaca

### **Abstract**

**Objective:** To determine the epidemiological profile of patients hospitalized for falls from 60 to 80 years of age by means of an indirect retrospective observational study in order to obtain data on the factors that cause falls.

**Methodology:** Descriptive, quantitative.

**Research design:** Non-experimental, retrospective.

**Results:** The study carried out in the Hospital of Specialties Dr. Abel Gilbert Pontón in 60 patients aged 60 to 80 years hospitalized for falls is obtained as a result by male gender of 39 patients with a percentage of 65% and in the female gender of 21 patients With a percentage of 35%, therefore we have a predominance in patients of the masculine sort.

The study carried out at the Abel Gilbert Pontón Specialty Hospital in 60 patients 60 to 80 years of age hospitalized for falls results in a 60- to 65-year-old population of

14 patients with a percentage of 23.3% 66 to 70 years a number of 14 patients with a percentage of 23.3%, from 71 to 75 years a population of 20 patients with a percentage of 33.3%, from 76 to 80 years an amount of 12 patients with a percentage of 20% Resulting in a higher prevalence of falls in patients aged 71-75 years.

The study carried out in the Hospital of Specialties Dr. Abel Gilbert Pontón in 60 patients 60 to 80 years of age hospitalized for falls is obtained as a result of 55 patients with a percentage of 91.7% presented personal pathological antecedents.

The study carried out in the Hospital of Specialties Dr. Abel Gilbert Pontón in 60 patients 60 to 80 years of age hospitalized for falls has a result of 45 patients with the percentage of 75% who consume drugs such as: Antihypertensive, hypoglycemic, antiparkinson, Diuretics, and 15 patients with a 25% non-medication.

The study carried out in the Hospital of Specialties Dr. Abel Gilbert Pontón in 60 patients from 60 to 80 years of age hospitalized for falls is obtained a result of those who consume alcohol from 51 patients with a percentage of 85% who do not, and 9 patients with the percentage of 15% that if they do.

The study carried out at the Hospital Abel Gilbert Pontón Specialty in 60 hospitalized patients 60 to 80 years of age who suffered falls within the home have 35 patients with a percentage of 58.3%, 2 patients with a percentage of 3.3% outside the hospital. Domicile, 15 patients with the percentage of 25% in the street, 3 patients with a percentage of 5% in a public place, and 5 patients with a percentage of 8.3% outside a public place.

The study carried out in the Hospital of Specialties Dr. Abel Gilbert Pontón in 60 patients from 60 to 80 years of age hospitalized, we have the result that the type of fall of stumbling block there are 29 patients with the percentage of 48.3%, by slip 10 people With the percentage of 16.7%, by dizziness 3 people with a percentage of 5%, apparently accidental 5 patients with a percentage of 8.3%, caused by third parties 4 people with a percentage of 6.7%, and others with a total of 9 people with 15%.

The study carried out in the Hospital of Specialties Dr. Abel Gilbert Pontón in 60 patients from 60 to 80 years of age hospitalized gives a result of the interval of the day that they have suffered the fall of 10 patients with a percentage of 16.7% in the morning, 42 patients with 70% in the afternoon, and 8 patients with the percentage of 13.3% in the evening.

The study carried out in the Hospital of Specialties Dr. Abel Gilbert Pontón in 60 patients from 60 to 80 years of age hospitalized we have as result in the type of footwear used as the barefoot there are 4 patients with a percentage of 6.7%, with sneakers 30 patients With the percentage of 50%, with shoes 20 patients with a percentage of 33.3%, and another type of footwear 6 patients with the percentage of 10%.

The study carried out in the Hospital of Specialties Dr. Abel Gilbert Pontón in 60 patients 60 to 80 years of age hospitalized we have the soil conditions as the smooth there are 15 patients with the percentage of 25%, slippery 3 patients with a percentage of 5%, the irregular 10 patients with the percentage of 16.7%, slope 2 patients with a percentage of 3.3%, stairs 29 patients with the percentage of 48.3%, and none of the previous 1 patient with a percentage of 1.7%.

The study carried out in the Hospital of Specialties Dr. Abel Gilbert Pontón in 60 patients 60 to 80 years of age hospitalized as a result of the activity at the time of the fall as walking there are 21 patients with the percentage of 35%, standing 5 Patients with the percentage of 8.3%, when rising there are 2 patients with a percentage of 3.3%, when using stairs 31 patients with a percentage of 51.7%, when seated there were no patients, in bed 1 patient with the percentage 1.7%.

The study carried out in the Hospital of Specialties Dr. Abel Gilbert Pontón in 60 patients 60 to 80 years of age hospitalized the result of the fear of falling again is of 57 patients with the percentage of 95% that if they have it and 3 people With a percentage of 5% who are not afraid.

The study performed at the Hospital of Specialties Dr. Abel Gilbert Ponton in 60 patients 60 to 80 years of age hospitalized was obtained as a result with the Downton scale describing the risk of falling than the value  $<3$  there were 3 patients with a percentage Of 5%, and  $> 3$  there are 57 patients with the percentage of 95%.

**Key Words:** Falls, prevalence, pathologies, antihypertensive.

## Introducción

En América Latina, como en el resto del mundo, está cobrando relevancia la obtención de información alrededor del tema de la salud de los adultos mayores. Dicho interés es impulsado por el envejecimiento acelerado que enfrenta la región y que dará por resultado un incremento en la necesidad de servicios especializados para este grupo de edad. En este caso en específico, las caídas ameritan intervenciones multidisciplinarias, que en ocasiones se concretan en las llamadas unidades de ortogeriatría.

Por esta razón se debe poner más atención en este problema y generar nueva información, así como la actualización de revisiones como ésta donde se pueden identificar los vacíos de formación que se requieren urgentemente para la atención de este grupo de edad.

Esta revisión tiene como objetivo describir el estado actual de algunos conceptos asociados a las caídas; con énfasis en la información disponible en los países latinoamericanos de habla española.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS 2014), las caídas se definen como acontecimientos involuntarios que hacen perder el equilibrio y dar con el cuerpo en tierra u otra superficie firme que lo detiene. Otra definición la refiere como la consecuencia de cualquier acontecimiento, que precipita al individuo generalmente al piso contra su voluntad, suele ser repentina, involuntaria e insospechada y puede ser confirmada o no por el paciente o un testigo. Aunque las



caídas conllevan un riesgo de lesión en todas las personas: la edad, el sexo y el estado de salud pueden influir en el tipo de lesión y su gravedad. La edad es uno de los principales factores de riesgo para caídas. Los ancianos son quienes corren mayor riesgo de muerte o lesión grave por caídas y el riesgo aumenta con la edad. Las caídas en pacientes de más de 60 años, cuya incidencia aumenta con la edad, constituyen un problema clínico importante por la morbilidad, la mortalidad y los costos para el individuo, su familia y la sociedad.

El Ecuador se encuentra en la etapa plena y acelerada de envejecimiento poblacional (CEPAL / CELADE), población total según proyecciones INEC para 2010 corresponde a 14.204.900 habitantes. De estos, las personas de 65 años son 896.401, que representa el 6.31%.

Por eso en esta investigación buscamos determinar el perfil epidemiológico de los pacientes hospitalizados por caídas de 60 a 80 años de edad mediante un estudio observacional indirecto retrospectivo para poder obtener datos de los factores que causan las caídas.

## Capítulo 1

### 1.1 El problema

#### 1.2 Planteamiento del problema

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS 2014), las caídas se definen como acontecimientos involuntarios que hacen perder el equilibrio y dar con el cuerpo en tierra u otra superficie firme que lo detiene. (esteban cruz, mariana gonzález, miriam lópez, illythia d. godoy, mario ulises perez).

Las caídas son un importante problema mundial de salud pública. Según expone la OMS se calcula que anualmente se producen 424 000 caídas mortales, lo que convierte a las caídas en la segunda causa mundial de muerte por lesiones no intencionales, cada año se producen 37,3 millones de caídas que, aunque no sean mortales, requieren atención médica. La mayor morbilidad corresponde a los mayores de 65 años, a los jóvenes de 15 a 29 años y a los menores de 15 años. La prevalencia de caídas en el adulto mayor varía del 30 al 50% con una incidencia anual de 25 a 35%. Del 10 al 25% de las caídas en el adulto mayor provocan fracturas, 5% requiere hospitalización. (lucía isabel alvarado astudillo, christian esteban astudillo vallejo , janneth cristina sanchez becerra, 2013)

Se ha documentado que las estructuras anatómicas que se lesionan con más frecuencia, después de presentar un caída, son (Beltrán 2002): cadera (50%), cabeza y cara (24%), mano (10%), hombro (9%) y tobillo (9%); el 25% de los adultos mayores que sufren fractura de cadera mueren en los siguientes seis meses. El 5% de los adultos mayores que presentan fracturas secundarias a caídas requerirán algún tipo de

hospitalización. Con relación al tipo de lesión: la contusión (99.5%) se presenta con mayor frecuencia, seguida de equimosis (97%) y fractura no expuesta (87%). La mayoría de las caídas ocurre en casa (62%), siendo el resto en la vía pública (26%). A su vez, en el primer lugar, las caídas ocurren con mayor frecuencia: en la recámara (27%), el patio (21%), el baño (14%), la escalera (13%) y la cocina (10%). Los mecanismos más frecuentes de caída son: resbalón (39%), tropiezo (27%) y pérdida del equilibrio (23%). ( esteban cruz, mariana gonzález, miriam lópez, illythia d. godoy, mario ulises pérez).

El Ecuador se encuentra en la etapa plena y acelerada de envejecimiento poblacional (CEPAL / CELADE), población total según proyecciones INEC para 2010 corresponde a 14.204.900 habitantes. De estos, las personas de 65 años son 896.401, que representa el 6.31%. (Lucía isabel alvarado astudillo, christian esteban astudillo vallejo , janneth cristina sanchez becerra, 2013)

El único estudio que se pudo obtener a nivel de Ecuador es la investigación del Dr. Willma B. Freire, mediante la encuesta SABE Ecuador 2009 – 2010, la cual registra que adultos mayores de 65 a 74 años 38.7% presentaron caídas, las cuales un 46.3% se reportó en mujeres, y un 29.8% se registró en hombres, personas mayores a 75 años se encontró un porcentaje de 40.6%. (lucía isabel alvarado astudillo, christian esteban astudillo vallejo , janneth cristina sanchez becerra, 2013).

### **1.3 Determinación del problema**

Naturaleza: es un estudio observacional retrospectivo

Campo: salud pública

Área: Traumatología

Aspecto: caídas en adultos mayores

Tema de investigación: Perfil epidemiológico de los pacientes hospitalizados por caídas de 60 a 80 años de edad, estudio a realizar en el hospital de especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón en el periodo desde enero del 2016 a febrero del 2017.

### **1.4 Objetivos de la investigación**

1. Determinar el perfil epidemiológico de los pacientes hospitalizados por caídas de 60 a 80 años de edad mediante un estudio observacional indirecto retrospectivo para poder obtener datos de los factores que causan las caídas.

#### **1.4.1 Objetivos específicos**

1. Identificar los factores epidemiológicos de los pacientes hospitalizados por caídas de 60 a 80 años de edad.

2. Identificar la frecuencia de caídas de los pacientes ingresados en el hospital Abel Gilbert Pontón durante el periodo desde enero del 2016 a febrero del 2017.

3. Determinar el genero mas afectado de los pacientes hospitalizados por caídas de 60 a 80 años de edad.
4. Identificar la edad más afectada de los pacientes hospitalizados por caídas de 60 a 80 años de edad.
5. Establecer el tipo de caída de los pacientes hospitalizados por caída en el Hospital Abel Gilbert Pontón.

### **1.5 Justificación**

Dado que las caídas son un problema a nivel mundial y nuestro país no es una excepción, ya que las caídas afectan a cualquier tipo de sexo y en cualquier etapa de la vida, especialmente a los adultos mayores, es el motivo que nos llevo a investigar, establecer y saber cuales son los factores que producen las caídas.

Este trabajo busca recolectar datos que permitan determinar cuales son los factores epidemiológicos que causan las caídas de los adultos mayores, con el fin de poder modificar estos factores y prevenir las caídas y sus consecuencias.

Las caídas forman parte de uno de los problemas de salud por los cuales los adultos mayores tienen que pasar durante esta la etapa su vida, por lo cual estableciendo los diversos factores que afectan en lo ambiental, social y personal a través de encuestas que nos permitan conocer a los factores que se exponen y que les afectan durante su diario vivir y que son potencialmente modificables. Entonces por medio de este trabajo se busca prevenir este tipo de eventos que se presentan en ellos, que disminuyen su calidad de vida, aumentan los costos de mantenimiento y condicionan sus años posteriores en cuanto a su salud.

Las caídas pueden acontecer en cualquier etapa de la vida, sin embargo en los adultos mayores es cuando mayor prevalencia ha mostrado de acuerdo a los diversos estudios realizados, es por ello, que este trabajo busca aportar con datos científicos que se utilicen a nivel de nuestras redes de salud nacional, con el fin de poder modificar los ambientes en los cuales ellos viven, evitar las caídas y así mejorar la calidad de vida del adulto mayor.

### **1.6 Formulación del problema**

1. ¿Cuál es el perfil epidemiológico de los pacientes hospitalizados por caídas de 60 a 80 años de edad?
2. ¿Cuál es la frecuencia de los pacientes ingresados por caídas?
3. ¿Cuál es el sexo más afectado?
4. ¿Cuál es la edad más prevalente en la que suceden las caídas?

## Capítulo 2

### 2.1 Marco teórico

#### 2.1.1 Las Caídas

Entran dentro de la definición de la geriatría como uno de las grandes Síndromes Geriátricos, origen importante de morbi-mortalidad y por tanto de afectación a la calidad de vida del usuario. Se ha considerado síndrome debido a su complejidad, multicausalidad y necesidad de abordaje desde la interdisciplinariedad y debido a la multiplicidad de signos y síntomas que presentan. Es un hecho que con el envejecimiento hay una reducción progresiva de la masa muscular esquelética que evoluciona hacia una menor fuerza y a una pérdida de la funcionalidad y de la autonomía y éste es un dato que tiene una relación directa con el riesgo de las caídas como luego podremos observar. Hay múltiples definiciones de caídas, pero en un esfuerzo por estandarizar el concepto, profane (Prevention of Falls Network Europe, Lamb SE y col 2005) publicó un consenso sobre diferentes definiciones entre las que estaba la de caídas: *Evento inesperado en el que el participante aparece en el suelo, piso o un nivel más bajo*. Según informe de la OMS (Global Report on Falls prevention in Older Age 2007) cuál de los una caída es una causa externa de daño involuntario. Está clasificada por la Clasificación internacional de Enfermedades (CIE-9) como E-880-E888 y como W00-W19 en la clasificación CIE-10. . (Alexander, B.H., F.P. Rivara, and M.E. Wolf, The cost and frequency of hospitalization for fall-related injuries in older adults. Am J Public Health, 1992. 82(7): p. 1020-3).

El primer reporte de prevalencia al que se tuvo acceso fue el trabajo de Bath y Morgan; en él, se reporta que en el periodo comprendido entre 1985 y 1989 en Nottigham (Reino Unido), la incidencia de caídas en adultos mayores fue de 524.8 por cada 1000 persona-año, además reportan que la incidencia de nuevas caídas fue de 496.8 por cada 1000 persona-años. Dentro de estos primeros trabajos, también está Cesari y colaboradores, que citan el proyecto National Silver Network; el cual afirma que la prevalencia de caídas en 19 agencias de salud residencial es de 35.9 %.

Por otro lado, se resalta que la Organización Mundial de la Salud, manifiesta que entre el 28% y el 35% de los adultos mayores se caen cada año, y además el porcentaje aumentará a 32% - 42% para los adultos mayores de 70 años.

Estos valores varían según la región, por ejemplo en África, Sebastiana y colaboradores expresan que existe una incidencia de caídas del 30% al 60% para los adultos mayores que viven fuera de una institución de atención a la tercera edad, en caso contrario el rango pasa a 16 %-75 %. Otro ejemplo se encuentra en el trabajo dado a conocer por Krishnaswamy y Usha, en el reportan que en India, la incidencia de caídas fue del 14% (Reportandose una caída al menos cada 6 meses) durante 2003. Para el caso de América, Marin destaca que la prevalencia de caídas en la región latina puede oscilar entre el 21.6% y 34 %; también se puede incluir el trabajo de Rubenstein, en el cual se afirma que, en Estados Unidos, el 40% de los pacientes mayores a los 65 años, que habitan en una residencia, han sufrido por los menos una caída. En otros reportes, se expresa que en Jamaica el 10.5% de las admisiones por trauma tienen como paciente a un adulto mayor, además existe un 31.5% de probabilidad en lesión no Intencionada. Los datos más recientes sobre caídas



proceden del trabajo de Gelbard y colaboradores, en el cual citan al Centro Nacional para la Prevención y el Control de Heridas el cual afirma que el 62.9% de los adultos mayores tuvieron una caída durante el 2011 en Estados Unidos. Dentro de estos reportes, se puede también incluir el trabajo de Kenny y colaboradores, quienes expresan que en el Reino Unido, un adulto mayor de 65 años tiene una probabilidad de caída del 28% al 35 %, porcentajes que aumentan según la edad llegando a ser del 32% al 42% en mayores de 75 años. En conclusión, las caídas son un problema que se presenta alrededor del mundo y cuya magnitud hace que sea un problema de salud pública. P.E. Caicedo<sup>1</sup>, C.F. Rengifo<sup>2</sup>, L.E. Rodríguez<sup>3</sup>. Vol. 37, No. 3, Sep-Dic 2016, pp. 251-269.

La OMS (2012) define las caídas como “consecuencia de cualquier acontecimiento que precipite al paciente al suelo en contra de su voluntad”. La mayoría de las caídas que se producen en los adultos mayores son de origen multifactorial, y se incrementa con la acumulación de factores, aunque suelen ser por una inadaptación al medio en el que se encuentran viviendo o por causa de una inadecuada accesibilidad, enfermedades o procesos invalidantes, hipotensión ortostática, debido a los efectos de la medicación, deterioro del equilibrio y la deambulacion, existencia de obstáculos, mal diseño de los espacios que les rodean, etc., ya sea en el propio domicilio o en el lugar donde residan. (García-Reyes y López-Torres, 2007).

“La salud de las personas mayores se debe medir en términos de función y no de enfermedad pues es aquella la que determina la expectativa de vida, la calidad de vida y los recursos o apoyos que precisará cada población. El objetivo es mantener un nivel de función que permita el mayor grado de autonomía posible en cada caso. La

situación funcional previa al desarrollo de discapacidad y dependencia es uno de los mejores indicadores del estado de salud y resulta mejor predictor de discapacidad incidente que la morbilidad. Un acercamiento a ello es el concepto de fragilidad. Prevenir la discapacidad actuando sobre la fragilidad es posible, dado que esta última se puede detectar y es susceptible de intervención. La fragilidad es un estado de pre-discapacidad, de riesgo de desarrollar nueva discapacidad desde una situación de limitación funcional incipiente, y su importancia es que se centra en la funcionalidad y no focaliza en el diagnóstico de enfermedad”, según datos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSS, 2014), en el “Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor”, Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS, aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 11 de junio de 2014.

Las caídas y las fracturas suponen sin dudas un importante problema tanto médico como social, dada la gran incidencia entre la población anciana, los problemas que de éstas se derivan y el aumento progresivo de personas mayores de 60 años. Es evidente, por tanto, la importancia del tema que nos ocupa, así como la preocupación por descubrir formas de prevención de dichas caídas. Las caídas provocan lesiones importantes y fracturas que en los pacientes de edad geriátrica conllevan una larga y difícil rehabilitación, pudiendo llegar a ser en ocasiones fatales; además traen consigo, por leves que sean, factores físicos o psicológicos, pérdida de la movilidad y para las personas ancianas, esto es tan precioso como la vida misma. (Especialista de I Grado en Medicina Interna. Instructora de la Facultad "Miguel Enríquez". Subdirector Docente Policlínico California San Miguel del Padrón); (Especialista de I

Grado en Medicina Interna de II Grado en Gerontología y Geriatria. Profesora Auxiliar de la Facultad "Clinicoquirurgico 10 de Octubre"); (Especialista de I Grado en Medicina General Integral del Policlínico "Bernardo Posse").

Las caídas son sucesos frecuentes que alarman y preocupan tanto a los pacientes como a sus familiares y a los médicos. Aunque la mayoría de las caídas de los ancianos no presentan consecuencias graves, algunas provocan fracturas de cadera, otras lesiones y en raras ocasiones la muerte. Las lesiones no intencionadas representan la sexta causa principal de muerte en los ancianos y la mayoría de ellas se deben a las caídas. Con frecuencia motivan cambios del estilo de vida o una acusada limitación de las relaciones sociales de los pacientes. Algunos estudios han esclarecido cómo debe realizarse la evaluación y el tratamiento de los pacientes que sufren caídas.

## **2.2 Consecuencias de las caídas**

Físicas: La fractura es la consecuencia más seria de las caídas. La tasa de mortalidad entre los enfermos que han sufrido una fractura de cadera es del 10-20 % más alta que entre aquellas de igual sexo y edad que no la han sufrido. La mayor parte de estos fallecimientos ocurren en los 4 meses siguientes, además es causa de incapacidad física posterior, ya que la mitad de los que sobreviven tras ella no recuperan nunca el nivel funcional que tenían antes. Otras consecuencias son daños de tejidos blandos, los traumas de tejidos nerviosos (poco frecuente, pero graves); así como la hipotermia, deshidratación, infecciones respiratorias y sobre todo, el tromboembolismo pulmonar y las úlceras de decúbito.

Otras consecuencias son daños de tejidos blandos, los traumas de tejidos nerviosos (poco frecuente, pero graves); así como la hipotermia, deshidratación, infecciones respiratorias y sobre todo, el tromboembolismo pulmonar y las úlceras de decúbito. (Ribera Casado JM. Verga G. Enfermería Geriátrica. Editorial Idepsa. Madrid 1991: 192—207); (Espinosa Brito A. Ramos Cabrera J. Temas de Geronto-Geriatria. Editorial Finlay. Cienfuegos 1990).

Psíquicas: Generan miedo a caer otra vez, o un estado continuo de ansiedad, pérdida de confianza en sí mismo, aislamiento social, y restricción de las actividades de la vida diaria.

Sociales: Los familiares ante una caída, con frecuencia reaccionan con ansiedad y se convierten en sobreprotectores que limitan la relativa autonomía del anciano. (Salgado Alba A. Guillen Llera F. Díaz L. Tratado de Geriatria y Asistencia Geriátrica. Barcelona. 1986); (Carrasco García MR. La problemática del anciano. Actualidad en Geriatria. Serie información temática).

### **2.3 Factores que influyen en las caídas del anciano**

- Enfermedades crónicas: Enfermedad de *Parkinson*, demencias, enfermedad cerebrovascular.
- Alteraciones visuales: Cataratas, retinopatía, glaucoma, etcétera.
- Sistema vestibular: La pérdida de equilibrio relacionada con la edad, puede ocurrir como resultado de osteoporosis con acúmulo de calcio en el órgano de Corti; además puede ocurrir por traumatismos,

Infecciones del oído y por consumo de fármacos como furosemida, aspirina, amino glucósidos, etcétera.

- Sistema locomotor: Alteraciones osteomusculares asociados directa o indirectamente con la edad, así como los problemas de los pies (*hallux valgus*, callos y otras deformidades) pueden ser una causa más de trastorno del equilibrio y de la marcha, y con ello acarrear caídas.

- Sistema neurológico: Cambios estructurales en la corteza cerebral, bien de causa vascular o degenerativa, trastornos de la vía piramidal, extra piramidal o cerebelosos, son causas importantes de inestabilidad de la marcha.

- Enfermedades agudas: Las infecciosas, y la exacerbación de algunas enfermedades crónicas, como la insuficiencia cardíaca congestiva, puede precipitar caídas. De hecho, la caída puede ser un signo indirecto del inicio de una enfermedad en pacientes mayores y no es extraño una caída como primera manifestación.

De una neumonía, por ejemplo, en un anciano.

- Polifarmacia: El 81 % de los ancianos toman medicación y de ellos los 2/3 partes ingieren más de un fármaco habitualmente. Esta cifra aumenta con la edad, y así hasta el 30 % de los mayores de 75 años toman más de 3 fármacos.

- Uso incorrecto de los medicamentos: No es infrecuente en la población anciana el mal cumplimiento en la frecuencia de las dosis, la confusión entre distintos fármacos o la automedicación. Todo esto junto con la presencia de pluri patología, supone que las reacciones adversas sean más frecuentes entre los ancianos, y por tanto aumenta el

riesgo de caídas. Por ser este último aspecto uno de los más importantes, pasaremos a describir brevemente los fármacos más relacionados con la incidencia de caídas.

**Benzodiazepinas:** El Nitrazepán y Flurozepán parecen ser los que más problemas causan en este sentido, el Clobozán y el Clordiazepóxido, los que con menor frecuencia se asocian con caídas.

**Antihipertensivos:** Se consideran en segundo lugar después de los sedantes, pueden influir en las caídas por producir hipotensión postural (Metildopa, betablo-queadores, etc.) O disminuir el flujo sanguíneo cerebral.

**Diuréticos:** Por producir hipotensión sobre todo cuando son empleados en enfermedades cardíacas.

**Fenotiacinas:** Sus reacciones adversas son las extra piramidales y el parkinsonismo. Puede explicar cierta asociación con caídas.

**Antidepresivos tricíclicos:** Aumenta la propensión a las caídas sobre todo cuando se asocian a otras drogas que provocan hipotensión postural, siendo su principal exponente la Imipramina. Además este grupo provoca trastornos del ritmo cardíaco y efecto anticolinérgicos que puede intervenir en las caídas del anciano.

**Antiinflamatorios no esteroideos:** Existen estudios que afirman que el 20 % de los ancianos tratados con ellos desarrollan inestabilidad y confusión. Teniendo en cuenta lo antes expresado, debemos ser cautelosos a la hora de imponer tratamiento donde se combinen estos fármacos, debido al peligro potencial.

De caídas que esto conlleva. Los factores extrínsecos son la causa del 77 % de caídas como los derivados del entorno (existencia de alfombras, excesos de espejos, pijamas

de pantalón largo, pisos muy pulidos, animales, escaleras, sillas y mesas bajas, etcétera). Ante todo lo dicho, nos queda el aspecto más importante, identificar dentro de la población que atendemos, aquellos ancianos con riesgo de sufrir una caída y cómo evitar que esto ocurra. (Ribera Casado JM, Cruz Jentoft AJ. Geriatria Formación Continuada en Atención Primaria. Editorial Idepsa (Internacional de Ediciones y Publicaciones S.A.) Madrid 1991:75-81); (Salgado Alba A. Guillen Llera F. Díaz L. Tratado de Geriatria y Asistencia Geriátrica. Barcelona 1986); (Felsón DT. Prevención de las fracturas de cadera. Hospital Practice 4,2:25-39).

#### **2.4 Grupos de riesgo**

Los factores que aumentan el riesgo de caída son: la edad, historia de caídas previas, las alteraciones de la estabilidad y/o la marcha y el número de fármacos usados; por lo que se deben dividir en 3 grupos.

Alto riesgo: Aquellas que reúnan varios de los factores anteriores, más de 75 años y que posean patologías crónicas o permanezcan ingresados en hogares.

Riesgo intermedio: Ancianos entre 70 y 80 años que se valen por sí solos, pero con un factor de riesgo específico.

Bajo riesgo: Menor de 75 años, buena movilidad, no enfermos, pero que han podido tener alguna caída, generalmente por un descuido. (Ribera Casado JM, Cruz Jentoft AJ. Geriatria Formación Continuada en Atención Primaria. Editorial Idepsa (Internacional de Ediciones y Publicaciones S.A.) Madrid 1991:75-81); (Ribera

Casado JM. Verga G. Enfermería Geriátrica. Editorial Idepsa. Madrid 1991: 192—207).

## **2.5 Prevención de las caídas**

Las caídas se pueden prevenir mediante una combinación (intervención multifactorial) de:

- Medidas para aumentar la concienciación y modificar las actitudes, como campañas en los medios de comunicación, folletos, vídeo.
- Medidas para modificar el comportamiento, como entrenamiento y ejercicio, recompensas e incentivos.
- Medidas de modificación estructural, como cambios y regulaciones del medio ambiente. Basándose en los resultados de una revisión sistemática de la bibliografía realizada en el contexto de EUNESE, se dispone de datos de nivel alto o medio con respecto a la eficacia de las intervenciones siguientes para prevenir las caídas y sus consecuencias:
  - Programas dirigidos de ejercicio y de entrenamiento de la Marcha, es decir, andar con rapidez, ejercicio mixto, entrenamiento excéntrico crónico, dirigido por personal de enfermería, ejercicio más retirada de la medicación, tai chi con programa informatizado de entrenamiento del equilibrio, fisioterapia, banda sin fin y de baja intensidad.
  - Prevención y tratamiento de la osteoporosis, es decir, calcio y vitamina D, calcio y ejercicio, calcio y tratamiento hormonal sustitutivo, y Alfacalcidol.



- Medidas de seguridad ambiental: creación de un entorno físico – que incluya las casas, las calles y los centros – que reduzca al mínimo los riesgos de lesiones por caídas y otras causas.
- Programas de prevención multicéntricos, es decir, que utilicen una combinación de estrategias – clínicas, educativas y ambientales – haciendo hincapié en su variación en función de las circunstancias.
- Protectores de cadera en los ancianos vulnerables, habitualmente evaluados en un centro residencial supervisado.
- Revisión periódica de la medicación, en especial de los psicofármacos, ya que estos medicamentos producen confusión e inestabilidad postural.

## **Capítulo 3**

### **3.1 Materiales y métodos**

#### **3.2 Metodología**

El presente trabajo tiene un enfoque cuantitativo es diseño no experimental, de método transversal, el método utilizado es de observación analítica, también se utilizó modalidad bibliográfica para definir la parte científica descriptiva de la tesis.

#### **3.3 Localización y temporal**

EL presente estudio se realizó en el Hospital de especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón en el área de hospitalizados, ubicada en la ciudad de Guayaquil, provincia del guayas en las calle 29 y Galápagos.

#### **3.4 Periodo de investigación**

Desde enero del 2016 a febrero del 2017.

#### **3.5 Recursos empleados**

1. Talento humano
2. Autor
3. Tutor
4. Secretaria de estadística

5. Recursos físicos
6. Historia clínica
7. Textos bibliográficos
8. Información de web
9. Bolígrafo, lápiz, borrador y sacapuntas
10. Hojas papel ministro, computadora
11. Internet, impresora, hojas A4

### **3.6 Universo**

Pacientes que estén hospitalizados por caídas en el hospital Dr. Abel Gilbert Pontón en el periodo desde enero del 2016 a febrero del 2017.

### **3.7 Muestra**

De tipo probabilística, no cuantitativa, incluyó pacientes de 60 a 80 años que hayan sufrido caídas, que cumplieron con los criterios de inclusión de la investigación y que tuvieron tratamiento médico en el servicio de hospitalización en el hospital de especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón durante el periodo desde enero del 2016 a febrero del 2017.

### **3.8 Criterio de inclusión**

Pacientes de sexo masculino y femenino que haya sufrido caídas, que estén hospitalizados y que comprendan la edad entre 60 a 80 años.

### **3.9 Criterios de exclusión**

Edades menores de 60 y mayores de 80 años.

Que no hayan estado hospitalizados en esta casa de salud.

### **3.10 Viabilidad**

Este trabajo de titulación es un estudio viable porque tiene la aprobación del departamento de docencia e investigación del hospital de especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón, que permitió el acceso a las historias clínicas, datos evolutivos. Cuenta con el área de hospitalización.

Así mismo cuenta con el personal de salud (residente, especialistas y enfermeras), equipos, tratamientos y materiales necesarios para la muestra de investigación.

Es de nuestro interés y de la institución que existan datos estadísticos que demuestren los factores epidemiológicos de los pacientes hospitalizados por caídas, para un manejo adecuado además, se cuenta con el apoyo de los representantes de la universidad de Guayaquil, donde existen las correspondientes autorizaciones para su ejecución.

### **3.11 Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos**

Los datos serán obtenidos de forma directa a los pacientes hospitalizados e indirecta de la historia clínica de los pacientes que se encuentren en el departamento de

estadística del Hospital Docente de Especialidades Guayaquil, “Dr. Abel Gilbert Pontón”. Se recolectarán los datos en una encuesta elaborada por los autores con las respectivas variables.

### **3.12 Procedimientos para la recolección de la información**

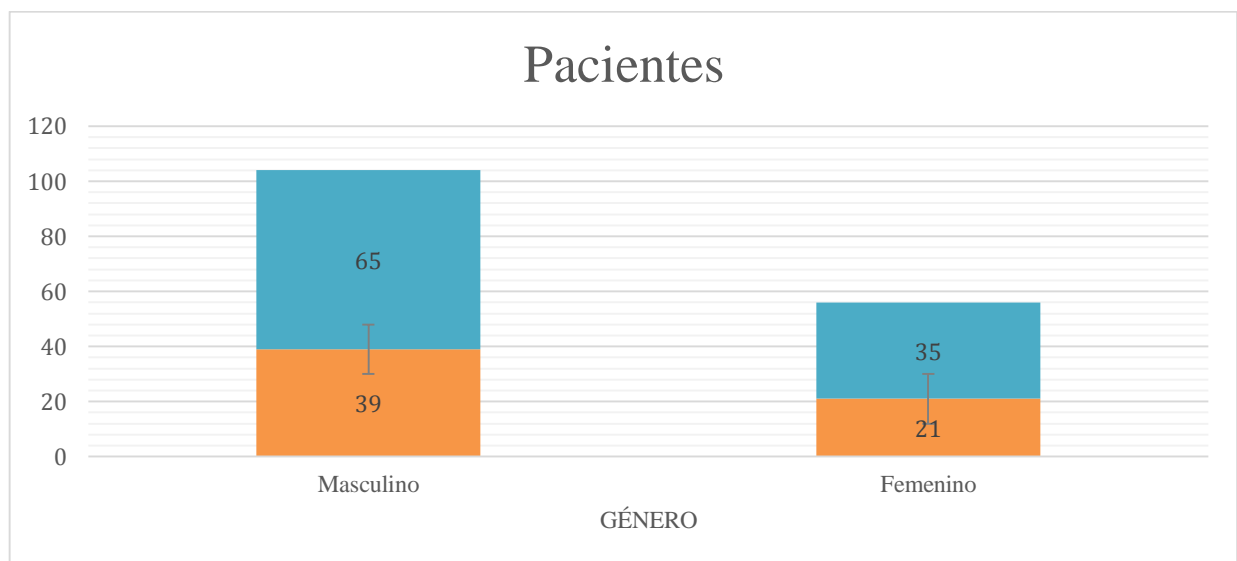
Los datos se recolectarán por medio de encuestas realizadas a los pacientes hospitalizados y por historias clínicas que se encuentren en el departamento de estadística del Hospital Docente de Especialidades Guayaquil, “Dr. Abel Gilbert Pontón” de todos los pacientes que fueron hospitalizados, luego los datos obtenidos se llenarán en la encuesta elaborada por los autores.

## Capítulo 4

### Resultados y análisis

**Tabla 1**

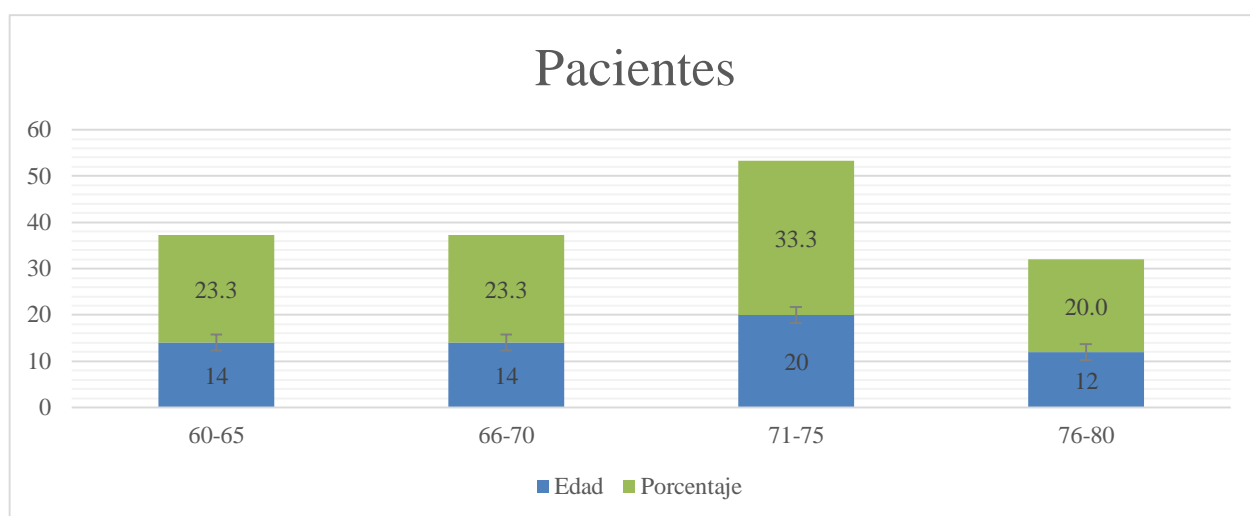
Género	Pacientes	Porcentaje
Masculino	39	65
Femenino	21	35



El estudio realizado en el Hospital de Especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón en 60 pacientes de 60 a 80 años de edad hospitalizados por caídas se obtiene como resultado por género masculino de 39 pacientes con un porcentaje de 65% y en el género femenino de 21 pacientes con un porcentaje de 35% , por lo tanto tenemos un predominio en pacientes del género masculino; en comparación con un artículo publicado en el 2014 en Cuba tienen como resultado un predominio de caídas en pacientes del género femenino que del masculino.

**Tabla 2**

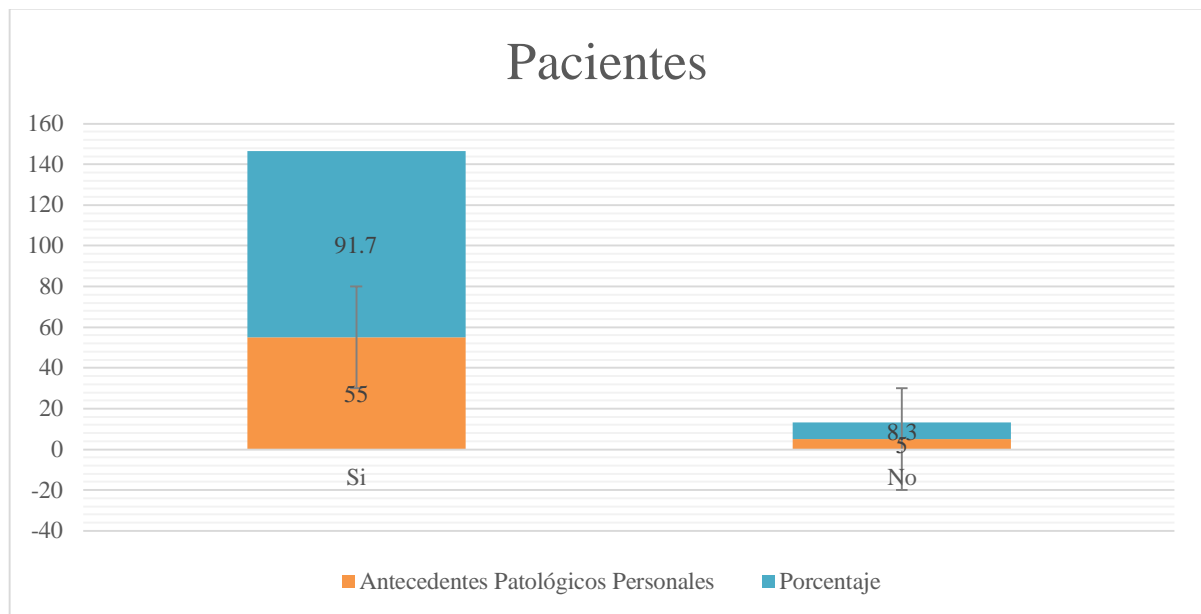
Edad	Pacientes	Porcentaje
60-65	14	23,3
66-70	14	23,3
71-75	20	33,3
76-80	12	20,0



El estudio realizado en el Hospital de Especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón en 60 pacientes de 60 a 80 años de edad hospitalizados por caídas se obtiene el resultado por edades de 60 a 65 años una población de 14 pacientes con un porcentaje de 23.3%, de 66 a 70 años una cantidad de 14 pacientes con un porcentaje de 23.3%, de 71 a 75 años una población de 20 pacientes con un porcentaje de 33.3%, de 76 a 80 años una cantidad de 12 pacientes con un porcentaje de 20%, resultando como mayor prevalencia de la caída en los pacientes de 71 a 75 años de edad; en un estudio en un área de salud de Guanabo publicado el 2014 tienen como predominio en los pacientes de 70 a 79 años.

**Tabla 3**

Antecedentes Patológicos Personales	Pacientes	Porcentaje
Si	55	91,7
No	5	8,3

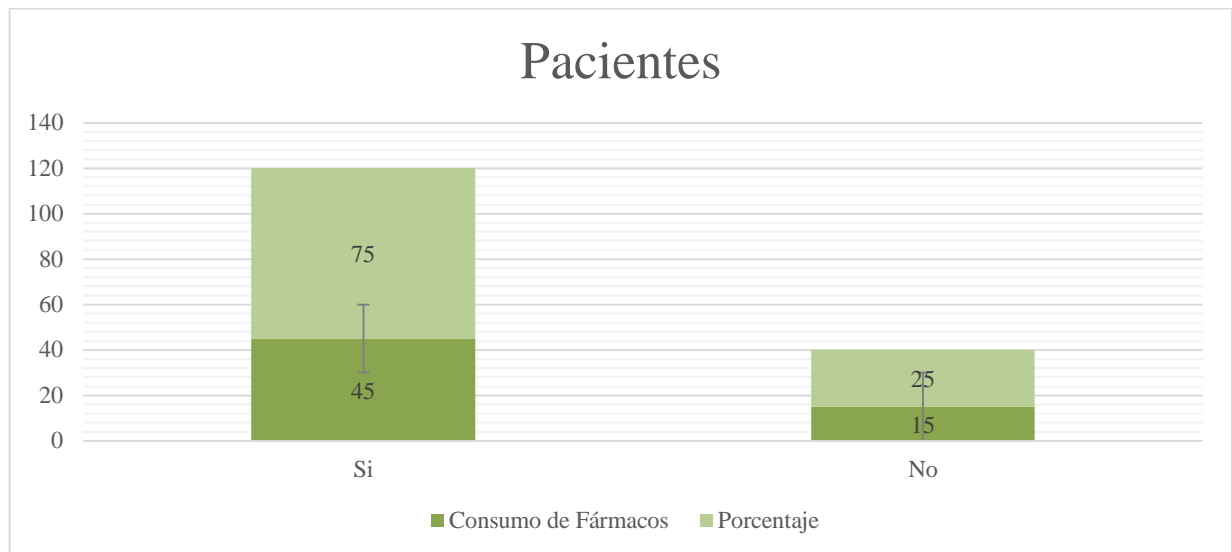


El estudio realizado en el Hospital de Especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón en 60 pacientes de 60 a 80 años de edad hospitalizados por caídas se obtiene como resultado de 55 pacientes con un porcentaje de 91.7% presentan antecedentes patológicos personales como: Hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedad renal crónica, úlcera gástrica, cirrosis, Parkinson, Alzheimer, leucemia; y 5 pacientes con el porcentaje de 8.3% no presentaron ningún antecedente.



**Tabla 4**

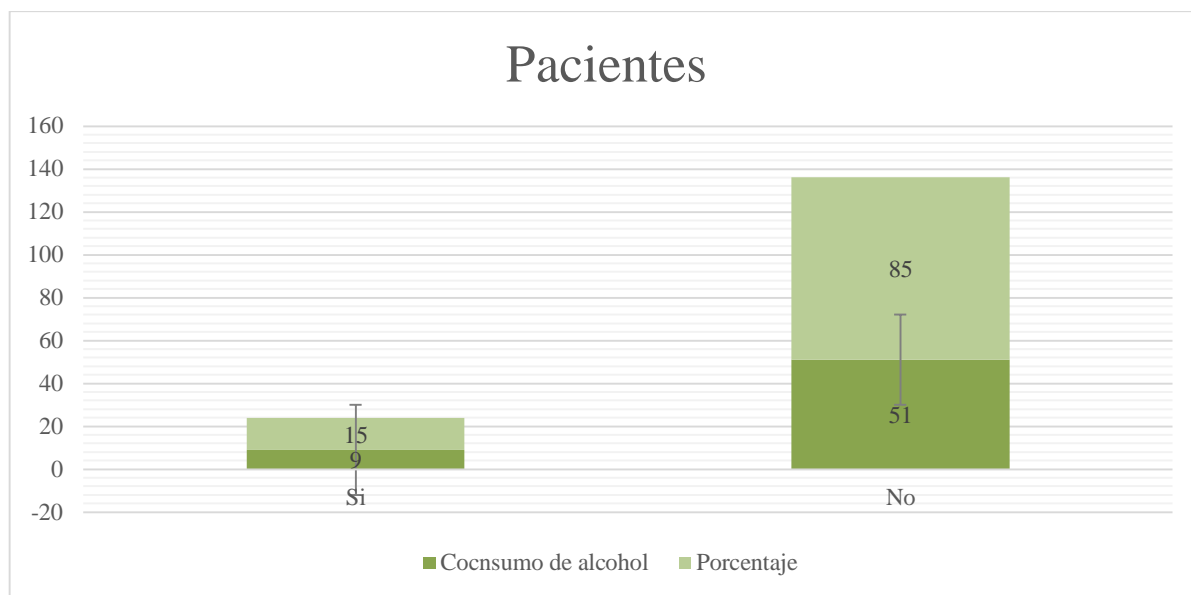
Consumo de Fármacos	Pacientes	Porcentaje
Si	45	75
No	15	25



El estudio realizado en el Hospital de Especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón en 60 pacientes de 60 a 80 años de edad hospitalizados por caídas hay un resultado de 45 pacientes con el porcentaje de 75% que consumen fármacos como: Antihipertensivos, hipoglucemiantes, anti parkinsoniano, diuréticos, y 15 pacientes con un porcentaje de 25% que no toman medicamentos; en comparación con el artículo de Cuenca publicado en el 2013 tienen como promedio que los pacientes que han presentado caídas no consumen fármacos.

**Tabla 5**

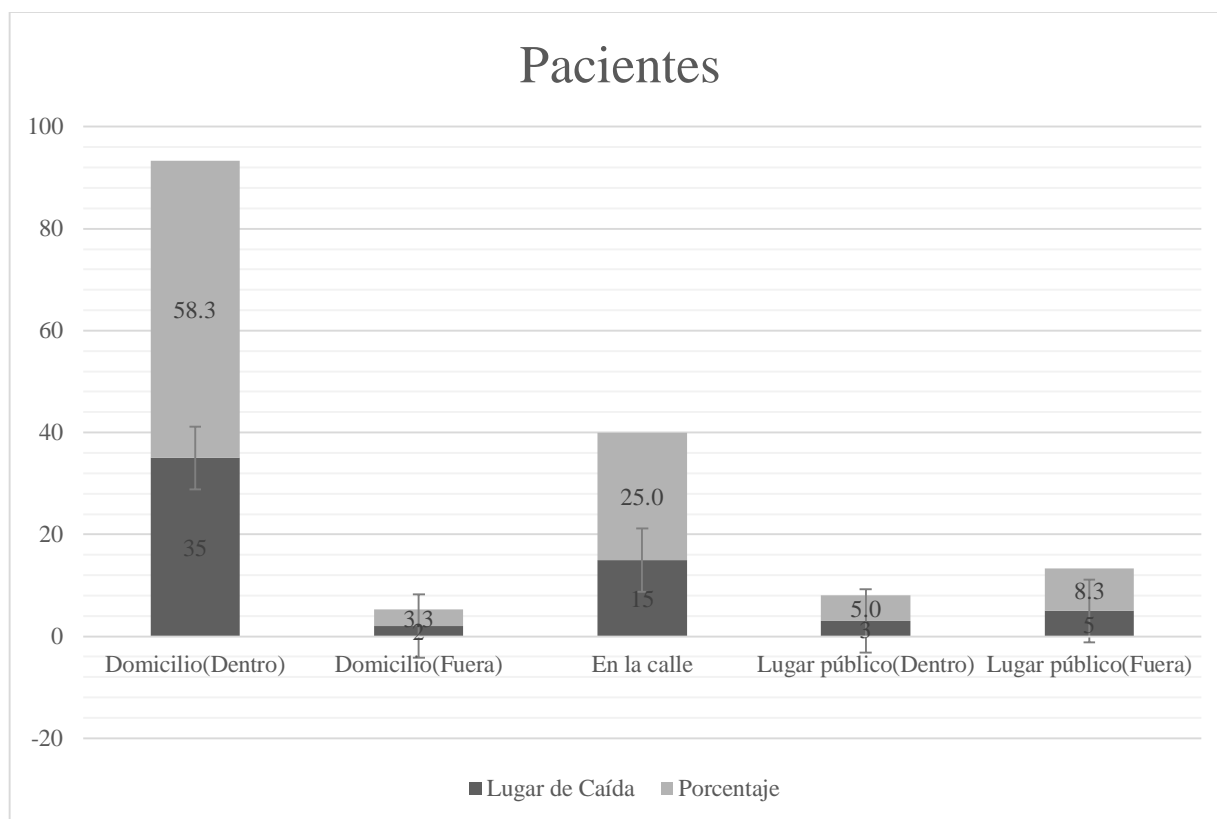
Consumo de alcohol	Pacientes	Porcentaje
Si	9	15
No	51	85



El estudio realizado en el Hospital de Especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón en 60 pacientes de 60 a 80 años de edad hospitalizados por caídas se obtiene un resultado de los que consumen alcohol de 51 pacientes con un porcentaje de 85% que no lo hacen, y 9 pacientes con el porcentaje de 15% que si lo hacen; en comparación con otro estudio que se realizó en Cuenca en el 2013 el cual el consumo de alcohol de sus pacientes no presentó ningún riesgo para las caídas.

Tabla 6

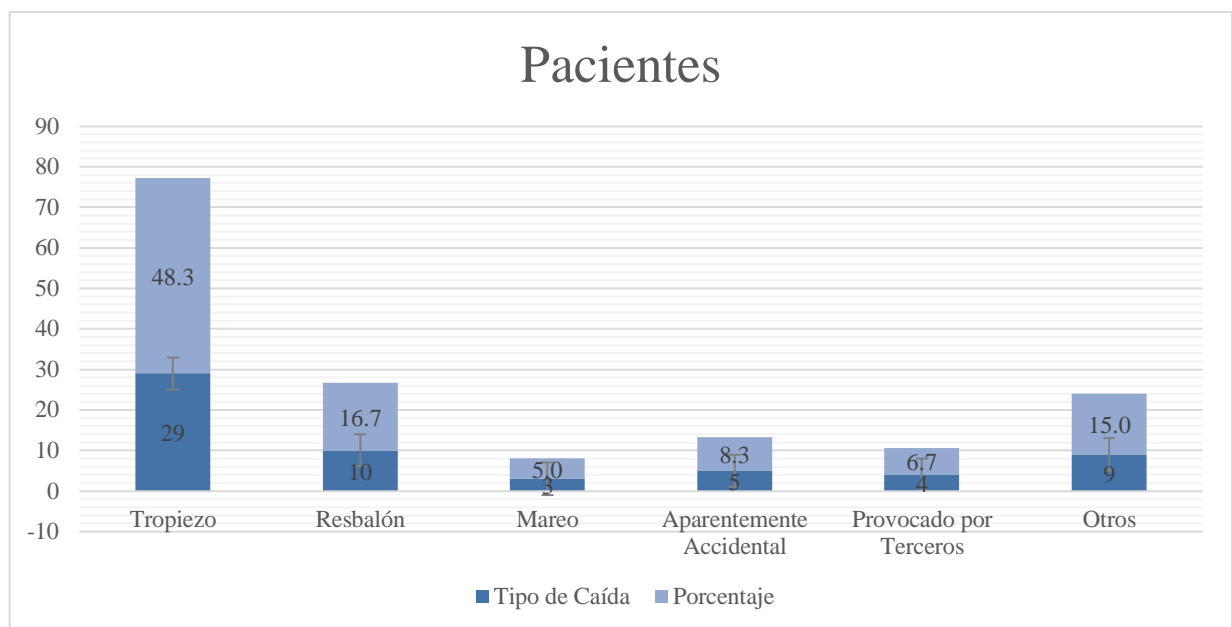
Lugar de Caída	Pacientes	Porcentaje
Domicilio(Dentro)	35	58,3
Domicilio(Fuera)	2	3,3
En la calle	15	25,0
Lugar público(Dentro)	3	5,0
Lugar público(Fuera)	5	8,3



Pacientes que sufrieron caídas dentro del domicilio hay 35 pacientes con el porcentaje de 58.3%, 2 paciente con porcentaje de 3.3% fuera del domicilio, 15 pacientes con el porcentaje de 25% en la calle, 3 pacientes con un porcentaje de 5% dentro de un lugar público, y 5 pacientes con el porcentaje de 8.3% fuera de un lugar público.

Tabla 7

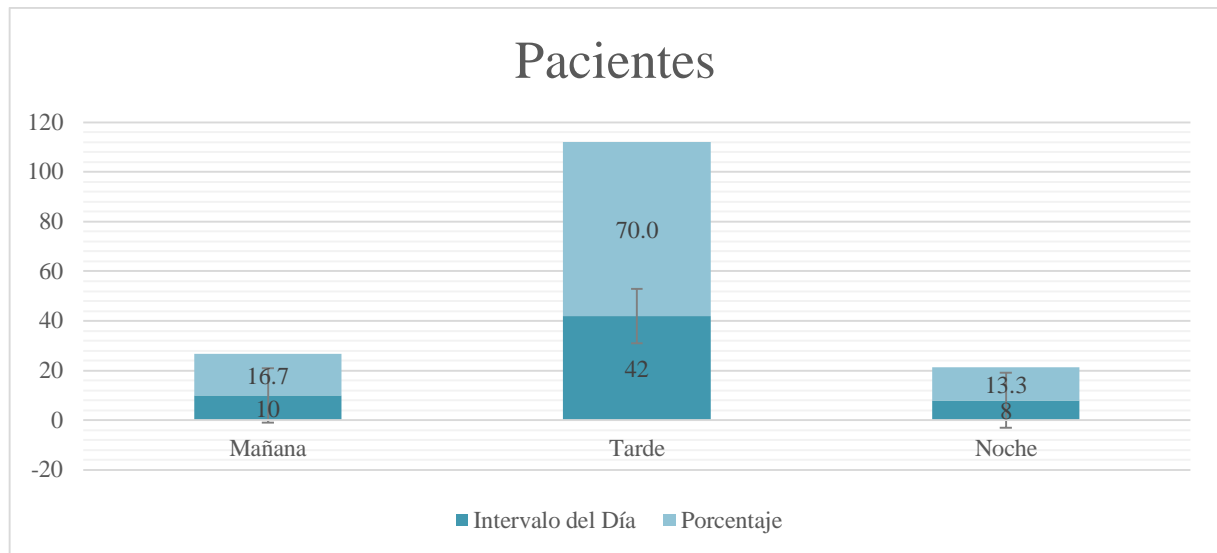
Tipo de Caída	Pacientes	Porcentaje
Tropezó	29	48,3
Resbalón	10	16,7
Mareo	3	5,0
Aparentemente Accidental	5	8,3
Provocado por Terceros	4	6,7
Otros	9	15,0



El estudio realizado en el Hospital de Especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón en 60 pacientes de 60 a 80 años de edad hospitalizados tenemos como resultado que el tipo de caída de manera de tropiezo hay 29 pacientes con el porcentaje de 48.3% , por resbalón 10 personas con el porcentaje de 16.7%, por mareo 3 personas con un porcentaje de 5%, aparentemente accidental 5 pacientes con un porcentaje del 8.3%, provocado por terceros 4 personas con un porcentaje de 6.7%, y otros con un total de 9 personas con un 15%. En comparación con otro estudio realizado en Cuenca en el año 2013 donde la mayor prevalencia fue el resbalón.

**Tabla 8**

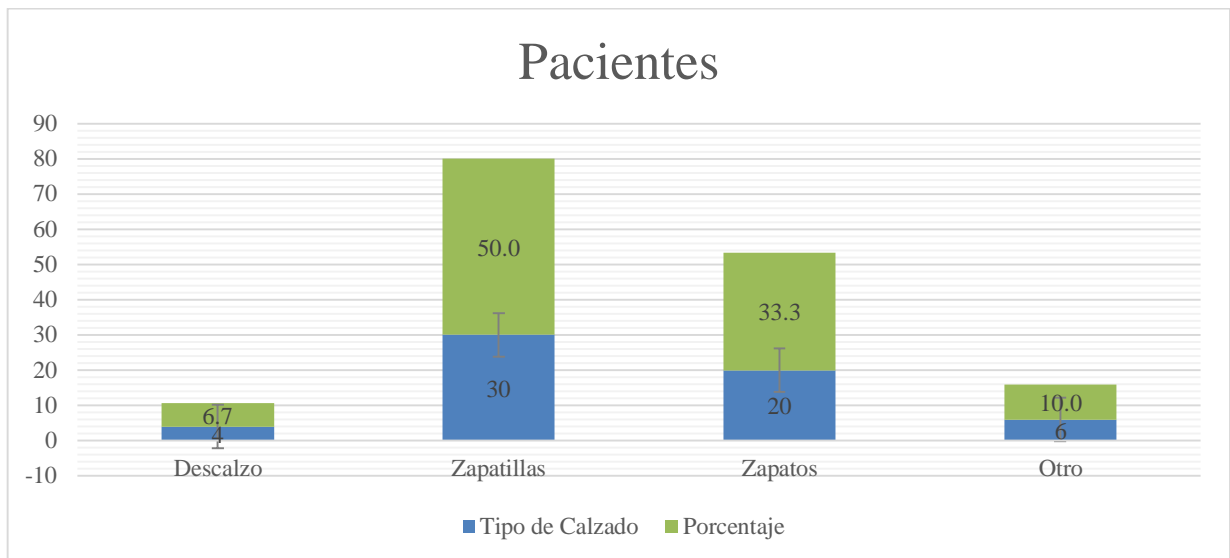
Intervalo del Día	Pacientes	Porcentaje
Mañana	10	16,7
Tarde	42	70,0
Noche	8	13,3



El estudio realizado en el Hospital de Especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón en 60 pacientes de 60 a 80 años de edad hospitalizados se obtiene un resultado del intervalo del día que han sufrido la caída de 10 pacientes con un porcentaje de 16.7% en la mañana, 42 pacientes con el porcentaje de 70% por la tarde, y 8 pacientes con el porcentaje de 13.3% en la noche; a comparación con un estudio de Cuenca en el 2013 tienen un mayor promedio de caídas por la mañana.

Tabla 9

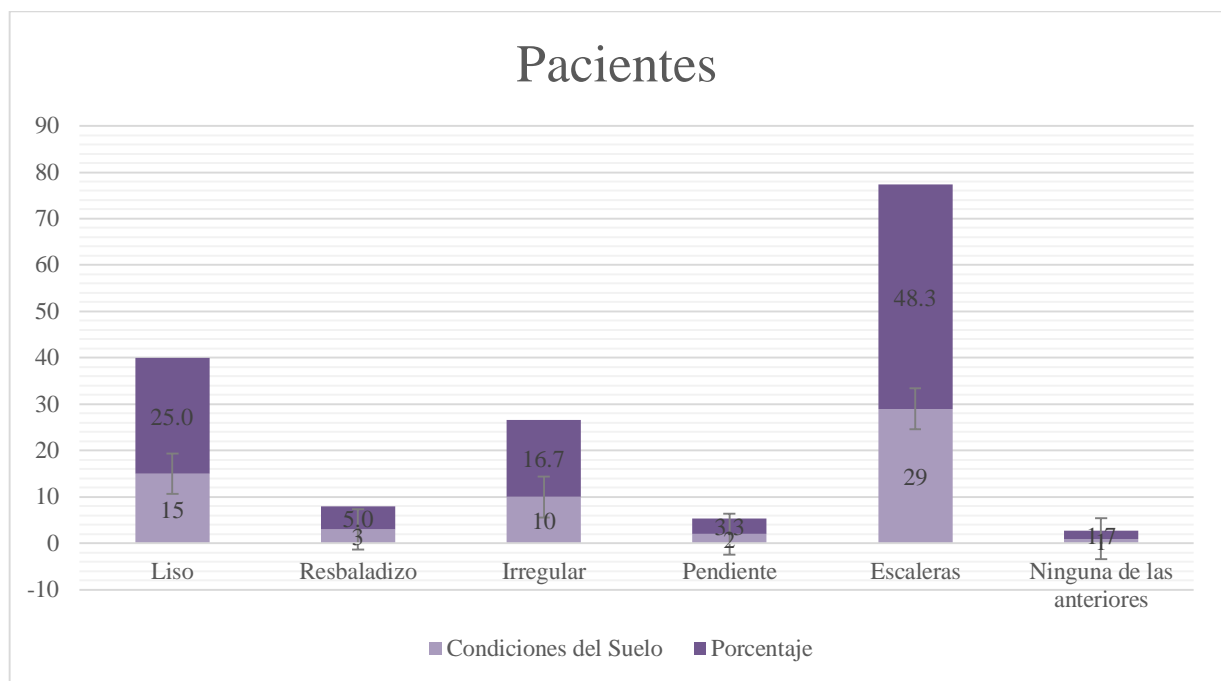
Tipo de Calzado	Pacientes	Porcentaje
Descalzo	4	6,7
Zapatillas	30	50,0
Zapatos	20	33,3
Otro	6	10,0



El estudio realizado en el Hospital de Especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón en 60 pacientes de 60 a 80 años de edad hospitalizados tenemos como resultado en el tipo de calzado utilizado como el descalzo hay 4 pacientes con un porcentaje de 6.7%, con zapatillas 30 pacientes con el porcentaje de 50%, con zapatos 20 pacientes con un porcentaje de 33.3%, y otro tipo de calzado 6 pacientes con el porcentaje de 10%; comparando este estudio con uno de Cuenca en el 2013 tienen una mayor prevalencia el calzado del zapato.

**Tabla 10**

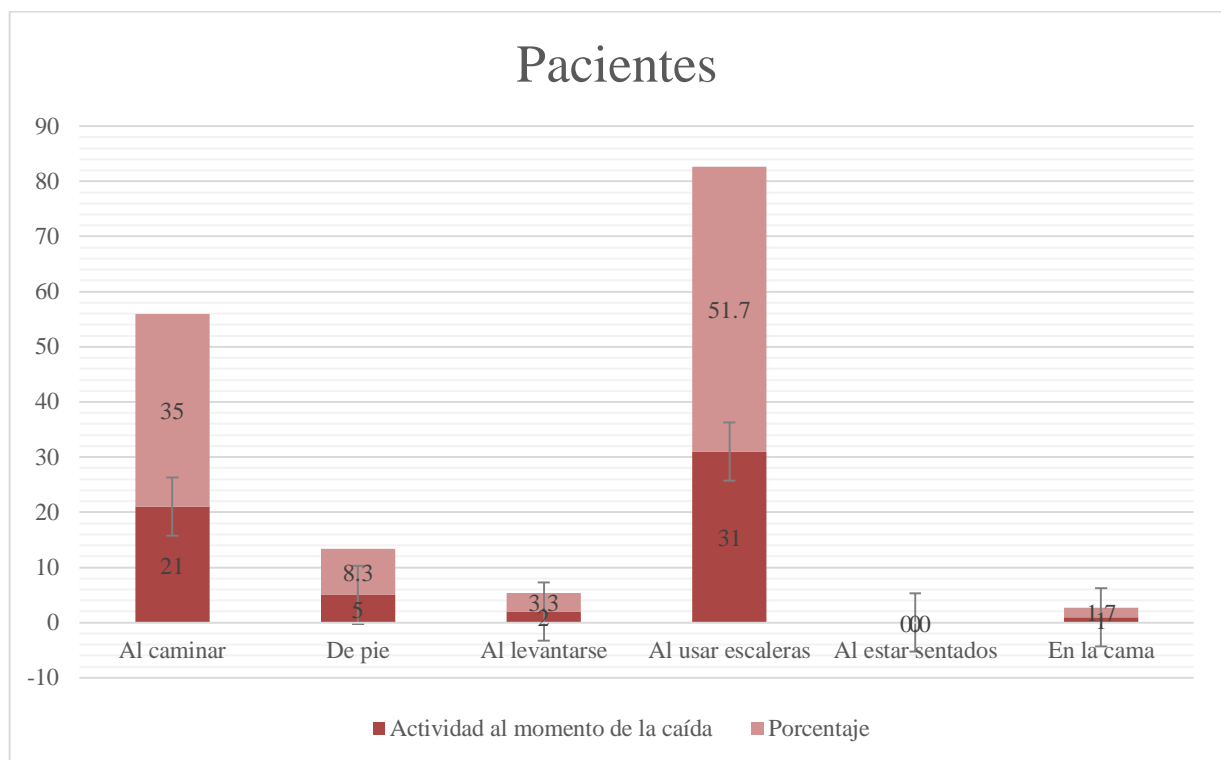
Condiciones del Suelo	Pacientes	Porcentaje
Liso	15	25,0
Resbaladizo	3	5,0
Irregular	10	16,7
Pendiente	2	3,3
Escaleras	29	48,3
Ninguna de las anteriores	1	1,7



Tenemos que las condiciones del suelo como el liso hay 15 pacientes con el porcentaje de 25%, resbaladizo 3 pacientes con un porcentaje de 5%, el irregular hay 10 pacientes con el porcentaje de 16.7%, pendiente 2 pacientes con un porcentaje de 3.3%, escaleras 29 pacientes con el porcentaje de 48.3%, y ninguna de las anteriores 1 paciente con un porcentaje de 1.7%; en debate con otro estudio de Cuenca en el 2013 el tipo resbaladizo tiene mayor prevalencia para las caídas.

**Tabla 11**

Actividad al momento de la caída	Pacientes	Porcentaje
Al caminar	21	35
De pie	5	8,3
Al levantarse	2	3,3
Al usar escaleras	31	51,7
Al estar sentados	0	0,0
En la cama	1	1,7

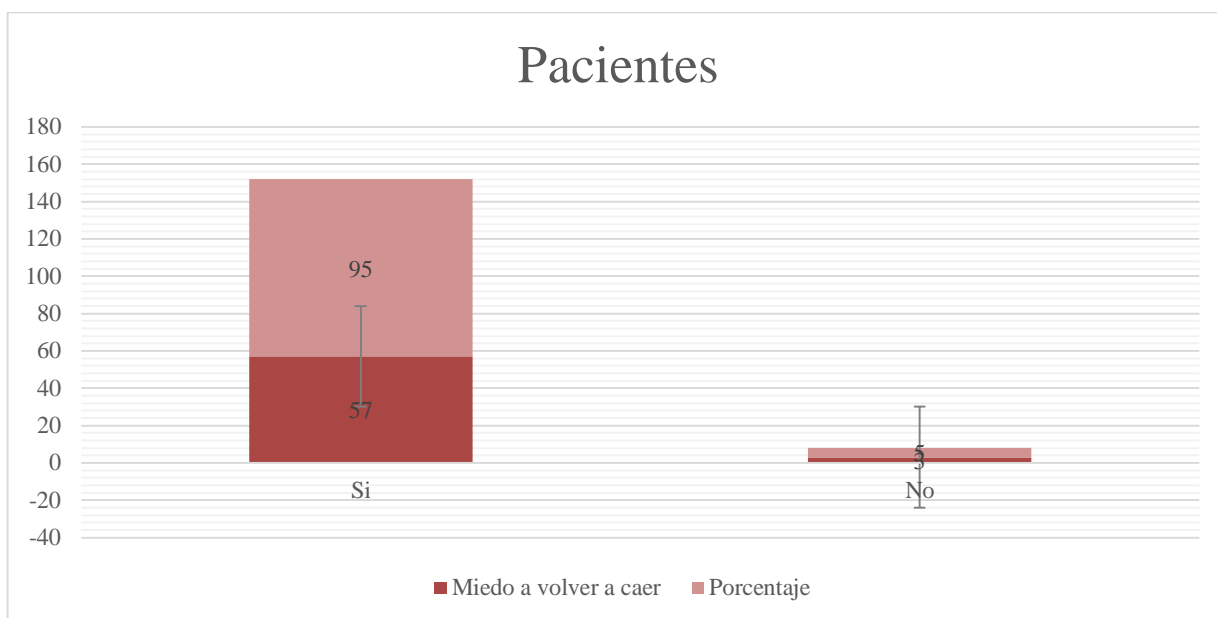


La actividad al momento de la caída como caminar hay 21 pacientes con el porcentaje de 35 %, estar de pie 5 pacientes con el porcentaje de 8.3%, al levantarse hay 2 pacientes con un porcentaje de 3.3%, al usar escaleras 31 pacientes con un porcentaje de 51.7%, al estar sentados no hubo pacientes, en la cama 1 paciente con el porcentaje 1.7%; en el estudio realizado en Cuenca tienen un mayor promedio de caídas al momento de caminar.



**Tabla 12**

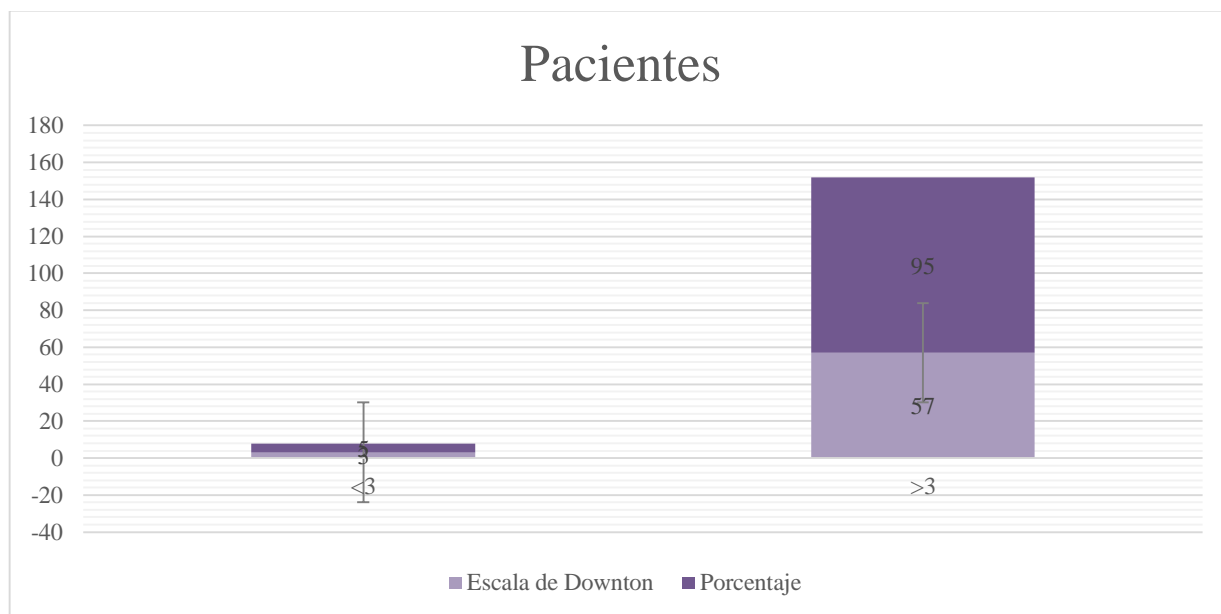
Miedo a volver a caer	Pacientes	Porcentaje
Si	57	95
No	3	5



El estudio realizado en el Hospital de Especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón en 60 pacientes de 60 a 80 años de edad hospitalizados el resultado del miedo a volver a caerse es de 57 pacientes con el porcentaje de 95% que si lo tienen, y 3 personas con un porcentaje de 5% que no tienen miedo; a comparación con otro estudio del 2013 realizado en Cuenca tienen igual prevalencia del miedo al caerse.

**Tabla 13**

Escala de Downton	Pacientes	Porcentaje
<3	3	5
>3	57	95



El estudio realizado en el Hospital de Especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón en 60 pacientes de 60 a 80 años de edad hospitalizados se obtuvo como resultado con la escala de Downton que describe el riesgo de caída que el valor <3 hubo 3 pacientes con un porcentaje de 5%, y >3 hay 57 pacientes con el porcentaje de 95%; en comparación del estudio de Cuenca en el 2013 tienen que el riesgo de caída es menor en sus pacientes.

## Capítulo 5

### Discusión

El estudio realizado en el Hospital de Especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón en 60 pacientes de 60 a 80 años de edad hospitalizados por caídas se obtiene como resultado por género masculino de 39 pacientes con un porcentaje de 65% y en el género femenino de 21 pacientes con un porcentaje de 35% , tenemos un predominio en pacientes del género masculino; en comparación con un artículo publicado en el 2014 en Cuba tienen como resultado un predominio de caídas en pacientes del género femenino que del masculino.

Por edades de 60 a 65 años una población de 14 pacientes con un porcentaje de 23.3%, de 66 a 70 años una cantidad de 14 pacientes con un porcentaje de 23.3%, de 71 a 75 años hubo una población de 20 pacientes con un porcentaje de 33.3%, de 76 a 80 años una cantidad de 12 pacientes con un porcentaje de 20%, resultando como mayor prevalencia de la caída en los pacientes de 71 a 75 años de edad; en un estudio en un área de salud de Guanabo publicado el 2014 tienen como predominio en los pacientes de 70 a 79 años.

Por caídas se obtiene como resultado de 55 pacientes con un porcentaje de 33% presentan antecedentes patológicos personales como: Hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedad renal crónica, úlcera gástrica, cirrosis, Parkinson, Alzheimer, leucemia; y 5 pacientes con el porcentaje de 3% no presentaron ningún antecedente.

Un resultado de 45 pacientes con el porcentaje de 75% que consumen fármacos como: Antihipertensivos, hipoglucemiantes, anti parkinsoniano, diuréticos, y 15

pacientes con un porcentaje de 25% que no toman medicamentos; en comparación con el artículo de Cuenca publicado en el 2013 tienen como promedio que los pacientes que han presentado caídas no consumen fármacos.

En el caso de los que consumen alcohol de 51 pacientes con un porcentaje de 85% que no lo hacen, y 9 pacientes con el porcentaje de 15% que si lo hacen; en comparación con otro estudio que se realizó en Cuenca en el 2013 el cual el consumo de alcohol de sus pacientes no presentó ningún riesgo para las caídas.

Los que han sufrido caídas dentro del domicilio hay 35 pacientes con el porcentaje de 58.3%, 2 paciente con porcentaje de 3.3% fuera del domicilio, 15 pacientes con el porcentaje de 25% en la calle, 3 pacientes con un porcentaje de 5% dentro de un lugar público, y 5 pacientes con el porcentaje de 8.3% fuera de un lugar público; comparando con el estudio realizado en Cuenca en el 2013 tiene como resultados que sus pacientes tuvieron en mayor porcentaje caídas fuera del domicilio.

Tenemos como resultado que el tipo de caída de manera de tropiezo hay 29 pacientes con el porcentaje de 48.3%, por resbalón 10 personas con el porcentaje de 16.7%, por mareo 3 personas con un porcentaje de 5%, aparentemente accidental 5 pacientes con un porcentaje del 8.3%, provocado por terceros 4 personas con un porcentaje de 6.7%, y otros con un total de 9 personas con un 15%. En comparación con otro estudio realizado en Cuenca en el año 2013 donde la mayor prevalencia fue el resbalón.

Del intervalo del día que han sufrido la caída de 10 pacientes con un porcentaje de 16.7% en la mañana, 42 pacientes con el porcentaje de 70% por la tarde, y 8 pacientes

con el porcentaje de 13.3% en la noche; a comparación con un estudio de Cuenca en el 2013 tienen un mayor promedio de caídas por la mañana.

Tenemos como resultado en el tipo de calzado utilizado como el descalzo hay 4 pacientes con un porcentaje de 6.7%, con zapatillas 30 pacientes con el porcentaje de 50%, con zapatos 20 pacientes con un porcentaje de 33.3%, y otro tipo de calzado 6 pacientes con el porcentaje de 10%; comparando este estudio con uno de Cuenca en el 2013 tienen una mayor prevalencia el calzado del zapato.

En las condiciones del suelo como el liso hay 15 pacientes con el porcentaje de 25%, resbaladizo 3 pacientes con un porcentaje de 5%, el irregular hay 10 pacientes con el porcentaje de 16.7%, pendiente 2 pacientes con un porcentaje de 3.3%, escaleras 29 pacientes con el porcentaje de 48.3%, y ninguna de las anteriores 1 paciente con un porcentaje de 1.7%; en debate con otro estudio de Cuenca en el 2013 el tipo resbaladizo tiene mayor prevalencia para las caídas.

El resultado de la actividad al momento de la caída como caminar hay 21 pacientes con el porcentaje de 35%, estar de pie 5 pacientes con el porcentaje de 8.3%, al levantarse hay 2 pacientes con un porcentaje de 3.3%, al usar escaleras 31 pacientes con un porcentaje de 51.7%, al estar sentados no hubo pacientes, en la cama 1 paciente con el porcentaje 1.7%; en el estudio realizado en Cuenca tienen un mayor promedio de caídas al momento de caminar.

El miedo a volver a caerse es en 57 pacientes con el porcentaje de 95% que si lo tienen, y 3 personas con un porcentaje de 5% que no tienen miedo; a comparación con otro estudio del 2013 realizado en Cuenca tienen igual prevalencia del miedo al caerse.

Se obtuvo como resultado con la escala de Downton que describe el riesgo de caída que el valor  $<3$  hubo 3 pacientes con un porcentaje de 5%, y  $>3$  hay 57 pacientes con el porcentaje de 95%; en comparación del estudio de Cuenca en el 2013 tienen que el riesgo de caída es menor en sus pacientes.

## Capítulo 6

### Conclusiones

En el Hospital de Especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón en 60 pacientes de 60 a 80 años de edad hospitalizados que han sufrido una caída se obtuvo como resultado un predominio por el género masculino del 65%; en edades de 71 a 75 años un 33.3%; el 91.7% presentan antecedentes patológicos personales; un 75% consumen fármacos; el 85% no consumen alcohol; el 58.3% han tenido caídas dentro del domicilio; 48.3% se cayeron de manera de tropiezo; se cayeron durante la tarde 70%; por el tipo del calzado tenemos que el 50% estaban con zapatillas; la calidad del suelo que tuvo mayor prevalencia es en escaleras con 48.3%; el 51.7% al momento de caerse han estado en las escaleras; un 95% tienen miedo de volver a caerse, y con los resultados de escala de Downton el predominio es de 95% de pacientes que tienen un mayor riesgo de caída.

## Capítulo 7

### Recomendaciones

- Se recomienda establecer medidas de controles de salud y de adecuación de los domicilios, ya que por lo que pudimos evidenciar es este estudio, existen factores potencialmente modificables, que influirían proporcionalmente a la prevención de las caídas de los adultos mayores, y no solamente eso, si no también recortaría los gastos de cuidados, insumos médicos, y rehabilitación que implica la recuperación cuando un adulto mayor sufre una caída.
- Establecer medidas de control, en las actividades diarias del adulto mayor mediante, personal de salud, familiar o personas de confianza, que faciliten la movilidad del adulto mayor.
- Modificar las estructuras domiciliarias, en cuanto a lo que tiene que ver con la correcta iluminación, adecuación del suelo, y escaleras que facilitan la precipitación al suelo del adulto mayor, ya que, como arrojó este estudio de los factores encontrados, pueden ser adecuados para la comodidad y prevención de las caídas.
- Tener una vía de comunicación telefónica, audiovisual, o de una persona que permita el rápido aviso de alguna emergencia o urgencia, no solo por caídas.



## Bibliografía

- (Ribera Casado JM. Verga G. Enfermería Geriátrica. Editorial Idepsa. Madrid 1991: 192—207).
- (Ribera Casado JM, Cruz Jentoft AJ. Geriátría Formación Continuada en Atención Primaria. Editorial Idepsa (Internacional de Ediciones y Publicaciones S.A.) Madrid 1991:75-81);
- (Ribera Casado JM, Cruz Jentoft AJ. Geriátría Formación Continuada en Atención Primaria. Editorial Idepsa (Internacional de Ediciones y Publicaciones S.A.) Madrid 1991:75-81);
- (Salgado Alba A. Guillen Llera F. Díaz L. Tratado de Geriátría y Asistencia Geriátrica. Barcelona 1986);
- (Felsón DT. Prevención de las fracturas de cadera. Hospital Practice 4,2:25-39).
- (Salgado Alba A. Guillen Llera F. Díaz L. Tratado de Geriátría y Asistencia Geriátrica. Barcelona. 1986); (Carrasco García MR. La problemática del anciano. Actualidad en Geriátría. Serie información temática).
- (Espinosa Brito A. Ramos Cabrera J. Temas de Geronto-Geriátría. Editorial Finlay. Cienfuegos 1990).

- Especialista de I Grado en Medicina Interna. Instructora de la Facultad "Miguel Enríquez". Subdirector Docente Policlínico California San Miguel del Padrón); (Especialista de I Grado en Medicina Interna de II Grado en Gerontología y Geriatria. Profesora Auxiliar de la Facultad "Clinicoquirúrgico 10 de Octubre"); (Especialista de I Grado en Medicina General Integral del Policlínico "Bernardo Posse".).
- (García-Reyes y López-Torres, 2007).
- P.E. Caicedo<sup>1</sup>, C.F. Rengifo<sup>2</sup>, L.E. Rodríguez<sup>3</sup>. Vol. 37, No. 3, Sep-Dic 2016, pp. 251-269.
- (Alexander, B.H., F.P. Rivara, and M.E. Wolf, The cost and frequency of hospitalization for fall-related injuries in older adults. Am J Public Health, 1992. 82(7): p. 1020-3).
- (Prevention of Falls Network Europe, Lamb SE y col 2005).

## Anexos

### Cuestionario para el estudio de prevalencia de caídas y sus factores asociados en el adulto mayor, basado en cuestionario de la OMS.

#### Datos personales

Apellidos y nombres: \_\_\_\_\_

Sexo: masculino  femenino

Año de nacimiento: \_\_\_\_\_ estado civil: \_\_\_\_\_

A) soltero            b) casado            c) viudo

D) divorciado        e) unión libre

#### Análisis funcional

¿Padece usted alguna enfermedad?

A) si                    cuál \_\_\_\_\_

B) no

#### Consumo de alcohol

A) si

B) no

En caso de ser afirmativa frecuencia de consumo \_\_\_\_\_

Cantidad \_\_\_\_\_

### **Consumo de fármacos**

A) si                      cuál \_\_\_\_\_

B) no

### **La caída**

#### **Tipo de caída**

A) tropiezo              b) resbalón              c) mareo

D) aparentemente accidental

E) provocada por terceros (animal, empujado por otra persona...)

F) no puede decirlo              g) otros

#### **Intervalo del día que sucedió la caída**

A) mañana              b) tarde              c) noche

**Tipo de calzado**

- A) descalzo          b) zapatillas          c) zapatos  
D) otro(precisar)    e) no recuerda

**Condiciones del suelo**

- A) liso          b) resbaladizo          c) irregular          d) pendiente          e) escaleras  
f) ninguna de las anteriores

**Actividad al momento de caerse**

- A) al caminar          b) de pie          c) al levantarse  
D) al usar escaleras          e) al estar sentados  
F) en la cama

**¿Tiene usted miedo de volver a caerse?**

- A) si          b) no

### Escala de Downton

Caídas previas:	No	0
	si	1
Medicamentos:	Ninguno	0
	Tranquilizantes-sedantes	1
	Diuréticos	1
	Hipotensores (no diuréticos)	1
	Antiparkinsonianos	1
	Antidepresivos	1
	otros medicamentos	1
Déficit sensoriales:	Ninguno	<b>0</b>
	Alteraciones visuales	<b>1</b>
	Alteraciones auditivas	<b>1</b>
	En miembros (ictus, etc.)	<b>1</b>
Estado mental:	Orientado	<b>0</b>
	Confuso	<b>1</b>

Deambulaci3n:	Normal	<b>0</b>
	Segura con ayudas	<b>1</b>
	Insegura con / sin ayudas	<b>1</b>
	Imposible	<b>1</b>